

# MINISTÉRIO DA SAÚDE

## MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

### Módulo 2 - Diagnóstico, Manejo e Tratamento de Crianças e Adolescentes Vivendo com HIV

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS/MS

Nº 75, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2023



#### INTRODUÇÃO

Este PCDT abrange a instituição do tratamento preemptivo em recém-nascidos expostos, o manejo da terapia antirretroviral (TARV) inicial e a estruturação de esquemas de resgate quando for caracterizada falha terapêutica em crianças até 13 anos de idade. Já para maiores de 13 anos, as orientações sobre o manejo do tratamento antirretroviral (ARV) na falha terapêutica podem ser encontradas no PCDT de TARV em adultos, disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts>

**A revelação diagnóstica é um momento de especial importância** → deve ser individualizada e respeitar o crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente.

O Manual para Assistência à Revelação Diagnóstica às Crianças que Vivem com o HIV/aids possui recomendações que buscam auxiliar o processo de revelação diagnóstica, com material lúdico, de fácil compreensão, adaptável a realidade local de cada serviço (<http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/materiais/manualparaassistenciaarevelacaodiagnosticascriancasquevivemcomhiv-aids.pdf>).

- Quando se tratar de criança (0 a 12 anos incompletos), a testagem e a entrega dos exames anti-HIV devem ser realizadas exclusivamente com a presença dos pais ou responsáveis legais.
- Quando se tratar de adolescente (12 a 18 anos), após uma avaliação de suas condições de discernimento, a realização do exame fica restrita à sua vontade, assim como a revelação do resultado a outras pessoas. Isso significa que, se o adolescente assim desejar, e se for constatado que ele está em condições físicas, psíquicas e emocionais de receber o resultado do exame, a testagem e a revelação diagnóstica poderão ser realizadas mesmo sem a presença dos responsáveis legais.

Consultar item 3 do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Manejo da Infecção pelo HIV Em Crianças e Adolescentes - Módulo 2, PT nº 75, de 28/12/2023 (PCDT Manejo HIV Crianças e Adolescentes - Mod. 2).

**A TARV deve ser indicada para todas as crianças e adolescentes vivendo com HIV, independentemente dos fatores clínicos, carga viral do HIV (CV-HIV) e contagem de LT-CD4+.**

**Realizar a genotipagem do HIV pré- tratamento (disponível na Rede Nacional de Genotipagem - RENAGENO),** mas o início da TARV não deve ser adiado até o resultado da genotipagem; eventuais ajustes de ARV podem ser feitos posteriormente, conforme resultado da genotipagem.

#### OBJETIVOS DA TARV EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A introdução da TARV combinada com três medicamentos teve um impacto significativo na redução da mortalidade e morbidade em crianças, adolescentes e adultos com HIV. Especialmente na população pediátrica, onde as opções de medicamentos são limitadas devido à falta de formulações específicas e considerando que o HIV é uma doença crônica, é essencial adotar uma abordagem ponderada para a introdução da TARV e a escolha dos esquemas de tratamento inicial e subsequente.

Os objetivos da TARV em crianças e adolescentes são:

- Reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida.
- Propiciar crescimento e desenvolvimento adequados.
- Preservar, melhorar ou reconstituir o funcionamento do sistema imunológico, reduzindo a ocorrência de complicações infecciosas e não infecciosas.
- Proporcionar supressão máxima e prolongada da replicação do HIV, reduzindo o risco de resistência aos ARV.
- Reduzir o processo inflamatório.
- Diminuir o reservatório viral.

A infecção pelo HIV em crianças com idade abaixo de 12 meses, devido à imaturidade imunológica, apresenta evolução mais rápida para fases avançadas da doença.

Crianças expostas ao HIV durante a gestação e parto, e com carga viral detectável devem iniciar com tratamento preemptivo imediatamente, mantê-lo até a confirmação diagnóstica e adequá-lo de acordo com a faixa etária e informações clínicas e laboratoriais disponíveis. A classificação

#### ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão ao tratamento antirretroviral (ARV) e a identificação de potenciais problemas devem ser abordadas antes do início da TARV e nas visitas subsequentes. Assim, é necessário:

- Fornecer informações sobre HIV/aids e a importância do tratamento para a manutenção da qualidade de vida da criança/adolescente.
- Identificar possíveis barreiras a uma boa adesão.
- Avaliar se a criança tem capacidade para engolir o comprimido e oferecer treinamento, se necessário.
- Adequar o esquema terapêutico à realidade do paciente, considerando os horários de escola e as atividades cotidianas da criança/adolescente.
- Identificar o responsável pela administração e supervisão da ingestão do medicamento.

