

HIV E MEDICINA NA ADOLESCÊNCIA: FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO COMBINADA E ABORDAGEM CLÍNICA

**HIV AND MEDICINE IN ADOLESCENCE: PATHOPHYSIOLOGY, DIAGNOSIS,
COMBINATION PREVENTION AND CLINICAL APPROACH**

Ciências Biológicas, Ciências da Saúde • 29/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/793148969](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/793148969)

Jhonatan Oliveira Nobre¹

RESUMO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) permanece um importante tema da saúde pública e da prática médica, exigindo integração entre conhecimento multiprofissional, prevenção, diagnóstico oportuno e cuidado longitudinal. Na adolescência, as transformações puberais e psicossociais podem influenciar experiências afetivas e decisões relacionadas à saúde sexual, mas não determinam, isoladamente, comportamentos de risco. Este artigo tem como objetivo relacionar o HIV à formação e à prática médica, com ênfase na adolescência, abordando fisiopatologia, história natural, manifestações clínicas, diagnóstico, prevenção combinada e princípios de acompanhamento. Trata-se de revisão narrativa da relação entre puberdade e uso do preservativo, complementada por documentos técnicos do Ministério da Saúde e referências institucionais atuais. A discussão evidencia que fatores individuais, relacionais e estruturais podem influenciar o uso consistente do preservativo e o acesso aos serviços. Do ponto de vista clínico, destacam-se a compreensão do tropismo do HIV por células CD4+, a interpretação dos testes conforme a janela imunológica, a avaliação de outras infecções sexualmente transmissíveis, a indicação oportuna de profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP), e o início e a continuidade da terapia antirretroviral. Conclui-se que a abordagem médica deve ser baseada em evidências, centrada na pessoa e livre de estigma, articulando prevenção, comunicação clínica, confidencialidade e atenção aos determinantes sociais.

Palavras-chave: HIV; Adolescência; Diagnóstico; Prevenção combinada; Medicina.

ABSTRACT

Human immunodeficiency virus (HIV) infection remains an

important issue in public health and medical practice, requiring the integration of multidisciplinary knowledge, prevention, timely diagnosis, and longitudinal care. During adolescence, pubertal and psychosocial changes may influence affective experiences and decisions related to sexual health, though they do not, in isolation, determine risk-taking behaviors. This article aims to examine the relationship between HIV and medical education and practice—with a focus on adolescence—by addressing pathophysiology, natural history, clinical manifestations, diagnosis, combined prevention strategies, and principles of long-term follow-up. It presents a narrative review of the relationship between puberty and condom use, supplemented by technical documents from the Ministry of Health and current institutional guidelines. The discussion highlights how individual, relational, and structural factors can influence consistent condom use and access to healthcare services. From a clinical perspective, key aspects include understanding the tropism of HIV for CD4+ cells, interpreting test results in the context of the immunological window period, assessing for other sexually transmitted infections, providing timely indications for pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP), and managing the initiation and continuation of antiretroviral therapy. It is concluded that the medical approach must be evidence-based, person-centered, and free from stigma, while integrating prevention, clinical communication, confidentiality, and attention to social determinants of health.

Keywords: HIV; Adolescence; Diagnosis; Combination prevention; Medicine.

1. INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) transformou-se de uma condição associada a elevada mortalidade em uma doença crônica controlável para muitas pessoas com acesso ao diagnóstico e à terapia antirretroviral. Essa mudança, contudo, não elimina a necessidade de prevenção, diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e enfrentamento do estigma. O HIV continua exigindo atuação integrada de diferentes áreas da Medicina, incluindo infectologia, clínica médica, pediatria, ginecologia, medicina de família e comunidade, saúde coletiva e urgência e emergência.

A adolescência merece atenção específica por envolver mudanças físicas, hormonais, cognitivas e sociais. A puberdade compreende a maturação biológica, enquanto a adolescência abrange um processo mais amplo de desenvolvimento e construção de autonomia. O início ou a intensificação de experiências afetivas e sexuais pode ocorrer em meio a dúvidas, influência de pares, normas culturais e capacidade ainda em desenvolvimento de negociar limites e proteção. É inadequado, entretanto, atribuir à puberdade uma relação causal direta com o não uso do preservativo: o comportamento sexual resulta de fatores individuais, relacionais e estruturais.

A base temática deste artigo, discute a percepção da influência da puberdade no uso do preservativo e a importância do contexto social. A presente versão amplia esse debate para o campo médico, conectando os determinantes comportamentais à fisiopatologia do HIV, à interpretação diagnóstica, às estratégias de prevenção e à abordagem clínica de adolescentes.

A formação médica exige capacidade de reconhecer que prevenção e cuidado não se limitam à prescrição de uma conduta. O profissional precisa compreender a biologia viral, avaliar exposições, indicar testes, reconhecer situações de urgência para PEP, discutir PrEP quando pertinente, tratar a infecção diagnosticada e acompanhar a saúde integral da pessoa. A comunicação clínica deve ser respeitosa, confidencial nos limites legais e sensível à autonomia progressiva do adolescente.

