Conselho Federal de Farmácia

PEP

GUIA DE ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV (PEP)

Brasília, 2023.

Conselho Federal de Farmácia

PEP

GUIA DE ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV (PEP)

Brasília, 2023.

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)

C755 Conselho Federal de Farmácia.
PEP : guia de atuação do farmacêutico na profilaxia pós-exposição ao risco de infecção pelo HIV (PEP) [recurso eletrônico] / Conselho Federal de Farmácia. — Brasília : CFF , 2024.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-6115-003-3

1. Farmácia – Manuais, guias, etc. 2. Farmacêuticos - Formação. 3. Farmácia - Prática. 4. AIDS (Doença) - Profilaxia. 5. Infecções por HIV – Prevenção e tratamento. I. Título.

CDD23 : 615.1068

Bibliotecária: Priscila Pena Machado - CRB-7/6971

Conselho Federal de Farmácia

DIRETORIA 2022/2023

Walter da Silva Jorge João
Presidente

Lenira da Silva Costa
Vice-Presidente

Luiz Gustavo de Freitas Pires
Secretário-Geral

João Samuel de Morais Meira
Tesoureiro

CONSELHEIROS FEDERAIS EFETIVOS

Isabela de Oliveira Sobrinho (AC)
Mônica Meira Leite Rodrigues (AL)
Jardel Araújo da Silva Inácio (AM)
Carlos André Oeiras Sena (AP)
Altamiro José dos Santos (BA)
Egberto Feitosa Filho (CE)
Gilcilene Maria dos Santos El Chaer (DF)
Gedayas Medeiros Pedro (ES)
Ernestina Rocha de Sousa e Silva (GO)
Gizelli Santos Lourenço Coutinho (MA)
Gerson Antônio Pianetti (MG)
Márcia Regina Gutierrez Saldanha (MS)
José Ricardo Arnaut Amadio (MT)
Walter da Silva Jorge João (PA)
João Samuel de Morais Meira (PB)
José de Arimatea Rocha Filho (PE)
Itálo Sávio Mendes Rodrigues (PI)
Luiz Gustavo de Freitas Pires (PR)
Maely Peçanha Favero Retto (RJ)
Lenira da Silva Costa (RN)
Jardel Teixeira de Moura (RO)
Adonis Motta Cavalcante (RR)
Josué Schostack (RS)
Hortência Sallet Muller Tierling (SC)
Maria de Fátima Cardoso Aragão (SE)
Antônio Geraldo Ribeiro dos Santos Jr. (SP)
Marttha de Aguiar Franco Ramos (TO)

CONSELHEIROS FEDERAIS SUPLENTES

Clayton Alves Pena (AC)
Miê Mouroya Guimarães (AM)
Márlisson Octávio da Silva Rêgo (AP)
Edimar Caetité Júnior (BA)
José Nilson Ferreira Gomes Neto (CE)
Forland Oliveira Silva (DF)
Jorge Luiz Joaquim Terrão (ES)
Poatã Souza Branco Casonato (GO)
Milca Vasconcelos Silva (MA)
Elaine Cristina Coelho Baptista (MG)
Fabiana Vicente De Paula (MS)
Wagner Martins Coelho (MT)
Flávia Garcez da Silva (PA)
Patrícia Avelar Navarro (PB)
Olavo Barbosa Bandeira (PE)
Elena Lucia Sales de Souza (PI)
Mayara Cristina Celestino (PR)
Selma Rodrigues de Castilho (RJ)
Jairo Sotero Nogueira de Souza (RN)
Eduardo Margonar Júnior (RO)
Erlandson Uchôa Lacerda (RR)
William Peres (RS)
Otto Luiz Quintino Júnior (SC)
Marcos Cardoso Rios (SE)
Leoberto Costa Tavares (SP)
Annete Kelsei Partota (TO)

AUTORES

Alícia Krüger

Anne Karoline Borges Silva

Josélia Cintya Quintão Pena Frade

Laís Araújo de Oliveira

Luciana Alves Legg

Maria Fernanda Barros de Oliveira Brandão

Mariana Martins Gonzaga do Nascimento

Náila Neves de Jesus

Thaís Rolla de Caux

COLABORAÇÃO

Alander Padilha Michels

Lorena Baía de Oliveira Alencar

Renata Macedo do Nascimento

REVISÃO FINAL

Alícia Krüger

Anne Karoline Borges Silva

Elaine Cristina Coelho Baptista

Maria Fernanda Barros de Oliveira Brandão

Náila Neves de Jesus

Tarcísio José Palhano

Thaís Rolla de Caux

PROJETO GRÁFICO

Aristóteles Leite de Siqueira Amaral Vaz

Gustavo Lavorato Justino da Silva

ACOMPANHAMENTO E REVISÃO DO PROJETO GRÁFICO

Alícia Krüger

Maria Fernanda Barros de Oliveira Brandão

Náila Neves de Jesus

Tarcísio José Palhano

FICHA CATALOGRÁFICA

Conselho Federal de Farmácia. Guia de Atuação do Farmacêutico na Profilaxia Pós-Exposição ao Risco de Infecção pelo HIV (PEP)/ Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2023. 1.Prescrição farmacêutica. 2. Atenção à saúde. 3. Atuação clínica do farmacêutico. 4. Serviços farmacêuticos. 5. HIV.

LISTA DE ABREVIAÇÕES

3TC – Lamvudina

ABC – Abacavir

aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ALT – Alanina aminotransferase

APS – Atenção Primária à Saúde

ARV – Antirretrovirais

AST – Aspartato aminotransferase

ATV – Atazanavir

AZT – Zidovudina

BIC – Bictegravir

CAB – Cabotegravir

CDC – Centers for disease control and prevention

CFF – Conselho Federal de Farmácia

DRV – Darunavir

DTG – Dolutegravir

DOR - Doravirina

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ELISA – Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

FTA-abs – Fluorescent treponemal antibody absorption

FTC – Emtricitabina

HAV – Vírus da Hepatite A

HBV – Vírus da Hepatite B

HDA – História da doença atual

HF – História familiar

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HMP – História médica pregressa

HPS – História pessoal – fisiológica e patológica – e social

HPV – Papilomavírus humano

HSH – Homens que fazem sexo com homens

HV – Hepatites virais

INI – Inibidores da integrase

IP – Inibidores da protease

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

ITRN – Inibidores da transcriptase reversa

ITRNN – Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo

MS – Ministério da Saúde

NVP – Nevirapina

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PEP – Profilaxia Pós-Exposição ao HIV

PNH – Política Nacional de Humanização

PNI – Política Nacional de Imunizações

PrEP – Profilaxia Pré-exposição ao HIV

PVHIV – Pessoas vivendo com HIV

RA – Revisão de aparelhos

RAL – Raltegravir

RPV – Rilpivirina

RS – Revisão por sistemas

RTV – Ritonavir

Siclom – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SUS – Sistema Único de Saúde

TDF – Tenofovir desoproxila

TR – Testes rápidos

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids

VO – Via oral

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **11**

2. ASPECTOS REGULATÓRIOS DA PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA DA PEP **13**

3. PREVENÇÃO COMBINADA **17**

3.1 O farmacêutico como educador em saúde no contexto da Prevenção Combinada 20

4. AVALIAÇÃO INICIAL PARA A PRESCRIÇÃO DA PEP PELO FARMACÊUTICO **23**

4.1 Acolhimento 25

4.2 Tipo de material biológico 26

4.3 Tipo de exposição 26

4.4 Tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento 27

4.5 Utilização de testes rápidos 27

4.6 Status sorológico da pessoa exposta 28

4.7 Status sorológico da pessoa-fonte 28

4.8 Apresentação dos testes rápidos disponíveis no SUS 29

5. CUIDADO FARMACÊUTICO À PESSOA COM ELEGIBILIDADE PARA A PRESCRIÇÃO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV **31**

5.1 Anamnese farmacêutica 34

5.1.1 Investigação de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) 37

5.2 Prescrição farmacêutica da PEP 37

5.2.1 Avaliação do esquema antirretroviral 37

5.2.1.1 Esquema preferencial 38

5.2.1.2 Esquemas alternativos, gestação e comorbidades em adultos 38

5.2.1.3 Pessoa-fonte multiexperimentada 41

5.2.1.3 Criança e adolescente 42

5.3 Acompanhamento clínico de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis 44

5.4 Prevenção da Infecção por HPV 45

5.5 Estratégias de promoção e acompanhamento da adesão à PEP 46

5.6 Condutas para pessoas trans em hormonização e em uso da PEP 47

5.7 Acompanhamento da pessoa em uso da PEP 50

5.7.1 Medos e expectativas pós-exposição de risco ao HIV 50

5.7.2 Testagem para HIV 51

5.7.3 Avaliação da segurança do uso da PEP 51

5.8 Descarte adequado dos medicamentos 53

6. DOCUMENTAÇÃO DO PROCESSO 56

6.1 Registro no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) 57

7. OUTRAS MEDIDAS DE CUIDADO À PESSOA EXPOSTA 59

7.1 Anticoncepção de emergência e abordagem na concepção 61

7.2 Imunização para tétano 62

7.3 Cuidado com a área exposta a materiais biológicos 62

8. IDENTIFICAÇÃO E ACOLHIMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL 63

9. VIGILÂNCIA EM SAÚDE 69

9.1 Farmacovigilância e notificação de eventos adversos 71

9.2 Vigilância Epidemiológica 71

REFERÊNCIAS 73

APÊNDICE A - FICHA DE ANAMNESE FARMACÊUTICA - PEP 76

APÊNDICE B - FICHA DE ANAMNESE FARMACÊUTICA DE RETORNO - PEP 80

ANEXO I - FLUXOGRAMA PARA INDICAÇÃO DE PEP AO HIV 82

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO EXTRAÍDO DA NORMA TÉCNICA DE ATENÇÃO HUMANIZADA (BRASIL, 2015) 82

ANEXO III - FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA 82

ANEXO IV - FICHA DE ATENDIMENTO MULTPROFISSIONAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL 82

1. INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana, conhecido como HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), é um vírus pertencente à classe dos retrovírus e causador da aids, sigla em inglês da síndrome da imunodeficiência adquirida. A infecção pelo HIV atinge, principalmente, os linfócitos TCD4+, células do sistema imunológico responsáveis pela resposta específica de defesa do organismo. Com a progressão da infecção, é instalado um quadro de imunodeficiência, que pode levar ao aparecimento de diversas infecções oportunistas (BRASIL, 2018).

Embora seja uma doença crônica e ainda não curável, estudos realizados em países como Estados Unidos e Canadá mostram que os avanços no tratamento atualmente permitem que as pessoas vivendo com HIV/aids tenham uma expectativa de vida similar à de pessoas que não vivem com o vírus (SAMJI et. al., 2013). Porém, tanto a infecção pelo HIV quanto a aids ainda mantêm elevada importância epidemiológica no Brasil (BRASIL, 2018).

Segundo o relatório publicado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), globalmente, cerca de 4 mil novas pessoas se infectam pelo HIV por dia. Além disso, em 2021, 650 mil pessoas morreram por causas relacionadas à aids. Esse documento trouxe, também, dados alarmantes sobre a resposta global ao HIV, uma vez que a pandemia de Covid-19 reverteu anos de avanços nas ações de enfrentamento à infecção, devido à ampliação das desigualdades sociais, insegurança alimentar, dificuldade de acesso a serviços de saúde, e diversos outros fatores que aumentam a vulnerabilidade ao HIV (UNAIDS, 2022).

No contexto brasileiro, em 2021, foram notificados 40.880 novos casos de HIV, e registrados 35.246 casos de aids, com maior concentração em segmentos populacionais específicos que correspondem à maioria dos casos novos, denominadas populações-chave, sendo elas: pessoas trans e travestis, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), trabalhadoras/es do sexo, pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2022; BRASIL, 2017).

Além disso, observa-se a tendência de crescimento da infecção pelo HIV em adolescentes e jovens, bem como nas denominadas populações prioritárias que são: a população negra, os indígenas e as pessoas em situação de rua (BRASIL, 2022; BRASIL, 2017).

É importante ressaltar que tais características não são suficientes para determinar sujeitos potencialmente expostos ao HIV, pois há fatores como práticas sexuais, parcerias e contextos sociais específicos que definem mais chances de exposição ao vírus.

Em vista da urgência no enfrentamento à epidemia, em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), uma agenda de desenvolvimento na qual os líderes mundiais se comprometeram a cumprir objetivos direcionados a acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima, e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. Uma das ambiciosas metas da ODS é acabar com a epidemia de aids, até 2030 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Recentemente, foi adotado um novo conjunto de metas como parte da declaração política *Estratégia Global de aids 2021-2026: fim das desigualdades, fim da aids*, pela Junta de Coordenação do Programa do UNAIDS e o relatório da ONU "Superar as desigualdades e voltar ao caminho certo para acabar com a aids até 2030", ambos lançados em março de 2021. Esse documento reforça a importância da garantia de acesso à prevenção combinada eficaz e centrada no indivíduo a 95% de todas as pessoas expostas a situações de risco de se infectar pelo HIV (UNAIDS, 2021).

O documento ainda recomenda aos países a garantia de que 95% das pessoas que vivem com o HIV conheçam seu status sorológico; 95% das pessoas que conheçam seu status sorológico estejam sob tratamento antirretroviral e; 95% das pessoas em tratamento antirretroviral estejam com a carga viral suprimida (UNAIDS, 2021).

Diante desse cenário, urge que sejam repensadas as estratégias de enfrentamento à epidemia de HIV/aids. Nesse contexto, a Prevenção Combinada emerge como uma potente forma de integrar diversas ações e formas de prevenção, que operam não apenas nos fatores individuais, como também nos diversos fatores que têm relação com a infecção e combinam intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, de acordo com as necessidades e especificidades de grupos e indivíduos (BRASIL, 2017).

Entre os métodos inseridos na Prevenção Combinada, destaca-se a Profilaxia Pós-exposição ao HIV (PEP, do inglês *Post-Exposure Prophylaxis*) como uma importante estratégia para evitar novas infecções. A PEP consiste no uso de antirretrovirais (ARV) por pessoas com exposição sexual e/ou ocupacional ocorrida nas últimas 72 horas e teste negativo para HIV, com o objetivo de reduzir o risco de infecção pelo vírus (BRASIL, 2021). Garantir a ampliação do acesso à PEP reflete positivamente no contexto da saúde nacional, porém, para isso, é fundamental aumentar a capilaridade das redes de saúde e viabilizar a oferta dessa profilaxia.

Acredita-se, portanto, que a inserção progressiva de farmacêuticos enquanto prescritores dos medicamentos envolvidos na prevenção do HIV tem potencial de ampliar o acesso, promovendo maior alcance desta política no Brasil.

Em 2021, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Ofício nº 581/2021/CGIST/.DCCI/SVS/MS, solicitou ao Conselho Federal de Farmácia (CFF) posicionamento acerca da possibilidade da ampliação das atribuições clínicas do farmacêutico no contexto da PrEP e da PEP, por meio da prescrição dos medicamentos antirretrovirais padronizados para a prevenção. Em resposta à solicitação, o CFF emitiu parecer favorável e publicou o Ofício 015567-2021/CTEC/CFF e a Resolução/CFF nº 713/2021, para respaldar essa atribuição no contexto dos serviços públicos de saúde. Por sua vez, o Ministério da Saúde publicou o Ofício Circular nº 11/2022/CGAHV/.DCCI/SVS/MS que autoriza a prescrição da PrEP e PEP por farmacêuticos em todo o país.

A atuação clínica do farmacêutico no Brasil está regulamentada pela Resolução/CFF n°585/2013. Assim, os farmacêuticos poderão ser grandes aliados na ampliação do acesso à PrEP e à PEP, incluindo a prescrição às populações-chave e prioritárias e às pessoas mais vulneráveis.

Diante desse cenário, o CFF publica este guia para atuação clínica e prescrição farmacêutica da PEP, com a finalidade de direcionar e apoiar o trabalho dos farmacêuticos inseridos nos serviços públicos. A diretriz que permite a prescrição farmacêutica dos medicamentos na estratégia da prevenção combinada alinha-se à recomendação do MS para simplificar o acompanhamento e reduzir as barreiras de acesso a essas tecnologias.

2

ASPECTOS REGULATÓRIOS DA PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA DA PEP

O exercício farmacêutico no âmbito da ampliação de acesso à PEP se insere no contexto de atuação em serviços públicos de saúde, resguardado pela Resolução/CFF nº 713, de 25 de novembro de 2021, que define em seu artigo 5º:

> O farmacêutico que atua nos serviços públicos de saúde poderá desempenhar todas as atribuições e executar todos os procedimentos e serviços previstos em programas, protocolos, diretrizes ou normas técnicas do Ministério da Saúde, secretarias estaduais e/ou municipais de saúde, desde que disponha de estrutura necessária e tenha recebido capacitação adequada a respeito do respectivo programa (CFF, 2021).

Entre os procedimentos executados por farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS) estão incluídas as atribuições clínicas que "visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças e de outros problemas de saúde", necessárias para o atendimento das pessoas que sejam elegíveis à PEP (CFF, 2013a).

A Lei Federal nº 13.021/2014 também reforçou o mister da atuação clínica desse profissional, sinalizando em seu artigo 2° que:

> Entende-se por assistência farmacêutica o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional (BRASIL, 2014).

O provimento da Assistência Farmacêutica é indissociável da garantia de assistência terapêutica integral, sobretudo no SUS, e o farmacêutico, como o seu principal executor, deve viabilizá-la. No desempenho de suas atribuições clínicas, os farmacêuticos também podem prescrever a PEP, desde que "previsto em programas, protocolos, diretrizes ou normas técnicas, aprovados para uso no âmbito de instituições de saúde ou quando da formalização de acordos de colaboração com outros prescritores ou instituições de saúde" (CFF, 2013b). O referido ato é regulamentado pela Resolução/CFF nº 586, editada em 29 de agosto de 2013, estando devidamente consolidado como âmbito profissional. De acordo com tal legislação, a prescrição farmacêutica consiste no:

> (...) ato pelo qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas e não farmacológicas, e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde (CFF, 2013b).

A norma reforça que o farmacêutico está autorizado a fazer a prescrição farmacêutica, além de outras atribuições ou outros procedimentos, como a solicitação de exames, a realização de testes laboratoriais e a vacinação.

A prescrição farmacêutica, enquanto atribuição clínica desse profissional, "deverá ser realizada com base nas necessidades de saúde do paciente, nas melhores evidências científicas, em princípios éticos e em conformidade com as políticas de saúde vigentes" (CFF, 2013b), o que atende aos pressupostos da PEP, que objetivam, primordialmente, proteger a saúde e reduzir o risco de adquirir infecções, de acordo com as necessidades individuais e com as metas de políticas de saúde nacionais (BRASIL, 2021; BRASIL, 2018).

