

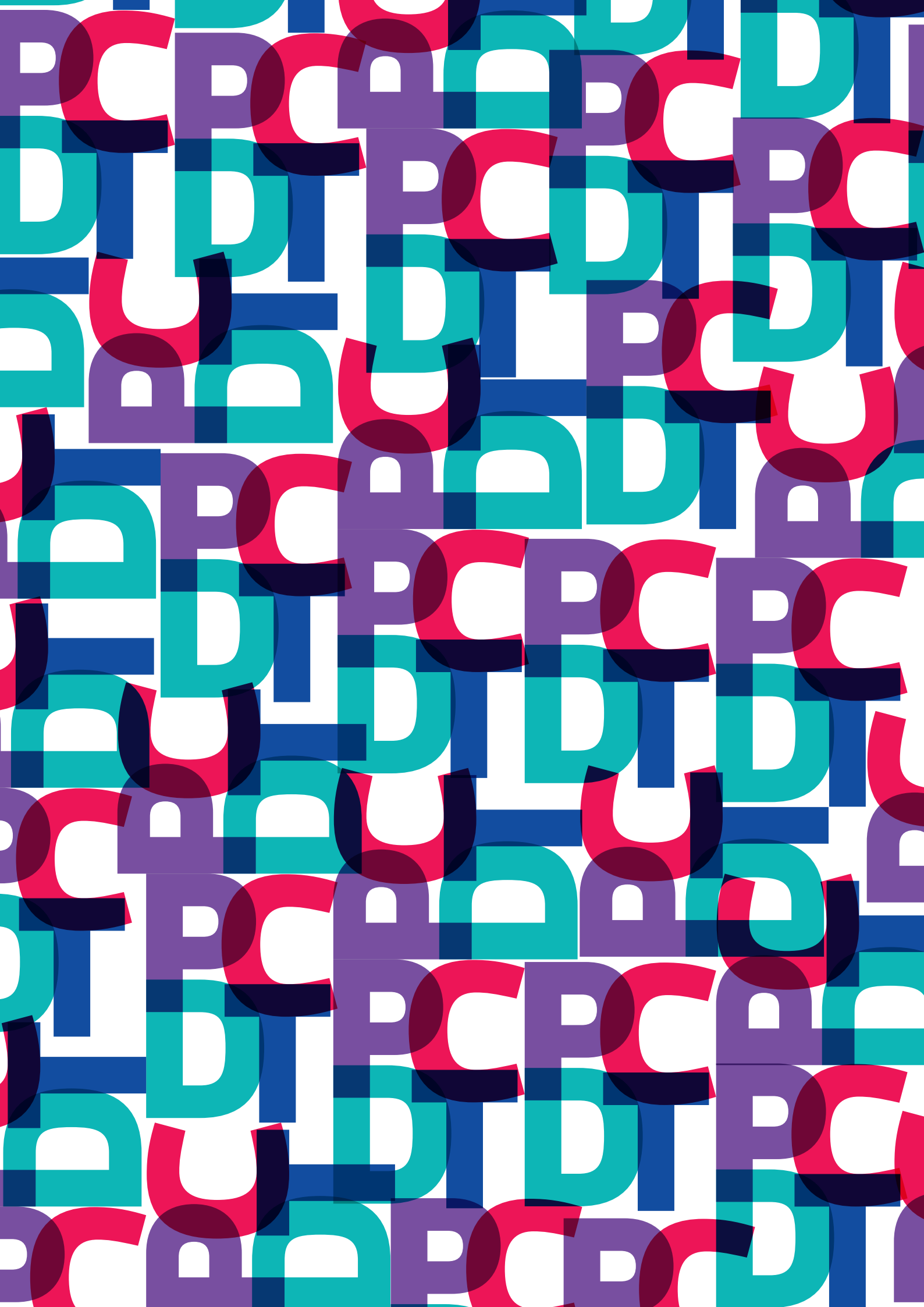
2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROTOCOLO CLÍNICO
E DIRETRIZES
TERAPÊUTICAS PARA
PROFILAXIA
PÓS-EXPOSIÇÃO
(PEP) DE RISCO
À INFECÇÃO
PELO HIV, IST E
HEPATITES VIRAIS

Brasília – DF
2018





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
PÓS-EXPOSIÇÃO
(PEP) DE RISCO À
INFECÇÃO PELO HIV,
IST E HEPATITES
VIRAIS



Brasília – DF
2018

2017 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2017

Elaboração, distribuição e informações:

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

SRTVN, Quadra 701, lote D, Edifício PO700, 5º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: www.aids.gov.br

E-mail: aids@ids.gov.br

Edição:

Assessoria de Comunicação (ASCOM)

Alexandre Magno de Aguiar Amorim

Nágila Rodrigues Paiva

Revisão:

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto Gráfico:

Milena Hernández Bendicho

Normalização:

Editora MS/CGDI

Organização e Elaboração

Adele Benzaken

Alexsana Sposito Tresse

Fernanda Moreira Rick

Filipe de Barros Perini

Gláucio Mosimann Júnior

Comitê Técnico Assessor

Alexandre Grangeiro

Cristiane Rapparini

Valéria Saraceni

Valdiléa Veloso

Colaboradores Técnicos

Ana Flávia Nacif P. Coelho Pires

Ana Izabel Costa de Menezes

Ana Mônica de Mello

Angela Gasperin Martinazzo

Cynthia Julia Braga Batista

Diego Agostinho Callisto

Eduardo Malheiros

Elisa Argia Basile Cattapan

Elton Carlos de Almeida

Esdras Daniel dos Santos Pereira

Fernanda Fernandes Fonseca

Filipe de Barros Perini

Flávia Caselli

Flávia Pacheco

Francisca Lidiane Sampaio Freitas

Gilvane Casimiro da Silva

José Bouldosa Alonso Neto

Itana Miranda dos Santos

Liliana Pittaluga

Maria Cássia Jacintho Mendes Correa

Maria Vitória Ramos Gonçalves

Mariana Jorge de Queiroz

Pâmela Cristina Gaspar

Paula Emília Adamy

Robério Alves Carneiro Júnior

Rodrigo Fávero Clemente

Romina Oliveira

Simone Monzani Vivaldini

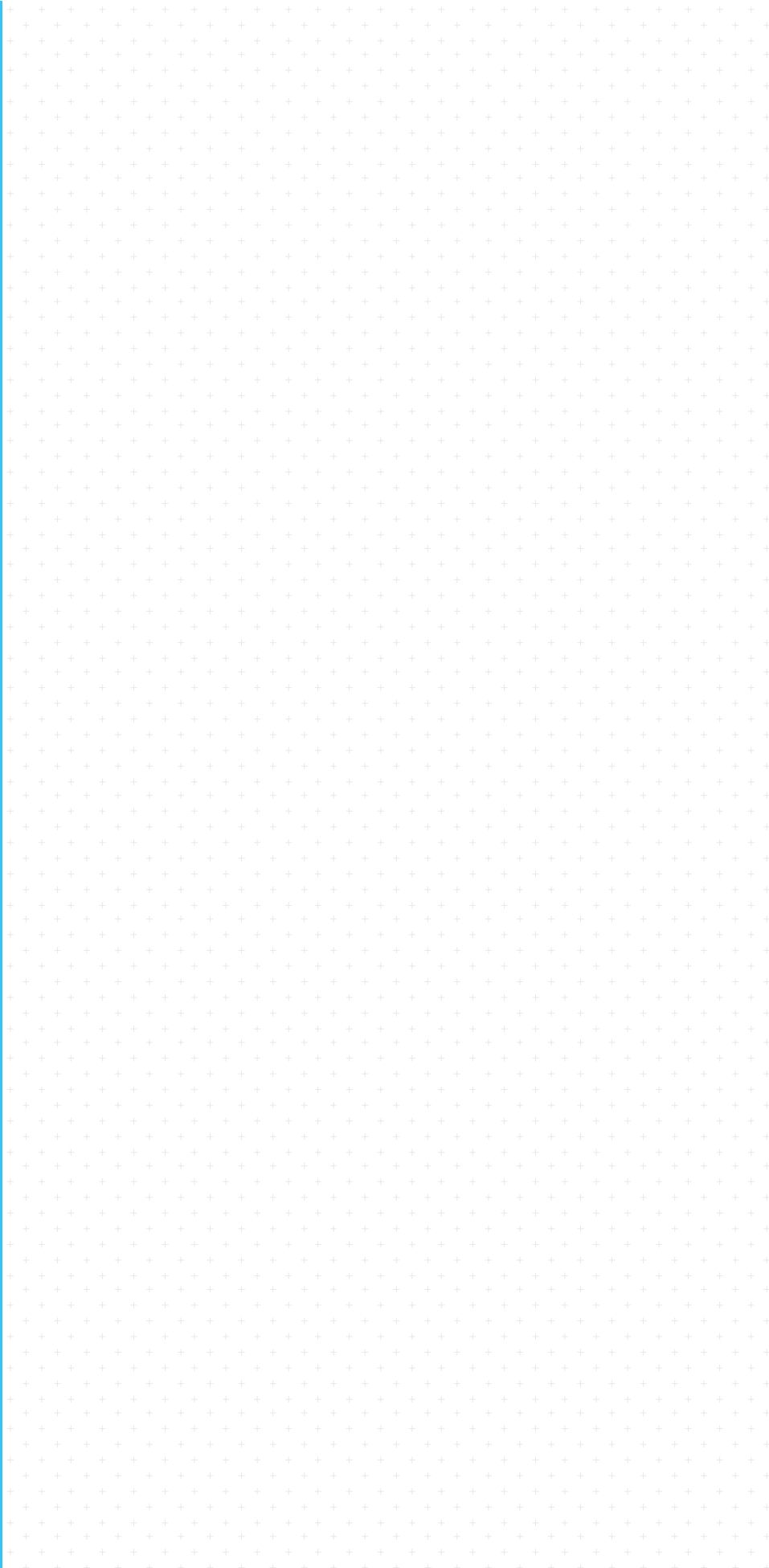
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0542

Título para indexação:

Clinical protocol and therapeutic guidelines for post-exposure prophylaxis (PEP) for the risk of HIV, STIs and viral hepatitis infections





INTRODUÇÃO

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, hepatites virais e outras IST consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. O presente "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais" (PCDT-PEP) tem como objetivo atualizar as recomendações para a PEP, incluindo também a abordagem em relação às IST e às hepatites virais.

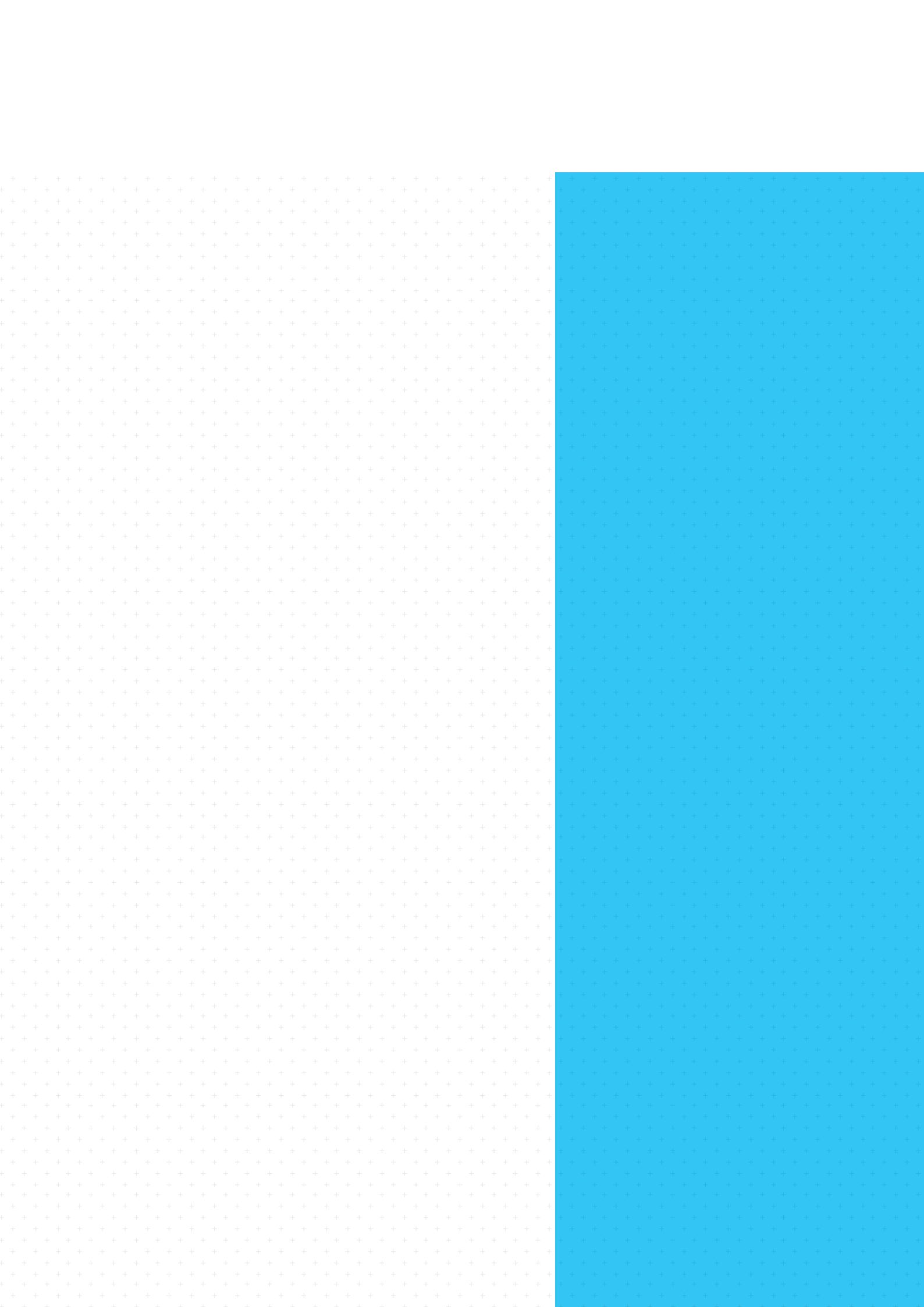
O esquema antirretroviral (ARV) da PEP para HIV foi simplificado na atualização do PCDT, em 2015, com recomendações de profilaxia pela avaliação do risco da situação de exposição e não mais por categoria de exposição (acidente com material biológico, violência sexual e exposição sexual consentida).