#### ESTRATÉGIAS DE ADESÃO

- Esquema ARV: escolher o mais simples e palatável possível, reduzindo a frequência de uso e o número de comprimidos. Orientar a pessoa sobre formas de “mascarar” o sabor desagradável.
- Plano para tomada dos medicamentos: considerar as rotinas e as variações semanais da criança, do adolescente e de seus cuidadores. Tentar associar as tomadas com atividades diárias da criança, como escovar os dentes.
- Informação em saúde: promover o acesso objetivo dos cuidadores às informações sobre a saúde da criança/adolescente e sobre o tratamento. A criança/adolescente também deve receber informações sobre a sua saúde, respeitando e alinhando seu grau de maturidade com a complexidade da informação que será transmitida.
- Terapia diretamente observada: medicamentos tomados na presença do cuidador.
- Lembretes: utilizar caixas de comprimidos (pill-box) e alarmes para ajudar a lembrar de cada tomada.
- Técnicas motivacionais: especialmente, a aplicação de reforços positivos e o uso de pequenos incentivos.
- Grupos de adesão/apoio: habitualmente abertos e conduzidos por profissionais da própria equipe, têm caráter informativo, reflexivo e de suporte e podem ser interessantes entre grupos de cuidadores, para que compartilhem experiências entre si.

## OBJETIVOS (continuação)

atual da doença pediátrica pelo HIV é baseada na contagem absoluta de CD4 (Quadro I). O valor absoluto de LT-CD4+ é priorizado em relação ao valor percentual até os cinco anos de idade.

### Quadro I – Classificação imunológica do HIV com base em LT-CD4+, em números absolutos e percentuais, e de acordo com a idade.

Classificação de imunossupressão*	Contagem do LT-CD4+ por idade					
	< 1 ano		1 a 6 anos		≥ 6 anos	
	células/mm <sup>3</sup>	%	células/mm <sup>3</sup>	%	células/mm <sup>3</sup>	%
1 – Ausente	≥1.500	≥34	≥1.000	≥30	≥500	≥26
2 – Moderada	750-1.490	26-33	500-999	22-29	200-499	14-25
3 – Grave <sup>(a)</sup>	<750	<26	<500	<22	<200	<14

\*A classificação é inicialmente realizada pela contagem de LT-CD4+, na indisponibilidade considerar a porcentagem.

<sup>(a)</sup> Independente do resultado do LT-CD4+, na presença de infecção oportunista, a classificação 3 é estabelecida.

A coinfecção tuberculose-HIV (TB-HIV) caracteriza imunossupressão, independentemente da contagem de LT-CD4+.

## ESQUEMA TERAPÊUTICO

O esquema terapêutico inicial deve ser estruturado com três antirretrovirais, sendo dois inibidores da transcriptase reversa (ITRN), associado a um terceiro ARV de classe terapêutica diferente: inibidores da integrase (INI) ou inibidores de protease (IP/r) ou, excepcionalmente, inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN). A escolha do medicamento deve estar relacionada à faixa etária. (Quadro II).

O INI dolutegravir 5 mg comprimido dispersível é o medicamento preferencial em terapia ARV inicial.

### Quadro II - Esquema completo de TARV para crianças e adolescentes.

Faixa etária	Preferencial		Alternativo	
	ITRN	3º ARV	ITRN	3º ARV
1º mês	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	Raltegravir (RAL)	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) (a partir 14º dia de vida)
2º mês a 3 anos	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC) ou Abacavir <sup>a</sup> + Lamivudina (ABC+3TC) (preferencial a partir do 3º mês)	Dolutegravir <sup>b</sup> (DTG)	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)
3 a 6 anos	Abacavir <sup>a</sup> + Lamivudina (ABC + 3TC)	Dolutegravir <sup>b</sup> (DTG)	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC) ou Tenofovir <sup>d</sup> + Lamivudina (TDF+3TC)	Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) ou Darunavir <sup>c</sup> + Ritonavir (DRV+RTV)
6 a 12 anos	Abacavir <sup>a</sup> + Lamivudina (ABC + 3TC)	Dolutegravir <sup>b</sup> (DTG)	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC) ou Tenofovir <sup>d</sup> + Lamivudina (TDF+3TC)	Darunavir <sup>c</sup> + Ritonavir (DRV+RTV) ou Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)
> 12 anos	Tenofovir <sup>d</sup> + Lamivudina (TDF+3TC)	Dolutegravir <sup>b</sup> (DTG)	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC) ou Tenofovir <sup>d</sup> + Lamivudina (TDF+3TC)	Darunavir <sup>c</sup> + Ritonavir (DRV+RTV)

<sup>(a)</sup> Abacavir a partir do 3º mês de vida e com teste de HLA-B\*5701 negativo.