A atuação desse profissional na prevenção de doenças e agravos, bem como a pertinência de sua atuação no contexto da PEP, são reforçadas na Resolução/CFF nº 585/2013, a qual aponta que o farmacêutico tem como atribuição clínica "desenvolver, em colaboração com os demais membros da equipe de saúde, ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a prevenção de doenças e de outros problemas de saúde" (CFF, 2013b).

3

PREVENÇÃO COMBINADA

A Prevenção Combinada consiste na associação de diferentes ações de prevenção do HIV, adotadas conforme características individuais e o momento de vida de cada pessoa (BRASIL, 2017). Dentro do conjunto de ferramentas da Prevenção Combinada (**Quadro 1**), inserem-se (BRASIL, 2017):

Quadro 1. Estratégias da Prevenção Combinada.

1. Testagem regular para o HIV, outras IST e HV.
2. Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP).
3. Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP).
4. Prevenir a transmissão vertical.
5. Imunizar para HBV e HPV.
6. Redução de danos.
7. Diagnosticar e tratar as pessoas vivendo com HIV/aids, outras IST e HV.
8. Uso regular de preservativos interno, externo e gel lubrificante.
9. Diagnóstico oportuno e tratamento adequado de infecções sexualmente transmissíveis (IST).
10. Redução de danos.
11. Gerenciamento de vulnerabilidades.
12. Supressão viral pelo tratamento antirretroviral.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2017).

A Mandala da Prevenção Combinada do HIV representa a ideia de movimento e combinação entre diferentes estratégias de prevenção, sem hierarquização entre elas. Deve-se salientar que nenhuma intervenção de prevenção isolada é considerada suficiente para reduzir novas infecções, pois os fatores de risco de exposição, transmissão e infecção atuam dinamicamente em diferentes condições sociais, econômicas, culturais e políticas (BRASIL, 2017).

Figura 1. Mandala da Prevenção Combinada

Fonte: BRASIL (2021).

Dessa forma, deve-se ofertar às pessoas que procuram os serviços de saúde estratégias abrangentes de prevenção, a fim de garantir uma maior diversidade de opções que orientem suas decisões. Em adição, a seleção da conjunção de ações deve ser feita de forma centrada na pessoa, em seus grupos sociais e em sua comunidade (BRASIL, 2017).

O envolvimento da pessoa no processo de decisão também é indispensável, devendo escolher de forma devidamente esclarecida o(s) método(s) que melhor se adequa(m) às condições e circunstâncias de vida dela, tendo como princípios norteadores a garantia de direitos humanos e o respeito à autonomia do indivíduo (BRASIL, 2017).

Entre as ações de prevenção, este documento volta-se para a PEP, que tem importância considerável, sobretudo, na Prevenção Combinada direcionada ao atendimento das populações-chave e prioritárias, em que a prevalência do HIV se mostra mais elevada. Para garantir o acesso a essa estratégia de prevenção de forma ampliada e inclusiva, a atuação do farmacêutico deve seguir alguns preceitos, que serão detalhados nas seções sequenciais deste guia, baseados no processo de cuidado farmacêutico, que envolve: a avaliação inicial, com acolhimento e identificação da demanda em saúde da pessoa avaliada; planejamento e realização de intervenções farmacêuticas, incluindo a prescrição da PEP quando pertinente, e avaliação e monitoramento de resultados.

3.1 O farmacêutico como educador em saúde no contexto da Prevenção Combinada

A construção de abordagens de educação em saúde deve considerar os saberes tradicionais e populares, de maneira a garantir a autonomia dos usuários e comunidades na promoção à saúde. Esse processo exige que os farmacêuticos reflitam sobre o seu papel como educadores e desenvolvam um ambiente voltado para o aprendizado compartilhado (CFF, 2016).

O farmacêutico deve atuar sob a perspectiva da prevenção combinada, desenvolvendo atividades conforme as estratégias constantes no **Quadro 1**, como a abordagem de redução de danos, testagem regular de IST, orientações sobre práticas sexuais seguras, assim como na organização de rodas de conversas e/ou outras estratégias criativas e participativas de educação em saúde que possibilitem a integração de saberes, no intuito de fornecer conhecimentos e habilidades para a prevenção do HIV e de outras IST (BRASIL, 2017).

De acordo com o "The National HIV/AIDS Strategy" (2022), desenvolvido para os Estados Unidos, os profissionais da saúde, incluindo os farmacêuticos, têm como objetivos na estratégia de educação em saúde sexual: (1) desenvolver e implementar campanhas, intervenções e recursos para oferecer educação sobre saúde sexual abrangente, riscos do HIV, opções de prevenção, testagem, cuidado e tratamento, e redução de estigma relacionado ao HIV; (2) aumentar o conhecimento sobre o HIV entre as pessoas, comunidades e a força de trabalho da saúde em áreas desproporcionalmente afetadas; (3) integrar-se em campanhas existentes sobre o HIV e outras informações relevantes sobre IST e hepatites virais, uso de substâncias, redução de danos, saúde mental, bem como em cuidados primários e bem-estar geral.

Ressalta-se que o farmacêutico, em todo e qualquer local de atuação, deve respeitar os modos de vida, comportamentos e as práticas sexuais das pessoas, desmistificando tabus relacionados à sexualidade, gênero e saúde sexual, entre outros marcadores sociais, independentemente de questões morais, religiosas e/ou julgamentos pessoais. Uma das temáticas que o farmacêutico deve se apropriar para orientar os usuários refere-se às práticas sexuais seguras (CRF-BA, 2021).

No **Quadro 2**, constam orientações que podem ser compartilhadas sobre os métodos de proteção durante as intervenções de educação sexual.

Quadro 2. Métodos de proteção para práticas sexuais seguras

MÉTODO DE PROTEÇÃO	DESCRIÇÃO	MODO DE USO
Preservativo externo	Capa fina de borracha que cobre o pênis durante a relação sexual, para impedir o contato dele com a vagina, com a boca ou com o ânus. Também deve ser usado para revestir brinquedos sexuais, que devem ser higienizados com álcool 70% antes do uso.	**1.** Com o pênis ereto, colocar a camisinha antes de qualquer contato com a vagina, a boca ou o ânus **2.** Segurar a ponta da camisinha com os dedos para retirar o ar e deixar a área livre, e assim servir de depósito para o esperma após a ejaculação **3.** Colocar o preservativo na cabeça do pênis e desenrolar até cobri-lo totalmente **4.** O preservativo deve ser retirado imediatamente após a ejaculação; segurar com cuidado pela base, para que o esperma não vaze*
Preservativo interno[1]	Tubo feito de plástico macio, fino e resistente, já lubrificado, e que se coloca dentro da vagina para impedir o contato quando houver penetração. Pode ser colocado imediatamente antes da penetração ou até oito horas antes da relação sexual. Também, é denominado de preservativo feminino (termo em desuso) e pode ser utilizado dentro da cavidade vaginal ou anal. Apesar do nome "feminino", esse produto pode ser usado por homens, mulheres e indivíduos não binários, independentemente do sexo biológico ou da identidade de gênero.	Uso durante sexo vaginal: **1.** Retirar o preservativo da embalagem **2.** Com os dedos, apertar o preservativo pela parte de fora do anel interno, formando um oito **3.** Com a outra mão, abrir os grandes lábios e empurrar o anel interno do preservativo com o dedo indicador, até sentir o colo do útero **4.** Introduzir um ou dois dedos na vagina para ter certeza de que o preservativo não ficou torcido e que o anel externo ficou do lado de fora, cobrindo os grandes lábios Uso durante sexo anal: **1.** Usar bastante lubrificante ao redor do ânus **2.** Com os dedos, apertar a camisinha pela parte de fora do anel interno, formando um oito **3.** Em uma posição confortável, introduzir o preservativo com o anel menor no interior do ânus, com ajuda do dedo indicador **4.** Certificar-se de que o anel externo está cobrindo a parte externa do ânus
Barreira de látex	Pedaço fino e flexível de látex que protege contra o contato direto da boca com genitais ou com o ânus durante o sexo oral. Reduz o risco de infecções sexualmente transmissíveis, enquanto permite a estimulação anal ou do clítoris (Holland, 2019).	**1.** A barreira de látex deve ser grande o suficiente para cobrir toda a área vaginal ou anal **2.** Não esticar ou pressionar com força contra a pele. Deixar aderir naturalmente ao corpo, por meio de umidade ou estática **3.** Deixar a barreira no lugar até terminar e em seguida descartar

[1] O preservativo interno não deve ser usado ao mesmo tempo que um preservativo externo. O atrito pode ocasionar seu rompimento.

Fonte: CRF-BA (2021).

4

AVALIAÇÃO INICIAL PARA A PRESCRIÇÃO DA PEP PELO FARMACÊUTICO

4.1 Acolhimento

O farmacêutico deve promover um ambiente empático, livre de julgamentos morais e pessoais, para que o usuário possa apresentar suas demandas e singularidades e ser escutado em suas necessidades. No contexto do cuidado à pessoa potencialmente usuária da PEP, é necessário garantir a ambiência, enquanto ambiente físico e social, promovendo o acolhimento sensível às demandas apresentadas. Nesse sentido, é importante assegurar o direito à privacidade no atendimento. Além disso, ressalta-se que o farmacêutico deve basear sua atuação na ética, sem qualquer discriminação, pelo benefício ao ser humano e pela responsabilidade social e consciência de cidadania, conforme exigido no Código Ética Farmacêutico (CFF, 2022).

Essas orientações são embasadas pela Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como "HumanizaSUS", que tem entre suas diretrizes o acolhimento enquanto orientador das práticas de cuidado, produção e promoção da saúde (BRASIL, 2010). A operacionalização do cuidado proposto na PNH demanda a escuta ativa e qualificada aos usuários, e o fomento de condições para que consigam engajar-se em seu próprio cuidado enquanto sujeitos autônomos.

É importante que seja facilitado o acesso das populações-chave e prioritárias aos serviços de saúde, bem como dos trabalhadores da saúde em situações de acidente ocupacional e transmissão vertical (BRASIL, 2017).

Os diferentes modos de vida e de produção de saúde devem ser acolhidos e respeitados, de maneira a garantir o acesso adequado ao cuidado centrado na pessoa, respeitando a integralidade e a equidade. O momento de acolhimento é essencial para que haja a construção de um vínculo entre o usuário e o profissional. Preceitos morais e religiosos não devem influenciar no atendimento e tampouco nas condutas do farmacêutico, o qual deve atentar para não produzir situações de violência, constrangimento e preconceito.

Também é fundamental que o farmacêutico esteja atento à necessidade de reconhecimento das diferentes possibilidades de construção de autocuidado. Diferentes pessoas terão necessidades variadas e, por conseguinte, distintas estratégias poderão se encaixar melhor em cada uma de suas realidades. Nesse sentido, o ato do acolhimento também deverá ser adaptado de acordo com as circunstâncias do usuário elegível ao uso da PEP.

Ao fazer o atendimento à pessoa potencialmente exposta ao HIV, o farmacêutico deve avaliar quando e com quem ocorreu a exposição, e se ela apresenta risco à infecção pelo HIV. Didaticamente, quatro perguntas direcionam o atendimento para a decisão pela prescrição ou não da PEP, de acordo com o Ministério da Saúde (**Quadro 3**). O fluxograma que norteia a indicação da PEP segundo as orientações do PCDT da PEP do Ministério da Saúde (2021) está no Anexo I.

Quadro 3. Perguntas para avaliação da prescrição da PEP.

1. O tipo de material biológico é de risco para a transmissão do HIV?
2. O tipo de exposição é de risco para a transmissão do HIV?
3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?
4. A pessoa exposta é **não reagente** para o HIV no momento do atendimento?

↓

Se todas as respostas forem SIM, a PEP para o HIV está indicada.

Fonte: adaptado de: DCCI/SVS/MS.

4.2 Tipo de material biológico

É necessário que o farmacêutico avalie se o material biológico (**Quadro 4**) a que a pessoa foi exposta é, de fato, de potencial risco de transmissão do HIV. Tal avaliação, além de caracterizar se a pessoa é realmente elegível à PEP, possibilita o farmacêutico a praticar educação em saúde, ao explicar que saliva, suor e outros tipos de líquidos corporais não apresentam nenhum risco de transmitir HIV.

Quadro 4. Tipo de material biológico.

Materiais biológicos COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	Materiais biológicos SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV [2]
Sangue Sêmen Fluidos vaginais Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico) Líquido amniótico Líquor	Suor Lágrima Fezes Fluido anal Urina Vômitos Saliva Secreções nasais

[2] A presença de sangue nessas secreções torna esses materiais potencialmente infectantes, caso em que o uso da PEP pode ser indicado.

Fonte: DCCI/SVS/MS

4.3 Tipo de exposição

Outro ponto chave na avaliação da elegibilidade da pessoa à PEP é o tipo de exposição. Há exposições que apresentam risco de transmissão do HIV e outras que não, como pode ser verificado no **Quadro 5**.

Quadro 5. Tipos de exposições e seus riscos potenciais de transmissão do HIV.

EXPOSIÇÃO COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	EXPOSIÇÃO SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV
Percutânea – Ex.: lesões causadas por agulhas ou outros instrumentos perfurantes e/ou cortantes; **Membranas mucosas** – Ex.: exposição sexual desprotegida; respingos em olhos, nariz e boca; **Cutâneas envolvendo pele não íntegra** – Ex.: presença de dermatites ou feridas abertas; **Mordeduras com presença de sangue** – Nesses casos, os riscos devem ser avaliados tanto para a pessoa que sofreu a lesão quanto para aquela que a provocou.	**Cutâneas**, exclusivamente, quando a pele exposta se encontra íntegra; **Mordedura** sem a presença de sangue.

Fonte: adaptado de BRASIL (2021).

4.4 Tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento

O atendimento da PEP é considerado uma **urgência**, dada à necessidade de início precoce da profilaxia para maior eficácia da intervenção e deve ser iniciado nas primeiras 72 horas após a exposição. Não há benefício da profilaxia com antirretrovirais (ARV) após **72 horas** da exposição (TSAI et al., 1995; TSAI et al., 1998; OTTEN et al., 2000). Entretanto, se o material e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se acompanhamento sorológico, além das orientações de prevenção combinada (OTTEN et al., 2000):

Checklist de ações que o farmacêutico deve realizar durante o atendimento de pessoas sob o risco de exposição ao HIV (OTTEN et al., 2000)

- Verificar se há indicação da PrEP (pessoas com histórico de múltiplos usos da PEP).
- Oferecer testagem para HIV, sífilis e hepatites virais B e C.
- Sugerir vacinação para HPV e hepatites virais A e B, quando indicado.
- Fazer o rastreamento para IST e hepatites virais, quando presentes, e encaminhar ao médico para a confirmação do diagnóstico e tratamento.
- Orientar sobre sexo seguro (por exemplo, uso de preservativo interno e externo, e gel lubrificante).
- Orientar sobre redução de danos.

4.5 Utilização de testes rápidos

Os testes rápidos são essenciais no diagnóstico da infecção pelo HIV e na avaliação da indicação da PEP, visto que quanto mais precocemente possível se iniciar o uso da profilaxia, maior será a sua eficácia. Segundo o PCDT da PEP do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), os testes rápidos são aparelhos de uso único que não dependem de infraestrutura laboratorial sofisticada, podendo ser executados na presença do indivíduo e produzirem resultados em tempo igual ou inferior a 30 minutos.

Em face dessa conveniência, praticidade e objetividade dos testes rápidos, recomenda-se que os serviços se organizem para ofertar a PEP, envidem esforços para disponibilização da testagem rápida por meio da capacitação, criação de fluxo logístico dos insumos e condições de armazenamento (BRASIL, 2021).

O procedimento a ser realizado envolve fazer testagem inicial com um tipo de teste rápido (TR1). Caso o resultado seja não reagente, o status sorológico determinado será negativo. Em situações de TR1 reagente, deverá ser realizado um segundo teste rápido diferente do primeiro. Caso este também seja reagente, estabelece-se o diagnóstico positivo da infecção pelo HIV (BRASIL, 2021).

No caso de amostras com resultados discordantes entre o TR1 e o TR2, recomenda-se repetir o fluxograma preconizado pelo PCDT da PEP do Ministério da Saúde. Permanecendo a discordância entre os resultados, uma amostra deverá ser coletada por meio da punção venosa e encaminhada para ser avaliada em laboratório (BRASIL, 2021).

É importante ressaltar que existem outros fluxogramas para a investigação diagnóstica do HIV, e cabe ao serviço se adequar às possibilidades ideais para a sua realidade (BRASIL, 2021). Para mais informações sobre os métodos diagnósticos de infecção pelo HIV, pode-se consultar o "Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças", disponível em http://www.aids.gov.br/biblioteca.

4.6 Status sorológico da pessoa exposta

Inicialmente, deve ser investigado o status sorológico para HIV da pessoa exposta utilizando os testes rápidos (TR). A indicação ou não da PEP dependerá desse resultado.

- **Amostra não reagente (TR1 não reagente)** - PEP está indicada.
- **Amostra reagente (TR1 e TR2 reagentes)** - PEP não está indicada.

Em caso de a pessoa exposta apresentar amostra reagente, esta deve ser encaminhada para acompanhamento clínico e início da terapia antirretroviral (TARV). Para mais informações, consultar o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos", o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em crianças e adolescentes", e o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, sífilis e hepatites virais", disponíveis em http://www.aids.gov.br/pcdt.

Quando não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta, amostra com resultados discordantes (TR1 reagente e TR2 não reagente), recomenda-se iniciar o fluxo laboratorial para elucidação diagnóstica (consultar o "Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças", disponível em: http://www.aids.gov.br/biblioteca). Nesse caso, a decisão de iniciar ou não a profilaxia deve ser avaliada conforme critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta.

Por vezes, a pessoa poderá recusar a PEP ou outros procedimentos indicados após a exposição (por exemplo, coleta de material para exames laboratoriais). Nesses casos, sugere-se o registro em prontuário, com documentação da recusa e explicitação de que no atendimento foram fornecidas informações sobre os riscos da exposição, assim como a relação entre o risco e o benefício das intervenções (BRASIL, 2021).

4.7 Status sorológico da pessoa-fonte

É importante salientar que o rastreio da pessoa-fonte para verificação de seu status sorológico não é uma etapa obrigatória, vista a dificuldade da presença e disponibilidade desta para a realização da testagem.

Segundo o Ministério da Saúde (2021), não se deve atrasar e nem condicionar o atendimento da pessoa exposta à presença da pessoa-fonte. Abaixo, segue o fluxograma do Ministério da Saúde (2021) para indicação ou não da PEP, segundo pessoa-fonte:

- **Amostra não reagente (TR1 não reagente): a PEP não está indicada.**

  Entretanto, a PEP pode ser indicada e prescrita para a pessoa exposta, no caso da possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos rápidos e laboratoriais durante o período de janela imunológica. No caso da utilização de testes de fluido oral, considerar janela imunológica de 90 dias.