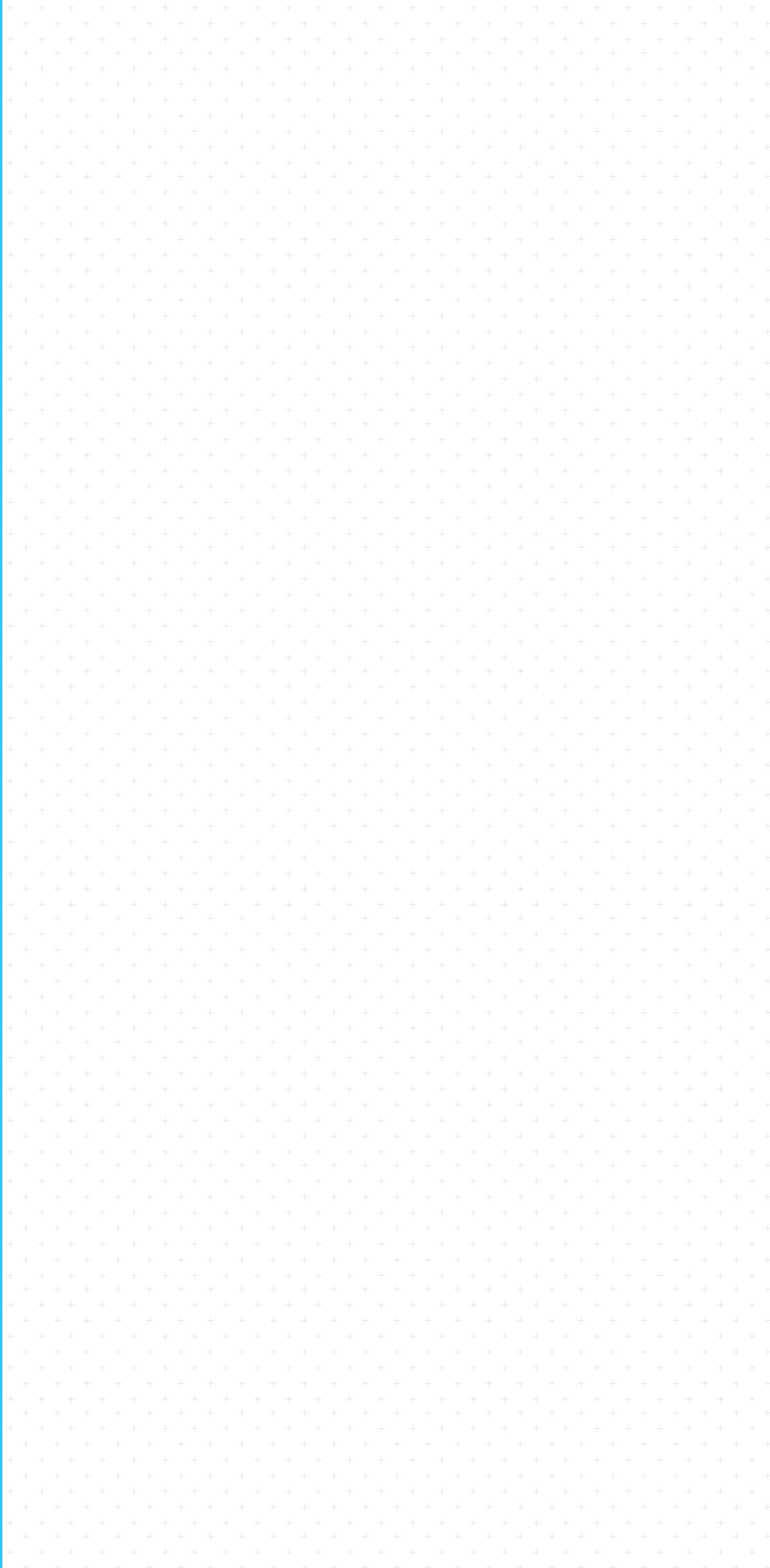
A PEP para HIV está disponível no SUS desde 1999; atualmente, é uma tecnologia inserida no conjunto de estratégias da **Prevenção Combinada**, cujo principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV.

Segundo os dados do relatório de monitoramento clínico do HIV (BRASIL, 2016a), observa-se um aumento na oferta de PEP ao HIV, considerando o total de dispensações de profilaxias. No entanto, reforça-se a indicação para além daquelas situações em que a PEP é classicamente recomendada, como violência sexual e acidente ocupacional, visando a ampliar o uso dessa intervenção também para exposições sexuais consentidas que representem risco de infecção.

Nesse contexto, considera-se fundamental a ampliação do acesso à PEP, com prescrição efetiva nos atendimentos em serviços de urgência/emergência, unidades básicas de saúde, clínicas e hospitais da rede pública e privada.

Portanto, além de atualizar os esquemas de profilaxia antirretroviral, este PCDT-PEP busca a atenção integral à pessoa exposta ao risco das IST, do HIV e das hepatites virais, considerando a incorporação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade de controle desses agravos, inclusive da sífilis, que tem apresentado crescente número de casos no país.





2

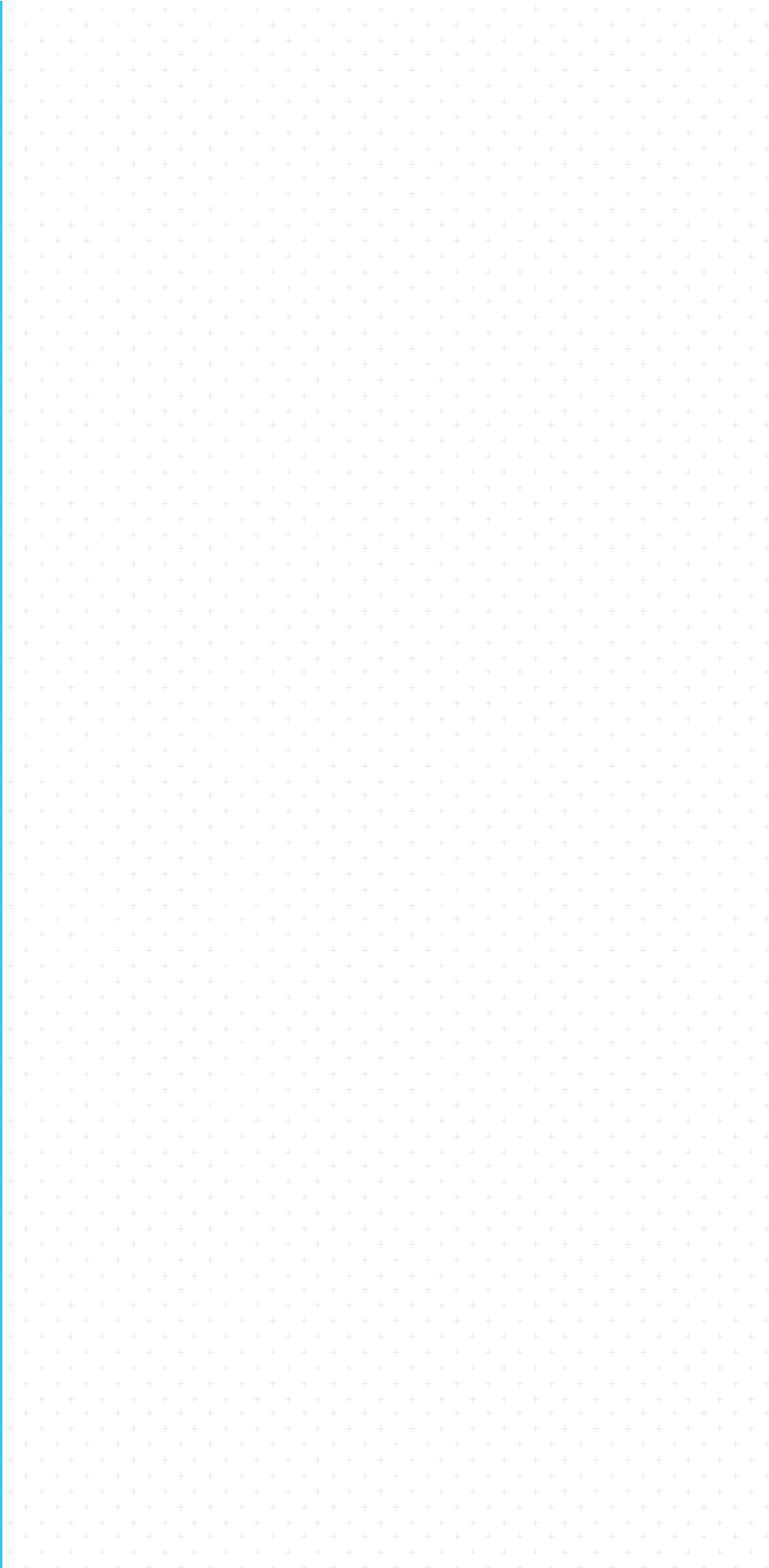
ACOLHIMENTO

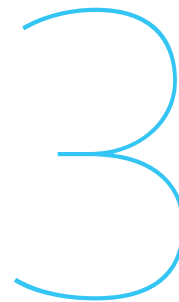
O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização, que objetiva ampliar o acesso, fornecer uma resposta resolutiva à demanda apresentada e ser um dispositivo organizador do processo de trabalho em função das necessidades de saúde do usuário (BRASIL, 2010b).

O acolhimento à pessoa exposta deve ocorrer em local adequado, em que seja garantido o direito à privacidade, sem julgamentos morais, com acesso às populações-chave e prioritárias. A avaliação inicial deve incluir perguntas objetivas, que abordem prática sexual, uso de drogas lícitas e ilícitas, troca de dinheiro por sexo, situação de violência, entre outras. Em relação à exposição sexual, avaliar se a pessoa tem indicação para PrEP. Para informações sobre a PrEP, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

Quanto aos acidentes com material biológico, caso estes sejam ocupacionais, devem-se identificar atitudes de risco para desenvolver planos e assim, aumentar a proteção da pessoa, indagando sobre o excesso de carga de trabalho, a disponibilidade e o uso de equipamento de proteção individual (EPI) e de instrumentos perfurocortantes com dispositivos de segurança (PETERSON, 2000).

É relevante considerar que, para casos de violência sexual, a Lei nº 12.845/2013 dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, evitando-se assim encaminhamentos e transferências desnecessários. A intervenção necessita ter um caráter ágil, que não consista em um entrave à realização do serviço demandado. Deve ser resolutiva no seu caráter informativo e focada na demanda trazida pela pessoa em atendimento (BRASIL, 2016b).





PREVENÇÃO COMBINADA

O termo “Prevenção Combinada” remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às IST, ao HIV e às hepatites virais e seus fatores associados. Assim, sua definição está relacionada à combinação das três intervenções: **biomédica, comportamental e estrutural (marcos legais)**, aplicadas ao âmbito individual e coletivo. A união dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados e possibilidades da Prevenção Combinada.

O símbolo da mandala representa a combinação e a ideia de movimento de algumas das diferentes estratégias de prevenção, sendo a PEP uma delas. Essa combinação de ações deve ser centrada nas pessoas, em seus grupos sociais e na sociedade em que estão inseridas, considerando as especificidades dos sujeitos e dos seus contextos.

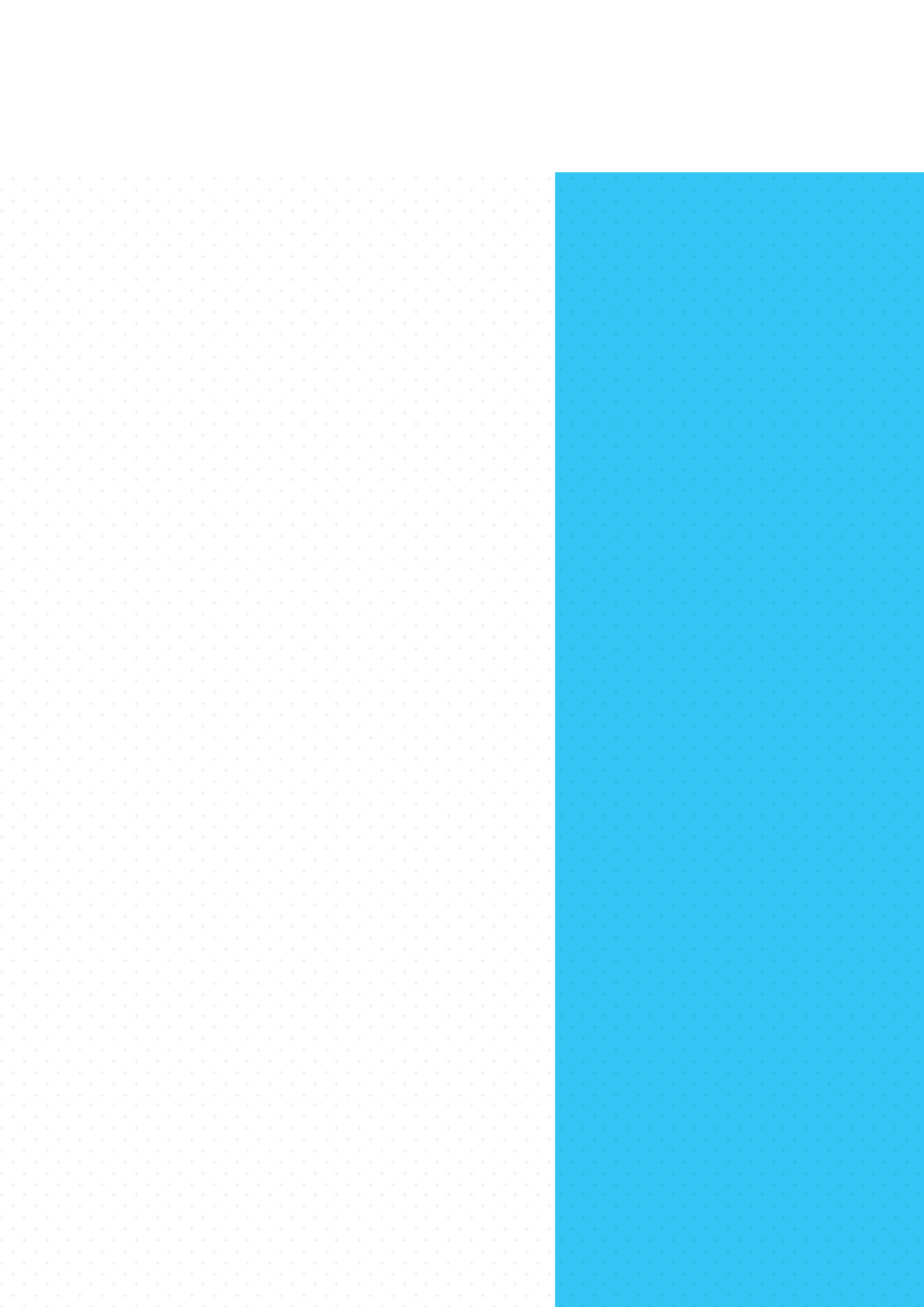
*O melhor método de prevenção é aquele que o indivíduo escolhe e que atende suas necessidades sexuais e de proteção.
Nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções.*