O objetivo deste artigo é relacionar o HIV à Medicina por meio de uma revisão narrativa que integra aspectos epidemiológicos e biopsicossociais da adolescência a fundamentos de fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico, prevenção combinada, tratamento e seguimento. Pretende-se ainda discutir implicações práticas para a consulta médica e as limitações da base bibliográfica utilizada.

Apesar da realidade vigente, faz-se mister salientar que segundo o Painel de Indicadores Epidemiológicos do Ministério da Saúde, consegue-se delinear um grupo que está mais exposto ao vírus; principalmente homens e homens jovens, que mostram um aumento considerável (Boletim Epidemiológico 2020/ MS.).

A relevância do tema também se expressa na necessidade de reconhecer o HIV como condição que exige respostas clínicas e de saúde pública simultâneas. A vigilância epidemiológica permite identificar tendências, desigualdades de acesso e grupos que precisam de estratégias específicas; já a consulta médica transforma essas informações em ações individualizadas, como oferta de testagem, avaliação de exposição recente, aconselhamento, indicação de profilaxias e vinculação ao tratamento. O Boletim

Epidemiológico de HIV e Aids do Ministério da Saúde reúne indicadores nacionais e regionais e constitui fonte importante para o planejamento de ações, embora os números devam ser interpretados conforme ano de diagnóstico, faixa etária, local de residência e critérios de notificação (BRASIL, 2025).

De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2018, consultando os dados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) de 2007 até 30/06/2018 e dados obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de 2000 a 2017, percebe-se que o índice de contaminação pelo vírus em adolescentes/jovens com idade entre 13 a 19 anos, tiveram um aumento na taxa de contaminação pelo vírus a partir do ano de 2009, tendo uma maior notificação em adolescentes do sexo masculino.

Analizando um comparativo e o quadro de contaminação elaborado do Ministério da Saúde (MS), entre os anos de 2007 e 2017, percebeu que dentro da faixa etária de adolescente/jovem, teve um aumento nos casos notificados, sendo em 2007, 8 casos notificados em homens para cada 10 casos em mulheres, o que se torna perceptível a diferença em relação a 2017, na qual passou a ser 22 casos em homens para cada 10 casos em mulheres.

Assim, a discussão não pretende atribuir o risco de infecção à adolescência em si. A idade, isoladamente, não determina comportamento sexual nem vulnerabilidade. O risco emerge da interação entre exposição, condições sociais, acesso à informação e aos insumos preventivos, possibilidade de negociar o preservativo,

violência ou coerção, estigma e disponibilidade de serviços acolhedores. Uma abordagem médica qualificada deve considerar essas dimensões sem culpabilizar o indivíduo.

2. METODOLOGIA

Este artigo foi fundamentado utilizando o método de pesquisa qualitativa, assim, GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. (2009) menciona que, a pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para MINAYO (2002), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Segundo TRIVIÑOS (1987), a abordagem de cunho qualitativo trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto. O uso da descrição qualitativa procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências. Para GIL (1989), o uso dessa abordagem propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenômeno em estudo e das suas relações, mediante a máxima valorização do contato direto com a situação estudada, buscando-se o que era comum, mas permanecendo, entretanto, aberta para perceber a individualidade e os significados múltiplos.

Assim, este artigo possui bases de cunho descritivo, explicativo e de abordagem qualitativa, voltado à puberdade, ao uso do preservativo, ao HIV e à prevenção na adolescência. O trabalho apresenta consulta a fontes e bases da área da saúde, incluindo BIREME/Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS e SciELO, com termos relacionados a HIV, adolescência, preservativos e prevenção, e relata a seleção de 21 publicações.

Para ampliar a relação com a Medicina, foram incorporados conceitos clínicos consolidados e documentos técnicos institucionais sobre diagnóstico, tratamento antirretroviral, prevenção combinada, PrEP e PEP.

O conteúdo foi organizado em eixos: desenvolvimento puberal e vulnerabilidade; virologia e fisiopatologia; manifestações clínicas e história natural; diagnóstico; prevenção combinada; tratamento e acompanhamento; e abordagem médica centrada no adolescente. Como os critérios completos de elegibilidade, a estratégia integral de busca e a avaliação formal da qualidade das publicações não estão suficientemente descritos no material de origem, os achados são apresentados como síntese narrativa, sem pretensão de exaustividade ou metanálise.

A literatura foi utilizada para contextualizar o tema e ampliar a discussão médica, sem afirmar que a busca esgotou todas as publicações disponíveis. Os documentos normativos nacionais foram priorizados para recomendações práticas, uma vez que protocolos de testagem, PrEP, PEP e tratamento podem ser atualizados.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Adolescência, Puberdade e Determinantes da Vulnerabilidade

A puberdade envolve ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, aumento da produção de esteroides sexuais, crescimento somático e desenvolvimento de características sexuais secundárias. O momento e o ritmo dessas transformações variam entre indivíduos. Na avaliação clínica, a maturação deve ser considerada em conjunto com a história de desenvolvimento, o estado geral de saúde e o contexto psicossocial, sem pressupor que o estágio puberal determine o início da vida sexual ou o padrão de comportamento.

Durante a adolescência, a construção da identidade, o pertencimento a grupos e o desenvolvimento de autonomia podem influenciar decisões. A capacidade de planejar, avaliar consequências e lidar com pressão social desenvolve-se de maneira heterogênea. Por isso, a consulta deve evitar generalizações sobre impulsividade ou percepção de risco e explorar a experiência individual por meio de perguntas abertas e linguagem não julgadora.