- **Amostra reagente (TR1 e TR2 reagentes): a PEP está indicada para a pessoa exposta.**

  Em casos do status sorológico da fonte ser previamente desconhecido, a pessoa-fonte deve ser comunicada individualmente sobre os resultados da investigação diagnóstica e encaminhada para o acompanhamento clínico e o inicio da Terapia Antirretroviral. Para mais informações, recomenda-se consultar o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos", disponível em http://www.aids.gov.br/pcdt.

- **Fonte desconhecida: deve-se avaliar caso a caso.**

  Em situações que envolvem acidentes por meio de fontes desconhecidas (ex.: 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), a decisão sobre instituir a PEP deve ser tomada de forma individualizada.

  É importante considerar a gravidade da exposição e a real probabilidade clínica e epidemiológica da infecção pelo HIV naquela exposição (área de alta prevalência para HIV, usuários internados no hospital vivendo com HIV etc.). Existem muitos casos em que a PEP não está indicada, devido o risco extremamente baixo de transmissão do HIV.

4.8 Apresentação dos testes rápidos disponíveis no SUS

De acordo a Aula 06 do Curso de Testes Rápidos promovido pela Telelab (BRASIL, 2022), denominam-se testes rápidos (TR) aqueles cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são realizadas em, no máximo, 30 minutos, sem a necessidade de uma estrutura laboratorial robusta. Os testes rápidos são indicados para testagens presenciais e podem ser feitos com amostra de sangue total obtida por punção venosa ou da polpa digital, ou com amostras de fluido oral. A depender do fabricante, podem ser realizados também com o soro e (ou) plasma.

Existem vários formatos de TR, sendo os mais frequentemente utilizados, conforme ilustra a Figura 2:

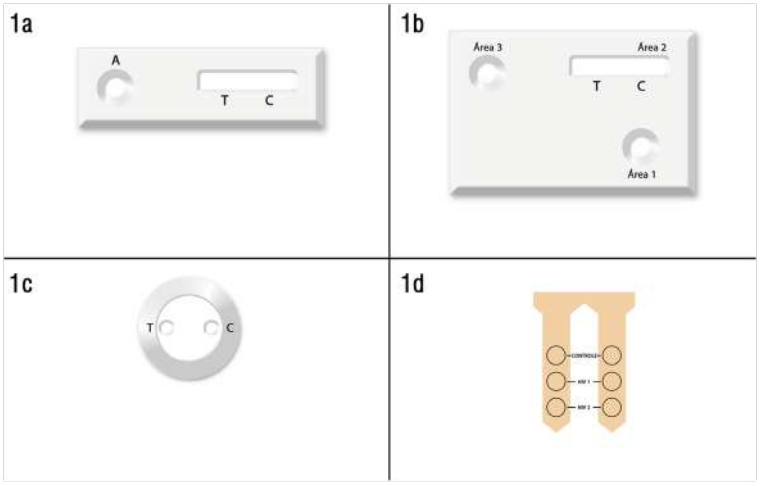
a. Imunocromatografia de fluxo lateral (figura 1a);

b. Imunocromatografia de dupla migração - DPP (figura 1b);

c. Dispositivos de imunoconcentração (figura 1c);

d. Fase sólida (1d).

Figura 2. Tipos de testes rápidos disponíveis no Brasil.



Fonte: BRASIL (2021).

Todos estes TR estão disponíveis no Brasil, tanto no Sistema Único de Saúde como em alguns estabelecimentos farmacêuticos. Para saber mais sobre a metodologia dos testes e a interpretação dos resultados, consultar os materiais disponíveis no http://www.telelab.aids.gov.br/.

5

CUIDADO FARMACÊUTICO À PESSOA COM ELEGIBILIDADE PARA A PRESCRIÇÃO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV

O cuidado farmacêutico ao usuário que atende aos critérios de elegibilidade para a prescrição da profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP) objetiva principalmente orientar essas pessoas para que tenham uma profilaxia segura, efetiva e adequada. É importante ressaltar que os medicamentos antirretrovirais (ARV) são usados de forma pontual e pode ser a primeira vez que o usuário utiliza esses medicamentos, exigindo habilidades e competências culturais para que o farmacêutico aborde a situação de forma adequada (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2021).

O cuidado farmacêutico no contexto da PEP ocorre de forma pontual a partir do momento em que o usuário procura o serviço de referência de sua localidade solicitando a PEP, cujo critério de prioridade de atendimento levará em consideração as pessoas em maior vulnerabilidade social ou usuários frequentes da PEP.

A orientação farmacêutica ao paciente deve se organizar em torno de 4 eixos: indicação, efetividade, segurança e adesão, conforme a Figura 3 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2021).

Figura 3. Eixos da orientação farmacêutica

INDICAÇÃO

- Analisar, de acordo com a história atual e demanda do usuário, os critérios para a prescrição da PEP.

EFETIVIDADE

- Orientar quanto aos horários de administração dos medicamentos, levando em consideração os hábitos e as rotinas do usuário e as possíveis interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento; deve-se informar que, para atingir a efetividade da proxilaxia, a PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição de risco, e que a duração do uso da profilaxia é de 28 dias. Além disso, é necessário avaliar interações medicamentosas que possam influenciar na efetividade da PEP, com ênfase naquelas com maior impacto clínico já documentado.

SEGURANÇA

- Informar a respeito das reações adversas frequentes (leves) e raras (graves), e da conduta a ser seguida nos principais casos: avaliar interações medicamentosas que possam influenciar na segurança da PEP, reforçar a importância da realização dos exames laboratoriais duas, quatro e doze semanas após o início da proxilaxia.

ADESÃO

- Salientar a importância da adesão à PEP, para garantir sua a efetividade. Nesse sentido, para assegurar que o usuário adira ao esquema, é importante que o farmacêutico utilize estratégias de comunicação que facilitem a compreensão de todas as informações acerca do uso adequado da profilaxia.

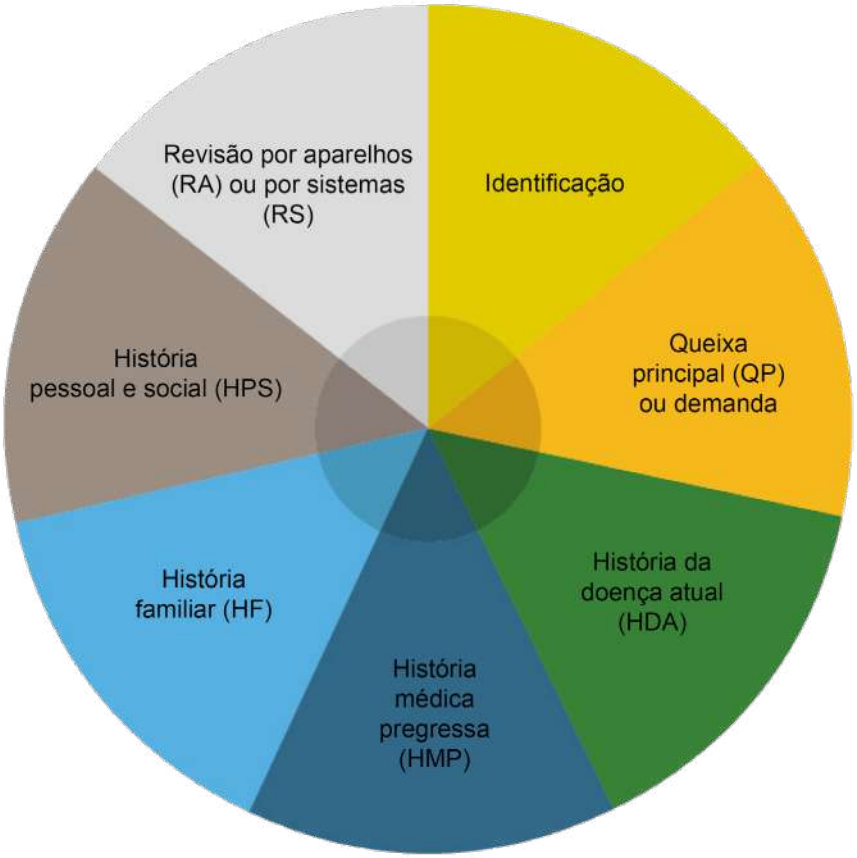
Fonte: Elaborado a partir de Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2021).

5.1 Anamnese farmacêutica

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (2015, p.16), a anamnese farmacêutica objetiva "identificar a(s) necessidade(s) e o(s) problema(s) de saúde do paciente, as situações especiais e as precauções, além de outras informações relevantes para a seleção da melhor conduta para a resolução do(s) problema(s)".

Para atingir os objetivos elencados anteriormente, a anamnese deve conter os seguintes elementos: identificação, queixa principal ou demanda, história da doença atual (HDA), história médica pregressa (HMP), história familiar (HF), história pessoal – fisiológica e patológica – e social (HPS), e revisão por aparelhos (RA) ou por sistemas (RS), conforme ilustra a Figura 4(CFF, 2015).

Figura 4. Anamnese farmacêutica



Fonte: CFF (2015).

O farmacêutico deve identificar a necessidade da PEP na primeira consulta, mediante análise das informações fornecidas pelo usuário, com base na ficha de anamnese farmacêutica apresentada no **Apêndice A**.

5.1.1 Investigação de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Durante o atendimento à pessoa potencialmente exposta ao HIV, é importante que o farmacêutico investigue outras infecções sexualmente transmissíveis, devido à forte associação entre o HIV e demais IST. É necessário fazer essa triagem para que haja norteamento na escolha do esquema terapêutico da PEP e/ou encaminhamento a outros profissionais para o manejo de demais condições em que o farmacêutico não tem respaldo para atuar.

Investigação de sífilis

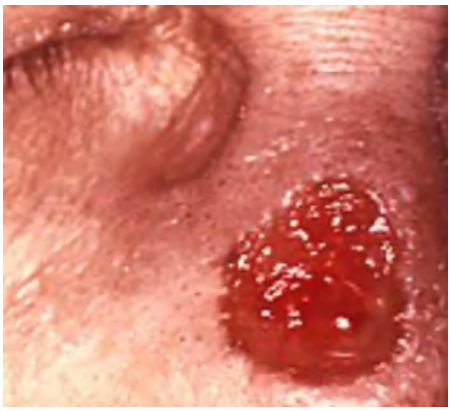
O potencial de infecção da sífilis, por transmissão sexual, ocorre principalmente nos estágios iniciais da doença (sífilis primária e secundária). O diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, pelo médico. Em cada atendimento, recomenda-se avaliação clínica, incluindo exame físico, o que permite a investigação completa para a sífilis (BRASIL, 2021).

No exame físico, os achados de cancro duro – uma pápula de cor rósea ou vermelho intenso e exulceração , indolor e praticamente sem manifestações inflamatórias – são sinais indicativos de sífilis primária (Figura 5). Na sífilis secundária, as lesões se apresentam como máculas de cor eritematosa de duração efêmera (Figura 6), e na terciária (Figura 7), as lesões no tegumento aparecem no formato de nódulos, tubérculos e placas nódulo-ulceradas. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Para mais informações a respeito dos critérios e formas de identificação clínica da sífilis consulte o PCDT HIV/IST: http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/ist/pcdt-ist.

Figura 5. Sífilis primária

Figura 6. Sífilis secundária

Figura 7. Sífilis terciária[3]



[3] Úlcera em seu estágio inicial.

Fonte: AVELLEIRA; BOTTINO (2006).

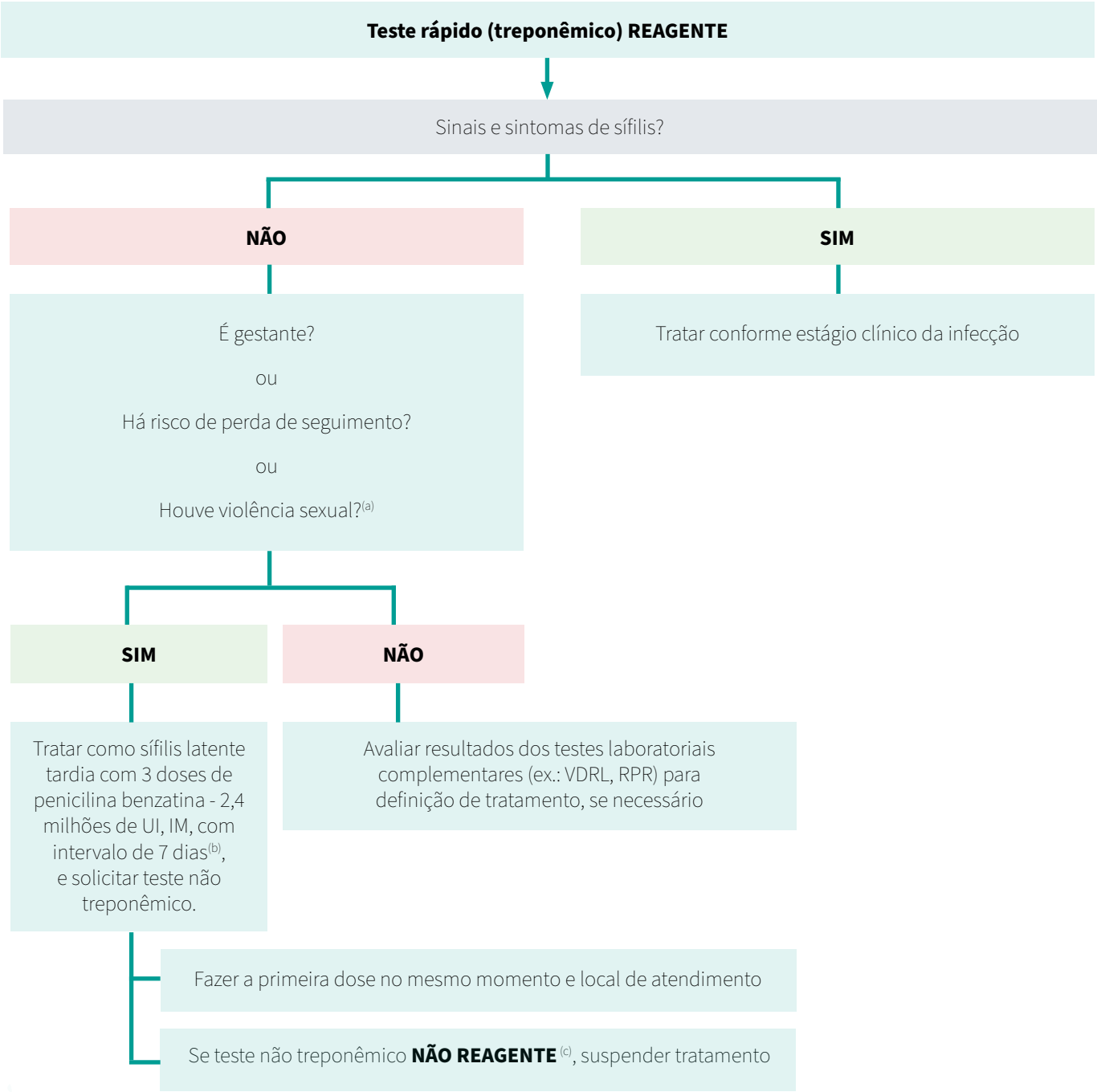
Para o diagnóstico laboratorial da sífilis, devem ser realizados os testes treponêmico e não treponêmico. Em vista da epidemia da sífilis em curso, no Brasil, é recomendado iniciar a investigação laboratorial pelo teste treponêmico (teste rápido, FTA-abs, ELISA, entre outros). Os testes rápidos fornecidos pelo Ministério da Saúde são os testes treponêmicos. Além de não necessitarem de estrutura laboratorial, eles são de fácil execução, com leitura de resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total, colhidas por punção venosa, ou por punção digital, além de soro e plasma (BRASIL, 2021).

Nos locais em que não for possível realizar os testes rápidos, recomenda-se seguir o fluxo laboratorial e agendar o retorno para checagem do resultado. Para mais informações, consultar o "Manual Técnico para Diagnóstico de sífilis", disponível em http://www.aids.gov.br/biblioteca. As pessoas com teste rápido reagente devem ter amostra coletada para um teste não treponêmico complementar, conforme o fluxograma do Quadro 6. Entretanto, devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se o encaminhamento para tratamento imediato nas seguintes situações:

- Gestante;
- Pessoa com risco de perda do seguimento;
- Caso de violência sexual;
- Pessoa com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Pessoa sem diagnóstico prévio de sífilis

Conforme o PCDT da PEP do Ministério da Saúde (2021), a realização do tratamento com apenas um teste reagente para sífilis não exclui a necessidade de realização do segundo teste, do monitoramento laboratorial (controle de cura) e do tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão). Se, durante a investigação, o exame tornar-se reagente, é diagnosticada sífilis recente, com indicação de tratamento imediato (benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI, IM, em dose única). O esquema completo de prescrição para sífilis pode ser encontrado no PCDT de Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde. É importante que o farmacêutico encaminhe o usuário ao médico para que este faça a prescrição do antimicrobiano e a administração da primeira dose, assim que for confirmado o diagnóstico. Em caso de parceria sexual, é recomendado que o farmacêutico oriente sobre a necessidade do tratamento para evitar reinfecções.

Quadro 6. Fluxograma de conduta diante de teste rápido reagente (treponêmico).



(a) Para casos de violência sexual, realizar profilaxia pós-exposição com penicilina benzatina 2,4 milhões de UI, IM, em dose única, independentemente do resultado do teste rápido.
(b) Em não gestantes, o intervalo entre as doses não deve exceder 14 dias. Em gestantes, não deve exceder 7 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado.
(c) Recomenda-se realizar um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro para conclusão diagnóstica.

Fonte: DATHI/SVSA/MS (2021).

- **Investigação clínico-laboratorial das uretrites gonocócica ou por clamídia**

Os sintomas de infecções por C. *trachomatis* ou N. *gonorrhoeae* incluem dor pélvica, doença inflamatória pélvica e gravidez ectópica (BRASIL, 2021). Quando acometem a uretra de pessoas com pênis ou com vagina, esses microrganismos são agentes etiológicos frequentes de uretrites. Os sinais e sintomas clínicos para uretrite são: corrimento uretral de aspecto que varia de mucóide a purulento, com volume variável, podendo estar associado a dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema do meato uretral (LANNOY et al., 2021). No entanto, na população em geral, também é possível ocorrer em infecções extragenitais por clamídia e gonococo, como infecção em reto (proctite), faringe e conjuntiva ocular.