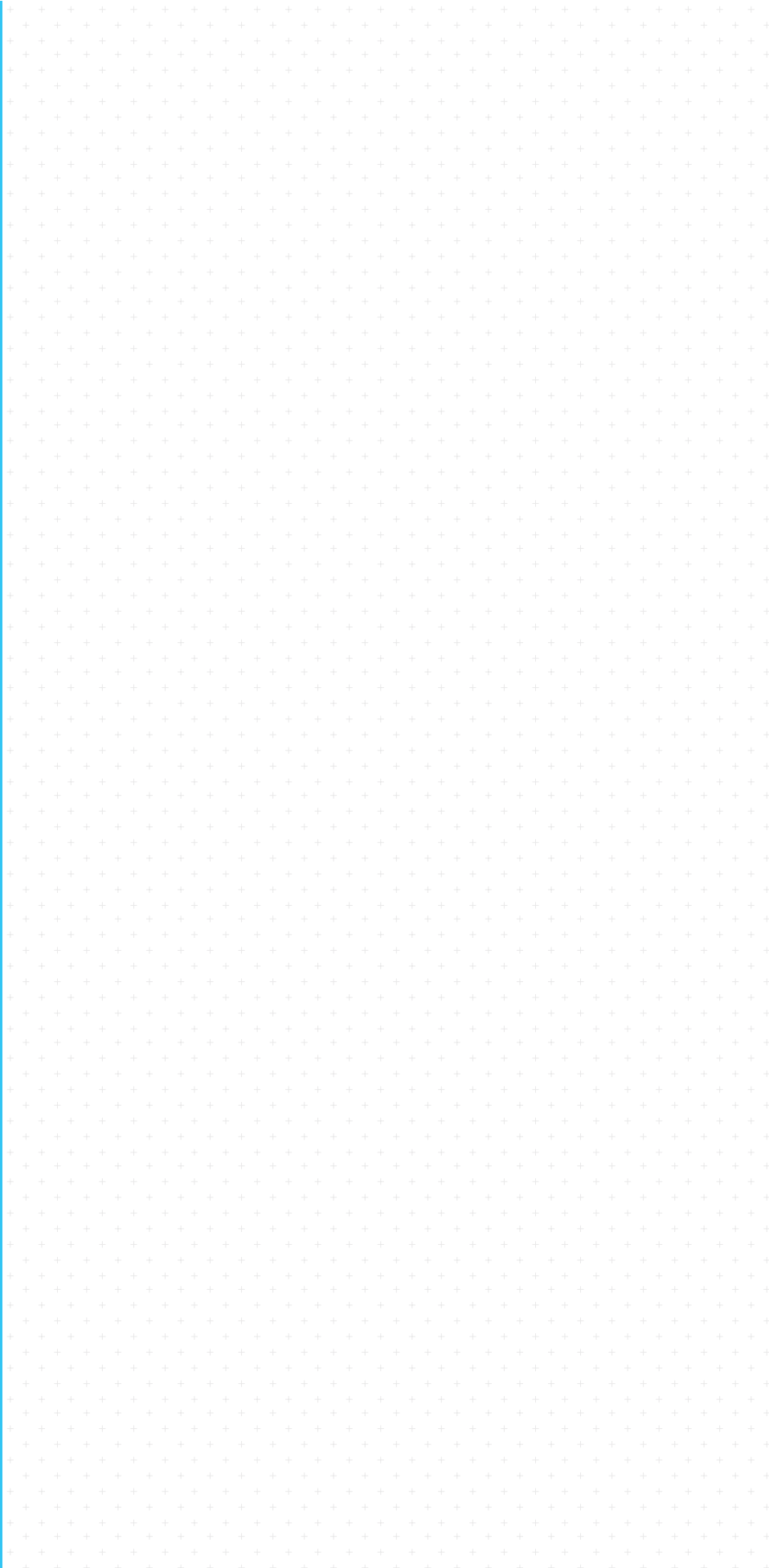
Figura 1 – Mandala de Prevenção Combinada

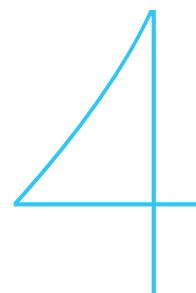


Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Para mais informações sobre as estratégias de Prevenção Combinada, consultar o documento "Prevenção Combinada: Bases conceituais para trabalhadores e gestores de saúde" (BRASIL, 2017), disponível em www.aids.gov.br/biblioteca.







PROFILAXIA DO HIV

No atendimento inicial, após a exposição ao HIV, é necessário que o profissional avalie como, quando e com quem ocorreu a exposição. Didaticamente, quatro perguntas direcionam o atendimento para decisão da indicação ou não da PEP.

Quadro 1 – Os quatro passos da avaliação da PEP

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



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

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

O status sorológico da pessoa-fonte, **quando conhecido**, contribui para avaliação de PEP e é melhor discutido no item 4.5.

4.1 Tipo de material biológico

Existem materiais biológicos sabidamente infectantes e envolvidos na transmissão do HIV. Assim, a exposição a esses materiais constitui situação na qual a PEP está recomendada.

Quadro 2 – Tipo de material biológico

Exposição COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	Exposição SEM RISCO DE TRANSMISSÃO HIV ^(a)
<ul style="list-style-type: none">› Sangue› Sêmen› Fluidos vaginais› Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico)› Líquido amniótico› Líquor› Líquido articular› Leite materno	<ul style="list-style-type: none">› Suor› Lágrima› Fezes› Urina› Vômitos› Saliva› Secreções nasais

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) A presença de sangue nessas secreções torna esses materiais potencialmente infectantes, caso em que o uso de PEP pode ser indicado.

4.2 Tipo de exposição

Existem exposições com risco de infecção e envolvidos na transmissão do HIV. Assim, o tipo de exposição constitui situação na qual a PEP pode estar recomendada.

Quadro 3 – Tipo de exposição

Exposição COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	Exposição SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV
<ul style="list-style-type: none"> › Percutânea › Membranas mucosas › Cutâneas pele não íntegra › Mordedura com presença de sangue 	<ul style="list-style-type: none"> › Cutânea em pele íntegra › Mordedura sem a presença de sangue

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

› **Exposição com risco de transmissão do HIV:**

- » Percutânea – Exemplos: lesões causadas por agulhas ou outros instrumentos perfurantes e/ou cortantes;
- » Membranas mucosas – Exemplos: exposição sexual desprotegida; respingos em olhos, nariz e boca;
- » Cutâneas envolvendo pele não íntegra – Exemplos: 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.

› **Exposição sem risco de transmissão do HIV:**

- » Cutâneas, exclusivamente, quando a pele exposta se encontra íntegra;
- » Mordedura sem a presença de sangue.

4.3 Tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento

O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição.

As situações de exposição ao HIV constituem atendimento de **urgência**, em função da necessidade de **início precoce da profilaxia para maior eficácia** da intervenção. Não há benefício da profilaxia com ARV após 72 horas da exposição (TSAI et al., 1995, TSAI et al., 1998, OTTEN et al., 2000).

Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, não está mais indicada a profilaxia ARV. Entretanto, se o material e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se acompanhamento sorológico conforme o Quadro 13, além das orientações de prevenção combinada (OTTEN et al., 2000):

- › Verificar se há indicação de PrEP (pessoas com histórico de múltiplos usos de PEP);
- › Orientar vacinação contra HBV e HPV;
- › Diagnosticar e tratar IST e hepatites virais, quando presentes;
- › Orientar sobre sexo seguro (uso de preservativos masculino e feminino e gel lubrificante);
- › Orientar sobre redução de danos.

4.4 Status sorológico da pessoa exposta

A indicação ou não de PEP irá depender do *status* sorológico para HIV da pessoa exposta, que deve sempre ser avaliado por meio de teste rápido (TR) em situações de exposições consideradas de risco:

- › **Se TR reagente:** a PEP não está indicada. A infecção pelo HIV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e a pessoa deve ser encaminhada para acompanhamento clínico e início da TARV. Para mais informações, consultar o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção 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>.
- › **Se TR não reagente:** a PEP está indicada (conforme Figura 3), pois a pessoa exposta é susceptível ao HIV.
- › **Se resultado discordante ou TR inválido:** não é possível confirmar o *status* sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se iniciar o fluxo laboratorial para elucidação diagnóstica (consultar o "Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV", disponível em: <http://www.aids.gov.br/biblioteca>). A decisão de iniciar ou não a profilaxia deve ser avaliada conforme critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta.

É um direito da pessoa recusar a PEP ou outros procedimentos indicados após a exposição (por exemplo, coleta de exames sorológicos e laboratoriais). Nesses casos, sugere-se o registro em prontuário, documentando a recusa e explicitando que no atendimento foram fornecidas as informações sobre os riscos da exposição, assim como a relação entre o risco e o benefício das intervenções.

4.5 Status sorológico da pessoa-fonte

Esse critério é o único não obrigatório, pois nem sempre a pessoa-fonte está presente e disponível para realizar a testagem. Portanto, é fundamental o acolhimento na situação de comparecimento em conjunto aos serviços, a oferta de testagem rápida e as orientações pertinentes.

Não se deve atrasar e nem condicionar o atendimento da pessoa exposta à presença da pessoa-fonte.

- › **Se TR reagente:** a PEP está indicada para a pessoa exposta (conforme Figura 3). Se o *status* sorológico da fonte era previamente desconhecido, a pessoa-fonte deve ser comunicada individualmente sobre os resultados da investigação diagnóstica e encaminhada para acompanhamento clínico e início da TARV. Para mais informações, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.
- › **Se TR não reagente:** a PEP não está indicada.
 - » Contudo, a PEP poderá ser indicada quando a pessoa-fonte tiver história de exposição de risco nos últimos 30 dias, devido à possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos de diagnóstico (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica. No caso de utilização de testes de fluido oral, considerar janela imunológica de 90 dias.
- › **Se *status* desconhecido:** avaliar caso a caso.
 - » Nos casos envolvendo acidentes com fonte desconhecida (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 individualizada.
 - » Deve-se considerar a gravidade da exposição e a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HIV naquela exposição (área de alta prevalência para HIV, pacientes internados com infecção pelo HIV naquele ambiente, etc.). Existem muitos casos em que a PEP não está indicada, em função do risco extremamente baixo de transmissão do HIV.

4.6 Utilização de testes rápidos

Considerando que quanto mais cedo se inicia a profilaxia, maior sua eficácia, o uso de teste rápido (TR) para o diagnóstico da infecção pelo HIV na avaliação da indicação de PEP é fundamental. O TR é um dispositivo de uso único que não depende de infraestrutura laboratorial, é executado na presença do indivíduo e produz resultado em tempo igual ou inferior a 30 minutos.

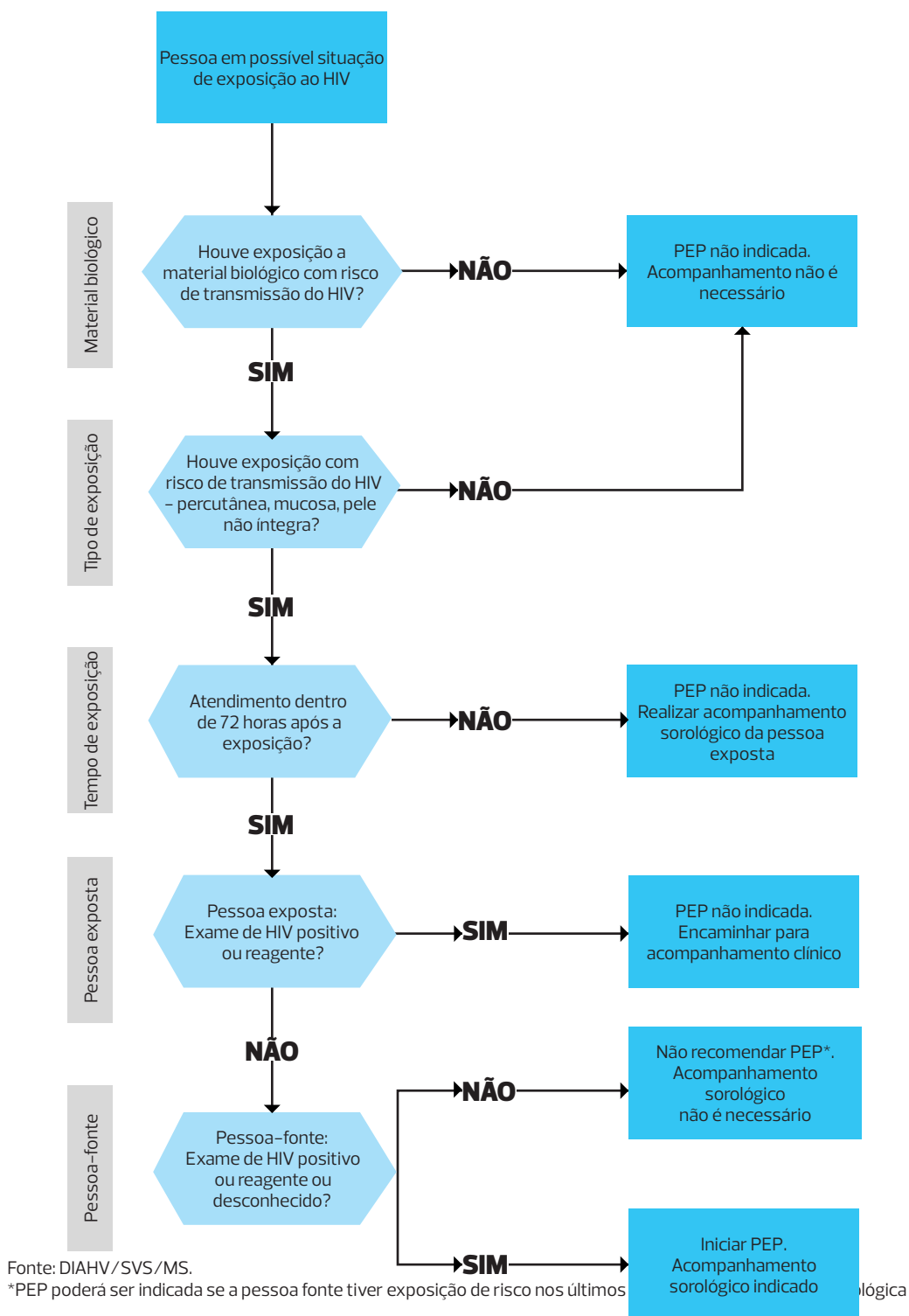
Deve-se realizar a testagem inicial com um teste rápido (TR1). Caso o resultado seja não reagente, o *status* sorológico estará definido como negativo. Caso seja reagente, deverá ser realizado um segundo teste rápido (TR2), diferente do primeiro. Caso este também seja reagente, estabelece-se o diagnóstico de HIV.

A amostra com resultados discordantes entre TR1 e TR2 não terá seu resultado definido. Nesse caso, deve-se repetir o fluxograma; persistindo a discordância entre os resultados, uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e encaminhada para ser testada em laboratório.

Existem TR que utilizam amostras com fluido oral (FO) para realização do diagnóstico de HIV. É importante ressaltar que a janela imunológica desses TR pode chegar a 90 dias, dependendo do conjunto diagnóstico utilizado.

Ressalta-se que existem outros fluxogramas para investigação diagnóstica do HIV, cabendo ao serviço se adequar às possibilidades. Para mais informações sobre métodos diagnósticos de infecção pelo HIV, consultar o "Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV" (BRASIL, 2014b), disponível em <http://www.aids.gov.br/biblioteca>.