A vulnerabilidade à exposição ao HIV pode ser compreendida em três dimensões interligadas. A dimensão individual inclui conhecimento, percepção de risco, experiências anteriores e uso de substâncias; a relacional envolve confiança, comunicação, consentimento e poder de negociação; a estrutural compreende desigualdade, discriminação, estigma, disponibilidade de preservativos e acesso aos serviços. O não uso do preservativo pode decorrer da combinação desses fatores, e não apenas de desconhecimento.

Estudos sobre conhecimentos e atitudes de adolescentes e sobre o uso de preservativos no Brasil apontam a importância de diferenciar informação declarada de comportamento efetivo (Chaves et al., 2014; Dourado et al., 2015). A orientação médica deve, portanto, investigar barreiras concretas e apoiar decisões informadas, sem culpabilizar o adolescente.

3.2. Virologia e Fisiopatologia do HIV

O HIV é um retrovírus envelopado cujo material genético é constituído por RNA. A entrada viral ocorre pela ligação à molécula CD4 e a correceptores celulares, principalmente CCR5 ou CXCR4. Após a fusão com a membrana, a transcriptase reversa converte o RNA viral em DNA; a integrase permite a incorporação desse DNA ao genoma da célula hospedeira. A maquinaria celular passa então a participar da produção de novos componentes virais, que são montados e liberados para infectar outras células.

Os linfócitos T CD4⁺ são fundamentais para coordenar a resposta imune adaptativa. A infecção e a ativação imune persistente podem reduzir sua quantidade e comprometer a função imunológica. Sem tratamento, esse processo aumenta a suscetibilidade a infecções oportunistas e determinadas neoplasias. A velocidade de progressão varia conforme fatores virais e do hospedeiro, mas a terapia antirretroviral modifica substancialmente a história natural da doença.

A carga viral plasmática representa a quantidade de RNA do HIV detectável no sangue e é utilizada para avaliar a replicação viral e a resposta ao tratamento. A contagem de linfócitos CD4⁺ contribui para avaliar o estado imunológico e orientar a investigação de

complicações. A supressão viral sustentada reduz a progressão clínica e, quando mantida em níveis indetectáveis, impede a transmissão sexual do HIV, conceito conhecido como I=I, indetectável igual a intransmissível. Essa informação deve ser comunicada com precisão e não significa proteção contra outras IST.

3.3. História Natural e Manifestações Clínicas

A infecção aguda pelo HIV pode ocorrer nas primeiras semanas após a exposição. Algumas pessoas apresentam síndrome retroviral aguda com febre, exantema, faringite, linfadenopatia, mialgia, cefaleia ou sintomas semelhantes aos de outras infecções virais. Como essas manifestações são inespecíficas e podem estar ausentes, a história de exposição e a escolha adequada dos testes são essenciais para a avaliação.

Após a fase aguda, pode haver período prolongado com poucos ou nenhum sintoma. A ausência de sinais clínicos não exclui a infecção. Sem tratamento, a redução progressiva da imunidade pode resultar em infecções oportunistas, perda ponderal, febre persistente, diarreia crônica e outras manifestações, dependendo do grau de imunodeficiência. Em pessoas com diagnóstico tardio, a avaliação deve considerar doenças definidoras de Aids e coinfeções, de acordo com os sintomas, o exame físico e os exames complementares.

O diagnóstico oportuno permite iniciar a terapia antirretroviral, avaliar comorbidades, oferecer prevenção de infecções associadas à imunodeficiência e reduzir a transmissão. A abordagem não deve depender de estereótipos sobre grupos populacionais: qualquer pessoa com exposição potencial pode necessitar de testagem, e o

julgamento clínico deve basear-se em história, contexto e recomendações vigentes.

3.4. Diagnóstico Laboratorial e Janela Imunológica

A investigação diagnóstica deve seguir os algoritmos recomendados pelo Ministério da Saúde. Os testes diferem quanto aos marcadores detectados e ao tempo necessário para positividade após a exposição. A janela imunológica corresponde ao período entre a infecção e a possibilidade de detecção pelo método utilizado; por isso, um resultado não reagente obtido muito cedo pode não excluir infecção recente.

Os testes rápidos e os ensaios laboratoriais são ferramentas importantes para ampliar o acesso ao diagnóstico, mas seus resultados devem ser interpretados conforme o algoritmo vigente. Resultados reagentes precisam ser conduzidos pelas etapas confirmatórias recomendadas. Quando há suspeita de infecção aguda, exposição recente ou quadro clínico compatível, o médico deve considerar o tempo desde a exposição e a necessidade de testes adicionais ou repetição no intervalo indicado pelo protocolo.

O aconselhamento antes e depois do teste deve explicar os possíveis resultados, a necessidade de confirmação, a prevenção durante a investigação e os próximos passos. Em caso de diagnóstico confirmado, é necessário estabelecer vínculo com o serviço de cuidado, avaliar carga viral e CD4+, investigar condições associadas e iniciar tratamento conforme as diretrizes. A comunicação deve ser privada, empática e livre de estigma.