A investigação de C. *trachomatis* ou N. *gonorrhoeae* é realizada a partir do teste de amplificação de ácidos nucleicos específicos para IST, quando disponível. O teste é realizado por meio da urina (primeiro jato) ou com swabs em cada local de mucosa exposta a fluidos corporais potencialmente infectados (cavidade oral, vaginal, uretral, retal ou colo uterino). Entretanto, é importante ressaltar que, normalmente, o diagnóstico se dá pela avaliação dos sinais e sintomas clínicos (BRASIL, 2021). Assim, em caso de sinais e sintomas clínicos sugestivos de uretrite, recomenda-se realizar o encaminhamento para tratamento empírico, conforme será apresentado no tópico "5.3 Acompanhamento clínico de infecções sexualmente transmissíveis."

- **Investigação e prevenção da infecção pelo HPV**

O papiloma vírus humano (HPV) é transmitido principalmente pela via sexual, e se apresenta no corpo do paciente com verrugas na região anogenital e até em áreas extragenitais, como conjuntivas e mucosas nasal, oral e laríngea, além de apresentar relação direta ao câncer de útero, colorretal, pênis, vulva e vagina (BRASIL, 2021).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas HIV e IST (2021), o tempo de latência viral e os fatores associados não são conhecidos, e o HPV pode manter-se adormecido por longo período antes do aparecimento das lesões. O intervalo mínimo entre a infecção e o surgimento de lesões não é bem estabelecido (BRASIL, 2021).

5.2 Prescrição farmacêutica da PEP

As recomendações que seguem estão baseadas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2021). O farmacêutico deverá utilizar o Formulário de Solicitação de Medicamentos - PEP elaborado pelo Ministério Saúde e que está disponível no link: http://azt.aids.gov.br/.

5.2.1 Avaliação do esquema antirretroviral

O esquema da PEP a ser indicado não depende do tipo de exposição ou material. Outros fatores, como idade, comorbidades, gestação, uso de outros medicamentos, reações adversas aos ARV no passado e esquemas antirretrovirais utilizados pela pessoa-fonte deverão ser avaliados individualmente, para determinar qual a melhor profilaxia para o usuário.

Para determinar o esquema da PEP, é preciso incluir uma combinação de três ARV (CDC, 2016, EACS, 2015): dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN), associados a outra classe (inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo – ITRNN, inibidores da protease com ritonavir – IP + RTV, ou inibidores da integrase – INI) (WHO, 2016).

5.2.1.1 Esquema preferencial

O esquema antirretroviral preferencial, independentemente de gênero, deve ser:

Quadro 7. Esquema preferencial para a PEP.

1 COMPRIMIDO COFORMULADO DE TENOFOVIR/LEMIVUDINA (TDF/3TC) 300mg/300mg + 1 COMPRIMIDO DE DOLUTEGRAVIR (DTG) 50mg AO DIA
A duração da PEP é de 28 dias.

Fonte: DCCI/ SVS/MS (2021).

Quadro 8. Apresentações e posologias de antirretrovirais preferenciais para a PEP.

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF[(a)] + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg) **Na indisponibilidade da apresentação coformulada:** Comprmido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x/dia **Na indisponibilidade da apresentação coformulada:** 1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
DTG[(a)]	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x/dia

(a) O DTG está indicado para pessoas com idades > 6 anos e peso > 20kg.

Fonte: DCCI/SVS/MS (2021).

5.2.1.2 Esquemas alternativos, gestação e comorbidades em adultos

Quadro 9.. Esquemas alternativos para a PEP.

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

Fonte: DCCI/SVS/MS (2021).

Quadro 10. Apresentações e posologias de antirretrovirais alternativos para a 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: comprmido 100mg	1 comprimido VO 1x/dia 1 comprimido VO 1x/dia
DRT+RTV	DRT: comprimido 600mg RTV: comprmido 100mg	1 comprimido VO 2x/dia 1 comprimido VO 2x/dia

Fonte: DCCI/SVS/MS (2021).

A escolha dos ARVs para pessoas que podem engravidar ou estão gestantes deve se basear na sua autonomia e direito de escolha, de acordo com as informações oferecidas pelo farmacêutico. Com base em novas evidências de riscos e benefícios do Dolutegravir (DTG), o Ministério da Saúde lançou a Nota Informativa Nº 1/2022-CGIST/DCCI/SVS/MS (BRASIL, 2022), na qual o DTG é indicado para composição de esquemas de primeira e segunda linha preferencial para todas as populações, incluindo pessoas gestantes e com potencial para engravidar.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019), os esquemas com DTG possuem eficácia superior a qualquer outro esquema disponível. Além disso, o esquema preferencial com TDF/3TC+DTG é seguro, apresenta poucas interações medicamentosas significativas e tem alta barreira genética, o que facilita o manejo inclusive em situações cuja pessoa-fonte é multiexperimentada.

Em pessoas que utilizam contraceptivos orais, o DTG pode ser coadministrado de maneira segura. No caso de pessoas que desejam engravidar ou já estão gestantes, o farmacêutico deve informar sobre a segurança do DTG, reforçando que as evidências científicas atuais não confirmaram associação do seu uso a defeitos no tubo neural. À pessoa usuária cabe a decisão, junto com o farmacêutico, pelo uso do esquema preferencial, ou por um esquema alternativo, conforme indicado no **Quadro 11**.

Quadro 11. Situações elegíveis para o uso de esquema alternativo

No caso de pessoas que estejam amamentando possivelmente expostas ao HIV, deve-se orientar sobre os potenciais riscos de transmissão vertical do HIV pelo leite. É recomendada a interrupção temporária da amamentação, até a definição diagnóstica. No período de janela imunológica, deve-se orientar sobre o cuidado com as mamas, e a extração e o descarte do leite ordenhado. Deve ser garantido o fornecimento de leite para a criança pelo Banco de Leite ou por fórmula láctea. O exame de controle com resultado HIV Não Reagente (12 semanas após a exposição) autoriza a reintrodução do aleitamento materno.

No caso de crianças que foram amamentadas por pessoas-fonte com risco de transmissão de HIV, deve-se orientar a imediata interrupção da amamentação e cuidados com as mamas, a extração e o descarte do leite ordenhado, enquanto se realiza a investigação diagnóstica. Deverá ser realizado exame de CV-HIV e o início da PEP (até 72 horas da última exposição), simultaneamente à investigação diagnóstica.

Para mais informações, consultar o "Protocolo Clínica e Diretrizes Terapêutica para Manejo da Infecção pelo HIV em crianças e adolescentes", disponível em http:// www.aids.gov.br/pcdt.

Fonte: adaptado de BRASIL (2021).

Para mais informações a respeito do risco de transmissão do HIV pela amamentação, consulte o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, sífilis e hepatites virais", disponível em http://www.aids.gov.br/pcdt.

Embora seja um medicamento seguro e bem tolerado, o TDF está associado à toxicidade renal, principalmente quando há doença renal preexistente e/ou fatores de risco, quando a taxa de filtração glomerular estiver menor que 50 mL/min e/ou em usuários com histórico de diabetes de longa duração, hipertensão arterial não controlada ou insuficiência renal. Como a PEP é uma profilaxia de curta duração, o risco de uso do medicamento deve ser avaliado, considerando-se também a possibilidade de reversibilidade dos efeitos após os 28 dias.

Deve-se considerar, ademais, o risco de potencial exacerbação em pessoas com infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) ("flares hepáticos"), após a finalização dos esquemas da PEP com TDF. Embora haja esse risco, não é muito conhecido, e não deve ser precondição para determinar o uso ou não de TDF no esquema da PEP (BRASIL, 2021).

Nos casos em que o TDF não pode ser utilizado devido à contraindicação ou intolerância, é recomendado o uso da combinação AZT + 3TC como alternativa. Quando o DTG não pode ser utilizado, a combinação ATV + RTV deve ser considerada em administração única diária. Quando houver contraindicação de DTG e ATV, a alternativa é a utilização de esquemas com darunavir + ritonavir (DRV + RTV).

As interações medicamentosas de maior relevância clínica e as recomendações de uso concomitante dos medicamentos com alimentos que devem ser consideradas na escolha do esquema terapêutico estão relacionadas nos **quadros 12 e 13**.

Quadro 12. Interações medicamentosas de relevância clínica que devem ser consideradas na escolha do esquema da PEP.

FÁRMACO NÃO ARV	ARV	INTERAÇÃO E IMPORTÂNCIA CLÍNICA
Rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital	**DTG**	Reduzem a concentração plasmática de DTG. O esquema preferencial passa a ser: tenofovir/lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC), 1 comprimido ao dia + dolutegravir 50mg (DTG), 1 comprimido de 12/12h.
Oxcarbazepina	**DTG**	Reduz a concentração plasmática de DTG. Não devem ser utilizados em concomitância.
Dofetilida e pilsicainida	**DTG**	Não devem ser utilizados em concomitância ao DTG.
Metformina	**DTG**	O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina, cabendo especial atenção às pessoas com diabetes. A dose de metformina deve ser limitada a 1000 mg. Ao interromper o dolutegravir, pode ser necessário ajustar a dose de metformina; monitorar a glicemia ao iniciar o uso concomitante e após a retirada do dolutegravir.
Antiácidos contendo cátions polivalentes e suplementos de cálcio e ferro	**DTG**	Antiácidos contendo cátions polivalentes (ex.: Al/Mg) devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do dolutegravir. Suplementos de cálcio ou ferro devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do dolutegravir. Quando acompanhado de alimentos, o DTG pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos.
Inibidores de bomba de prótons (por ex: omeprazol, pantoprazol)	**ATV+ RTV**	Para indivíduos que utilizam inibidores de bomba de prótons, está contraindicado o uso de ATV + RTV.
Antagonistas de receptores de H2 (por ex: cimetidina, famotidina)	**ATV+ RTV**	Pode haver redução da concentração plasmática de ATV + RTV. Sendo assim, recomenda-se que sejam administrados com o maior intervalo possível, preferencialmente de12 horas.

Fonte: BRASIL (2018); BRASIL (2019); (BRASIL (2021).

As informações atualizadas sobre interação entre todos os tipos de ARV, e outros medicamentos podem ser obtidas em: http://www.hiv-druginteractions.org/.

Quadro 13. Recomendações de uso de ARV com alimentos que devem ser consideradas na escolha do esquema da PEP.

MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL	INTERAÇÕES COM ALIMENTOS	RECOMENDAÇÕES
Atazanavir (ATV)/r	**Sim**	Deve ser administrado com alimento, pois há a otimização da biodisponibilidade e redução da variabilidade farmacocinética.
Darunavir (DRV)	**Sim**	Deve ser administrado com alimento, pois há o aumento da biodisponibilidade relativa do medicamento.
Dolutegravir (DTG)	**Sim - suplementos alimentares que contêm cálcio ou ferro**	A administração de dolutegravir deve ocorrer duas horas antes ou seis horas depois da utilização de suplementos contendo cálcio ou ferro. Quando acompanhado de alimentos, o dolutegravir sódico pode ser administrado ao mesmo tempo que esses produtos.
Tenofovir (TDF)	**Sim - alimentação gordurosa**	A administração com a alimentação aumenta a absorção e a biodisponibilidade. A alimentação gordurosa potencializa o efeito, com aumento da concentração plasmática em até 40%.
Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC)	**Não**	Pode ser administrado com ou sem alimento

Fonte MEDSCAPE (2022).

5.2.1.3 Pessoa-fonte multiexperimentada

É de suma importância que o farmacêutico avalie casos de exposição com pessoa-fonte, sabidamente infectada pelo HIV. Deve ser sempre avaliada a história de uso dos ARV pela pessoa-fonte e outros parâmetros que podem ser sugestivos da presença de cepas virais resistentes.

O uso do DTG amplia a efetividade da PEP nesses casos, pois não há registro de resistências transmitidas aos INI no Brasil (BRASIL, 2021).

Não é indicada a genotipagem da pessoa-fonte para a definição de esquema; entretanto, quando houver disponibilidade de exame recente (últimos 12 meses), ele poderá ser utilizado para melhor escolha do esquema de profilaxia.

5.2.1.4 Crianças e adolescentes

Crianças e adolescentes podem ser expostos ao risco de infecção pelo HIV por meio de acidentes com perfurocortantes, violência ou exposição sexual, ou amamentação por pessoas vivendo com o HIV.

Quadro 14. Esquema para a PEP em crianças e adolescentes, de acordo com a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAMENTOS/ TRATAMENTOS ALTERNATIVOS
0 - 14 dias	AZT + 3TC + RAL[a]	AZT + 3TC + NVP
14 dias - 2 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade de uso de RAL: LPV/r
2 anos - 6 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade de uso de RAL: LPV/r
6 anos - 12 anos	TDF[b] + 3TC + DTG	Impossibilidade de uso de DTG: ATZ/r[c]
Acima de doze anos: seguir as recomendações para adulto		

(a) Consultar também o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes", disponível em www.aids.gov.br/pcdt
(b) Acima de 35kg.
(c) Acima de 40kg.

Fonte: DATHI/SVSA/MS (2021).

Quadro 15. Posologia dos medicamentos ARV na população pediátrica.

Dolutegravir (DTG)
>20 kg: 50 mg 1x/dia
Raltegravir (RAL)
Comprimidos mastigáveis 100 mg
14 kg a <20kg: 100 mg, de 12/12h
20 kg a <28kg: 150 mg, de 12/12h
28 a <40 kg: 200 mg, de 12/12h
>40 kg: 300mg, de 12/12h
Comprimidos 400 mg
≥25 kg: 400 mg 2x/dia
Granulado 100 mg/sachê
RN com 37 semanas de idade gestacional ou mais: 1ª semana, 1,5mg/kg 1x/dia; da 2ª a 4ª semana, 3 mg/kg/dose 2x/dia;
≥4ª semana: 6 mg/kg/dose 2x/dia

Zidovudina (AZT)
RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2 mg/kg/dose, de 12/12h
RN com 30 a 35 semanas de idade gestacional: 2 mg/kg/dose, de 12/12h por 14 dias e 3 mg/kg/dose, de 12/12h, a partir do 15° dia
RN com 35 semanas de idade gestacional ou mais (até 4kg): 4mg/kg/dose
4 kg a 9 kg: 12mg/kg/dose, de 12/12h
9 kg a 30 kg: 9 mg/kg/dose, de 12/12h
≥30 kg: 300 mg, de 12/12h
Lamivudina (3TC)
RN com 34 semanas de idade gestacional ou mais e <30 dias de vida: 2 mg/kg/dose, de 12/12h, >30 dias: 4 mg/kg/dose, de 12/12h (dose máxima 300 mg/dia)
≥12 anos: 150 mg, de 12/12h
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
Solução oral: 80 mg/20 mg/mL
≥14 dias a 28 dias: 300 mg/75mg/m^2, de 12/12h
1 mês a 6 meses: 1 mL, de 12/12h
6 a 12 meses: 1,5 mL, de 12/12h
1 a 3 anos: 2 mL, de 12/12h
3 a 6 anos: 2,5 mL, de 12/12h
6 a 9 anos: 3 mL, de 12/12h
9 a 14 anos: 4 mL, de 12/12h
Comprimido infantil: 100mg/25mg
10 kg a 13,9 kg: 2 comprimidos de manhã e 1 à noite
14 kg a19,9 kg: 2 comprimidos de manhã e 2 à noite
20 kg a 24,5 kg: 3 comprimidos de manhã e 2 à noite
25 kg a 29,5 kg: 3 comprimidos de manhã e 3 à noite
>35kg: 400 mg/100 mg, de 12/12h

Atazanavir + ritonavir (ATV/r)
Cápsulas 300 mg/100 mg
≥ 40kg: 1 cap 1x ao dia
Nevirapina (NVP) – uso neonatal:
Peso de nascimento 1,5 a 2kg: 8mg (0,8mL)/dose, de 12/12h
Peso de nascimento >2kg: 12mg (1,2mL)/dose, de 12/12h
Peso de nascimento <1,5kg: não usar NVP

Fonte: BRASIL (2021).

No caso de adolescentes, é importante garantir o acesso ao serviço e às consultas, sem que haja necessidade de autorização ou presença dos responsáveis, respeitando o direito deles à privacidade e ao sigilo (exceto em situações de necessidade de internação ou de risco de morte, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Devido ao risco de hipersensibilidade grave e ao pouco tempo disponível para a escolha do esquema da PEP, que impossibilita a verificação de HLA*B5701, o uso de abacavir (ABC) está contraindicado como PEP também na população pediátrica.

Os esquemas que apresentam maiores evidências de uso em crianças são os que contêm AZT + 3TC. Para casos de crianças maiores de dois anos, é recomendada a introdução da classe dos Inibidores de Integrase (INI) no esquema preferencial. O perfil de segurança do DTG não está determinado para crianças menores de seis anos ou com peso inferior a 20 kg. Em contrapartida, o perfil de toxicidade do RAL em crianças e adolescentes de dois a 18 anos de idade é comparável ao observado em adultos (CDC, 2016). Por conseguinte, o RAL é indicado como terceiro medicamento de escolha para compor esquemas de profilaxia em crianças de dois a seis anos. No caso de crianças maiores que seis anos e com peso superior a 20kg, devem ser seguidas as recomendações para adultos (WHO, 2019; WIZNIA et al., 2016).

Caso seja feito uso de nevirapina por crianças, deve ser por 14 dias, enquanto outros ARV serão administrados por 28 dias. Após os 14 dias de esquema contendo NVP, deve ser continuada a profilaxia apenas com AZT e 3TC. Esse esquema é justificado pelo fato de que o tempo de meia-vida do NVP é longo, e seus níveis séricos se manterão após a finalização do uso.

Para mais informações, consultar o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes", disponível em http://www.aids.gov.br/pcdt.

5.3 Acompanhamento clínico de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis

O acompanhamento clínico preventivo para as infecções sexualmente transmissíveis (IST) é recomendado para casos de violência sexual, em vista da perda de seguimento e da dificuldade de se encaminhar para tratamento baseado no diagnóstico (BRASIL, 2021). Para pessoas que tiveram exposição sexual consentida, a relação de investigação laboratorial e o seguimento clínico são os procedimentos mais recomendáveis, devido ao risco de desenvolvimento de resistência bacteriana a partir do tratamento preemptivo (BRASIL,2021). Seguem no **Quadro 16** as recomendações de tratamento para profilaxia das IST em situação de violência sexual, segundo o Ministério da Saúde (2021):

Quadro 16. Profilaxia das ISTs.