Figura 2 – Fluxograma para indicação de PEP ao HIV



4.7 Esquema antirretroviral para PEP

Quando recomendada a PEP, independentemente do tipo de exposição ou do material biológico envolvido, o esquema antirretroviral preferencial indicado deve ser (Quadro 4):

Quadro 4 – Esquema preferencial para PEP

TDF + 3TC + DTG
A duração da PEP é de 28 dias.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

A apresentação coformulada do TDF/3TC é a preferencial para PEP. Entretanto, na indisponibilidade desta, a dispensação da medicação pode ser separada, conforme o Quadro 5.

Quadro 5 – Apresentações e posologias de antirretrovirais preferenciais para PEP

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

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda.

O esquema preferencial de PEP deve incluir combinações de três ARV (CDC, 2016, EACS, 2015), sendo dois ITRN associados a outra classe (ITRNN, IP/r ou INI) (WHO, 2016).

O esquema preferencial (TDF + 3TC + DTG) possui menor número de efeitos adversos e baixa interação medicamentosa, o que propicia melhor adesão e manejo clínico. Além disso, apresenta alta barreira genética, aumentando a segurança para evitar a resistência transmitida, principalmente quando a pessoa-fonte é multiexperimentada.

Os esquemas alternativos para PEP estão descritos no Quadro 6, enquanto as apresentações e as posologias de antirretrovirais alternativos para PEP estão resumidos no Quadro 7.

Quadro 6 – Esquemas alternativos para PEP

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

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Quadro 7 – Apresentações e posologias de antirretrovirais alternativos para PEP

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

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Apesar de sua melhor tolerabilidade, o TDF está associado com a possibilidade de toxicidade renal, especialmente em pessoas com doenças renais preexistentes (ou com fatores de risco). Quando a taxa de filtração glomerular for menor que 60 mL/min ou em pessoas com história de longa duração de diabetes, hipertensão arterial descontrolada ou insuficiência renal, a indicação deve ser avaliada, considerando que a duração da exposição ao medicamento será curta (28 dias) e eventuais eventos adversos renais são normalmente reversíveis com a suspensão do medicamento.

Existe também o risco potencial de exacerbação (“flares” hepáticos) entre pessoas infectadas pelo HBV quando os esquemas de PEP com TDF são finalizados; isso já foi descrito em casos de TARV com TDF. Tal risco é pouco conhecido e merece estudos futuros, mas a avaliação do *status* sorológico de HBV não deve ser uma pré-condição para o oferecimento de PEP com TDF. Assim, **recomenda-se que pessoas coinfectadas pelo HBV iniciem a PEP com o esquema preferencial e sejam encaminhadas para acompanhamento em serviços de referência.**

Nos casos em que o TDF não é tolerado ou é contraindicado, recomenda-se a combinação AZT + 3TC como alternativa.

As mulheres devem ser informadas quanto à contraindicação do uso de DTG no período pré-concepção pelo risco de malformação congênita^a. O DTG pode ser indicado como parte da PEP para mulheres em idade fértil desde que antes do início do seu uso seja descartada a possibilidade de gravidez e que a mulher esteja em uso regular de método contraceptivo eficaz, preferencialmente os que não dependam da adesão (DIU ou implantes anticoncepcionais)^b, ou que se assegure que a mulher não tenha a possibilidade de engravidar (método contraceptivo definitivo ou outra condição biológica que impeça a ocorrência de gestação).

Nas situações em que a exposição de risco envolva também risco de gestação não desejada, consultar item 7.2 sobre anticoncepção de emergência.

O DTG não está recomendado em pessoas que façam uso de fenitoína, fenobarbital, oxycarbamazepina, carbamazepina, dofetilida e pilsicainida. Nesses casos, o ATV/r é a medicação alternativa.

O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina, cabendo especial atenção a pacientes diabéticos.

O ATV/r é o medicamento alternativo ao DTG para a composição do esquema de PEP com administração em dose única diária.

Durante o uso de ATV/r, deve-se questionar a pessoa exposta sobre o uso de medicamentos que interfiram com acidez gástrica. No caso de uso dos inibidores da bomba de próton (por exemplo, omeprazol), o uso do ATV/r está contraindicado. Já no caso de uso concomitante de antagonista de receptores de H₂ (por exemplo, ranitidina, cimetidina), espera-se uma redução da concentração plasmática de ATV/r. Assim,

^a http://www.who.int/medicines/publications/drugalerts/Statement_on_DTG_18May_2018final.pdf (divulgado em 18 de maio de 2018)

^b <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-102018-diahvsms>

para minimizar esse efeito, o ATV/r e os antagonistas de receptores de H_2 devem ser administrados com o maior intervalo possível, preferencialmente 12 horas. Nas situações de contraindicação de DTG e ATV/r, a medicação alternativa é DRV/r.

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

4.8 Pessoa-fonte multiexperimentada

Na escolha do esquema profilático em exposições envolvendo fonte sabidamente infectada pelo HIV, deve-se sempre avaliar a história de uso dos ARV da pessoa-fonte e os parâmetros que podem sugerir a presença de cepas virais resistentes.

Com a introdução de DTG no regime preferencial, é ofertada maior segurança em relação à exposição por pessoa-fonte em uso de TARV, já que não há registro de resistência transmitida a essa classe de antirretrovirais (INI) no Brasil.

Ressalta-se que a ausência de médico infectologista não deve atrasar a prescrição da profilaxia. Nesses casos, recomenda-se que a pessoa exposta inicie a PEP e seja reavaliada o mais brevemente possível em um serviço de referência para adequação do esquema.

Não está indicada a realização de teste de genotipagem na pessoa-fonte no momento da exposição para definição do esquema. Não obstante, quando a pessoa-fonte possuir um teste de genotipagem recente (últimos 12 meses), este poderá ser utilizado para a adequação do esquema de profilaxia antirretroviral.

4.9 Gestantes

Para mulheres gestantes, o esquema preferencial deve ser composto com RAL a partir da 14ª semana de gestação. Os critérios para indicação de PEP para essa população são os mesmos aplicados a qualquer outra pessoa que tenha sido exposta ao HIV.

Quadro 8 – Esquema preferencial de ARV e medicações alternativas para PEP em gestantes

ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
TDF+ 3TC + RAL ^(a)	Impossibilidade de TDF: AZT Impossibilidade de RAL ^(b) : ATV/r Impossibilidade de RAL e ATV/r: DRV/r

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) O RAL está indicado a partir da 14ª semana de gestação.

^(b) Em caso de gestação com menos de 14 semanas, recomenda-se o uso de ATV/r.

Quadro 9 – Apresentações e posologias de ARV preferenciais para PEP em gestantes

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia
	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: 1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
RAL	Comprimido RAL 400mg	1 comprimido VO 2x/dia

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

As mulheres que estejam amamentando devem ser orientadas sobre os potenciais riscos de transmissão do HIV pelo leite materno.

Em tais situações, deve-se orientá-las no sentido da interrupção temporária da amamentação. Durante o período de janela imunológica, pode-se realizar extração e descarte do leite. Exame de controle (12ª semana após início da PEP) com resultado HIV não reagente autoriza a reintrodução do aleitamento materno.

4.10 Crianças e adolescentes

A profilaxia pós-exposição de risco à infecção pelo HIV é uma ferramenta para prevenir infecção em crianças/adolescentes expostos a acidente com material perfurocortante (GAUR et al., 2009), a violência sexual (PENAZZATO et al., 2015), a leite materno de mulher vivendo com HIV e a exposição sexual de risco (Quadros 10 e 11).

Quadro 10 – Esquema para PEP em crianças e adolescentes de acordo com faixa etária

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
0 – 14 dias	AZT + 3TC + NVP ^(a)	–
14 dias – 2 anos	AZT + 3TC + LPV/r	Impossibilidade do uso de LPV/r: NVP
2 anos – 12 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/r
Acima de 12 anos: seguir as recomendações para adultos.		

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

(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.

Quadro 11 – Posologia das medicações ARV na população pediátrica

Raltegravir (RAL)*
14kg a <20kg: 100mg 12/12h
20kg a <28kg: 150mg 12/12h
28 a <40kg: 200mg 12/12h
≥40kg: 300mg 12/12h
Zidovudina (AZT)
Até 4kg: 4mg/kg/dose 12/12h
4kg a 9kg: 12mg/kg 12/12h
9kg a 30kg: 9mg/kg 12/12h (dose máxima: 150mg 12/12h)
≥30kg: 300mg 12/12h
Lamivudina (3TC)
RN: 2mg/kg 12/12h
4mg/kg de 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
<u>Solução oral: 80/20mg/mL</u>
≥14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m ² 12/12h
1 mês a 6 meses: 1mL 12/12h
6 a 12 meses: 1,5mL 12/12h
1 a 3 anos: 2mL 12/12h
3 a 6 anos: 2,5mL 12/12h
6 a 9 anos: 3mL 12/12h
9 a 14 anos: 4mL 12/12h
<u>Comprimido infantil: 100mg/25mg</u>
10kg a 13,9kg: 2cp de manhã e 1 à noite
14 kg a 19,9kg: 2cp de manhã e 2 à noite
20 kg a 24,5kg: 3cp de manhã e 2 à noite
25 kg a 29,5kg: 3cp de manhã e 3 à noite
>35kg: 400mg/100mg de 12/12h

Nevirapina (NVP) – uso neonatal

Peso de nascimento 1,5 a 2kg: 8mg (0,8mL)/dose 12/12h

Peso de nascimento >2kg: 12mg (1,2mL)/dose 12/12h

Peso de nascimento <1,5kg: não usar NVP

14 dias a 8 anos: 200mg/m² 1x/dia por 14 dias, depois: 200mg/m² 12/12h

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

*RAL está indicado para crianças acima de 2 anos e com mais de 14Kg.

A amamentação é **contraindicada** para mulheres vivendo com HIV. Ao mesmo tempo, a mãe deve ser informada sobre o direito de receber fórmula láctea infantil. Para mais informações, consultar 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>.

Para as crianças que foram amamentadas por pessoa-fonte com risco de transmissão de HIV, deve-se orientar a imediata interrupção da amamentação, a realização do 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 Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes", disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

Ressalta-se que os adolescentes têm direito à PEP mesmo sem a presença dos pais ou responsáveis. Nesses casos, como previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 –, deve-se avaliar a capacidade de discernimento do adolescente, com exceção das situações de violência.

Os dados sobre o uso de ARV são extrapolados do tratamento dos lactentes, crianças e adolescentes que vivem com HIV (PENAZZATO et al., 2015). Pelo risco de hipersensibilidade grave e indisponibilidade de tempo para verificar o status do paciente para HLA-B*5701, o ABC está contraindicado como PEP também na população pediátrica. As maiores evidências em crianças referem-se ao esquema contendo AZT + 3TC, com taxas de descontinuação menores que as encontradas em adultos (FORD et al., 2014). Considerando segurança e facilidade de prescrição, recomenda-se TDF + 3TC + DTG para PEP em crianças acima de 12 anos.

Os estudos favorecem LPV/r como terceira medicação do esquema preferencial em relação à NVP em menores de dois anos (VIOLARI et al., 2012, PALUMBO et al., 2010). Após os dois anos, o uso da NVP é contraindicado pelo risco de reação de hipersensibilidade grave em crianças não infectadas pelo HIV (CDC, 2001).

Em crianças maiores de dois anos, recomenda-se introduzir a classe dos INI no esquema preferencial. O perfil de DTG não foi estabelecido em crianças menores de 12 anos ou com peso inferior a 40 kg. 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). Portanto, o RAL é o terceiro medicamento de escolha para crianças de dois a 12 anos. Acima de 12 anos, seguem-se as recomendações para adultos, com o DTG indicado como terceira medicação.

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>.

4.11 Casais sorodiferentes

Nenhum estudo comprovou transmissão sexual por PVHIV com CV-HIV indetectável. O risco estimado nesses casos é tão pequeno que pode ser considerado insignificante (ATTIA et al., 2009; BARREIRO et al., 2006; COHEN et al., 2011; COHEN et al., 2016; GRULICH et al., 2015; MATTHEWS et al., 2012; MUJUGIRA et al., 2016; PORCO et al., 2004; QUINN et al., 2000; RODGER et al., 2016; SALEEM et al., 2017; TOVANABUTRA et al., 2002). Para a oferta ou não de PEP como mais uma medida de prevenção a ser oferecida para os casais sorodiferentes, deve-se considerar:

- › Perfil da parceria vivendo com HIV quanto à adesão à TARV;
- › Supressão da CV-HIV;
- › Ausência de outras IST;
- › Realização de práticas sexuais de risco com outras parcerias.

É fundamental valorizar e reforçar a autonomia também da parceria que não vive com HIV quanto à sua prática sexual e o grau de exposição a que deseja se submeter, considerando que esta não é responsável pelas condutas da outra pessoa, por exemplo, no que se refere à tomada regular da medicação.

4.12 Adesão à PEP

Deve-se esclarecer a pessoa exposta sobre a menor toxicidade do novo esquema ARV de PEP.

A adesão das pessoas para completar os 28 dias de uso dos ARV é essencial para a maior efetividade da profilaxia. Todavia, os estudos publicados mostram baixas proporções de pessoas que completaram a PEP (OLDENBURG et al., 2014), principalmente entre adolescentes e aqueles que sofreram violência sexual (CHACKO et al., 2012; FORD et al., 2014).

A pessoa exposta deve ser orientada quanto aos objetivos da PEP, de modo a observar rigorosamente as doses, os intervalos de uso e a duração da profilaxia antirretroviral. Algumas estratégias de acompanhamento e adesão podem incluir os seguintes métodos alternativos: mensagens pelo celular, uso de aplicativos, alarmes, diários, porta-pílulas, tabelas, mapas de doses e ligações telefônicas. Recomenda-se a dispensação do esquema completo de PEP (28 dias), uma vez que essa estratégia tem um impacto positivo na adesão (IRVINE et al., 2015).

4.13 Descarte da medicação

A profilaxia é realizada por 28 dias; entretanto, a quantidade contida nas embalagens é de 30 comprimidos. Não se recomenda dispensação fracionada da medicação. O descarte da sobra da medicação é definido de acordo com a organização local e a rotina de cada estado.

4.14 Acompanhamento clínico-laboratorial

O acompanhamento clínico-laboratorial da pessoa exposta em uso de PEP deve levar em consideração:

- › A toxicidade dos ARV;
- › O diagnóstico de infecção aguda pelo HIV, incluindo **testagem para o HIV em 30 e 90 dias após a exposição**;
- › A avaliação laboratorial;
- › A manutenção de medidas de prevenção da infecção pelo HIV.

4.15 Avaliação da toxicidade dos ARV

Recomenda-se a reavaliação da pessoa exposta após 2 semanas de PEP, com o objetivo de identificar possíveis efeitos adversos e reforçar a necessidade da adesão para que a profilaxia seja cumprida até o final da quarta semana.

As pessoas expostas que iniciam a PEP devem ser orientadas a procurar atendimento caso surjam quaisquer sinais ou sintomas clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa grave.