3.5. Prevenção Combinada: Preservativo, PrEP e PEP

A prevenção combinada reúne intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, selecionadas conforme as necessidades e preferências de cada pessoa. O preservativo externo ou interno, utilizado de forma correta e consistente, reduz o risco de transmissão sexual do HIV e de diversas outras IST. A orientação deve abordar uso correto, armazenamento, disponibilidade e utilização de lubrificantes compatíveis com o material do preservativo. Sua utilização também pode contribuir para prevenir gravidez não planejada, embora a decisão contraceptiva deva ser discutida de forma individualizada.

A profilaxia pré-exposição (PrEP) consiste no uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas HIV-negativas que possam se beneficiar da prevenção medicamentosa antes de possíveis exposições. A indicação requer avaliação clínica, testagem para HIV, análise de condições clínicas e acompanhamento periódico conforme o protocolo vigente. A PrEP não previne todas as outras IST e não substitui a avaliação de saúde sexual; o preservativo pode continuar sendo recomendado conforme as necessidades individuais.

A profilaxia pós-exposição (PEP) é uma medida de urgência após exposição potencialmente relevante ao HIV, incluindo relação sexual sem preservativo ou com rompimento, violência sexual e acidentes ocupacionais com material biológico. Deve ser iniciada o mais cedo possível, até o limite de 72 horas após a exposição, e é mantida pelo período de 28 dias conforme o protocolo brasileiro. A avaliação não deve ser adiada: é necessário procurar imediatamente um serviço de saúde para análise do risco, testagem, avaliação de outras IST e hepatites e definição da conduta (BRASIL, 2024a).

A prevenção combinada também inclui testagem periódica conforme risco, diagnóstico e tratamento de outras IST, vacinação indicada, incluindo hepatite B e HPV segundo calendário e situação individual, redução de danos quando pertinente e tratamento antirretroviral das pessoas vivendo com HIV. A supressão viral sustentada previne a transmissão sexual do HIV, mas não impede outras IST. A escolha das estratégias deve considerar evidências, preferências, acesso e acompanhamento.

3.6. Tratamento Antirretroviral e Seguimento Médico

A terapia antirretroviral (TARV) é recomendada para pessoas diagnosticadas com HIV, conforme os protocolos clínicos. Os esquemas combinam fármacos que atuam em diferentes etapas do ciclo viral, com o objetivo de suprimir a replicação, recuperar ou preservar a função imunológica, reduzir a morbimortalidade e prevenir a transmissão. A seleção do esquema depende de recomendações atualizadas, condições clínicas, interações medicamentosas, comorbidades, resultados laboratoriais e particularidades individuais.

A adesão ao tratamento e o acompanhamento longitudinal são essenciais. A avaliação clínica considera carga viral, contagem de CD4+, tolerabilidade, interações medicamentosas, saúde mental, apoio social e barreiras de acesso. A detecção de falha virológica exige avaliação da adesão, do regime utilizado, de possíveis interações e, quando indicado, de resistência viral, segundo protocolo especializado.

O cuidado integral inclui rastreamento e manejo de outras IST, avaliação de hepatites virais, vacinação, saúde cardiovascular e

metabólica, saúde mental, uso de substâncias e saúde reprodutiva. Em adolescentes, a transição entre serviços pediátricos e adultos deve ser planejada para reduzir interrupções no cuidado e apoiar autonomia, compreensão da condição e continuidade da TARV. O acompanhamento não se resume à carga viral: qualidade de vida, saúde mental, vínculo e prevenção de comorbidades também são desfechos relevantes.

3.7. Ciclo Replicativo, Reservatórios Virais e Resposta Imune

O ciclo replicativo do HIV ajuda a compreender tanto a evolução da infecção quanto os alvos terapêuticos. Após a ligação da glicoproteína viral ao CD4 e a um correceptor, ocorre fusão do envelope com a membrana celular. O RNA viral é convertido em DNA pela transcriptase reversa; em seguida, a integrase promove a incorporação do DNA viral ao genoma da célula hospedeira. A célula passa a produzir componentes virais, que são montados e liberados. A protease participa da maturação das partículas, tornando-as capazes de infectar novas células. Essa sequência explica a ação de diferentes classes de antirretrovirais e a necessidade de combinar fármacos com mecanismos complementares.

A resposta imunológica inicial pode reduzir a viremia após o pico da infecção aguda, mas não elimina o vírus. O HIV estabelece reservatórios celulares, incluindo células de memória, nos quais o material genético viral pode persistir mesmo quando a carga viral plasmática fica indetectável com a terapia. Essa persistência explica por que o tratamento controla a replicação, mas não representa cura. A interrupção da terapia pode permitir a retomada da replicação, razão pela qual o acompanhamento e a adesão devem ser contínuos.

A depleção de linfócitos T CD4⁺ resulta de mecanismos diretos e indiretos, incluindo efeito citopático, destruição de células infectadas e ativação imune persistente. A perda de coordenação entre imunidade celular e humoral aumenta a suscetibilidade a infecções oportunistas e algumas neoplasias. A contagem de CD4⁺ auxilia a estimar o grau de imunodeficiência, enquanto a carga viral informa principalmente a atividade replicativa e a resposta virológica ao tratamento. Esses parâmetros são complementares e devem ser interpretados junto à avaliação clínica.