IST	MEDICAMENTO [a]	POSOLOGIA	
		Adultos com mais de 45kg de peso, incluindo gestantes	**Crianças e adolescentes com menos de 45 kg de peso**
Sífilis	Benzilpenicilina benzatina	2,4 milhões de UI, IM (1,2 milhão em cada glúteo), em dose única	50.000 UI/kg de peso, IM, em dose única (dose máxima total = 2,4 milhões de UI)
Gonorreia	Ceftriaxona + azitromicina	Ceftriaxona 500mg, 1 ampola, IM, em dose única + Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, em dose única (dose total = 1g)	Ceftriaxona 125mg, IM, em dose única + Azitromicina 20mg/kg de peso, VO, em dose única (dose máxima total = 1g)
Infecção por clamídia	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos, VO, em dose única (dose total = 1g)	20mg/kg de peso, VO, em dose única
Tricomoníase	Metronidazol [b] [c]	500mg, 4 comprimidos, VO, em dose única (dose total = 2g)	15mg/kg/dia, divididos em 3 doses, por 7 dias (dose máxima total = 2g)

(a) Em pessoas com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos indicados, devem-se utilizar fármacos alternativos.
(b) A administração profilática do metronidazol ou suas alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida aos medicamentos. Também deve ser postergada em casos de prescrição de contracepção de emergência e da PEP.
(c) O metronidazol não poderá ser utilizado no primeiro trimestre da gestação.

Fonte: BRASIL (2021).

É importante salientar que a profilaxia de antimicrobianos deverá ser prescrita pelo médico, cabendo ao farmacêutico encaminhar a esse profissional o usuário com tal indicação.

5.4 Prevenção da infecção por HPV

Para pessoas com vagina que não apresentam lesões decorrentes de infecção pelo HPV, é importante orientar quanto à realização do exame preventivo de colo de útero (mais conhecido como Papanicolau) na Atenção Primária à Saúde (APS) a cada ano. O farmacêutico deve fazer o encaminhamento para o profissional responsável por esse procedimento no âmbito da Atenção Básica. Para mais informações, consultar as "Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero", disponíveis em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes.PDF.

A vacinação para HPV é indicada para meninos de 11 a 14 anos de idade e meninas de 9 a 14 anos. Para pessoas vivendo com HIV (PVHIV), pessoas transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, a

faixa etária indicada para imunização é de 11 a 26 anos para homens e de 9 até 45 anos para mulheres, sendo o esquema de vacinação composto por três doses (0, 2 e 6 meses). Se durante o atendimento for detectada clinicamente a possibilidade da presença de HPV, referenciar a pessoa para a Atenção Básica, para acompanhamento médico (BRASIL, 2021).

5.5 Estratégias de promoção e acompanhamento da adesão à PEP

A adesão ao uso dos medicamentos da PEP, durante os 28 dias, é fundamental para alcançar a efetividade na profilaxia. No entanto, tem-se observado que apenas uma pequena parcela dos usuários completa o esquema da PEP, especialmente entre pessoas que sofreram violência sexual ou adolescentes (CHACKO et al., 2012; FORD et al., 2014; OLDENBURG et al., 2014). Esses dados chamam a atenção para a necessidade de um olhar individualizado às singularidades de cada indivíduo, durante o seguimento de sua profilaxia.

Promover a adesão à farmacoterapia não envolve apenas a abordagem relativa à ingestão de medicamentos. É importante compreender que a adesão é um fenômeno multifatorial, que se relaciona a aspectos biopsicossociais, físicos, socioeconômicos, culturais, comportamentais e de assistência à saúde (DIEMERT; WEBER; PRICE, 2017; OMS, 2004).

Inicialmente, é importante que o usuário seja acolhido em suas singularidades. A escuta inicial poderá auxiliar o farmacêutico a compreender situações que podem interferir no uso do medicamento e no alcance dos resultados esperados com a PEP. Esses fatores devem ser trabalhados com o objetivo de traçar estratégias diferenciadas que possam assegurar a adesão e a completude da profilaxia. O acolhimento também possibilita o estabelecimento de vínculo do usuário com a equipe de saúde, fator que pode ser muito significativo para a adesão ao cuidado proposto. Os serviços de saúde devem se organizar de maneira a facilitar não apenas a adesão dos usuários aos tratamentos, mas também a sua identificação com o próprio serviço, principalmente por facilitar o acesso de populações-chave e prioritárias.

As práticas de cuidado precisam se dar no encontro entre o profissional e o usuário, privilegiando a corresponsabilização e a autonomia dos sujeitos no processo de produção de saúde. Nesse sentido, é importante que o usuário compreenda os objetivos do tratamento e suas responsabilidades no processo. Identificar o letramento em saúde, isto é, a capacidade de obter, processar, entender informações básicas de saúde e serviços necessários para tomar decisões apropriadas em saúde de cada um dos usuários é fundamental para que o farmacêutico possa individualizar sua abordagem e utilizar diferentes estratégias de comunicação. No **Quadro 18**, estão relacionadas algumas barreiras para adesão e alguns fatores que podem contribuir para uma adesão satisfatória.

Quadro 17. Barreiras e fatores que podem contribuir para a adesão.

BARREIRAS PARA ADESÃO

- Baixa escolaridade;
- Faixa etária (pessoas jovens);
- Existência de transtornos mentais;
- Existência de dificuldades cognitivas;
- Efeitos adversos aos medicamentos;
- Informações inadequadas ou falta de informação;

- Falta de recursos, como transporte para o serviço de saúde;
- Dificuldade de acesso ao serviço de saúde;
- Dificuldade para agendamento de consultas;
- Uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Baixa percepção de exposição ao risco;
- Dificuldade em adequar o uso do medicamento;
- Falta de habilidades de comunicação da equipe de saúde com o usuário.

FATORES QUE PODEM CONTRIBUIR COM UMA ADESÃO SATISFATÓRIA

- Fluxos ágeis e resolutivos nos serviços de saúde;
- Conhecimento e compreensão a respeito da profilaxia;
- Acolhimento e escuta ativa pela equipe multiprofissional;
- Capacitação adequada do farmacêutico e dos demais membros da equipe de saúde;
- Esclarecer que não existe rigidez de horário e estabelecer mecanismos que auxiliem a memória a respeito da tomada do medicamento (como alarmes, aplicativos, etc).

Fonte: elaboração própria (2023).

5.6 Condutas para pessoas trans em hormonização e em uso da PEP

A hormonização é o uso de esteroides para obtenção de características corporais tipicamente reconhecidas como masculinas ou femininas. Para prestar cuidados em saúde seguros para pessoas trans, os farmacêuticos devem reconhecer a importância da hormonização, acolhendo as demandas de todas as pessoas usuárias, bem como saber identificar e gerenciar as interações medicamentosas entre hormônios e outros medicamentos.

É comum que pessoas trans tenham baixa adesão à PEP por receio da ocorrência de interações entre os antirretrovirais e os hormônios. Dessa forma, para promover a adesão dessas pessoas e fortalecer o seu vínculo com os profissionais e serviços de saúde, é importante ressaltar que **não há nenhuma contraindicação da PEP para pessoas trans e travestis em hormonização** (BRASIL, 2021).

Algumas interações entre esteroides sexuais e antirretrovirais são apresentadas nos **Quadros 18 e 19**[4] (UNIVERSITY OF LIVERPOOL, 2019).

4 É importante salientar que foi realizada a tradução do documento produzido por Liverpool Drug Interactions Group, University of Liverpool, Pharmacology Research Labs (2019).

Quadro 18. Hormonização de mulheres trans, travestis e pessoas não binárias — estrogênios e antiandrogênicos.

HORMÔNIOS		TARV SEM INTERAÇÕES RELEVANTES	TARV INIBIDORES ENZIMÁTICOS	TARV INDUTORES ENZIMÁTICOS
Estrogênios		DOR, RPV, BIC, CAB, DTG, RAL, MVC, ABC, ddI, FTC, 3TC, d4T, TAF, TDF, ZDV	ATV , ATV/cobi, DRV/ cobi, EVG/cobi, FTR	ATV/r, DRV/r, FPV/r, IDV/r, LPV/r, TPV/r, EFV, ETV, NVP
Estrogênios conjugados†	Dose inicial	1,25-2,5 mg/dia	0,625-1,25 mg/dia	Aumente a dose de estradiol conforme necessário, com base nos efeitos clínicos e no monitoramento dos níveis hormonais.
	Dose de manutenção	5 mg/dia	2.5 mg/dia	
	Dose máxima	10 mg/dia	5 mg/dia	

HORMÔNIOS		TARV SEM INTERAÇÕES RELEVANTES	TARV INIBIDORES ENZIMÁTICOS	TARV INDUTORES ENZIMÁTICOS
Estradiol oral	Dose inicial	2 mg/dia	1 mg/dia	Aumente a dose de estradiol conforme necessário, com base nos efeitos clínicos e no monitoramento dos níveis hormonais.
	Dose de manutenção	4 mg/dia	2 mg/dia	
	Dose máxima	8 mg/dia	4 mg/dia	
Estradiol gel (preferencialmente para maiores de 40 anos e/ou fumantes)	Dose inicial	0,75 mg 2x/dia	0,5 mg 2x/dia	
	Dose de manutenção	0,75 mg 3x/dia	0,5 mg 3x/dia	
	Dose máxima	1,5 mg 3x/dia	1 mg 3x/dia	
Estradiol adesivo (patch) (preferencialmente para maiores de 40 e/ou fumantes)	Dose inicial	25 µg/dia	25 µg/dia*	
	Dose de manutenção	50-100 µg/dia	37,5-75 µg/dia	
	Dose máxima	150 µg/dia	100 µg/dia	
Etinilestradiol	Dose inicial	Nenhuma interação documentada, mas não recomendada devido aos riscos trombóticos.	Ver nota de recomendação	
	Dose de manutenção			
	Dose máxima			
Antiandrogênicos		DOR, RPV, BIC, CAB, DTG, RAL, FTR, MVC, ABC, ddI, FTC, 3TC, d4T, TAF, TDF, ZDV	ATV, ATV/cobi, ATV/r, DRV/ cobi, DRV/r, EVG/ cobi, FPV/r, IDV/r, LPV/r, TPV/r	EFV, ETV, NVP
Acetato de ciproterona	Dose inicial	50 mg/dia	25 mg/dia	Aumente a dose de ciproterona conforme necessário, com base nos efeitos clínicos e nos níveis hormonais monitorados.
	Dose de manutenção	150 mg/dia	75 mg/dia	
	Dose máxima	150 mg/dia	75 mg/dia	
Finasterida	Dose inicial	2,5 mg/dia	Finasterida tem grande margem de segurança. Não é necessário ajuste de dose.	Aumente a dose de finasterida conforme necessário, com base nos efeitos clínicos e nos níveis hormonais monitorados.
	Dose de manutenção	2,5 mg/dia		
	Dose máxima	5 mg/dia		
Goserelina	Dose inicial	3,6 mg/mês	Não é necessário ajuste de dose.	Nenhuma interação documentada. Não é necessário ajuste de dose.
	Dose de manutenção	3,6 mg/mês		
	Dose máxima	3,6 mg/mês		
Acetato de leuprorelina	Dose inicial	3,6 mg/mês	Nenhuma interação documentada. Ajuste de dose necessário.	
	Dose de manutenção	3,6 mg/mês		
	Dose máxima	3,6 mg/mês		
Espironolactona	Dose inicial	50 mg/dia	Nenhuma interação documentada. Ajuste de dose necessário.	
	Dose de manutenção	150 mg/dia		
	Dose máxima	400 mg/dia		
Triptorelina	Dose inicial	3,75 mg/mês	Nenhuma interação documentada. Ajuste de dose necessário.	
	Dose de manutenção	3,75 mg/mês		
	Dose máxima	3,75 mg/mês		

† estrógeno conjugado é associado com alto risco trombolítico, portanto deve ser evitado.
* O adesivo transdérmico tipo matriz pode ser cortado para reduzir a quantidade de hormônio liberado por dia.
TARV = Terapia Antirretroviral

- sem interação clinica esperada significante
- interação potencial que pode exigir ajuste de dose e/ou rigoroso monitoramento
- coadministração não recomendada

Recomendações para alterações de dose:

- Todas as recomendações para alterações de dose são empíricas e baseadas em doses/formulações disponíveis no Reino Unido (doses/formulações adicionais podem estar disponíveis em outros países).
- As recomendações para alterações de dose na presença de inibidores do metabolismo do estrogênio são baseadas na suposição de que a importância da interação medicamentosa deve ser menos pronunciada em aplicações transdérmicas, tópicas e intramusculares do que na administração oral de medicamentos, pois em vias parenterais o metabolismo hepático de primeira passagem é evitado.

Nota: o tratamento de privação androgênica pode prolongar o intervalo QT. Deve-se ter cuidado ao usar conjuntamente com medicamentos antirretrovirais que podem prolongar potencialmente o intervalo QT (ou seja, ATV, ATV/r, ATV/cobi, LPV/r, EFV, RPV, FTR).

Referências para recomendações de dosagem de terapia hormonal na ausência de medicamentos antirretrovirais:

1. *Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria. Royal college of Psychiatrists, London, 2013, Document CR181.*
2. *Endocrine treatment of transsexual persons: an endocrine society clinical practice guideline. female toilet et al. J clinic endocrine Metab, 2009, 94(9):3132-54.*
3. *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people. department of family & Community Medicine, University of California, 2016*
4. *Endocrine care of transpeople part I. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse effects in transmen. meriggiola MC, Gava G. Clin endocrine (Oxf). 2015, 83(5):597-606.*

Fonte: UNIVERSITY OF LIVERPOOL (2019).

Quadro 19. Hormonização em homens trans e pessoas não-binários — andrógenos.

HORMÔNIOS			TARV SEM INTERAÇÕES RELEVANTES	TARV INIBIDORES ENZIMÁTICOS	TARV INDUTORES ENZIMÁTICOS
Andrógenos			DOR, RPV, BIC, CAB, DTG, RAL, FTR, MVC, ABC, ddI, FTC, 3TC, d4T, TAF, TDF, ZDV	ATV, ATV/cobi, ATV/r, DRV / cobi, DRV/r, EVG/cobi FPV/r, IDV/r, LPV/r, TPV/r	EFV, ETV, NVP
Testosterona gel 1%	**Tópica**	Dose inicial	12,5-25 mg pela manhã	12,5-25 mg pela manhã	Aumente a dose de testosterona conforme necessário, com base nos efeitos clínicos e nos níveis hormonais monitorados.
		Dose de manutenção	50 mg pela manhã	25-50 mg pela manhã	
		Dose máxima	100 mg pela manhã	50-100 mg pela manhã	
Testosterona (enantoato cipionato)	**ou**	Dose inicial	Veja nota de recomendação		
		Dose de manutenção	50-100 mg/semana	25-50 mg/semana	
		Dose máxima	Veja nota de recomendação		
Undecanoato testosterona	**de**	Dose inicial			
		Dose de manutenção	750 mg IM. Repetir após 4 semanas e depois a cada 10 semanas	375-500 mg IM. Repetir após 4 semanas e depois a cada 10 semanas	
		Dose máxima	Veja nota de recomendação		
Ésteres mistos de testosterona	**de**	Dose inicial			
		Dose de manutenção	250 mg 2-3 vezes por semana	125 mg 2-3 vezes por semana	
		Dose máxima	Veja nota de recomendação		

TARV = Terapia Antirretroviral

sem interação clínica esperada significante

interação potencial que pode exigir ajuste de dose e/ou rigoroso monitoramento

Recomendações para alterações de dose:

- Todas as recomendações para alterações de dose são empíricas e baseadas em doses/formulações disponíveis no Reino Unido (doses/formulações adicionais podem estar disponíveis em outros países).
- As recomendações para alterações de dose na presença de inibidores do metabolismo do estrogênio são baseadas na suposição de que a importância da interação medicamentosa deve ser menos pronunciada em aplicações transdérmicas ou tópicas do que na administração oral de medicamentos, pois nessas vias de uso de medicamentos (transdérmica, tópico) o metabolismo hepático de primeira passagem é evitado.
- As recomendações para alterações de dose na presença de inibidores do metabolismo da testosterona são baseadas na suposição de que a importância da interação medicamentosa deve ser menos pronunciada com aplicações tópicas e intramusculares do que para administração oral de medicamentos na primeira passagem.

Nota: o tratamento de privação androgênica pode prolongar o intervalo QT. Deve-se ter cuidado ao usar conjuntamente com medicamentos antirretrovirais que podem prolongar potencialmente o intervalo QT (ou seja, ATV, ATV/r, ATV/cobi, LPV/r, EFV, RPV, FTR).

Referências para recomendações de dosagem de terapia hormonal na ausência de medicamentos antirretrovirais:

1. *Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria. royal college of Psychiatrists, London, 2013, Document CR181.*
2. *Endocrine treatment of transsexual persons: an endocrine society clinical practice guideline. female toilet et al. J clinic endocrine Metab, 2009, 94(9):3132-54.*
3. *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people. department of family & Community Medicine, University of California, 2016.*
4. *Endocrine care of transpeople part I. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse effects in transmen. meriggiola MC, Gava G. Clin endocrine (Oxf). 2015, 83(5):597-606.*

Fonte: UNIVERSITY OF LIVERPOOL (2019).

5.7 Acompanhamento da pessoa em uso da PEP

A pessoa em uso da PEP deve ser informada sobre as questões referentes ao seu cuidado continuado, com abordagem sobre seus possíveis receios, desmistificação de preconceitos e continuidade das medidas de prevenção (BRASIL, 2017). O acompanhamento deve perpassar a avaliação de:

- Medos e expectativas pós-exposição de risco ao HIV;
- Toxicidade dos ARVs;
- Testagem para HIV;
- Avaliação laboratorial;
- Continuidade de medidas de prevenção combinada.

É recomendável que o usuário retorne em 30 dias para realizar a testagem de HIV e IST, e nesse momento o farmacêutico que o atendeu deve fazer novamente uma avaliação referente ao uso dos medicamentos da PEP durante o período, se houve o surgimento de alguma reação adversa, bem como fazer orientações necessárias no contexto da prevenção combinada, além de solucionar demais queixas que podem ser apresentadas pelo usuário (BRASIL, 2021). Nessa consulta, o farmacêutico pode utilizar a Ficha de Retorno que está no apêndice B deste guia.

5.7.1 Medos e expectativas pós-exposição de risco ao HIV

As pessoas em uso da PEP devem ser acolhidas e tranquilizadas quanto aos possíveis medos, receios e preconceitos existentes em relação ao uso de ARV, no processo de busca pela profilaxia e atendimento (BRASIL, 2017).

Os estigmas configuram-se como obstáculos ao uso dos serviços de saúde, em situações de:

- Discriminação por profissionais dos serviços de saúde: desrespeito ao direito de uso do nome social, exposição e desrespeito à ocupação profissional (como no caso de trabalhadoras e trabalhadores do sexo), questionamento de práticas sexuais, entre outras;
- Revitimização em casos de violência sexual: descrédito da situação de violência vivenciada, perguntas inadequadas e constrangedoras, solicitação de compartilhamento do contexto de violência repetidamente e responsabilização da vítima pela violência sofrida;
- Receio de situações de quebra de sigilo;
- Receio de diagnóstico de infecção pelo HIV e outras IST;
- Desconhecimento a respeito do tratamento medicamentoso e medo de reações adversas;
- Medo de interações medicamentosas com o uso de hormônios.Essas e outras situações que podem interferir no acesso e uso da PEP devem ser identificadas e trabalhadas individualmente durante o acolhimento ao usuário.