Mais de 50% das pessoas expostas apresentam efeitos adversos à profilaxia ARV. Os sintomas em geral são inespecíficos, leves e autolimitados, tais como efeitos gastrointestinais, cefaleia e fadiga. As alterações laboratoriais são geralmente discretas, transitórias e pouco frequentes.

Na presença de intolerância medicamentosa, a pessoa exposta deve ser reavaliada para adequação do esquema terapêutico. Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia, resolvendo-se a intolerância com a utilização de medicações sintomáticas.

É frequente a ocorrência de sintomas psíquicos e emocionais entre pessoas expostas ao HIV, como desespero, dificuldade de concentração, diminuição da atenção e irritabilidade, entre outros elementos cognitivos e afetivos, podendo-se desenvolver até quadros mais graves de transtorno de estresse pós-traumático. Portanto, é essencial o suporte psicossocial.

Recomenda-se monitorar ativamente sinais e sintomas da infecção aguda pelo HIV. Após a transmissão do HIV, algumas pessoas podem apresentar quadro clínico semelhante à síndrome de mononucleose infecciosa, geralmente na terceira e quarta semana após a exposição.

Quadro 12 – Sinais e sintomas da infecção aguda pelo HIV

<ul style="list-style-type: none"> › Febre › Linfadenopatias › Faringite › Exantema › Ulcerações mucocutâneas 	<ul style="list-style-type: none"> › Mialgias › Artralgias › Fadiga › Hepatoesplenomegalia
--	--

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Na presença de sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV, é recomendada investigação laboratorial para HIV.

4.16 Testagem para o HIV

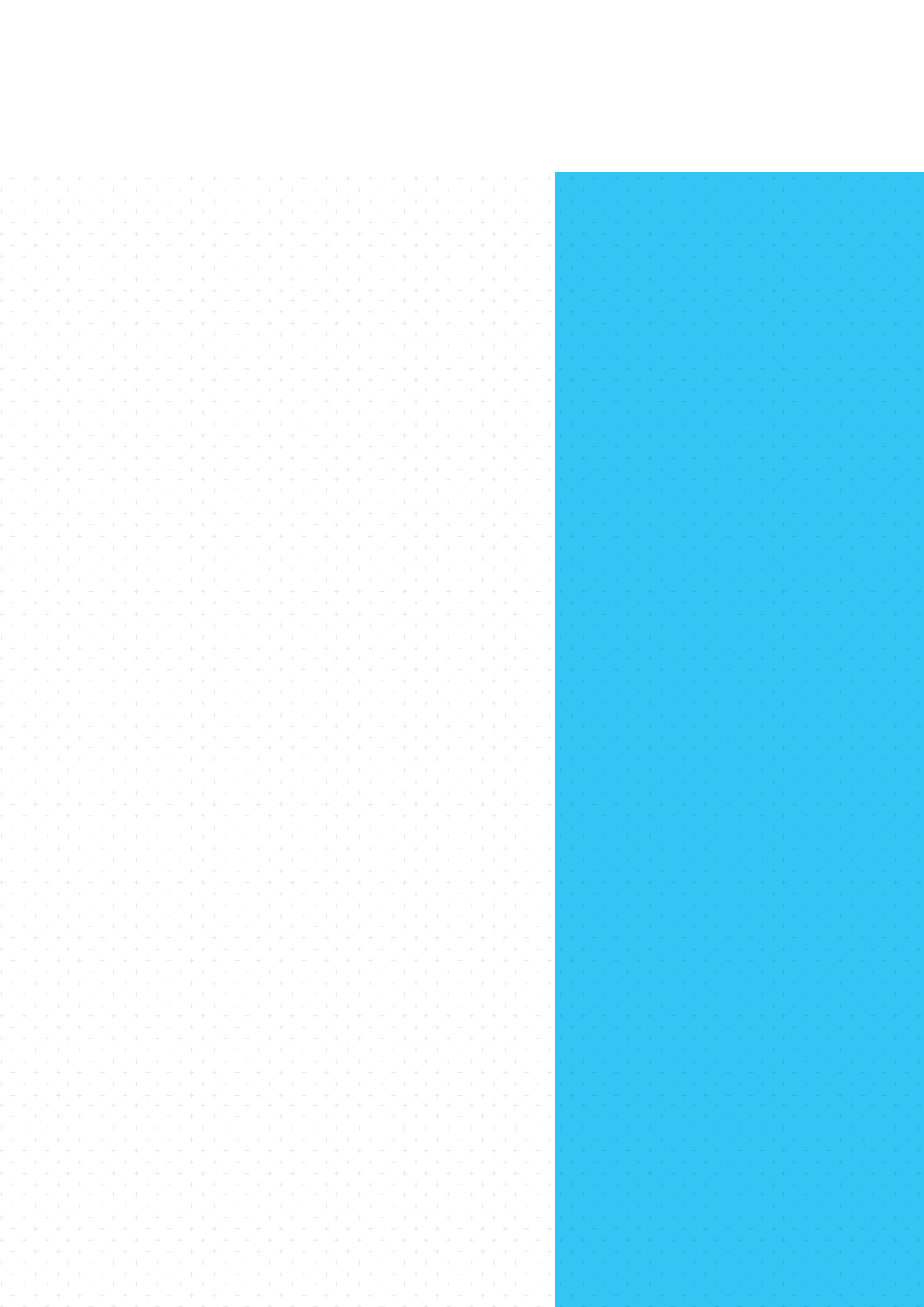
Todas as pessoas potencialmente expostas ao HIV devem ser orientadas sobre a necessidade de repetir a testagem em 30 dias e em 90 dias após a exposição, mesmo depois de completada a profilaxia com ARV.

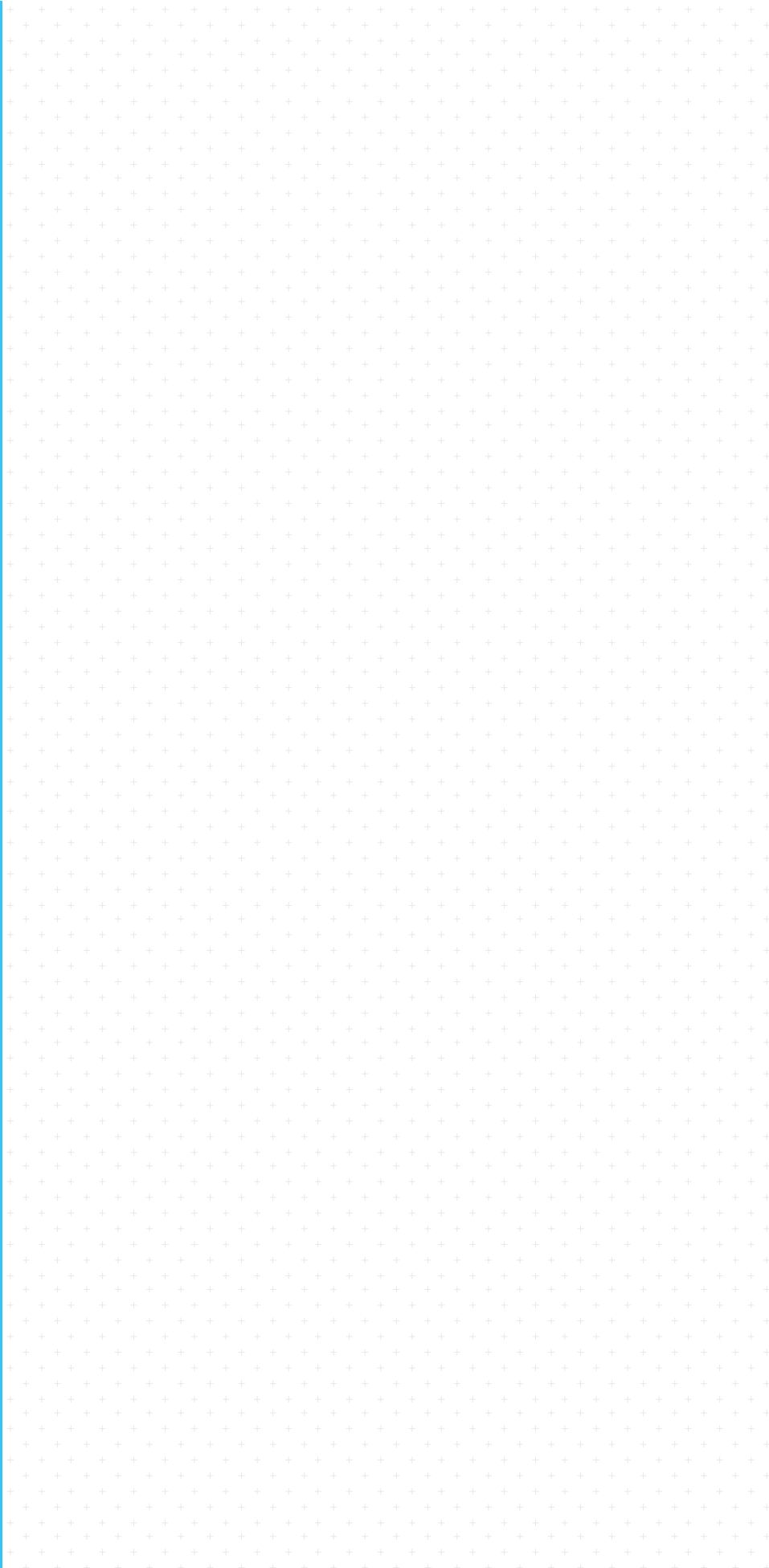
Para mais informações sobre testagem para o HIV, consultar o "Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV" (BRASIL, 2014b), disponível em <http://www.aids.gov.br/biblioteca>.

Pessoas diagnosticadas com infecção pelo HIV durante o período de seguimento da PEP devem ser encaminhadas para avaliação e atendimento em serviços que realizam o seguimento de PVHIV.

4.17 Prevenção durante o uso de PEP

Durante o acompanhamento, a pessoa exposta deve ser orientada a manter medidas de prevenção à infecção pelo HIV, como o uso de preservativos em todas as relações sexuais e o não compartilhamento de seringas e agulhas nos casos de uso de drogas injetáveis, além da contraindicação de doação de sangue, órgãos, tecidos ou espermatozoides e da importância de evitar a gravidez.





5

PROFILAXIA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

4.18 Seguimento laboratorial

A indicação de exames laboratoriais deve levar em consideração as condições de saúde pré-existentes da pessoa exposta e a toxicidade conhecida dos ARV indicados para PEP.

Todos os exames laboratoriais devem ser realizados no início da PEP, duas semanas após a introdução desta, e quando necessário, a critério médico.

Quadro 13 – Recomendação de exames laboratoriais para seguimento da PEP

EXAMES LABORATORIAIS	PRIMEIRO ATENDIMENTO ^(b)	2ª SEMANA APÓS INÍCIO DA PEP	4ª SEMANA APÓS INÍCIO DA PEP	12ª SEMANA APÓS INÍCIO DA PEP
Creatinina ^(a) , ureia	X	X		
ALT, AST	X	X		
Amilase	X	X		
Glicemia ^(b)	X	X		
Hemograma ^(c)	X	X		
Teste de HIV	X		X	X

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) Para cálculo do *clearance* de creatinina.

^(b) Em caso de pessoa exposta com diabetes *mellitus*.

^(c) Quando em uso de AZT.

^(d) Na impossibilidade de coleta de exames, fornecer PEP e pedidos de exames para a segunda semana.

Recomenda-se a investigação de sinais/sintomas de IST em todas as pessoas com exposição sexual de risco.

As IST constituem importante problema de saúde pública, com elevados custos sociais e econômicos (WEBSTER et al., 2016). A presença de uma IST está associada à aquisição e transmissão do HIV. Toda exposição de risco ao HIV também deve ser avaliada como de risco para outras IST (WORKOWSKI; BOLAN, 2015, Solomon et al., 2014, BERNSTEIN et al., 2010).

O rastreio das IST é fundamental para o controle da epidemia de sífilis, já que o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno das pessoas infectadas e de suas parcerias sexuais contribuem para interromper a cadeia de transmissão (STAMM, 2016).

Essas infecções são frequentemente assintomáticas nas mulheres e, quando não detectadas e tratadas, levam a complicações mais graves, como sífilis congênita, DIP, gravidez ectópica e infertilidade (BRASIL, 2016c). Portanto, a investigação deve basear-se no risco e não somente nos sinais e sintomas (KNIGHT; JARRETT, 2015).

Em relação às mulheres vítimas de violência sexual, as infecções mais encontradas são tricomoníase e infecção por *Clamidia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae* (WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

Recomenda-se testagem para sífilis em todas as pessoas com exposição sexual de risco. Quando possível, testar a pessoa-fonte.

5.1 Investigação da sífilis

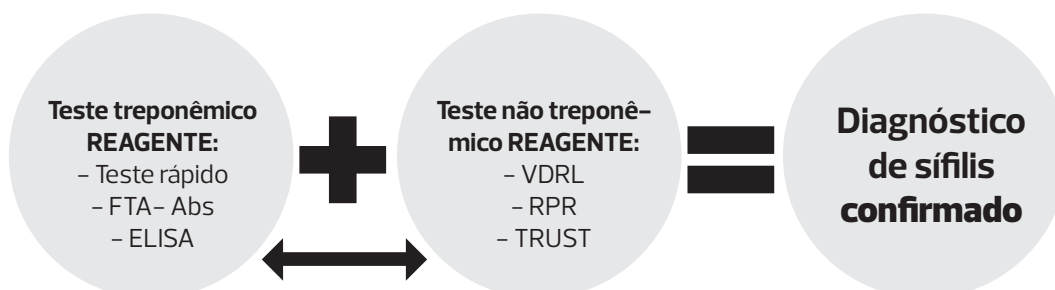
A infecciosidade da sífilis por transmissão sexual ocorre principalmente nos estágios iniciais da doença (sífilis primária e secundária). Essa maior transmissibilidade explica-se pela intensa multiplicação do patógeno e pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária e secundária. Essas lesões são raras ou inexistentes por volta do segundo ano da infecção.

O diagnóstico de sífilis deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Em cada atendimento, recomenda-se avaliação clínica, incluindo exame físico, o que permite a investigação completa para sífilis (BRASIL, 2016c).

Para o diagnóstico da sífilis, devem ser realizados os testes treponêmico e não treponêmico. Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, **recomenda-se iniciar a investigação pelo teste treponêmico** (teste rápido, FTA–Abs, Elisa, entre outros).

Os testes rápidos fornecidos pelo Ministério da Saúde são **testes treponêmicos**. Tais exames não necessitam de estrutura laboratorial e são de fácil execução, com leitura do 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.