3.8. Diagnóstico Diferencial e Avaliação Clínica Inicial

Na suspeita de infecção aguda, o diagnóstico diferencial pode incluir mononucleose infecciosa, outras infecções virais, sífilis secundária, toxoplasmose e outras condições que causem febre, exantema, linfadenopatia ou síndrome mononucleose-símile. Nenhum conjunto de sintomas é específico o suficiente para confirmar ou excluir HIV. A decisão de testar deve considerar a história de exposição, o intervalo desde o evento, os testes já realizados e a possibilidade de janela diagnóstica. Quando a suspeita clínica permanece relevante, o profissional deve seguir o algoritmo recomendado e avaliar a necessidade de testes complementares, sem interpretar um resultado isolado fora de contexto.

Após a confirmação diagnóstica, a avaliação inicial inclui história clínica e sexual respeitosa, exame físico orientado, revisão de medicamentos e alergias, avaliação de saúde mental e identificação de necessidades sociais. Os exames laboratoriais são selecionados segundo protocolo e situação clínica; podem incluir carga viral, contagem de CD4⁺, hemograma, função renal e hepática, glicemia e perfil lipídico, além de investigação de hepatites virais, sífilis,

tuberculose e outras infecções sexualmente transmissíveis. A indicação de exames adicionais deve considerar sintomas, epidemiologia, gravidade e diretrizes vigentes, evitando tanto a omissão quanto a solicitação indiscriminada (BRASIL, 2024b).

O médico também deve verificar vacinação, saúde reprodutiva, risco de gravidez quando pertinente, uso de álcool e outras substâncias, alimentação, sono, condições de moradia e capacidade de comparecer às consultas. Essa avaliação não deve transformar a consulta em interrogatório; perguntas precisam ter finalidade clínica clara, ser feitas em linguagem compreensível e respeitar o direito de não compartilhar detalhes desnecessários.

3.9. Prevenção Combinada e Princípio I=I

A prevenção combinada reconhece que nenhuma estratégia isolada atende igualmente a todas as pessoas e situações. O preservativo reduz o risco de HIV e de diversas outras IST quando utilizado correta e consistentemente, mas sua utilização depende também de disponibilidade, negociação entre parceiros, conforto, conhecimento e percepção de risco. A orientação deve incluir demonstração de uso quando pertinente, acesso regular aos insumos e esclarecimento de que métodos contraceptivos hormonais não previnem infecções sexualmente transmissíveis.

A PrEP pode ser indicada a pessoas HIV-negativas com possibilidade de exposição, após avaliação clínica e testagem apropriada. A escolha do esquema e do regime de uso deve seguir o protocolo vigente e considerar as características individuais, a função renal quando aplicável, possíveis interações, adesão e acompanhamento laboratorial. A PrEP não trata infecção já estabelecida; por isso, a

avaliação de HIV antes e durante o acompanhamento é parte essencial da segurança. A indicação não deve ser condicionada a julgamentos morais sobre a vida sexual da pessoa.

A PEP é uma intervenção de urgência e deve ser avaliada o mais rapidamente possível após uma exposição potencialmente relevante, idealmente nas primeiras horas e no máximo até 72 horas, conforme protocolo nacional. A avaliação inclui o tipo de exposição, o tempo decorrido, a situação sorológica conhecida e a indicação de exames e acompanhamento. Quando indicada, a profilaxia deve ser iniciada sem atrasos evitáveis, e o paciente deve receber orientações claras sobre adesão, eventos adversos possíveis e testagem subsequente. A PEP não substitui estratégias preventivas contínuas quando existe possibilidade de novas exposições.

O conceito I=I, indetectável é igual a intransmissível, descreve a evidência de que uma pessoa vivendo com HIV que mantém carga viral indetectável por tratamento eficaz não transmite sexualmente o vírus. A comunicação dessa informação é importante para reduzir estigma e apoiar decisões informadas. Deve ser explicada de modo preciso: depende de tratamento e manutenção da supressão viral, não elimina a possibilidade de outras IST e não deve ser usada para presumir a situação clínica de alguém sem dados confiáveis. A informação também não substitui o aconselhamento individualizado nem o acompanhamento laboratorial.

3.10. Terapia Antirretroviral: Princípios e Monitoramento

A terapia antirretroviral é indicada para pessoas com diagnóstico de HIV, de acordo com as recomendações clínicas vigentes. O início oportuno reduz a replicação viral, favorece recuperação imunológica,

diminui morbidade e mortalidade e contribui para a prevenção da transmissão. A escolha do esquema considera eficácia, barreira genética à resistência, comorbidades, função renal e hepática, interações medicamentosas, possibilidade de gestação, uso prévio de antirretrovirais e preferências informadas da pessoa. A seleção do regime é decisão clínica e deve seguir o protocolo oficial atualizado.

A monitorização avalia resposta virológica, recuperação imunológica quando indicada, tolerabilidade, adesão e ocorrência de eventos adversos. A carga viral é central para verificar a supressão; a contagem de CD4+ auxilia na avaliação imunológica, especialmente em fases de imunodeficiência. Alterações laboratoriais precisam ser interpretadas considerando o histórico e o regime terapêutico. Quando há falha virológica, o médico investiga adesão, interações, interrupções, absorção e possibilidade de resistência antes de modificar o tratamento, seguindo as recomendações especializadas.