<sup>(b)</sup> Dolutegravir 5 mg a partir do 2º mês de vida e peso ≥3kg. Dolutegravir 50 mg a partir de 6 anos ou 20 kg.

<sup>(c)</sup> Darunavir para >3anos e peso ≥15 kg, que consigam deglutir o comprimido.

<sup>(d)</sup> Tenofovir em crianças com peso a partir de 35 kg.



## MONITORAMENTO/ACOMPANHAMENTO

### OBJETIVOS

- Avaliar adesão à TARV.
- Avaliar CV-HIV e LT-CD4+.
- Identificar sinais/sintomas relacionados aos ARV e orientar medidas de controle ou troca de esquema.
- Identificar sinais/sintomas relacionados à Síndrome da Recuperação Imunológica.
- Manter crescimento e desenvolvimento adequado para faixa etária.

### Periodicidade e intervenções

Tempo de uso de terapia	Toxicidade	Adesão e resposta terapêutica
Antes do início da terapia	História clínica e bioquímica	História clínica, antropometria e exame físico. Avaliação psicológica e social. CV-HIV e contagem de LT-CD4+
2 - 4 semanas	História clínica	Avaliação da adesão
8 – 12 semanas	História clínica, hemograma e bioquímica	História clínica, antropometria e exame físico. Avaliação da adesão.
A cada 3 – 4 meses	História clínica, hemograma e bioquímica	Avaliação da adesão. CV-HIV e contagem de LT-CD4+ <sup>(a)</sup>
A cada 6 – 12 meses	Lipidograma completo	Avaliação da adesão

<sup>(a)</sup> Crianças com adesão ao seguimento e à TARV, com supressão viral nos últimos dois anos podem ter intervalos maiores entre as coletas de LT-CD4+, como a cada 6 meses.

Obs.: Nas situações de suspeita de falha virológica ou quando não houver queda da CV-HIV maior que 1 log da CV-HIV basal (pré-tratamento ou pós-troca da TARV), repetir CV-HIV em 4 semanas para confirmação de falha virológica.

### SÍNDROME INFLAMATÓRIA DA RECONSTITUIÇÃO IMUNE (SIRI)

Manifestação que ocorre em pessoas vivendo com HIV com algum grau de imunossupressão e após a introdução de TARV. As manifestações clínicas são linfonodomegalia, febre, perda de peso e piora de sintomas respiratórios. Pode ocorrer também piora de imagem radiológica. Não há marcadores ou exames laboratoriais para confirmação diagnóstica, sendo a SIRI de diagnóstico clínico e de exclusão.

Buscar diagnóstico e tratamento de infecções oportunistas, eventualmente uso de anti-inflamatórios ou corticóide e interrupção temporária da TARV.

Consultar item 8 do PCDT Manejo HIV Crianças e Adolescentes - Mod. 2.

### ESTRATÉGIA DE SUBSTITUIÇÃO DO TRATAMENTO

A estratégia de simplificação por meio da “terapia dupla” é estruturada pela associação de lamivudina com um ARV de alta barreira genética – dolutegravir ou darunavir com reforço de ritonavir – e demonstra segurança e eficácia na manutenção da supressão virológica.

**Para a recomendação da “terapia dupla”, devem ser observadas todas as seguintes condições:**

- Ausência de qualquer falha virológica prévia;
- Adesão regular à TARV;
- Carga viral indetectável nos últimos 12 meses, sendo a última CV realizada há pelo menos 6 meses;
- Exclusão de infecção com hepatite B ou tuberculose;
- Idade maior ou igual a 18 anos;
- Não estar gestante;
- Taxa de filtração glomerular estimada que não implique em redução de dose da lamivudina (TFGe > 49mL/min).
- Para PVHA com indicação de dolutegravir: não estar em uso de medicamentos que requeiram a dose dobrada de dolutegravir ou que reduzam o nível sérico do medicamento.

Obs: Avaliar a presença de interações medicamentosas → <https://interacaoeshiv.huesped.org.ar/>.