Figura 3 – Testes para diagnóstico de sífilis



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

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 seu diagnóstico confirmado com um teste não treponêmico, conforme o fluxograma da Figura 4. Entretanto, há exceções:

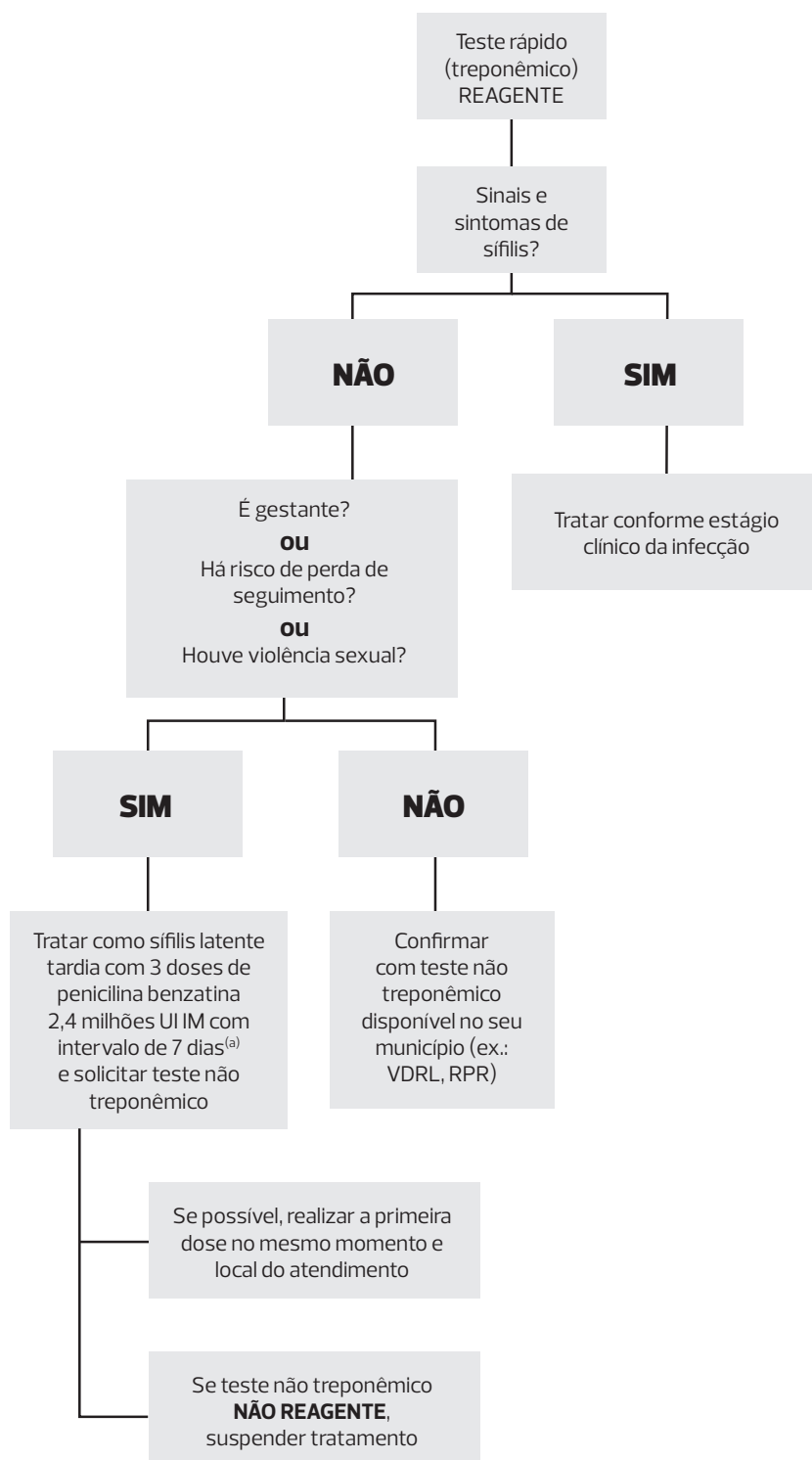
- › Gestante;
- › Pessoa com risco de perda do seguimento;
- › Caso de violência sexual.

Nesses casos, o **tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente**, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste. Caso o segundo teste seja **não reagente**, deve-se suspender o tratamento e explicar à pessoa que a amostra foi **não reagente** para sífilis.

As pessoas com teste rápido **não reagente** devem ser acompanhadas conforme o Quadro 14. Se, durante o seguimento, o exame tornar-se **reagente**, é realizado diagnóstico de sífilis primária e indica-se tratamento imediato com penicilina benzatina 2,4 milhões de UI IM em dose única.

Para mais informações sobre sífilis, consultar o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com IST", disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

Figura 4 – Fluxograma de conduta frente a teste rápido reagente (treponêmico)



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) O intervalo entre as doses não deve exceder 14 dias. Caso isso ocorra, recomenda-se reiniciar o esquema.

5.2 Investigação clínico-laboratorial das infecções gonocócica ou por clamídia

As infecções por *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* são frequentemente assintomáticas. Quando ocorrem sinais e sintomas, os principais são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual, dispareunia, disúria, secreção mucopurulenta em colo de útero e dor à mobilização deste. As principais complicações da cervicite por *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* incluem dor pélvica, DIP e gravidez ectópica.

Para a investigação de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, recomenda-se o 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).

5.3 Investigação da tricomoníase

A investigação de tricomoníase deve-se basear no surgimento de corrimento vaginal. Em caso de pessoa sintomática, proceder à avaliação clínica. Para mais informações sobre tricomoníase, consultar o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis", disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

5.4 Seguimento dos testes diagnósticos para profilaxia das IST

O Quadro 14 apresenta o seguimento da investigação das IST.

Quadro 14 – Seguimento dos testes diagnósticos para profilaxia de IST

IST	PESSOA-FONTE	PESSOA EXPOSTA	
	1º ATENDIMENTO	1º ATENDIMENTO	4 A 6 SEMANAS APÓS EXPOSIÇÃO
Teste treponêmico para sífilis (TR)	Sim	Sim	Sim
Testagem para <i>N. gonorrhoeae</i> ^(a)	Não	Sim	Sim
Testagem para <i>C. trachomatis</i> ^(a)	Não	Sim	Sim
Em todas as consultas, investigar presença de sinais e sintomas de IST.			

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) Se disponível o método diagnóstico no serviço de saúde.

5.5 Tratamento para IST

O tratamento preemptivo é recomendado para pessoas vítimas de violência sexual, uma vez que muitas perdem o seguimento, e o tratamento baseado no diagnóstico etiológico nem sempre é possível (RAMBOW et al., 1992; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

Para pessoas com exposição sexual consentida, a realização de investigação laboratorial e seguimento clínico é o procedimento mais recomendável, devido ao risco de desenvolvimento de resistência bacteriana com o tratamento preemptivo (BOLAN et al., 2015; MOLINA et al., 2017).

Quadro 15 – Tratamento para IST

IST	MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	
		ADULTOS E ADOLESCENTES COM MAIS DE 45KG	CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM MENOS DE 45KG
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^(a)	50 mil UI/kg, IM ^(a)
Gonorreia	Ceftriaxona	500mg, IM, dose única	125mg, IM, dose única
Infecção por <i>C. trachomatis</i>	Azitromicina	1g, VO, dose única	20mg/kg, VO, dose única
Tricomoníase	Metronidazol ^(b,c)	2g, VO, dose única	15mg/kg/dia, divididos a cada 8 horas, por 7 dias

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) Como profilaxia e em caso de sífilis primária, deve ser prescrito em dose única.

^(b) Não deve ser prescrito no primeiro trimestre de gestação.

^(c) Deverá ser postergado em caso de uso de contracepção de urgência ou ARV.

Para mais informações sobre IST e violência sexual, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

5.6 Prevenção da infecção pelo HPV

Orientar todas as pessoas expostas sexualmente sobre as medidas de prevenção do HPV.

O HPV é transmitido preferencialmente por via sexual, sendo responsável por verrugas na região anogenital e até em áreas extragenitais como conjuntivas e mucosa nasal, oral e laríngea (SCHNEEDE, 2017, SIGNORELLI et al., 2017), além de estar relacionado ao câncer de colo de útero (AYRES, 2010), colo retal (PELIZZER et al., 2016), pênis, vulva e vagina (GAO; SMITH, 2016, SMALL et al., 2017).

O tempo de latência viral e os fatores associados não são plenamente conhecidos, e o HPV pode permanecer quiescente por muitos anos até o desenvolvimento de lesões, não sendo possível estabelecer o intervalo mínimo entre a infecção e o aparecimento destas.

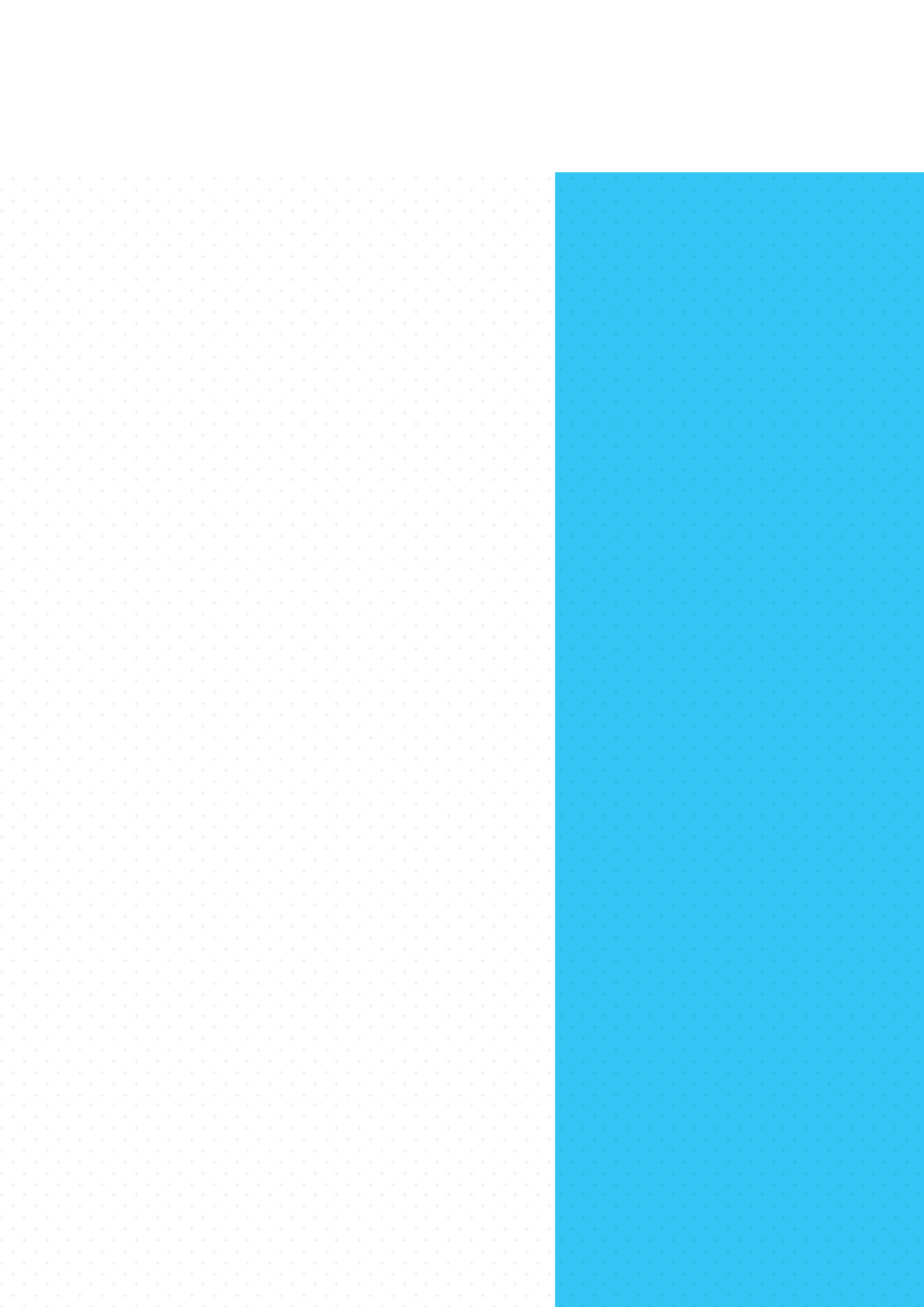
No homem, as lesões localizam-se na glândula, sulco bálano-prepucial e região perianal. Na mulher, encontram-se na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo do útero. Menos frequentemente, podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas e mucosa nasal, oral e laríngea.

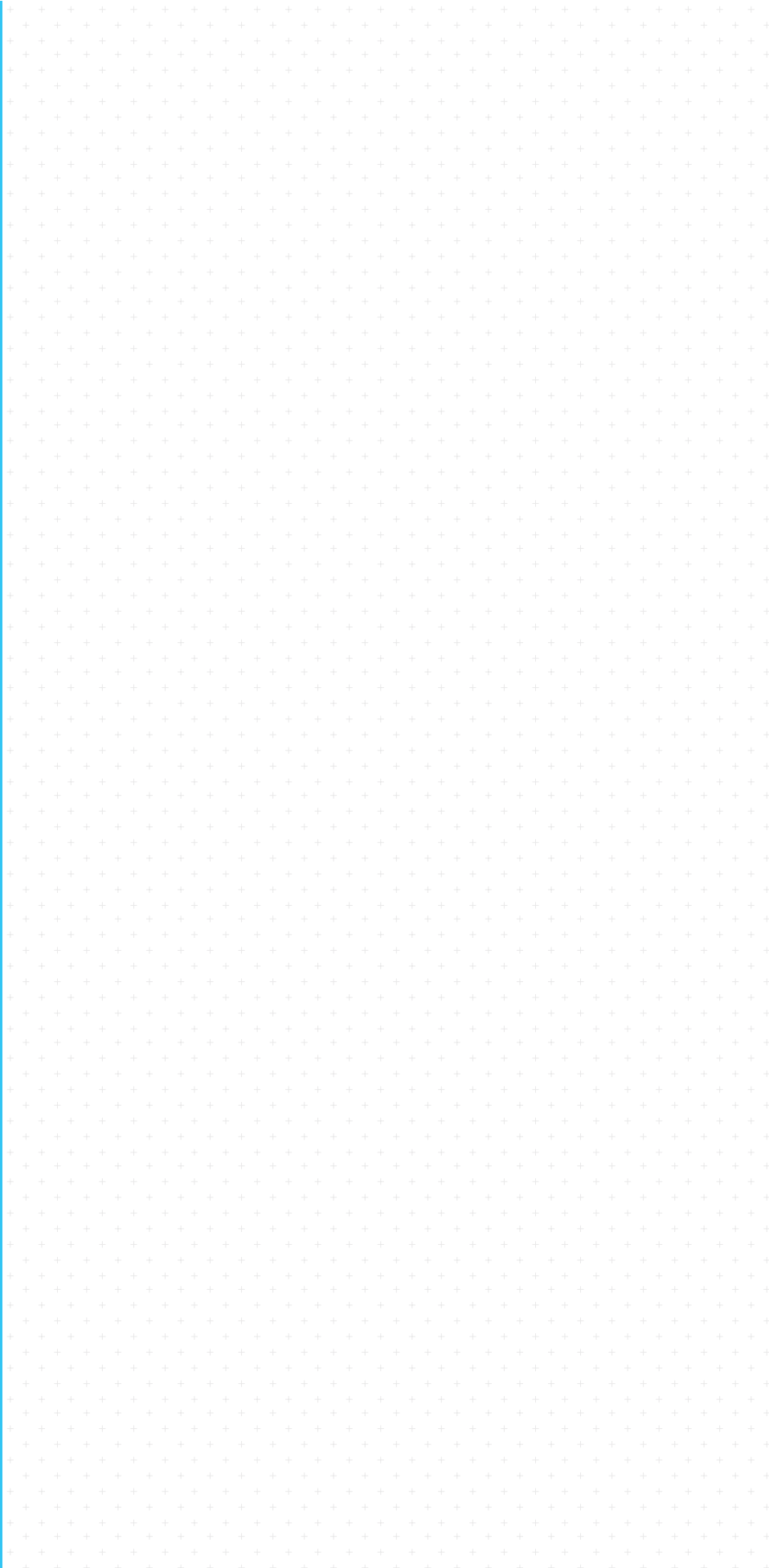
Para as mulheres que evoluem **sem lesões**, é fundamental reforçar a importância de realizar periodicamente o exame preventivo de colo de útero (conhecido também como Papanicolaou), o que pode ser feito na Atenção Básica. Para mais informações, consultar as "Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero", disponíveis em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes.PDF>.