A adesão não deve ser entendida como atributo moral ou simples obediência. Pode ser afetada por efeitos adversos, rotina escolar ou profissional, saúde mental, receio de revelação do diagnóstico, dificuldades de transporte, insegurança alimentar e estigma. Planos de cuidado compartilhados, simplificação do regime quando possível, lembretes escolhidos pela própria pessoa, apoio psicossocial e articulação com a rede podem favorecer continuidade. Em adolescentes, a transição entre serviços pediátricos e adultos precisa ser planejada, gradual e centrada na autonomia progressiva.

3.11. HIV, Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis e Saúde Integral

A avaliação de pessoas com possibilidade de exposição ao HIV deve incluir atenção a outras IST, pois coinfeções podem coexistir, apresentar manifestações semelhantes ou permanecer assintomáticas. A investigação de sífilis, hepatites virais, gonorreia, clamídia e outras infecções deve ser orientada pelas práticas sexuais, sintomas, locais anatômicos expostos, histórico clínico e diretrizes. A coleta deve respeitar a anatomia e as práticas relatadas, e não apenas a identidade de gênero ou a orientação sexual presumida.

A prevenção integral pode envolver vacinação contra hepatite B e papilomavírus humano, conforme calendário e indicação individual, além de aconselhamento reprodutivo, prevenção de gravidez não planejada quando pertinente e acesso a serviços de saúde sexual. A oferta de preservativos, testagem e profilaxias deve ser acompanhada por explicações sobre seus benefícios e limites. A abordagem integrada amplia a oportunidade de cuidado e evita que o HIV seja tratado de forma isolada de outras necessidades de saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Da Informação Ao Comportamento Preventivo

A literatura sobre conhecimento e uso de preservativos, indica que saber que o HIV existe ou conhecer a recomendação do preservativo não garante sua utilização consistente. A decisão pode ser influenciada pela confiança no parceiro, pela percepção de invulnerabilidade, pelo receio de rejeição, pela busca de prazer, pelas normas de gênero e pelas condições de acesso aos métodos. Para a prática médica, isso significa que orientações genéricas podem ser insuficientes se não explorarem a realidade e as necessidades do paciente.

A confiança afetiva não equivale à ausência de risco biológico. Da mesma forma, aparência saudável ou ausência de sintomas não permitem inferir o estado sorológico. A consulta pode ajudar a corrigir essas interpretações e a enquadrar o preservativo como forma de cuidado mútuo, sem transformar a conversa em julgamento moral. A comunicação deve reconhecer que negociação sexual e uso de métodos preventivos ocorrem em relações de poder que nem sempre são simétricas.

A puberdade é parte do contexto do desenvolvimento, mas não pode ser usada como explicação isolada para exposição ao HIV. A relação entre maturação, comportamento e prevenção é mediada por experiências, informação, suporte social e capacidade de tomar decisões. Essa perspectiva evita estigmatizar a adolescência e direciona o atendimento para fatores modificáveis.

4.2. Aplicação do Conhecimento Biomédico à Prática Clínica

O conhecimento da fisiopatologia orienta a interpretação dos exames e a compreensão da urgência preventiva. A exposição recente pode ocorrer antes de um teste tornar-se reagente; por isso, a história temporal e a janela imunológica devem orientar a conduta. A PEP é sensível ao tempo e deve ser avaliada imediatamente quando indicada, enquanto a PrEP pode ser considerada como estratégia preventiva para pessoas com possibilidade de exposições recorrentes.

O diagnóstico confirmado demanda início oportuno da TARV e acompanhamento regular, com monitoramento de carga viral, CD4+ e condições associadas. A informação sobre I=I é clinicamente e socialmente relevante, pois reduz estigma e favorece compreensão

realista da transmissão sexual. Ao mesmo tempo, o médico deve esclarecer que a supressão viral não elimina o risco de outras IST, para as quais podem ser necessários preservativos, testagem e tratamento específico.

A avaliação clínica também precisa considerar coinfeções, saúde mental, violência, coerção, uso de substâncias e dificuldades de acesso. A integralidade não significa realizar todos os exames indiscriminadamente, mas selecionar investigação e encaminhamentos a partir da história, do exame físico, da exposição e das recomendações clínicas. Protocolos oficiais ajudam a padronizar o cuidado, mas não substituem o julgamento clínico individual.

4.3. Particularidades do Atendimento Médico Ao Adolescente

O atendimento deve respeitar a autonomia progressiva e criar condições para que o adolescente apresente dúvidas sem medo de humilhação. Sempre que apropriado, oferecer parte da consulta em ambiente privado pode facilitar a discussão de sexualidade, exposição, saúde mental e segurança. Os limites da confidencialidade devem ser explicados de forma transparente, observando normas legais, éticas e situações que exijam proteção.

O atendimento médico ao adolescente deve observar o princípio da autonomia progressiva e a garantia do direito à saúde sem discriminação, respaldado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

A história sexual deve ser obtida com linguagem objetiva, inclusiva e não presumida. O profissional pode investigar, conforme pertinência, tipo e momento da exposição, uso de preservativo,

práticas preventivas, histórico de IST, uso prévio de PrEP ou PEP e possibilidade de violência ou coerção. O exame físico e os testes devem ter indicação clara e ser realizados com explicação e respeito à intimidade.