5.7.2 Testagem para HIV

Caso haja transmissão do HIV, em cerca de três a quatro semanas da exposição, algumas pessoas podem apresentar quadro clínico semelhante à síndrome de mononucleose infecciosa. Dessa maneira, no acompanhamento de pessoas em uso da PEP, deve-se monitorar sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV. Recomenda-se, também, a realização de investigação laboratorial, em caso de identificação dos itens descritos no **Quadro 20**.

Quadro 20. Sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV.

• Febre; • Linfadenopatias; • Faringite; • Exantema; • Ulcerações mucocutâneas;	• Mialgias; • Artralgias; • Fadiga; • Hepatoesplenomegalia.

Fonte: BRASIL (2021).

Os indivíduos possivelmente expostos ao HIV devem realizar testagem nos intervalos de 4 a 6 semanas, e de 12 semanas após a exposição, mesmo com a finalização da profilaxia. Para mais informações sobre testagem para o HIV, consultar o "Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV" (BRASIL, 2014b), disponível em http://www. aids.gov.br/biblioteca.

Em caso de diagnóstico de infecção pelo HIV, as pessoas devem ser encaminhadas para orientações, avaliação e acompanhamento nos serviços de referência para PVHIV

5.7.3 Avaliação da segurança do uso da PEP

Atualmente, os medicamentos incluídos nos esquemas utilizados para a PEP apresentam um bom perfil de segurança e desencadeiam menos reações adversas. Entretanto, é fundamental, na abordagem inicial da pessoa usuária, que ela receba orientações acerca de quaisquer sinais e sintomas sugestivos de toxicidade medicamentosa, para que possa, inclusive, buscar atendimento em caso de necessidade.

É importante ressaltar que as reações adversas mais comuns aos medicamentos contidos nos esquemas da PEP são, em geral, leves, inespecíficas e autolimitadas (**Quadro 21**). Ainda podem surgir alterações laboratoriais, que também tendem a ser moderadas e transitórias. Caso haja alguma reação adversa mais grave, tais como reações alérgicas ou intolerância medicamentosa, deve-se reavaliar o esquema utilizado na profilaxia. Não obstante, ressalta-se que, na significativa maioria dos casos, não há necessidade de interrupção do esquema, podendo-se utilizar apenas medicamentos que tratem os sinais/ sintomas ou aguardar a sua resolução.

Quadro 21. Reações adversas mais e menos comuns aos medicamentos constantes da profilaxia pós-exposição (PEP).

MAIS COMUNS
Efeitos gastrointestinais, cefaleia e fadiga.

MENOS COMUNS
Sinais/sintomas de reação alérgica, como erupção cutânea; urticária; coceira; pele vermelha, inchada, com bolhas ou descamação, com ou sem febre; chiado; aperto no peito ou garganta; dificuldade para respirar, engolir ou falar; rouquidão incomum; inchaço da boca, face, lábios, língua ou garganta.
Sinais/sintomas de problemas renais, como dores locais, incapacidade de urinar, alteração na quantidade de urina, sangue na urina ou grande ganho de peso. Alterações de creatinina sérica, microalbuminúria, ureia, entre outros exames de monitoramento.
Sinais de reações adversas hepáticas, como urina escura, sensação de cansaço, falta de fome, dor de estômago, fezes de cor clara, vômito, pele ou olhos amarelos. Monitorar com exames de função hepática.
Sinais/sintomas de excesso de ácido láctico no sangue (acidose láctica), como respiração rápida, batimentos cardíacos acelerados, batimentos cardíacos que não parecem normais, dores de estômago muito fortes ou vômitos, sensação de muito sono, falta de ar, sensação de muito cansaço ou fraqueza, tonturas muito fortes, sensação de frio, dores musculares ou cãibras. Monitorar com exames laboratoriais.
Sinais/sintomas de pancreatite, como dor de estômago muito forte, dor nas costas muito forte ou vômito.
Dor óssea.
Dor ou fraqueza muscular.

Fonte: UpToDate (2022).

A indicação de exames precisa considerar o histórico de condições de saúde das pessoas, assim como a toxicidade conhecida dos medicamentos. A indisponibilidade dos resultados não pode constituir barreira para o acesso à PEP.

Em caso de disponibilidade de resultados de exames recentes ou acesso e celeridade para a realização de novos exames, deve-se considerar o **Quadro 22**.

Quadro 22. Seguimento laboratorial da PEP.

	PRIMEIRO ATENDIMENTO [d]	PARA INVESTIGAÇÃO DOS EFEITOS COLATERAIS	4-6 SEMANAS APÓS A EXPOSIÇÃO	12 SEMANAS APÓS A EXPOSIÇÃO
Creatinina[a]	Para pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal	X		
ALT, ASL		X		
Amilase		X		
Glicemia	Em caso de pessoas expostas com *diabetes mellitus*	X		
Hemograma [b]	Em caso de indicação da PEP com AZT	X		
Teste de HIV [c]	X		X	X

(a) Para cálculo de *clearance* de creatinina.
(b) Para pacientes com suspeita de anemia. O exame não deve atrasar o início da PEP.
(c) Não se recomenda a utilização de teste de fluído oral.
(d) Antes do início da PEP.

Fonte: BRASIL (2021).

5.8 Descarte adequado dos medicamentos

Os esquemas medicamentosos da PEP têm duração de 28 dias; no entanto, as embalagens contêm 30 comprimidos. Considerando que não é preconizado o fracionamento do medicamento, recomenda-se orientar o usuário quanto ao descarte correto, de acordo com a organização local do serviço ou do município.

6

DOCUMENTAÇÃO DO PROCESSO

Respeitando a Resolução/CFF nº 585/2013 e a RDC/Anvisa nº 44/2009 (CFF, 2013; ANVISA, 2009), o farmacêutico deve obrigatoriamente documentar os serviços e procedimentos farmacêuticos executados. Esses registros devem ser feitos por meios eletrônicos ou em papel, conforme a realidade local, e armazenados nos estabelecimentos públicos e privados. Devem ser redigidos em português, de forma legível e com padronização de nomenclatura, sistemas de pesos e medidas oficiais, sem emendas ou rasuras (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

O registro clínico da evolução farmacêutica deve ser efetuado preferencialmente no prontuário do paciente, podendo ser por meio das notas de evolução sistematizadas pelo sistema SOAP (dados subjetivos, objetivos, avaliação e plano) e/ou de outras metodologias de registro. É de responsabilidade do farmacêutico a qualidade e autenticidade dos registros, bem como sua guarda e confidencialidade. Toda a documentação deve ser mantida no estabelecimento durante pelo menos 05 (cinco) anos, a contar da data do último registro (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016). Os anexos A e B desse protocolo, bem como os formulários do Siclom, auxiliarão na coleta de dados, e consequentemente no registro das informações.

6.1 Registro no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom)

O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos é um sistema que possibilita o gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais, permitindo, a nível nacional, que o Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI/SVSA/MS) obtenha informações relativas às dispensações de medicamentos para os usuários que recebem TARV. Por meio desse sistema, são realizados pedidos de medicamentos, distribuições, dispensações, inventários, bem como outros componentes do ciclo da assistência farmacêutica. Além disso, nele são coletadas e disponiibilizadas informações de carga viral e outros exames, farmacovigilância, esquemas terapêuticos, entre outras.

De acordo com a *homepage* deste sistema (2022), são objetivos do Siclom:

1. Melhorar a capacidade de resposta da área de logística de medicamentos do Departamento de ISTs, aids e hepatites virais, e das unidades federadas e locais.
2. Ampliar a capacidade de planejamento das aquisições dos medicamentos antiretrovirais.
3. Aprimorar a qualidade das informações geradas no controle logístico de medicamentos.
4. Otimizar o fluxo das atividades desenvolvidas no processo logístico, nas diversas esferas de gerenciamento.
5. Possibilitar a ampliação de ações para promover a adesão à terapia ARV.
6. Controlar o estoque mensal de cada medicamento nas diversas esferas de gerenciamento, obtendo uma estimativa do estoque disponível na rede de serviços.
7. Possibilitar a ampliação do controle local dos medicamentos utilizados para manifestações associadas à aids e a outras infecções sexualmente transmissíveis.
8. Monitorar os tratamentos para ISTs/aids nas diferentes categorias de usuários.
9. Permitir a avaliação da qualidade da assistência.

É possível, no Siclom, realizar três principais atividades: cadastro dos pacientes em tratamento, controle da dispensação mensal de medicamentos, controle de estoque dos medicamentos antirretrovirais nas farmácias. Também é possível registrar os óbitos dos usuários cadastrados. O módulo gerencial do Siclom pode ser acessado pelo link: www.azt.aids.gov.br, enquanto o módulo logístico é acessado pelo link: https://siclom.aids.gov.br/.

7

OUTRAS MEDIDAS DE CUIDADO À PESSOA EXPOSTA

7.1 Anticoncepção de emergência e abordagem na concepção

A contracepção de emergência consiste no uso de uma substância hormonal, o levonorgestrel isolado, após uma relação sexual. Também chamada de pílula do dia seguinte, pode ser usada em situações com risco de gravidez, nos casos de uso inadequado de método anticoncepcional regular, no rompimento de preservativo ou após um ato de violência sexual (ALANO, 2012).

O esquema de administração consta de uma dose oral única de 1,5mg de levonorgestrel, administrada preferencialmente até 72 horas após a relação sexual. Na ausência de contracepção, constitui esquema muito eficaz, bem tolerado e cômodo para o usuário. Sendo utilizado até 120 horas (cinco dias) de contracepção de emergência, o levonorgestrel mantém a eficácia contraceptiva, embora a administração até 72 horas leve a uma menor ocorrência de falhas, conforme **Quadro 22** (BRASIL, 2012).

Quadro 23. Esquema de contracepção de emergência.

APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
Levonorgestrel – comprimidos de 0,75mg (cartela com 2 comprimidos)	1ª opção: 2 comprimidos de 0,75mg, via oral, dose única, até 5 dias após a relação sexual ou 2ª opção: 1 comprimido de 0,75mg, via oral, de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos, até 5 dias após a relação sexual.
Levonorgestrel – comprimidos de 1,5mg de levonorgestrel (cartela com 1 comprimido)	1 comprimido de 1,5mg, via oral, dose única, até 5 dias após a relação sexual

Fonte: adaptado de BRASIL (2012).

Esse procedimento deve ser ocasional e não empregado de forma contínua, pois há métodos mais eficazes para uso rotineiro. Entretanto, há evidências de que o método está sendo usado repetidamente, principalmente por mulheres com intercursos esporádicos (BRASIL, 2012).

Evitar o uso da expressão "pílula do dia seguinte". O uso dessa expressão pode confundir o esquema de administração.

Apesar de ser comumente chamada de "pílula do dia seguinte", não é necessário aguardar o outro dia para fazer uso do medicamento.

O uso repetido da contracepção de emergência é um indicativo de que a mulher necessita de mais aconselhamento sobre outras opções de contracepção. Há evidências de que a utilização repetida do contraceptivo de emergência pode ser prejudicial para usuárias/os com história de doença cardiovascular grave (doença cardíaca isquêmica, ataque cerebrovascular, tromboembolismo), cefaleia (migrânea), hepatopatia grave, incluindo icterícia (WHO,2015).

7.2 Imunização para tétano

As pessoas que tenham sofrido uma lesão com rompimento da pele, como mordeduras, lesões ou cortes, contaminados com terra, poeira, fezes de animais ou humanas, devem ser avaliadas quanto à necessidade de imunização para tétano (BRASIL, 2021).

A principal medida de prevenção contra o tétano é a vacinação dos suscetíveis na rotina das unidades básicas de saúde em todo o país. No Calendário Básico de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), indicam-se a vacina pentavalente (vacina contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e contra a bactéria haemophilus influenza tipo b), para crianças de 2 meses a menor de 1 ano de idade, e dois reforços com a vacina DTP, aos 15 meses e 4 anos de idade. A vacina dupla adulto (dT) está disponível para toda a população, a partir dos 7 anos de idade; recomendam-se 3 doses e 1 reforço a cada 10 anos (BRASIL, 2019).

Para as pessoas com útero, deve-se aplicar uma dose de dTpa a cada gestação. A imunidade permanente é conferida pela vacina (devem-se observar as condições ideais inerentes ao imunobiológico e ao indivíduo). A doença não confere imunidade. Os filhos de parturientes imunes apresentam imunidade passiva e transitória até 2 meses de vida. A imunidade conferida pelo soro antitetânico (SAT) dura cerca de duas semanas, enquanto aquela conferida pela imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT) dura cerca de 3 semanas (BRASIL, 2019).

7.3 Cuidado com a área exposta a materiais biológicos

A prevenção da exposição ao sangue ou a outros materiais biológicos é a principal medida para que não ocorra contaminação por patógenos de transmissão sanguínea nos serviços de saúde. Essa medida deve ser utilizada no manuseio de artigos médico-hospitalares e na assistência a todos os usuários, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa (HIV/aids, hepatites B e C) (BRASIL, 2004).

Entretanto, essas medidas podem não alcançar uma redução consistente na frequência de exposições cutâneas e percutâneas (BRASIL, 2004). Assim, nos casos dessas exposições, recomendam-se, como primeira conduta após a exposição a material biológico, os cuidados imediatos em relação à área atingida. Essas medidas incluem a lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão. Também podem ser utilizadas soluções antissépticas degermantes. Nas exposições envolvendo mucosas (olhos, boca e nariz), deve-se lavá-las exaustivamente apenas com água ou com solução salina fisiológica (BRASIL, 2021).

Estão contraindicados procedimentos que ampliem a área exposta (cortes, injeções locais) e a utilização de soluções irritantes, como éter, hipoclorito ou glutaraldeído (BRASIL, 2021).

8

IDENTIFICAÇÃO E ACOLHIMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

De acordo com a *World Health Organization* (2002, p. 149, tradução nossa), a violência sexual pode ser definida como

> qualquer ato sexual ou tentativa de obter ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou tráfico sexual ou de outra forma direcionados contra a sexualidade da pessoa por meio de coerção, por qualquer pessoa, independentemente de seu relacionamento com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo, mas não se limitando à casa e ao trabalho.

A violência sexual é um problema estrutural, multifatorial e polissêmico, também considerada um problema de saúde pública, que afeta pessoas de ambos os sexos e todas as faixas etárias, classes sociais, raças e etnias (embora seja mais prevalente em pessoas que expressam o gênero feminino, de cor negra e em vulnerabilidade econômica), trazendo consequências físicas e emocionais graves para vítimas e seus familiares (MENEZES et al., 2021). As medidas que devem ser tomadas diante de episódios de violência sexual são de natureza intersetorial e integrada, envolvendo instituições das áreas da saúde, segurança, educação, justiça e dos direitos humanos, para garantir o acesso aos direitos em todas as áreas e privilegiando a saúde das pessoas afetadas (MENEZES et al., 2021).

Importante lembrar que a alteração do Código Penal, realizada pela Lei 13.718/2018, tipifica os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, torna pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelece causas de aumento de pena para esses crimes e define como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo.

De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2022), entre março de 2020 e dezembro de 2021, foram notificados 100.398 casos de estupro e estupro de vulnerável com vítimas do gênero feminino no Brasil. Entre esses casos, 7,5 % foram notificados às autoridades policiais, 60% deles são cometidos contra vulneráveis, sendo a predominância de agressores do sexo masculino em mais de 80% dos casos.

No contexto brasileiro, há diferentes fluxos que norteiam o atendimento de pessoas em situação de violência sexual. São eles: (1) quando a pessoa procura inicialmente o sistema de segurança pública e (2) quando a pessoa procura primeiramente os serviços de saúde.

Quando a pessoa procura primeiramente os serviços de saúde, não é necessário o registro de boletim de ocorrência (BO) para o atendimento. Caso a pessoa não deseje registrar o boletim de ocorrência, a vontade dela deverá ser respeitada, sem quaisquer prejuízos da assistência à saúde e de todas as orientações sobre os seus direitos. Não obstante, a equipe de saúde envolvida no cuidado à vítima deve estar ciente da importância de a pessoa registrar o BO, pois esse é um direito civil e contribui para o enfrentamento da violência e julgamento do agressor (BRASIL, 2015).

Para poder atender e informar adequadamente, é necessário que o farmacêutico esteja ciente dos marcos legais que norteiam o atendimento à vítima de violência sexual. No âmbito da segurança pública e da justiça, são legislações que resguardam o direito das pessoas afetadas pela violência sexual:

- **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2004)** — estabelece prioridades a atenção para mulheres que vivem em situação de violência sexual e doméstica como uma das ações intersetoriais representativas dos direitos humanos.

- **Lei Maria da Penha (Lei nº11.340/2006)** — cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e

dá outras providências.

- **Lei 13.718/2018** — altera o Código Penal para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo, e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravencões Penais).

- **Artigo nº 213 do Código Penal** — "Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.

> § 1º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos: pena – reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos.
>
> § 2º Se da conduta resulta morte: pena – reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos." (NR).

- **Lei nº 12.845/2013** — dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

- **Decreto nº 7.508/2011** — estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, e inclui a rede de serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS.

- **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003** — estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

Diante desse cenário, é dever da equipe multiprofissional acolher e manejar adequadamente o cuidado ofertado às vítimas, além de orientá-las a tomar as providências legais, se assim o desejarem. É válido ressaltar que o atendimento à violência sexual é **urgente** e deve ser realizado em local adequado, com garantia de privacidade e livre de julgamentos morais.

Segundo o Ministério da Saúde (2021), são etapas do atendimento à vítima 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 ISTs 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, 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.

Como já apontado anteriormente, o acolhimento é uma das principais atribuições do farmacêutico nesse contexto. Acolher adequadamente a pessoa que sofre violência sexual envolve escuta qualificada da queixa e compreensão da demanda da vítima em toda a sua complexidade, atentando para as suas particularidades socioculturais, históricas e econômicas, e respeitando suas crenças e valores morais. Nesse processo de escuta qualificada, é importante dar atenção ao relato e registrar as informações importantes, atentar para a linguagem utilizada, fazer as perguntas corretas, a fim de não gerar constrangimentos e afastar a culpa, proteger e falar com tranquilidade com a vítima, mantendo a discrição e o sigilo, resguardando a identidade dela tanto no espaço do serviço quanto no espaço público. A mesma conduta deve ser tomada em relação à vontade da vítima de não compartilhar sua história com familiares e/ou outras pessoas.