O PNI indica vacinação para meninos e meninas. O esquema é composto de duas doses, com intervalo de seis meses.

Para PVHIV, pessoas transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, a faixa etária indicada para imunização é de nove a 26 anos, sendo o esquema de vacinação composto por três doses (0, 2 e 6 meses). Para mais informações, consultar <http://www.saude.gov.br/pni>.

Se durante o atendimento for realizado o diagnóstico clínico de HPV, referenciar a pessoa para a Atenção Básica para proceder ao acompanhamento clínico.





6

PROFILAXIA DAS HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais são causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático. Podem se apresentar como infecções agudas ou crônicas, além de constituírem uma das maiores causas de transplantes hepáticos no mundo (CDC, 2014, LAVANCHY, 2011).

No âmbito da Prevenção Combinada, toda situação de exposição deve ser também avaliada quanto ao risco de exposição às hepatites virais.

Neste PCDT, serão abordadas as formas de profilaxia pós-exposição aos vírus das hepatites A, B e C.

6.1 Hepatite A

Recomenda-se avaliar todo paciente com exposição sexual de risco ao HIV para um eventual episódio de infecção aguda pelo vírus da hepatite A.

O principal mecanismo de transmissão do vírus da hepatite A (HAV) é o fecal-oral. A transmissão sexual desse vírus é infrequente.

No entanto, recentemente, diversos casos de transmissão sexual do vírus da hepatite A foram confirmados em vários países da Europa. A maioria dos casos parece ocorrer entre homens que fazem sexo com outros homens, embora essa forma de transmissão também tenha sido observada entre mulheres. A magnitude da transmissão por via sexual é provavelmente subestimada (WERBER et al., 2017, FREIDL et al., 2017, CHEN et al., 2017, BEEBEEJAUN et al., 2017).

A transmissão sexual do HAV provavelmente limita o benefício da prevenção por meio do uso exclusivo de preservativos, devendo-se complementar a prevenção com outras medidas, como a higienização das mãos, genitália, períneo e região anal antes e após as relações sexuais.

A maioria dos casos de infecção aguda por esse vírus é assintomática. Porém, quando sintomáticos, esses quadros caracterizam-se pela presença de astenia, tonturas, náusea e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados (icterícia), urina escurecida e fezes claras. A sintomatologia costuma aparecer de 15 a 50 dias após a exposição ao HAV.

Caso seja possível, deve-se verificar a susceptibilidade da pessoa exposta por meio da pesquisa de exame sorológico específico (anti-HAV IgG e anti-HAV IgM).

A presença de anti-HAV IgM reagente sugere episódio agudo de infecção por esse vírus. Caso a pesquisa dos anticorpos seja não reagente, deve-se observar a indicação de vacinação da pessoa exposta, obedecendo-se aos critérios de vacinação para essa infecção dispostos no Manual do Crie vigente.

A presença de anti-HAV IgG reagente demonstra imunidade definitiva da pessoa exposta e, portanto, nenhuma medida adicional se faz necessária.

6.2 Hepatite B

Recomenda-se realizar testagem para hepatite B da pessoa exposta e da pessoa-fonte (quando presente).

Recomenda-se vacinar toda pessoa susceptível à hepatite B. Pessoa susceptível é aquela que não foi vacinada, ou que foi vacinada mas apresenta títulos de anti-HBs inferiores a 10mUI/mL e HBsAg não reagente.

A hepatite B é uma infecção de transmissão parenteral, sexual e vertical. A transmissão desse vírus pode ocorrer por solução de continuidade (pele e mucosas), via parenteral (compartilhamento de agulhas, seringas, material de manicure e pedicure, lâminas de barbear e depilar, tatuagens, *piercings*, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos que não atendam às normas de biossegurança, entre outros) e relação sexual desprotegida. Esta última via é o principal mecanismo de transmissão dessa infecção no Brasil. Os líquidos orgânicos, como sangue, sêmen, secreção vaginal e leite materno podem conter o vírus e representam importantes fontes de infecção.

Quando da utilização da PEP para HIV, é importante avaliar se a pessoa exposta não está previamente infectada pelo vírus da hepatite B, no sentido de investigar a presença de HBsAg ou antecedente de tratamento para essa infecção. Os antirretrovirais TDF e 3TC (medicamentos utilizados para a PEP do HIV) são ativos em relação ao HBV e uma eventual suspensão desses medicamentos (quando da suspensão da PEP) pode ocasionar um *flare* das enzimas hepáticas, ou mesmo quadros de descompensação da doença hepática prévia (CDC, 2008, WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

6.3 Diagnóstico da infecção pelo vírus da hepatite B

A triagem da infecção pelo HBV é realizada por meio de testes de detecção do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg). Os TR são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou digital. Devido à rapidez e segurança do resultado, este é o exame mais indicado. Nos locais em que não for possível realizar os TR, seguir o fluxo laboratorial. Mais informações podem ser encontradas no "Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais", disponível em <http://www.aids.gov.br/biblioteca>.

6.4 Interpretação do *status* sorológico da pessoa exposta por meio da pesquisa de Teste Rápido HBV (HBsAg)

- › **Se reagente:** a infecção pelo vírus da hepatite B ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e a pessoa deve ser encaminhada para confirmação laboratorial, conforme preconizado pelo Manual Técnico correspondente, e para acompanhamento clínico.
- › **Se não reagente:** a pessoa exposta não tem, no momento da testagem, evidências de infecção atual pelo HBV. Quando houver disponibilidade, é recomendável avaliar o *status* sorológico da pessoa-fonte quanto à hepatite B. Caso a pessoa-fonte apresente histórico vacinal incompleto (menos de três doses) ou desconhecido contra HBV, indica-se completar ou iniciar ciclo de vacinação.
- › **Se inválido:** não é possível confirmar o *status* sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se encaminhá-la para o diagnóstico, utilizando um dos fluxogramas laboratoriais.

6.5 Prevenção da infecção pelo vírus da hepatite B

A prevenção dessa infecção ocorre por meio da vacinação e do uso eventual de IGHAB (BRASIL, 2014a).

6.5.1 Vacinação para hepatite B

Três doses de vacina contra a hepatite B induzem títulos protetores de anticorpos (anti-HBs maior ou igual a 10UI/mL) em mais de 90% dos adultos e dos jovens saudáveis, e em mais de 95% dos lactentes, das crianças e dos adolescentes.

Recomenda-se imunizar todas as pessoas expostas não previamente vacinadas, ou sem conhecimento de vacinação prévia, e sem indícios de infecção por HBV (HBsAg não reagente), independentemente da idade.

Se possível, a primeira dose da vacina deve ser administrada no momento do primeiro atendimento. As demais doses deverão seguir as recomendações vigentes do PNI, podendo ser aplicadas na unidade básica de saúde mais próxima do local de residência da pessoa.

6.5.2 Utilização de IGHAHB

O conhecimento do *status* sorológico da **pessoa-fonte** em relação à hepatite B é importante para a decisão sobre a utilização ou não da IGHAHB. Diferentemente do que ocorre na exposição ao HIV, para a hepatite B a indicação da IGHAHB irá depender do tipo de exposição (vítimas de acidentes com material biológico infectado ou fortemente suspeito de infecção por HBV; comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B; vítimas de violência sexual; imunodeprimidos após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados.), conforme indicação do Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_crie_.pdf

A IGHAHB deve ser administrada em dose única de 0,06mL/kg, IM, em extremidade diferente da que recebeu a vacina para HBV, e se a dose da vacina ultrapassar 5mL, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser **administrada, no máximo, até 14 dias após a exposição sexual (para exposições percutâneas, o benefício é comprovado, no máximo, até sete dias)**, embora se recomende preferencialmente o uso nas primeiras 48 horas a contar da exposição. A IGHAHB está disponível nos Crie (Quadro 16).

Quadro 16 – Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PESSOA-FONTE		
	HBSAG REAGENTE	HBSAG NÃO REAGENTE	HBSAG DESCONHECIDO
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ^(a)
Vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação
Resposta vacinal conhecida e adequada (anti-HBs maior ou igual 10UI/mL)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B ou IGHAB (2x) ^(b)	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) ^(a)
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAB (2x) ^(b)	Nenhuma medida específica	IGHAB (2x) ^(b)
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde	Testar o profissional de saúde	Testar o profissional de saúde
	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica
	Se resposta vacinal inadequada: IGHAB + primeira dose da vacina hepatite B	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação ^(a)

Fonte: BRASIL, 2014.

^(a) O uso associado de imunoglobulina hiperimune contra hepatite B está indicado em caso de pessoa-fonte com alto risco para infecção pelo HBV, como: usuários de drogas injetáveis; pacientes em programas de diálise; contatos domiciliares e sexuais de pessoas HBsAg reagentes; pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo; heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas; história prévia de IST; pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B; pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

^(b) IGHAB (2x) = duas doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B, com intervalo de um mês entre as doses. Essa opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal, ou que tenham alergia grave à vacina.

A imunização para a hepatite B e o uso de IGHAB também estão indicados na gestação, em qualquer idade gestacional.

Para mais informações, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções” (BRASIL, 2016d), disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

6.5.3 Recomendação para profilaxia de hepatite B após exposição sexual, em pessoas susceptíveis

6.5.3.1 Comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B

Deve-se buscar identificar a pessoa exposta quanto à hepatite B. Caso essa pessoa seja suscetível, estão indicadas a vacina contra hepatite B e a IGHAHB, aplicadas o mais precocemente possível, no máximo até 14 dias depois da exposição.

IGHAHB e vacina contra hepatite B são recomendados como profilaxia para pessoas susceptíveis com exposição sexual à pessoa com **hepatite B aguda**.

6.5.3.2 Vítimas de violência sexual

Se a vítima não for vacinada ou estiver com vacinação incompleta contra hepatite B, deve-se vacinar ou completar a vacinação. Não se recomenda o uso rotineiro de IGHAHB, exceto se a vítima for suscetível e o responsável pela violência seja HBsAg reagente ou pertencente a um grupo de risco (pessoas que usam drogas, por exemplo). Quando indicada, a IGHAHB deve ser aplicada o mais precocemente possível – até, no máximo, 14 dias após a exposição (BRASIL, 2014a).

IGHAHB e vacina contra hepatite B são recomendados como **profilaxia** para pessoas susceptíveis, expostas a portadores conhecidos ou potenciais do vírus da hepatite B por **violência sexual**.

IGHAHB e vacina contra hepatite B são recomendados como profilaxia para pessoas susceptíveis com exposição sexual à pessoa com **hepatite B aguda**.

6.6 Hepatite C

Apesar de o risco de transmissão do HCV estar mais relacionado às exposições percutâneas, a transmissão sexual desse vírus é possível, principalmente em se tratando de práticas sexuais traumáticas, presença de doença ulcerativa genital e proctites relacionadas a IST. Grupos específicos, como as PVHIV, e portadores de outras imunodeficiências também têm risco acrescido de contágio pela via sexual

(DIONNE-ODOM et al., 2009, HAGAN et al., 2015, MEDLAND et al., 2017). Mesmo não existindo medida específica eficaz para a redução do risco de infecção pelo HCV após a exposição, a testagem da pessoa-fonte e da pessoa exposta é recomendada para permitir o diagnóstico precoce de uma possível infecção.

A investigação inicial da infecção pelo HCV é feita com a pesquisa por anticorpos contra o vírus (anti-HCV) por meio de TR ou testes laboratoriais. No entanto, a detecção do anti-HCV isoladamente indica apenas exposição ao HCV, havendo necessidade de detecção da CV-HCV para a definição de um caso de infecção ativa. Mais informações podem ser encontradas "no Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais", disponível em <http://www.aids.gov.br/biblioteca>.

Recomenda-se realizar testagem para hepatite C na pessoa-fonte e na pessoa exposta.

6.6.1 Interpretação do *status* sorológico da pessoa exposta por meio da pesquisa de anti-HCV

- › **Se reagente:** a pessoa teve contato com o vírus da hepatite C antes da exposição que motivou o atendimento, devendo ser encaminhada para confirmação laboratorial do caso e para acompanhamento clínico.
- › **Se não reagente:** A pessoa exposta não tem, no momento da testagem, sinal de contato prévio com o vírus. Quando possível, avaliar o *status* sorológico da pessoa-fonte quanto à hepatite C.
- › **Se inválido:** não é possível confirmar o *status* sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se encaminhá-la para o diagnóstico, utilizando um dos fluxogramas laboratoriais (ver o Manual Técnico correspondente).

6.6.2 Interpretação do *status* sorológico da pessoa-fonte por meio da pesquisa de anti-HCV

- › **Se reagente:** acompanhar a pessoa exposta pelo risco de soroconversão e necessidade de tratamento da infecção aguda;
- › **Se não reagente:** não há risco de soroconversão para a pessoa exposta. Não é necessário acompanhamento sorológico da pessoa exposta em relação a essa infecção;
- › **Se desconhecido ou indeterminado:** avaliar caso a caso, com base na gravidade da exposição e na probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo vírus da hepatite C.

Contudo, é necessário considerar a janela diagnóstica para detecção de anticorpos, que varia de 33 a 129 dias. Há a possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos de diagnóstico (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica. Por isso, se houver essa possibilidade e a fonte for epidemiologicamente relacionável a infecção pelo HCV, recomenda-se testar a pessoa-fonte mais uma vez ao fim do período de janela.

O diagnóstico precoce da soroconversão possibilita o tratamento na fase aguda da infecção pelo HCV, com o objetivo de reduzir o risco de progressão para hepatite crônica, principalmente nos pacientes assintomáticos. Portanto, recomenda-se o seguimento conforme o Quadro 17.