A articulação com atenção primária, serviços especializados, saúde mental e assistência social pode ser necessária para garantir continuidade e proteção. A prevenção do HIV deve ser integrada à saúde sexual e reprodutiva, ao cuidado de outras IST e à promoção do bem-estar. O estigma, o medo de julgamento e a falta de privacidade podem afastar adolescentes dos serviços; a postura clínica acolhedora é, portanto, parte da qualidade e da efetividade do cuidado.

4.4. Estigma, Saúde Mental e Vínculo Terapêutico

O estigma relacionado ao HIV pode afetar a procura por testagem, a revelação do diagnóstico, a adesão ao tratamento e a continuidade do cuidado. O medo de discriminação por familiares, parceiros, colegas ou profissionais pode levar ao adiamento da consulta e à ocultação de informações clinicamente relevantes. A resposta médica deve evitar linguagem culpabilizante, pressupostos sobre orientação sexual ou comportamento e exposição desnecessária da condição sorológica. Confidencialidade, respeito e explicação clara dos limites legais do sigilo são componentes clínicos, não apenas aspectos de cordialidade.

A saúde mental deve ser considerada durante o acompanhamento, especialmente quando há ansiedade, depressão, violência, isolamento, sofrimento relacionado à identidade ou receio de rejeição. A identificação dessas necessidades pode exigir

encaminhamento para psicologia, psiquiatria, assistência social ou serviços de proteção, conforme a situação. A atuação deve ser coordenada e não substituir a escuta direta do adolescente por interpretações feitas exclusivamente por responsáveis ou terceiros.

4.5. Comunicação Clínica e Consulta Centrada no Adolescente

Uma consulta centrada no adolescente combina acolhimento, linguagem adequada à idade, perguntas abertas, escuta ativa e explicação das opções disponíveis. A entrevista pode começar com perguntas gerais sobre saúde, relacionamentos e preocupações, avançando para temas sensíveis conforme a pertinência e o vínculo. É útil explicar previamente por que determinadas perguntas são feitas e assegurar que a informação será utilizada para orientar o cuidado. A consulta deve reservar espaço para dúvidas, inclusive sobre preservativos, PrEP, PEP, testagem, sexualidade e tratamento.

A garantia do sigilo profissional durante a consulta com o adolescente é assegurada pelo Código de Ética Médica, que veda a revelação de fatos confidenciais a pais ou responsáveis quando o paciente jovem possui capacidade de discernimento, salvo em situações de risco iminente ou violência (Conselho Federal de Medicina, 2018).

A confidencialidade é fundamental para facilitar o acesso, mas deve ser explicada de modo honesto, inclusive quanto a situações em que a legislação ou a proteção contra violência possam exigir medidas específicas. A capacidade de compreensão e a autonomia progressiva precisam ser avaliadas individualmente, respeitando normas profissionais e protocolos aplicáveis. Em situações de suspeita de violência sexual, coerção ou risco imediato, a prioridade

é garantir segurança, cuidado oportuno e encaminhamento adequado, sem culpabilização da vítima.

A decisão compartilhada favorece a adesão porque reconhece que as recomendações precisam ser viáveis para a realidade da pessoa. O profissional pode apresentar alternativas, benefícios, limitações e possíveis efeitos adversos, verificar a compreensão e construir um plano de seguimento. O cuidado não deve ser condicionado à adoção de uma única estratégia preventiva; o objetivo é ampliar a proteção possível e manter a pessoa vinculada ao serviço.

4.6. Organização da Rede de Atenção e Acesso no SUS

O cuidado ao HIV depende de uma rede que conecte atenção primária, serviços de testagem e aconselhamento, unidades de dispensação de medicamentos, serviços especializados, laboratórios e apoio psicossocial. A atenção primária pode ter papel importante na oferta de prevenção, testagem, identificação de exposições recentes, acompanhamento de condições gerais de saúde e coordenação do cuidado. Quando há confirmação diagnóstica, a vinculação rápida ao serviço de referência e a garantia de acesso ao tratamento são decisivas para evitar perda de seguimento.

Barreiras territoriais, horários incompatíveis com escola ou trabalho, receio de ser reconhecido na unidade e dificuldade de transporte podem prejudicar o acesso de adolescentes e jovens. A organização dos serviços deve buscar acolhimento, privacidade, horários adequados e fluxos claros de encaminhamento. O profissional também deve orientar sobre os locais e canais disponíveis no território, sem presumir que o usuário conheça os serviços ou tenha condições de acessá-los sem apoio.

A vigilância epidemiológica e os dados dos boletins nacionais podem orientar o planejamento, mas devem ser interpretados com atenção às diferenças regionais e às limitações de notificação. Indicadores não substituem a avaliação individual e não devem ser utilizados para estigmatizar grupos. O uso ético das informações epidemiológicas contribui para direcionar ações de prevenção e ampliar equidade.