Além disso, é importante não acelerar ou influenciar as decisões que possam vir a ser tomadas pelas pessoas e levar em consideração a sua autonomia e individualidade. Em casos que envolvem violência sexual com menores de idade, de acordo com as normas éticas, adolescentes têm o direito de ser atendidos sozinhos, ou seja, o atendimento não deve ser negado se o (a) adolescente chegar sozinho (a) ao serviço, e, quando acompanhado (a), deve ser ouvido (a) na presença de responsáveis ou sozinho (a).

Em resumo, a Norma Técnica de Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual, com o registro de informações e a coleta de vestígios (BRASIL, 2015, p. 22-24), apresenta as atribuições gerais para todos os serviços de saúde e serviços de referência à atenção de vítimas de violência.

Atribuições gerais para todos os serviços de saúde:

- Orientar as vítimas sobre a importância do registro do boletim de ocorrência;
- Reconhecer os sinais de violência não declarada, especialmente aqueles da violência doméstica, mantendo os(as) profissionais sensibilizados(as) e capacitados(as);
- Acolher as pessoas em situação de violência de forma humanizada, sem preconceitos e juízos de valor;
- Garantir a necessária privacidade durante o atendimento, estabelecendo um ambiente de confiança e respeito;
- Manter sigilo a respeito das informações prestadas pela vítima ou pelo seu responsável, repassando a outro profissional ou serviço apenas aquelas necessárias para garantir o atendimento adequado;
- Ouvir atentamente o relato da situação, de forma a poder avaliar a possibilidade de risco de morte ou de repetição da violência sofrida.

Atribuições gerais para os serviços de referência para atenção às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios:

- Avaliar e tratar as condições médicas de emergência;
- Realizar os exames clínicos e a coleta de material com consentimento informado;
- Apresentar o Termo de Consentimento Informado (Anexo II), de modo a colher assinatura para autorização da coleta e preservação de eventuais vestígios biológicos que possam ser identificados;

- Respeitar a todo momento a confidencialidade do caso;
- Solicitar os exames laboratoriais preconizados conforme a Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde;
- Realizar a contracepção de emergência, nos termos da Norma Técnica Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais da saúde, exceto se esse procedimento tiver sido realizado pelo serviço que primeiro atendeu a vítima;
- Fazer a profilaxia das ISTs/AIDS e hepatite B, com medidas específicas nas primeiras 72 horas;
- Preencher o formulário de dispensação de antirretrovirais;
- Realizar ou encaminhar para acompanhamento psicológico e social;
- Preencher obrigatoriamente os dados contidos na Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada (Anexo III), de modo a possibilitar a análise das informações (Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014);
- Registrar cuidadosamente todas as informações na Ficha de Atendimento Multiprofissional às Pessoas em Situação de Violência Sexual, com letra legível e sem espaços em branco, tendo em vista que estes registros poderão ser fonte oficial de informações, especialmente quando o exame pericial não for realizado;
- Constar, na Ficha de Atendimento Multiprofissional, data e hora dos atendimentos, história clínica e exame físico completos, incluindo o exame ginecológico, descrição minuciosa das lesões, relatando se são recentes ou não, e com localizações específicas das mesmas, descrição do relato da usuária, bem como das orientações fornecidas pelo(a) profissional e a identificação de todos (as) os(as) profissionais que atenderam a vítima;
- Garantir a referência para o seguimento/acompanhamento por meio de consultas pré-agendadas;
- Proceder à interrupção legal da gestação, conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde;
- Encaminhar a mulher para os serviços de saúde, caso ela opte pela manutenção da gestação;
- Fazer os registros necessários, não só para o acompanhamento da vítima, como também para prováveis finalidades legais;
- Estabelecer uma relação de respeito e empatia com a vítima;
- Iniciar a entrevista com perguntas abertas e evitar conduzir as respostas;
- Questionar diretamente a vítima, somente quando a narrativa livre for esgotada;
- Ler o Termo de Consentimento Informado (Anexo II) para a vítima e certificar-se de que foi compreendido. A vítima tem liberdade para aceitar ou recusar qualquer das etapas ou procedimentos do atendimento;
- Preencher a Ficha de Atendimento Multiprofissional, conforme modelo (Anexo IV).

9

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

9.1 Farmacovigilância e notificação de eventos adversos

A PEP deve ser iniciada precocemente e mantida por 28 dias. Desde julho de 2015, o Ministério da Saúde passou a recomendar o uso combinado de três antirretrovirais para a PEP, menos tóxicos e mais bem tolerados do que os utilizados anteriormente. Apesar disso, pessoas usuárias da PEP podem apresentar efeitos adversos, geralmente leves e autolimitados. Caso seja identificada a persistência de efeitos adversos após o uso da PEP e/ou a ocorrência de efeitos adversos graves, o farmacêutico deve encaminhar a pessoa para avaliação mais aprofundada, conforme o perfil da demanda clínica. A descontinuação do uso só é recomendada após a completa elucidação do caso, a depender do tipo e da gravidade do efeito adverso.

Importante destacar o papel estratégico do farmacêutico no estímulo e na realização de notificações espontâneas de eventos adversos. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2023) o evento adverso é definido como

> qualquer ocorrência médica indesejável relacionada ao uso de medicamento, sem que necessariamente exista relação causal com o tratamento, podendo ser qualquer sinal desfavorável e não intencional, sintoma ou doença temporalmente associado ao uso.

No caso de eventos adversos (reação adversa, inefetividade ou erro de medicação), deve-se notificar principalmente as reações graves – que resultem em óbito, risco de morte, hospitalização, prolongamento da hospitalização, anomalia congênita e incapacidade persistente ou permanente – e as reações não descritas na bula (BRASIL, 2016).

O VigiMed é o sistema disponibilizado pela Anvisa para a notificação de eventos adversos a medicamentos, incluindo as vacinas, no Brasil. Ele está disponível para os profissionais da saúde, para os serviços de saúde (redes sentinela, hospitais, ambulatórios e clínicas de vacinação) e para os detentores de registro de medicamentos. Para fazer uma notificação, basta acessar o link: https://primaryreporting.who-umc.org/BR e seguir as orientações apresentadas na página.

9.2 Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é parte fundamental do processo de prescrição e uso da PEP. As notificações corretas de caso auxiliam no planejamento e tomada de decisão, por parte do poder público, acerca da expansão dessa profilaxia no Brasil.

Caso o uso da PEP se dê por causa de acidentes de trabalho, os eventos devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) por meio da ficha de investigação de acidente de trabalho com exposição a material biológico.

Esse tipo de notificação é aplicado, também a trabalhadores(as) do sexo, que tenham tido exposição a material biológico potencialmente infectante durante o ato sexual, no exercício de atividade laboral (BRASIL, 2021).

Em todos estes casos, devem-se ser seguidas as diretrizes da Política de Promoção da Saúde dos Trabalhadores do SUS (BRASIL, 2012).

Nos casos de violência sexual, deve-se notificar o evento por meio da ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada — Sinan VIVA.

Nos casos de suspeita de violência sexual que envolva crianças, além das fichas de notificação, o Conselho Tutelar local também deve ser acionado. O procedimento de notificação está descrito no **Quadro 24**.

Todas as fichas de notificação e de investigação podem ser encontradas no site: http://portalsinan.saude.gov.br.

Quadro 23. Procedimento de notificação em caso de violência sexual.

- Preencher a ficha de notificação.
- Encaminhar a ficha ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).
- Comunicar o caso ao Conselho Tutelar da forma mais rápida possível (por telefone, pessoalmente, ou com uma via da ficha de notificação).
- Anexar cópia da ficha ao prontuário/boletim do paciente.
- Acionar o Ministério Público, quando necessário, especialmente no caso de interrupção de gravidez em decorrência de violência sexual.

Fonte: DCCI/SVS/MS

REFERÊNCIAS

ALANO, G. M., COSTA, L. N. Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. Ciência e Saúde Coletiva, 2012.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 81, n. 2, p. 111–126, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde.Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Acesso em: 16.nov.2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controledas Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Farmacovigilância. Acesso em: 13.jun.2023. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/farmacovigilancia#:~:text=Por%20sua%20vez%2C%20evento%20adverso,doen%C3%A7a%20temporalmente%20associado%20ao%20uso.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Manual para notificação de eventos adversos e monitoramento de segurança em ensaios clínicos. 2016. Acesso em: 16.nov.2022. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/pesquisa-clinica/manuais-e-guias/manual-para-notificacao-de-eventos-adversos-e-monitoramento-de-seguranca-em-ensaios-clinicos-1a-edicao.pdf

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº44 de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Acesso em: 22.mai.2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0044_17_08_2009.pdf.

BRASIL. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C. 2004. Acesso em> 22.mai.2022. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/RECOMENDAcoES%20PARA%20ATENDIMENTO%20E%20ACOMPANHAMENTO%20DE%20EXPOSIcAO%20OCUPACIONAL%20A%20MATERIAL%20BIOLGICO%20HIV%20.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hepatites Virais. 2007. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Acesso em: 22.mai.2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0044_M2.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e coinfecções. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tétano Acidental. In: Guia de Vigilância em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.Acesso em: 22.mai.2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 412p.

BRASIL. SICLOM Gerencial. Acesso em: 15.nov.2022. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. 1ªed., Brasília, 2015. Acesso em: 16.nov.2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. =

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2020/CGAHV/.DCCI/SVS/MS. Assunto: Substituição do ofício circular nº 47/2019/CGAHV/DCCI/SVS/MS - Ampliação do uso de dolutegravir (DTG) 50mg 2X/dia para paciente com coinfecção tuberculose e HIV em uso de rifampicina.Acesso em: 22.mai.2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_portarias/2020/oficio-circular-no-2-2020-cgahv-dcci-svs-ms/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. OFÍCIO CIRCULAR Nº 47/2019/CGAHV/. DCCI/SVS/MS. Assunto: Substituição do ofício circular nº 46/2019/CGAHV/DCCI/SVS/MS - Ampliação do uso de dolutegravir (DTG) 50mg 2X/dia para paciente com coinfecção tuberculose e HIV em uso de rifampicina. Acesso em: 22.mai.2022. Disponível em: http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/oficio-circular-no-47.

BRASIL. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI, Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view.

BRASIL. Protocolo para Utilização do Levonorgestrel. 2012. Acesso em: 22.mai.2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_para_utilizacao_levonorgestrel.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 102p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Orientações para profissionais de saúde - Guia de consulta rápida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 13.021 de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Acesso em 22.mai. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Telelab. Aula 6: Testes rápidos. Acesso em: 22.mai.2022. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22168/mod_resource/content/2/HIV%20-%20Manual%20Aula%206%20%281%29.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 713 de 25 de novembro de 2021. Inclui o parágrafo único ao artigo 5° da Resolução/CFF n° 492/08, com nova redação dada pela Resolução/CFF n° 568/12, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Disponível em: https://cff.org.br/userfiles/RESOLUCAO%20713%20DE%20NOVEMBRO%20DE%202021(1).pdf. Acesso em: 22.mai.2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013a. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Acesso em: 22.mai.2022. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013b. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Acesso em: 22.mai.2022. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Curso online: prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados: módulo 2: unidade 1: semiologia farmacêutica e raciocínio clínico. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 30p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 724, de 29 de abril de 2022. Dispõe sobre o Código de Ética, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções ético-disciplinares. Acesso em: 22.mai.2022. Disponível: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-724-de-29-de-abril-de-2022-402116878?utm_campaign=de_hoje&utm_medium=email&utm_source=RD+Station.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA (CRF-BA). Guia do Cuidado Farmacêutico para a Comunidade LGBTI+: Primeiros passos para um atendimento humanizado. 2021. Disponível em: https://www.crf-ba.org.br/wp-content/uploads/2022/05/layout-cartilha-LGBT-CRF_BA-2-edicao-online.pdf. Acesso em: 22.mai.2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). U.S. Department of Health and Human Service. Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV. Atlanta: CDC, 2016.

CHACKO, L. et al. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. Sexually Transmitted Infections, v. 88, n. 5, p. 335–341, 2012.

DIEMERT, S.; WEBER, J.; PRICE, M. An Engagement Model for Medication Management: From Prescription to Description and Conscription. Studies in health technology and informatics, v. 234, p. 81–86, 2017. Netherlands.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). Hepatitis A outbreaks in the EU/EEA mostly aff ecting men who have sex with men. Stockholm: ECDC, 19 dez. 2016. Disponível em: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/RRA-19-May-2017_UPDATE_2-HepatitisAin-mostly-MSM.pdf. Acesso em: 22.mai.2022.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY (EMA). Prezista – product information. Acesso em: 13.jun.2023. Disponível em: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/prezista-epar-product-information_pt.pdf.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos). Bula - Sulfato de Atazanavir. Acesso em: 13.jun.2023. Disponível em: https://www.far.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/Sulfato-de-atazanavir_Bula_Prof-Sa%C3%BAde.pdf.

FORD, N. et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. AIDS (London, England), v. 28, n. 18, p. 2721–2727, 2014. England.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP. Violência contra mulheres em 2021. São Paulo, 2022. ISBN 978-65-89596-25-7. Acesso em: 22.mar.2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/se/a/GXvgpX8S3K9dFzL4GMCky7G/?format=pdf&lang=pt.

GRUNDMANN, O.; SEGAL, R.; PULLO, J.; et al. The Pharmacist as an LGBTQ+ Ally. American Journal of Pharmaceutical Education, p. ajpe7835, 2020.

LANNOY, L. H. DE. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam corrimento uretral. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2021.

MEDSCAPE. Drug interaction Checker. 2022. Acesso em: 22.mai.2022. Disponível em: https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker.

MENEZES, M. L. B. et al. Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: sexual violence. Epidemiologia e Servicos de Saude, v. 30, n. Special issue 1, p. 1–12, 2021.

OLDENBURG, C. E.; BÄRNIGHAUSEN, T.; HARLING, G.; MIMIAGA, M. J.; MAYER, K. H. Adherence to post-exposure prophylaxis for non-forcible sexual exposure to HIV: a systematic review and meta-analysis. AIDS and behavior, v. 18, n. 2, p. 217–225, 2014. United States.

OTTEN, R. A. et al. Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2). Journal of virology, v. 74, n. 20, p. 9771–9775, 2000. United States.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em: https://sdgs.un.org/2030agenda. Acesso em: 19 maio 2023.

SAMJI, et. al. Closing the Gap increases in life expectancy among treated hiv-positive individuals in the United States and Canada. Plos One, [S.L.], v. 8, n. 12, p. 81355, 18 dez. 2013. Public Library of Science (PLoS).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Guia de atuação do Farmacêutico no cuidado à pessoa vivendo com HIV. 2021. 84p.

THE WHITE HOUSE. National HIV/AIDS Strategy for the United States 2022–2025. Washington, DC. 2021. Disponível em: https://files.hiv.gov/s3fs-public/NHAS-2022-2025.pdf. Acesso em: 16.nov.2022.

TSAI, C.-C et al. Prevention of SIV Infection in Macaques by (R)-9-(2-Phosphonylmethoxypropyl) adenine. Science, v. 270, n. 5239, p. 1197–1199, 1995. Disponível em: https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.270.5239.1197.

TSAI, C. C. et al. Effectiveness of postinoculation (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIVmne infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment. Journal of virology, v. 72, n. 5, p. 4265–4273, 1998. United States.

UNIVERSITY OF LIVERPOOL. Hormone Therapy for Gender Transitioning. Liverpool Drug Interactions Group. 2019. Disponível em: https://liverpool-hiv-hep.s3.amazonaws.com/prescribing_resources/pdfs/000/000/007/original/Hormone_Chart_2019_Feb.pdf. Acesso em: 22.mai.2022.

UNAIDS. ESTRATÉGIA GLOBAL PARA AIDS 2021-2026: ACABAR COM AS DESIGUALDADES. ACABAR COM A AIDS. 2021. Acesso em: 19 maio 2023. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2022/06/2022_NovaEstrategia_SumarioExecutivo_PT_V3.pdf.

UNAIDS. IN DANGER: global aids update. Global AIDS Update. 2022. Acesso em: 19 maio 2023.Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update_en.pdf.

UPTODATE. 2022. Acesso em: 30/08/2022. Disponível em: <http://www.uptodate.com/online>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. 2002. Acesso em: 16.nov.2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5 ed. Geneva. 2015. Acesso em: 22.mai.2022. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1.

APÊNDICE A - FICHA DE ANAMNESE FARMACÊUTICA - PEP

Conselho Federal de Farmácia

FICHA DE ANAMNESE FARMACÊUTICA – PEP

AVALIAÇÃO INICIAL

1. Nome civil/social	
2. Idade	
3. Sexo (como consta no documento civil)	( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Intersexo ( ) Indeterminado
4. Identidade de gênero	( ) Mulher cis ( ) Homem cis ( ) Mulher trans ( ) Homem trans ( ) Travesti ( ) Não binárie ( ) Outra. Especifique: _____ ( ) Prefiro não especificar
5. Raça/cor	( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena
6. Escolaridade	( ) Sem instrução ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Mestrado ( ) Doutorado
7. Orientação sexual	( ) Heterossexual ( ) Gay ( ) Lésbica ( ) Bissexual ( ) Outra. Especifique: _____ ( ) Prefiro não especificar
8. Está ou tem possibilidade de estar gestante	( ) Sim, está gestante ( ) Sim, tem possibilidade de estar gestante ( ) Não está e nem há possibilidade de estar gestante
9. Data da última mestruação (se aplicável)	
10. Município/UF	
11. Endereço	
ENTREVISTA FARMACÊUTICA	
12. Data e hora da exposição	
13. Circunstância da exposição ( ) Acidente com material biológico ( ) Exposição sexual consentida ( ) Violência sexual	

14. Relato do(a) usuário(a)
15. Apresentou sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV nas últimas quatro semanas (febre, mal-estar, cefaleia, fadiga, faringite, exantema, lifadenopatia cervical/submandibular/axilar, mialgias ou artralgias, ulcerações mucocutâneas ou hepatoesplenomegalia)
16. Uso de medicamentos no passado
17. Uso de medicamentos atualmente e respectivas posologias
18. Utilização de suplementos atualmente e modo de uso

19. Imunizações	( ) HBV ( ) dT ( ) HPV ( ) HAV
20. Já usou PEP anteriormente? Se sim, conseguiu finalizar a profilaxia? Caso negativo, descreva as razões para a não conclusão	
21. Apresentou reações adversas aos medicamentos da PEP utilizados anteriormente?	
22. Já usou PrEP anteriormente? Se sim, descreva as razões para a interrupção do uso	
23. Apresentou reações adversas durante o uso anterior da PrEP?	
24. Histórico de alergias e reações adversas	
25. Condições e agravos em saúde relatados	
26. Resultados dos testes realizados	
HIV	( ) Reagente ( ) Não reagente
Sífilis	( ) Reagente ( ) Não reagente
Hepatite B	( ) Reagente ( ) Não reagente
Hepatite C	( ) Reagente ( ) Não reagente
Beta HCG	( ) Reagente ( ) Não reagente
27. Resultados de exames complementares	

28. Indicação de esquema de profilaxia			
Faixas etárias e critérios	**Esquemas terapêuticos/posologias**		
0 a < 2 anos	Zidovudina (AZT)	___mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	Lamivudina (3TC)	___mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	Reltagravir (RAL)	___mL de suspensão oral 10mg/mL/dia (granulado)	
≥ 2 a 6 anos	Zidovudina (AZT)	___mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	Lamivudina (3TC)	___mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	Reltagravir (RAL)	___comp 100mg/dia	___comp 400mg/dia
Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína e fenobarbital	Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF+3DC) + Dolutegravir 50mg (DTG) Posologia: TDF/3TC (1 comprimido/dia) + DTG (1 comprimido 12/12 horas)		

Prescrição legível para situações em que a pessoa-fonte é sabidamente HIV multiexperimentada e/ou esquemas alternativos (apresentar o medicamento, a apresentação e a posologia)

Medicamento	Apresentação	Posologia

(a) Uso acima de 35 kg.
(b) Uso acima de 20 kg.
Fonte: retirado do site azt.aids.gov.br (2023).