## MONITORAMENTO/ACOMPANHAMENTO (continuação)

### REINTRODUÇÃO DO ARV APÓS INTERRUPÇÃO DE TRATAMENTO

Frente ao abandono do tratamento, uma abordagem ampla e multidisciplinar deve ser realizada na tentativa de estabelecer a sua causa. A abordagem sobre a TARV é importante para garantir que o tratamento permaneça eficaz. A escolha dos ARV que farão parte do esquema de reintrodução deve considerar eventuais fatores relacionados ao abandono, a barreira genética e as possíveis mutações relacionadas ao esquema prévio.

Abandono	Opções de esquema de reintrodução	Comentários
2 ITRN + 1 ITRNN	2 ITRN + 1 IP/r	O IP/r pode ser LPV/r, DRV+RTV ou atazanavir + ritonavir
2 ITRN + IP/r	2 ITRN + IP/r (outros IP/r)	-
2 ITRN +INI	2 ITRN + 1 IP/r ou 2 ITRN+DTG 12/12h	01 comprimido de dolutegravir a cada 12 horas

## FALHA TERAPÊUTICA

A falha terapêutica é uma resposta subótima ou falta de resposta sustentada à TARV, mediante critérios **virológicos, imunológicos e/ou clínicos**. Em geral, a falha virológica pode ocorrer antes da falha clínica e imunológica.

**Falha virológica** → dois exames consecutivos, com intervalo de 4 semanas entre eles, de CV-HIV com resultado detectável, sendo o último exame com carga viral acima de 500 cópias/ML. Neste caso há indicação de genotipagem para HIV (RENAGENO).

**Falha imunológica** → resposta imunológica incompleta à TARV ou deterioração imunológica durante a terapia.

**Falha clínica ou terapêutica** → ocorrência de infecção oportunista (IO) ou outra evidência clínica de progressão da doença após o início da TARV.

### Considerações para otimizar o uso da genotipagem do HIV

Antes de solicitar	
O exame deve ser coletado na vigência de TARV	Algumas mutações ficam arquivadas rapidamente após a interrupção da TARV, devido à ausência da pressão seletiva exercida pelo medicamento e acabam não aparecendo no exame realizado.
A CV-HIV deve estar detectável	Sem viremia não é possível amplificar o genoma viral. No contexto de viremia muito baixa, mutações existentes podem não ser detectadas.
Solicitação	
Genotipagem convencional (ITRN, ITRNN e IP)	Solicitar para toda falha virológica
Integrase (raltegravir, dolutegravir)	Solicitar em caso de falha atual ou prévia aINI
Genotropismo (alça V3 GP120) (maraviroque)	Solicitar na suspeita de resistência a 3 classes (ITRN, ITRNN e IP). Realizada automaticamente se a genotipagem convencional detectar resistência às 3 classes
GP41 (enfuvirtida)	Solicitar em falha sob uso de enfuvirtida (ENF/T20). Na ausência da pressão seletiva (falha prévia a enfuvirtida) não é recomendado, pois as mutações ficam arquivadas.
Interpretação e elaboração do esquema de resgate	
Mutações detectadas	Provável redução da susceptibilidade, entretanto a classe de ITRN retém atividade residual mesmo na presença de mutações.
Mutações não detectadas	Não significa necessariamente medicamento ativo. Na ausência de pressão seletiva (suspensão do medicamento) ou em situações de CV-HIV baixa, pode não ser possível detectar as subpopulações virais minoritárias com mutações de resistência.
Considerar o histórico de esquemas ARV, falhas e de testes de genotipagem	Mutações selecionadas no passado podem não ser detectáveis na ausência do medicamento, contudo, reemergem rapidamente após sua reintrodução. A resistência é cumulativa: as mutações detectadas em diferentes testes de um mesmo paciente devem ser somadas.
Considerar os resultados como "atuais" no máximo até 6 meses após a coleta de amostra	Considerando-se o ritmo médio de acúmulo de novas mutações na vigência de falha, após um período de 6 meses podem surgir novas mutações e ocorrer perda adicional de opções de tratamento.
Estruturar o esquema de resgate a partir da orientação de médico referência em genotipagem, capacitados pelo Ministério da Saúde.	A interpretação do teste e a escolha do melhor esquema de resgate são complexas e demandam experiência e atualização contínua no manejo da falha virológica.