4.7. Implicações para a Formação Médica

A formação médica sobre HIV deve integrar conhecimentos básicos e clínicos: estrutura e replicação viral, imunologia, interpretação de testes, avaliação de exposições, indicação de PrEP e PEP, manejo da terapia antirretroviral e identificação de complicações. Também exige habilidades de comunicação, aconselhamento, tomada de decisão compartilhada, abordagem da sexualidade e compreensão dos determinantes sociais. O domínio apenas técnico é insuficiente se o profissional não consegue criar um ambiente em que o adolescente se sinta seguro para relatar uma exposição ou solicitar um teste.

Casos simulados e discussões interprofissionais podem ajudar estudantes a treinar decisões clínicas sem reduzir a pessoa ao diagnóstico. Situações como exposição há menos de 72 horas, teste não reagente durante possível janela diagnóstica, resultado reagente em teste inicial, dificuldades de adesão e revelação involuntária do diagnóstico exigem raciocínio clínico e comunicação cuidadosa. A educação permanente também é necessária porque os protocolos e as opções preventivas evoluem.

5. CONCLUSÃO

A relação entre HIV e Medicina ultrapassa o diagnóstico e o tratamento da infecção, envolvendo prevenção, saúde sexual, cuidado longitudinal, comunicação clínica e enfrentamento de determinantes sociais. Na adolescência, as mudanças puberais e psicossociais integram o contexto de desenvolvimento, mas não determinam isoladamente o uso ou não uso do preservativo. A vulnerabilidade decorre da interação entre fatores individuais, relacionais e estruturais.

Do ponto de vista biomédico, compreender a fisiopatologia do HIV, a história natural, a janela imunológica e os algoritmos diagnósticos é essencial para decisões seguras. A prevenção combinada inclui preservativos, testagem, PrEP e PEP quando indicadas, tratamento antirretroviral e outras medidas adaptadas à pessoa. A PEP exige avaliação urgente após exposição potencialmente relevante, enquanto a TARV e o seguimento clínico são fundamentais após o diagnóstico.

Conclui-se que a prática médica deve ser baseada em evidências, individualizada e não estigmatizante, respeitando privacidade e autonomia progressiva do adolescente. A integração de conhecimento multiprofissional, escuta clínica e compreensão dos determinantes sociais favorece prevenção mais efetiva e cuidado contínuo. As conclusões devem ser interpretadas considerando a natureza narrativa da revisão e as limitações metodológicas apresentadas pelos artigos.

Na prática, isso significa que a resposta médica deve ser simultaneamente científica e humanizada: reconhecer a urgência da PEP quando indicada, interpretar testes à luz da janela diagnóstica, oferecer prevenção combinada, iniciar e monitorar a

terapia conforme os protocolos e preservar a dignidade da pessoa atendida. A informação sobre I=I e o acesso ao tratamento são fundamentais para reduzir a transmissão e combater a discriminação.

Como limitações, destaca-se o caráter narrativo da revisão e a ausência de coleta de dados primários. Estudos futuros podem investigar, com métodos transparentes e amostras adequadas, como adolescentes compreendem o risco, negociam o uso de preservativos, acessam a PrEP e a PEP e vivenciam o atendimento nos serviços de saúde. Essas pesquisas podem subsidiar intervenções clínicas e educativas mais responsivas às necessidades locais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. [**Estatuto da criança e do adolescente**]. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 19 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/manual_tecnico_diagnostico_hiv.pdf. Acesso em: 19 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico: HIV e Aids 2025**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt->

[br/aids/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim_hiv_aids_2025.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim_hiv_aids_2025.pdf). Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos: Módulo I – Tratamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/pcdt_hiv_modulo_1_2024.pdf. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Criana_Modulo_1_2024_e.pdf. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_PEP_interativo.pdf. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em:

<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-oral-a-infeccao-pelo-hiv.pdf>. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV/Aids 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2018/boletim_hiv_aids_2018.pdf. Acesso em: 19 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV/Aids 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Número Especial. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2020/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf/view. Acesso em: 20 out. 2026.

CHAVES, Ana Clara Patriota et al. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 48-53, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3JqdtR6fNMg93zZpXQYrDqb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 179, 1 nov. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 19 out. 2026.

DOURADO, Inês et al. Revisiting the use of condoms in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, supl. 1, p. 63-88, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Gf43Dsnc4GZkF3zP8q5V9mS/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 19 out. 2026.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. (Série Educação a Distância). Disponível em: <https://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 18 out. 2026.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989. Disponível em: <https://www.kufunda.net/publicdocs/METODOS%20E%20TECNICAS%20DE%20PESQUISA%20SOCIAL%20-%20ANTONIO%20GIL.pdf>. Acesso em: 18 out. 2026.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 18 out. 2026.

SCHOEN-FERREIRA, Teresa Helena; AZNAR-FARIAS, Maria; SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos. Adolescência através dos séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 227-234, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/kghyqDXXxrf5F49SpxCyrXq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2026.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo:

Atlas, 1987. Disponível em:
https://www.hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em_Ciencias-Sociais.pdf. Acesso em: 18 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>. Acesso em: 19 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Overview of WHO recommendations on HIV and sexually transmitted infection testing, prevention, treatment, care and service delivery**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/B09471>. Acesso em: 17 out. 2026.

¹ Acadêmico de Medicina, Universidade Autônoma de San Sebastián (UASS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3464-1856>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)