29. Você identifica algum fator que possa atrapalhar o uso dos medicamentos da PEP?
30. Orientações fornecidas ao (à) usuário (a)

Assinatura do farmacêutico

Nome do farmacêutico:
CRF/UF:
Data do atendimento:

APÊNDICE B - FICHA DE ANAMNESE FARMACÊUTICA DE RETORNO - PEP

Conselho Federal de Farmácia

FICHA DE ANAMNESE FARMACÊUTICA – PEP

RETORNO ( ) 30 DIAS ( ) 90 DIAS

1. Nome civil/social	
2. Idade	
3. Sexo (como consta no documento civil)	( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Intersexo ( ) Indeterminado
3. Identidade de gênero	( ) Mulher cis ( ) Homem cis ( ) Mulher trans ( ) Homem trans ( ) Travesti ( ) Não binárie ( ) Outra. Especifique: _____ ( ) Prefiro não especificar
6. Escolaridade	( ) Sem instrução ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Mestrado ( ) Doutorado
5. Orientação sexual	( ) Heterossexual ( ) Gay ( ) Lésbica ( ) Bissexual ( ) Outra. Especifique: _____ ( ) Prefiro não especificar
6. Está ou tem possibilidade de estar gestante	( ) Sim, está gestante ( ) Sim, tem possibilidade de estar gestante ( ) Não está e nem há possibilidade de estar gestante
7. Município/UF	
8. Endereço	
ENTREVISTA FARMACÊUTICA	
9. Data e hora da exposição	
10. Circunstância da exposição ( ) Acidente com material biológico ( ) Exposição sexual consentida ( ) Violência sexual	
11. Relato do usuário acerca da utilização dos medicamentos	

12. Conseguiu utilizar todos os medicamentos da PEP? Se não, por quê?
13. Apresentou sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV nas últimas quatro semanas (febre, mal-estar, cefaleia, fadiga, faringite, exantema, lifadenopatia cervical/submandibular/axilar, mialgias ou artralgias, ulcerações mucocutâneas ou hepatoesplenomegalia)?
14. Apresentou reações adversas durante o uso da PEP?
15. Fez uso de algum outro medicamento durante a utilização da PEP? Descreva quais e as respectivas posologias

16. Resultados dos testes realizados	
HIV	( ) Reagente ( ) Não reagente
Sífilis	( ) Reagente ( ) Não reagente
Hepatite B	( ) Reagente ( ) Não reagente
Hepatite C	( ) Reagente ( ) Não reagente
Beta HCG	( ) Reagente ( ) Não reagente

17. Resultados de exames complementares

18. Orientações fornecidas ao(à) usuário(a) (lembrar de fornecer orientações que se embasem no paradigma da Prevenção Combinada)

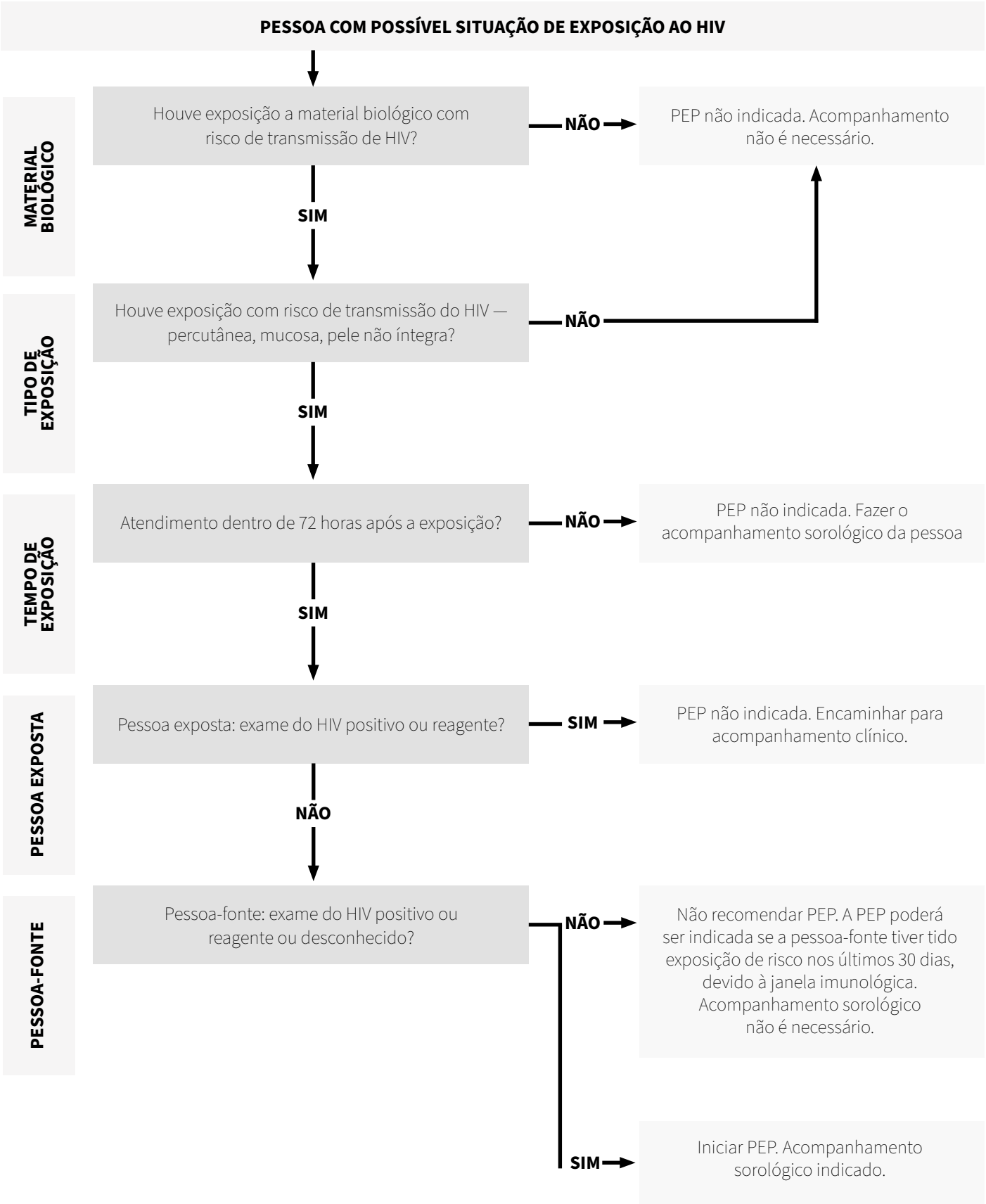
Assinatura do farmacêutico

Nome do farmacêutico:

CRF/UF:

Data do atendimento:

ANEXO I — FLUXOGRAMA PARA INDICAÇÃO PARA O USO DA PEP



Fonte: DCCI/SVS/MS

ANEXO II — TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO EXTRAÍDO DA NORMA TÉCNICA DE ATENÇÃO HUMANIZADA (BRASIL, 2015)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PROCEDIMENTOS PROFILÁTICOS E COLETA DE VESTÍGIOS

Nome:_____
Idade:_____ Sexo:_____
Prontuário:_____
Responsável:_____Parentesco:_____

O abaixo assinado _____, ou pessoa responsável pelo(a) paciente _____, declara ter recebido informações do(a) profissional de saúde a respeito dos seguintes procedimentos e seus possíveis efeitos colaterais.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA		
Pílulas de hormônios que vão diminuir a chance de que haja gravidez em decorrência de estupro – se a vítima for mulher em idade fértil:	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS		
Medicamentos utilizados para prevenir doenças que podem ser adquiridas pelo contato sexual.		
Sífilis	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
Gonorreia	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
Infecção por Clamídia	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
Infecção por Tricomonas	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
Hepatite B	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV		
Medicamentos usados para diminuir a possibilidade de contrair o HIV após o contato sexual.	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
REALIZAÇÃO DE EXAMES		
Sorologia para sífilis	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
Sorologia para hepatite B e C	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
Sorologia anti-HIV	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
Sorologia para hepatite B e C	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
Teste de gravidez ( ) Aceitou	( ) Não aceitou	( ) Não se aplica
COLETA		
Secreção vaginal	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
Secreção oral	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
Secreção anal	( ) Aceitou	( ) Não aceitou
Material subungueal	( ) Aceitou	( ) Não aceitou

Declara que foi devidamente orientada sobre a importância de registrar a ocorrência policial ou caso já tenha registrado ou venha registrar ocorrência, estar ciente que a presente documentação e o material coletado serão encaminhados à autoridade policial, se requisitados.

_____
Assinatura da pessoa em situação de violência ou responsável

1ª_____
2ª_____
Testemunhas

_____
Assinatura profissional de saúde
Data:_____

ANEXO III – FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10) Y09

3 Data da notificação

4 UF

5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 Unidade Notificadora — 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros

7 Nome da Unidade Notificadora — Código Unidade

8 Unidade de Saúde — Código (CNES)

9 Data da ocorrência da violência

Notificação Individual

10 Nome do paciente

11 Data de nascimento

12 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

13 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

14 Gestante — 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado

15 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

16 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

17 Número do Cartão SUS

18 Nome da mãe

Dados de Residência

19 UF

20 Município de Residência — Código (IBGE)

21 Distrito

22 Bairro

23 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

24 Número

25 Complemento (apto., casa, ...)

26 Geo campo 1

27 Geo campo 2

28 Ponto de Referência

29 CEP

30 (DDD) Telefone

31 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

33 Nome Social

34 Ocupação

35 Situação conjugal / Estado civil — 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

36 Orientação Sexual — 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

37 Identidade de gênero: — 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? — 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado
- Deficiência Física
- Deficiência visual
- Transtorno mental
- Outras _____
- Deficiência Intelectual
- Deficiência auditiva
- Transtorno de comportamento

Dados da Ocorrência

40 UF

41 Município de ocorrência — Código (IBGE)

42 Distrito

43 Bairro

44 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

45 Número

46 Complemento (apto., casa, ...)

47 Geo campo 3

48 Geo campo 4

49 Ponto de Referência

50 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

52 Local de ocorrência
- 01 - Residência
- 02 - Habitação coletiva
- 03 - Escola
- 04 - Local de prática esportiva
- 05 - Bar ou similar
- 06 - Via pública
- 07 - Comércio/serviços
- 08 - Indústrias/construção
- 09 - Outro _____
- 99 - Ignorado

53 Ocorreu outras vezes? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 A lesão foi autoprovocada? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 03.06.2015

ANEXO IV - FICHA DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL (BRASIL, 2015)

Estabelecimento de saúde:		CNES:
1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
* Ver detalhamento no prontuário ou ficha de notificação de violência		
Data do Atendimento:		Hora do Atendimento: ___:___
Cartão Nacional da Saúde (CNS):		
Nome completo:		
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Raça/Cor (autodeclarada): branca ( ) preta ( ) amarela ( ) parda ( ) indígena ( ) ignorado ( )		
Orientação sexual (autodeclarada): Heterossexual ( ) Homossexual ( ) Bissexual ( ) Não se aplica ( )		
Identidade de Gênero: Travesti ( ) Homem Transexual ( ) Mulher Transexual ( ) Não se aplica ( )		
Pessoa com deficiência ou transtorno? Não ( ) Sim ( )		
Especifique:		
Município de Residência:		
Representante Legal (apenas para ocorrências com crianças, adolescentes ou incapazes):		
Vínculo:		Telefone: ( )
Nome:		
2) DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL		
Data da Ocorrência:		Hora da Ocorrência:
Município da Ocorrência/UF:		
Local da Ocorrência:		
Violência de Repetição? Não ( ) Sim ( ). Se sim, início há ____ anos ____ meses		
Houve ameaças? Não ( ) Sim ( ). Especifique:		
Houve violência física? Não ( ) Sim ( )		
Qual o Tipo de Agressão? Informar tipo de agressão, uso de arma ou meio utilizado:		
Relata ter sofrido violência sexual? Não ( ) Sim ( ) Ignorado ( )		
Se houve penetração, qual tipo? vaginal ( ) anal ( ) oral ( ) Outra ( ). Espefique:		
Houve ejaculação? Não ( ) Sim ( ) Não sabe ( ).		Local do corpo (especificar):
O agressor usou preservativo? Não ( ) Sim ( ) Não sabe ( )		
Houve contato do agressor com alguma parte do corpo que não os órgãos genitais? Não ( ) Sim ( )		
Local do corpo: seios ( ) Nádegas ( ) Coxas ( ) Pescoço ( ) Outros ( ) Especificar:		
Após a agressão e antes deste exame:		
Tomou Banho? Não ( ) Sim ( ) Fez uso de ducha vaginal? Não ( ) Sim ( )		
Trocou de roupa? Não ( ) Sim( ) Trouxe a roupa ou objeto ? Não ( ) Sim ( ). Qual?		
Utilizou ( ) ou foi forçada(o) ( ) a utilizar na últimas 24 horas algum tipo de:		
( ) álcool, que tipo de bebida?		
( ) drogas, lembra qual substância?		
( ) medicamento que acha que possa afetar o comportamento, consciência ou sono - Qual (is)?		
Durante a violência sexual estava: Consciente ( ) Inconsciente ( ) Sonolenta ( ) Em coma ( )		
Relação com a pessoa que cometeu a violência sexual: Desconhecido ( ) Nº de envolvidos ( ) 1 ( ) 2 ou mais		
Conhecido do ciclo de relacionamento: Não ( ) Sim ( )		
Conhecido, mas não do ciclo de relacionamento: Não ( ) Sim ( )		
Descrição da Ocorrência da violência sexual relatada pela pessoa agredida		
3) HISTÓRIA GINECOLÓGICA PREGRESSA		
Menarca: Não ( ) Sim ( ) _____ anos		Data da última menstruação:
Nunca manteve relações sexuais antes da violência sexual: ( )		
Gestante: Não ( ) Sim ( ) Período Gestacional:		
Usa algum método Contraceptivo? Não ( ) Sim ( ) Qual:		
Data da última relação sexual consentida: ___/___/___ Hora: ___:___		
Houve violência física? Não ( ) Sim ( )		
4) EXAME FÍSICO		
Peso: ____Kg Pressão arterial: _____mmHg Pulso: ____ Temp.: ____°C		

Estado clínico geral:	
Situação Vacinal: Tétano: Não ( ) Sim ( )	Lesões no tórax e abdome: Não ( ) Sim ( )
Hepatite B: Não ( ) Sim ( )	Lesões nos membros superiores: Não ( ) Sim ( )
Lesões na cabeça e pescoço: Não ( ) Sim ( )	Lesões nos membros inferiores: Não ( ) Sim ( )
Lesões na mama D ( ) mama E ( )	Lesões genitais ou extragenitais: Não ( ) Sim ( )
Registrar outros achados do exame físico:	

5) EXAMES SOLICITADOS
Hemograma ( ) Transaminases ( ) Anti-HIV ( ) HBsAg ( ) Anti-HCV ( ) VDRL ou RPR ( )
Conteúdo Vaginal: bacterioscopia ( ) cultura ( ) biologia molecular ( )
Investigação endocervical para gonococo ( ) clamídia ( ) HPV ( )
Rx ( ) Partes do corpo_____ Ultrassom ( ) Partes do corpo _____
Tomografia Computadorizada ( ) Partes do corpo_____ Outros exames ( ) _____

6) FÁRMACOS/ IMUNOBIOLÓGICOS ADMINISTRADOS	
Contracepção de Emergência Não ( ) Sim ( )	Profilaxia do Tétano Não ( ) Sim ( )
Profilaxia HIV Não ( ) Sim ( )	Profilaxia IST Não ( )Sim ( )
Imunoprofilaxia Hepatite B Não ( ) Sim ( )	Detalhar: _____

7) COLETA DE MATERIAL/VESTÍGIOS	
Coleta de material/vestígios de interesse pericial Não ( ) Sim ( )	Swab oral Não ( ) Sim ( )
Swab vaginal Não ( ) Sim ( )	Swab outros locais Não ( )Sim ( )
Swab anal Não ( ) Sim ( )	Especificar: _____
Armazenado em Papel Filtro: Não ( ) Sim ( )	
Outro suporte: Não ( ) Sim ( ) Especificar:_____	
Roupas ou objetos. Não ( ) Sim ( ) Especificar:_____	

8) ATENDIMENTO PSICOLÓGICO
*Durante o primeiro atendimento ( ) ou no seguimento ambulatorial ( )

9) ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL
*Durante o primeiro atendimento ( ) ou no seguimento ambulatorial ( )

10) ATENDIMENTOS REALIZADOS EM OUTROS SERVIÇOS
Registrou Boletim de Ocorrência? Não ( ) Sim ( ) Data: ___/___/___ Hora: ___:___
BO nº_____
Caso não, deseja realizar o registro? Não ( ) Sim ( )
Realizado atendimento no IML? Não ( ) Sim ( ) Data:: ___/___/___ Hora: ___:___
Comunicação ao Conselho tutelar: Não ( ) Sim ( ) Não se aplica ( )
Comunicação ao Conselho do Idoso / Ministério Público / Defensoria Pública / Delegacia:
Não ( ) Sim ( ) Não se aplica ( )
Oferecimento proteção/abrigo: Não ( ) Sim ( ) Não se aplica ( ) Especifique:nº_____
Atendimento em outro serviço: Não ( ) Sim ( ) Especifique: nº_____

11) ENCAMINHAMENTOS, CONDUTAS E OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

CID 10 – Cap. _____

_____

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a) Assinatura e carimbo do(a) Enfermeiro(a)

_____

Assinatura e carimbo do(a) Psicólogo(a) Assinatura e carimbo do(a) Assistente Social

SHIS QI 15 - Lote L - Lago Sul - CEP: 71635-615 - Brasília/DF

www.cff.org.br

/conselhofederaldefarmacia

ISBN 978-65-89369-99-8