**Discordância entre respostas virológica, imunológica e clínica** → em geral, a TARV que propicia supressão virológica também resulta em melhora imunológica e prevenção de doenças relacionadas à aids. O contrário também ocorre: a falha virológica é comumente acompanhada de falha imunológica e clínica. Entretanto, algumas pessoas podem apresentar discordância, com falha em apenas uma das categorias e com boa resposta nas demais. É essencial considerar causas potenciais de respostas discordantes antes de concluir que houve falha terapêutica.

**Manejo da falha virológica** → a escolha de um novo esquema ARV depende de resultados de exames de genotipagem do HIV e da avaliação da adesão.

- Falha virológica na ausência de resistência do HIV aos ARV → sugere falta de exposição do vírus aos medicamentos → não está indicada a troca da TARV, e sim o reforço da adesão.
- Falha virológica com resistência ao esquema atual → o objetivo é começar um novo esquema capaz de suprimir a replicação viral e prevenir a emergência de vírus com mutações adicionais de resistência. Para isso, torna-se necessária o uso de um esquema com pelo menos 2, mas preferencialmente 3, medicamentos completamente ativos e de pelo menos duas classes diferentes.

### Orientações para troca de TARV após confirmação de falha terapêutica

- **1ª falha com ITRNN** → a falha de um esquema 2 ITRN + 1 ITRNN pode ser resgatada com o esquema 3 ITRN + 1IP/r ou 1IP/r + 1INI.
- **1ª falha com IP/r** → na falha de um esquema 2 ITRN + 1IP/r, a maioria dos pacientes não tem resistência ou a resistência será apenas para o ITRN, geralmente para lamivudina → avaliar adesão e CV-HIV e manter esquema. Se houver necessidade de troca, resgatar com 2 ITRN + 1INI (dolutegravir) ou 1IP/r + 1INI.
- **1ª falha comINI** → o resgate deve ser feito baseado na genotipagem.
- **Falha a partir do 2º esquema** → os ARV devem ser selecionados com base na probabilidade de serem ativos, de acordo com o histórico de TARV do paciente, genotipagens atuais e prévias, teste de tropismo, além dos convencionais e da integrase.

### Viremia persistente com multirresistência aos antirretrovirais em pacientes com poucas opções terapêuticas.

Na impossibilidade de compor um esquema com 2 ou mais medicamentos totalmente ativos, o foco volta a ser nem tanto a indetecção da CV-HIV, mas a manutenção da função imune, com prevenção da progressão da doença e do aparecimento de IO.

### Antirretrovirais de uso restrito para falha terapêutica (etravirina, maraviroque e enfuvirtida).

São de uso exclusivo em situações de falha virológica e necessitam de avaliação da Câmara Técnica local, após preenchimento e envio de formulário específico com o laudo do teste de genotipagem recente.

Devem ter os seguintes critérios: falha virológica confirmada; teste de genotipagem com menos de 12 meses; resistência a pelo menos 1 ARV de cada classe (ITRN, ITRNN e IP).

## TRANSIÇÃO DO CUIDADO

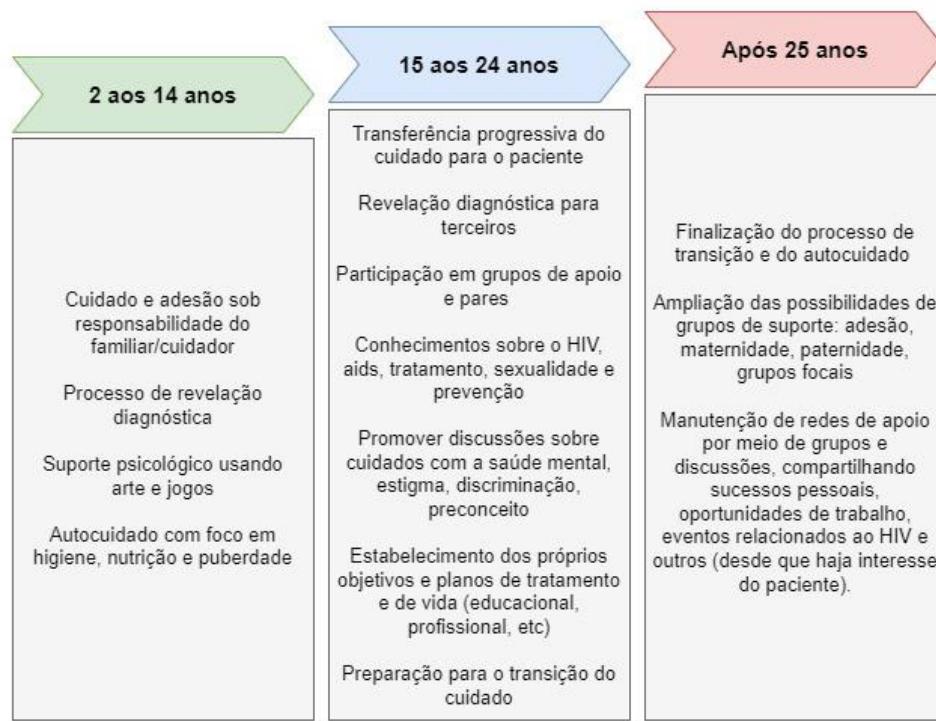
### TRANSIÇÃO DO CUIDADO DA PEDIATRIA PARA A ATENÇÃO DE ADULTOS

O paciente deve ter suas particularidades analisadas, incluindo sua capacidade de autocuidado e gerenciamento deste, maturidade psíquica e mesmo emocional, para que um plano individual de transição seja estabelecido.

A transição de adolescentes e jovens para os serviços de adultos deve ser um processo gradual, não determinado apenas pela idade, mas sim pelas particularidades de cada adolescente. É importante que familiares e cuidadores saibam que não há uma completa ruptura nas relações, mas sim uma mudança durante a transição. Seria importante garantir, no momento de finalizar a passagem da Pediatria para o serviço de adultos, que o adolescente/jovem estivesse em situação estável com relação a seu tratamento. Não há modelo único, devendo ser adaptado às condições de cada local, equipes e serviços envolvidos no processo. No entanto, de maneira geral, é possível pensar em alguns passos que deveriam ser alcançados com o processo do crescimento (**Veja a Figura I na próxima página**).

A estratégia, independente do modelo utilizado, deve introduzir ao adolescente/jovem, gradativamente, a ideia de que será cuidado por uma nova equipe, em um novo ambiente e durante esse período será avaliado seu amadurecimento para assumir responsabilidades e visualizar a importância de um novo papel em seu próprio cuidado.

Estabelecer, por um período, consultas intercaladas entre os médicos de adultos e da pediatria ou clínica de adolescentes, é uma estratégia possível durante o processo. A última consulta do jovem no Serviço de Pediatria deve ser realizada, preferencialmente, quando já houver um agendamento de consulta no Serviço de Adultos garantida, para evitar que o paciente fique à deriva.

**Figura I: Etapas a serem alcançadas durante o processo de crescimento do paciente**

## PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV/IST

Conjunto de estratégias de prevenção ao HIV que incluem intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, aplicando-as no nível dos indivíduos e de suas relações, dos grupos sociais a que pertencem ou na sociedade em que estão inseridos, mediante ações que levem em consideração as necessidades e especificidades desses indivíduos e as variadas formas de transmissão do vírus.

O símbolo da mandala (Figura II - ao lado) representa a combinação de algumas das diferentes estratégias de prevenção (biomédicas, comportamentais e estruturais), pois confere a ideia de movimento em relação às possibilidades de prevenção, tendo as intervenções estruturais (marcos legais) como base dessa conjugação.

**Profilaxia Pós-Exposição (PEP)** → A PEP consiste no uso profilático de ARV para evitar o risco de infecção pelo HIV. Deve ser iniciada em até 72 horas após a exposição de risco, sendo indicada por 28 dias.

Em situações de exposição ao HIV, deve-se considerar potenciais exposições a outros agentes infecciosos.

Para mais informações sobre conduta no manejo e prescrição da PEP, acessar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites virais”, disponível em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>

**Profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP)** → A PrEP consiste no uso profilático de ARV em indivíduos sob alto risco de infectar-se pelo HIV (com status sorológico negativo evidenciado) e faz parte das estratégias de prevenção combinada do HIV e demais IST.

O SUS oferta PrEP, a qual deve ser considerada para pessoas a partir de 15 anos, com peso ≥35 kg, sexualmente ativas e com risco aumentado de serem expostas ao HIV em relação à população geral.

As recomendações para o uso de PrEP podem ser acessadas no “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV”, disponível em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>

**Figura II: Mandala de Prevenção Combinada do HIV**

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta SAES/SECTICS /MS nº 75, de 28 de dezembro de 2023 e pode ser acessada em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e-adolescentes-modulo-2-diagnostico-manejo-e-tratamento-de-criancas-e-adolescentes-vivendo-com-hiv.pdf>