Quadro 17 – Seguimento da pessoa exposta quando a fonte for reagente para hepatite C

EXAME	1º ATENDIMENTO	SEGUIMENTO DA PESSOA EXPOSTA QUANDO A FONTE FOR REAGENTE PARA HEPATITE C		
		4-6 SEMANAS APÓS EXPOSIÇÃO	3 MESES APÓS EXPOSIÇÃO	6 MESES APÓS EXPOSIÇÃO
ALT	Sim	Sim	Sim	Sim
CV-HCV	Não	Sim	Sim	Não
Anti-HCV	Sim ^(a)	Sim	Sim	Sim

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a)Anti-HCV reagente no 1º atendimento: **pessoa previamente exposta**, portanto teve contato com o HCV antes da exposição que motivou o atendimento. Deve ser encaminhada para confirmação laboratorial do caso e para acompanhamento clínico.

6.6.3 Infecção aguda pelo HCV após exposição sexual ou não sexual

Definição de hepatite C aguda:

- › Soroconversão recente (há menos de seis meses) e documentada por meio da conversão do anti-HCV (anti-HCV não reagente no início dos sintomas ou no momento da exposição, com conversão para anti-HCV reagente na segunda dosagem, realizada com intervalo de 90 dias); OU
- › Anti-HCV não reagente e detecção da CV-HCV em até 90 dias depois do início dos sintomas ou da data da exposição, quando esta for conhecida em indivíduos com histórico de exposição potencial ao HCV.

6.6.4 Critérios para início do tratamento da hepatite C aguda

- › **Pessoas sintomáticas:** recomenda-se aguardar 12 semanas (90 dias) após o início dos sintomas. Caso não haja clareamento (CV-HCV negativa), indica-se o tratamento;

- › **Pessoas assintomáticas:** recomenda-se iniciar o tratamento imediatamente após o diagnóstico – em média, quatro semanas após a exposição, principalmente nas situações de maior vulnerabilidade: PVHIV, pessoas expostas a acidentes com instrumentos perfurocortantes, pacientes em hemodiálise e pessoas que usam drogas injetáveis.

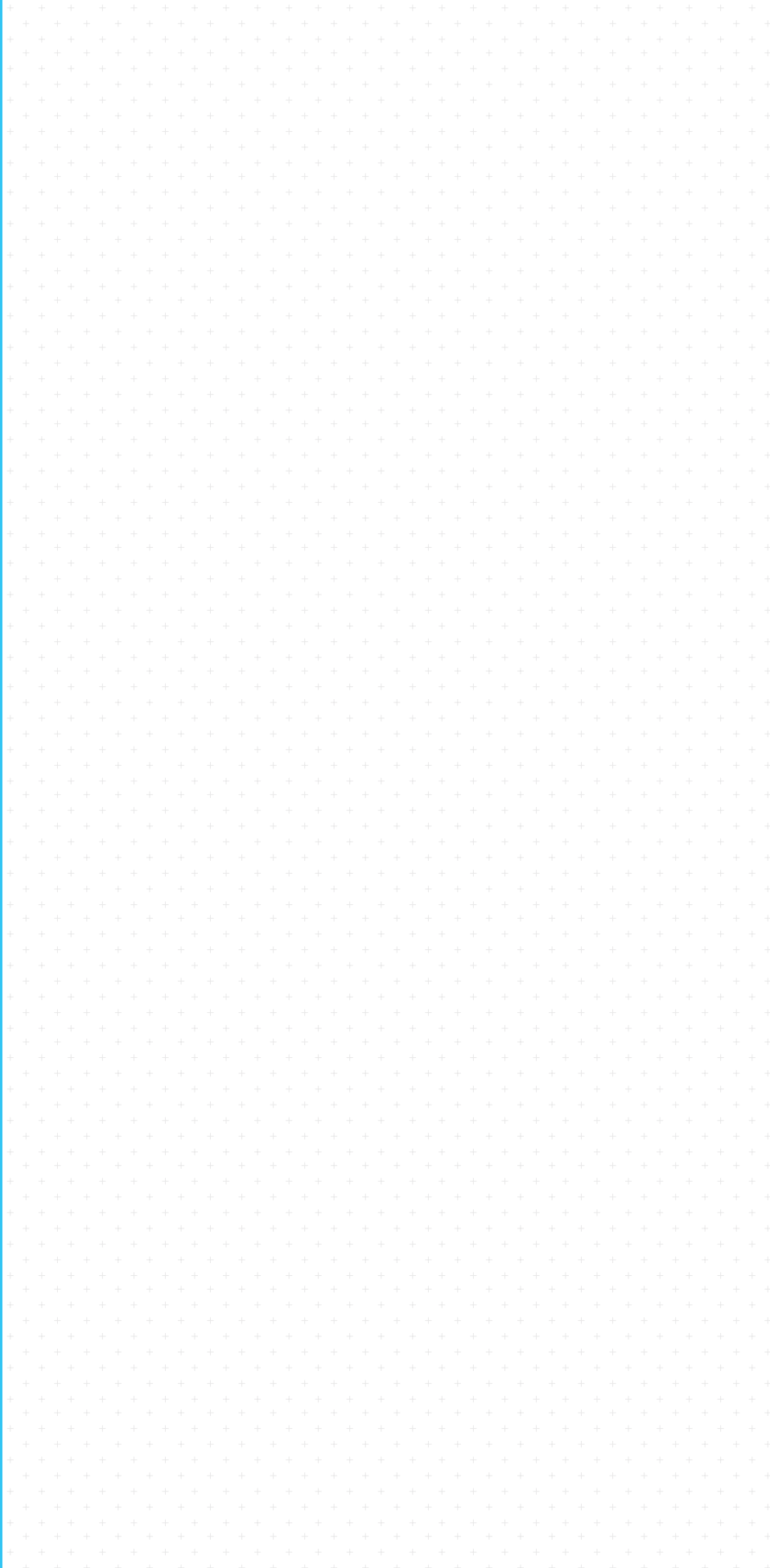
Nos grupos populacionais de maior vulnerabilidade ou em situações em que houver a suspeita de infecção aguda pelo HCV e não seja possível definir a data provável de exposição ao HCV, recomenda-se:

- › Realizar CV-HCV quantitativa na suspeita clínica de infecção aguda pelo HCV;
- › Repetir CV-HCV quantitativa na quarta semana após o primeiro exame:
 - » Caso não ocorra redução da CV-HCV de pelo menos 2 log₁₀, deve-se referir a pessoa para avaliação de início de tratamento.
 - » Caso ocorra redução da CV-HCV superior a 2 log₁₀, recomenda-se avaliação na 12ª semana antes de indicar o tratamento.

O tratamento, quando iniciado, deve ser feito preferencialmente com esquema terapêutico composto por alfa peguinterferona, associado ou não à ribavirina, independentemente do genótipo, de acordo com o fluxograma. Em pacientes coinfectados pelo HIV, sugere-se a adição de ribavirina ao esquema terapêutico; em pacientes monoinfectados, seu uso é opcional.

O tratamento da hepatite viral C aguda tem resultados de cura excelentes.

A única forma de reduzir o risco de transmissão é a prevenção do acidente. As orientações para prevenção das hepatites virais devem ser compartilhadas com os contatos domiciliares e parceiros sexuais da pessoa. A prevenção requer atitudes e práticas seguras – como o uso adequado do preservativo e o não compartilhamento de instrumentos perfurocortantes e objetos de higiene pessoal, como escovas de dente, alicates de unha, lâminas de barbear ou depilar. Para mais informações, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.



7

OUTRAS MEDIDAS NO ATENDIMENTO À PESSOA EXPOSTA

7.1 Cuidados com a área exposta

Nos casos de exposições percutânea e cutânea, 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. Estão contraindicados procedimentos que ampliem a área exposta (cortes, injeções locais) e a utilização de soluções irritantes, como éter, hipoclorito ou glutaraldeído.

7.2 Anticoncepção de emergência e abordagem na concepção

O diagnóstico de gravidez pode alterar a assistência à pessoa com IST, além de contraindicar a anticoncepção de emergência. Portanto, toda mulher deve ser investigada sobre atraso menstrual e presença de sinais e sintomas de gravidez. Caso estes estejam presentes, o teste de gravidez é recomendado.

A anticoncepção de emergência deve ser considerada nas mulheres em idade fértil, após relação sexual desprotegida ou se houve falha do método contraceptivo, caso não exista desejo de engravidar e seja excluída gravidez no atendimento inicial.

O método mais adequado para a **anticoncepção de emergência** consiste na utilização do **levonorgestrel**, em função de evidentes vantagens sobre o método de Yuzpe (uso de hormônios combinados), como: efeitos colaterais sensivelmente reduzidos, não produção de interação com outros medicamentos e maior efetividade.

Quadro 18 – Apresentação e posologia do levonorgestrel

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

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) A eficácia é sempre maior quanto mais próximo à relação for utilizada a anticoncepção de emergência.

O uso repetitivo da anticoncepção de emergência diminui a sua eficácia; portanto, não se trata de um método a ser adotado como rotina. Para mais informações, consultar o “Protocolo para Utilização do Levonorgestrel”, disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_para_utilizacao_levonorgestrel.pdf.

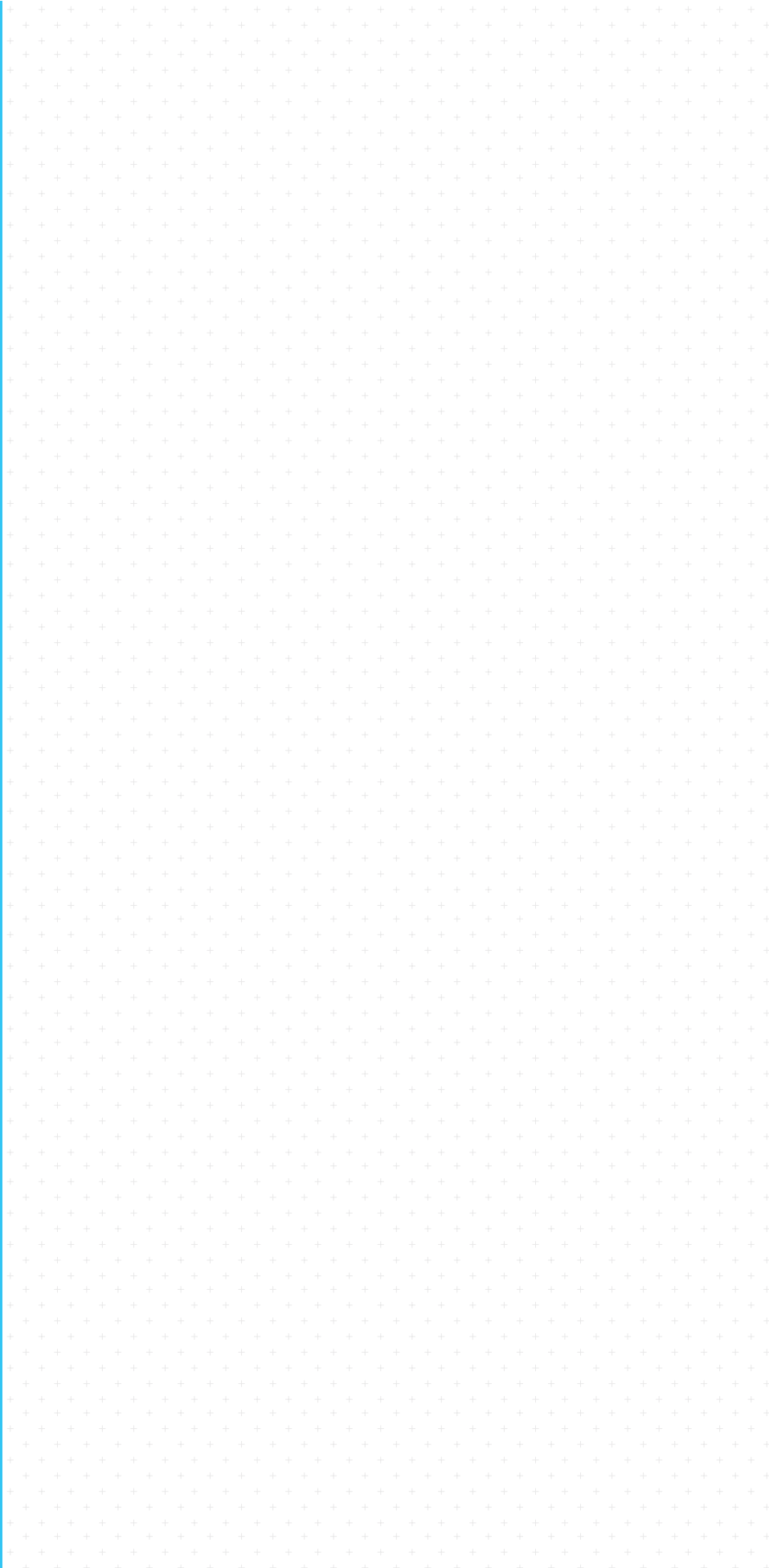
Quadro 19 – Investigação laboratorial de gravidez

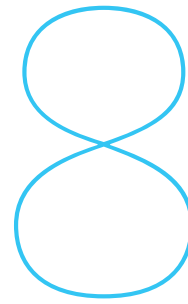
EXAME	PESSOA EXPOSTA	
	1º ATENDIMENTO	4 A 6 SEMANAS APÓS EXPOSIÇÃO
Teste de gravidez	Sim, se atraso menstrual ou presença de sinais e sintomas de gravidez	Sim, se primeiro teste negativo ou não realizado

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

7.1 Imunização para tétano

As pessoas que tenham sofrido mordeduras, lesões ou cortes devem ser avaliadas quanto à necessidade de imunização para tétano. Para mais informações, consultar o "Guia de Vigilância em Saúde", disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br>.





VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual, crime previsto no art. 213 do Código Penal Brasileiro, pode ser definida como qualquer tipo de atividade de natureza erótica ou sexual que desrespeite o direito de escolha de um dos envolvidos.

As consequências mais prevalentes da violência sexual são estresse pós-traumático (23,3%), transtorno de comportamento (11,4%) e gravidez (7,1%). Deve-se salientar, entretanto, que a proporção de vítimas que ficaram grávidas como consequência do estupro cresce para 15,0%, quando se consideram apenas os casos em que houve penetração vaginal e a faixa etária entre 14 e 17 anos (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

As crianças e adolescentes que sofrem violência sexual podem apresentar queixas vagas que, à primeira vista, não levam o profissional a suspeitar dessa situação (BRASIL, 2010a). Portanto, é necessário que os profissionais de saúde mantenham um alto grau de suspeição.

No Quadro 20, destacam-se possíveis sinais de abuso sexual, enquanto os procedimentos de notificação constam na Figura 5, mais adiante.

Quadro 20 – Sinais de violência sexual em crianças e adolescentes

- › Edema ou lesões em área genital, sem outras doenças que os justifiquem (como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis);
- › Lesões de palato ou de dentes anteriores, decorrentes de sexo oral;
- › Sangramento vaginal em pré-púberes, excluindo a introdução de corpo estranho pela própria criança;
- › Sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal sem presença de doença que os justifiquem (como constipação intestinal grave e crônica);
- › Rompimento himenal;
- › IST;
- › Gravidez;
- › Aborto.

Fonte: BRASIL, 2010.

O Quadro 21 resume os cuidados às pessoas vítimas de violência sexual.

Quadro 21 – Cuidados às pessoas vítimas de violência sexual

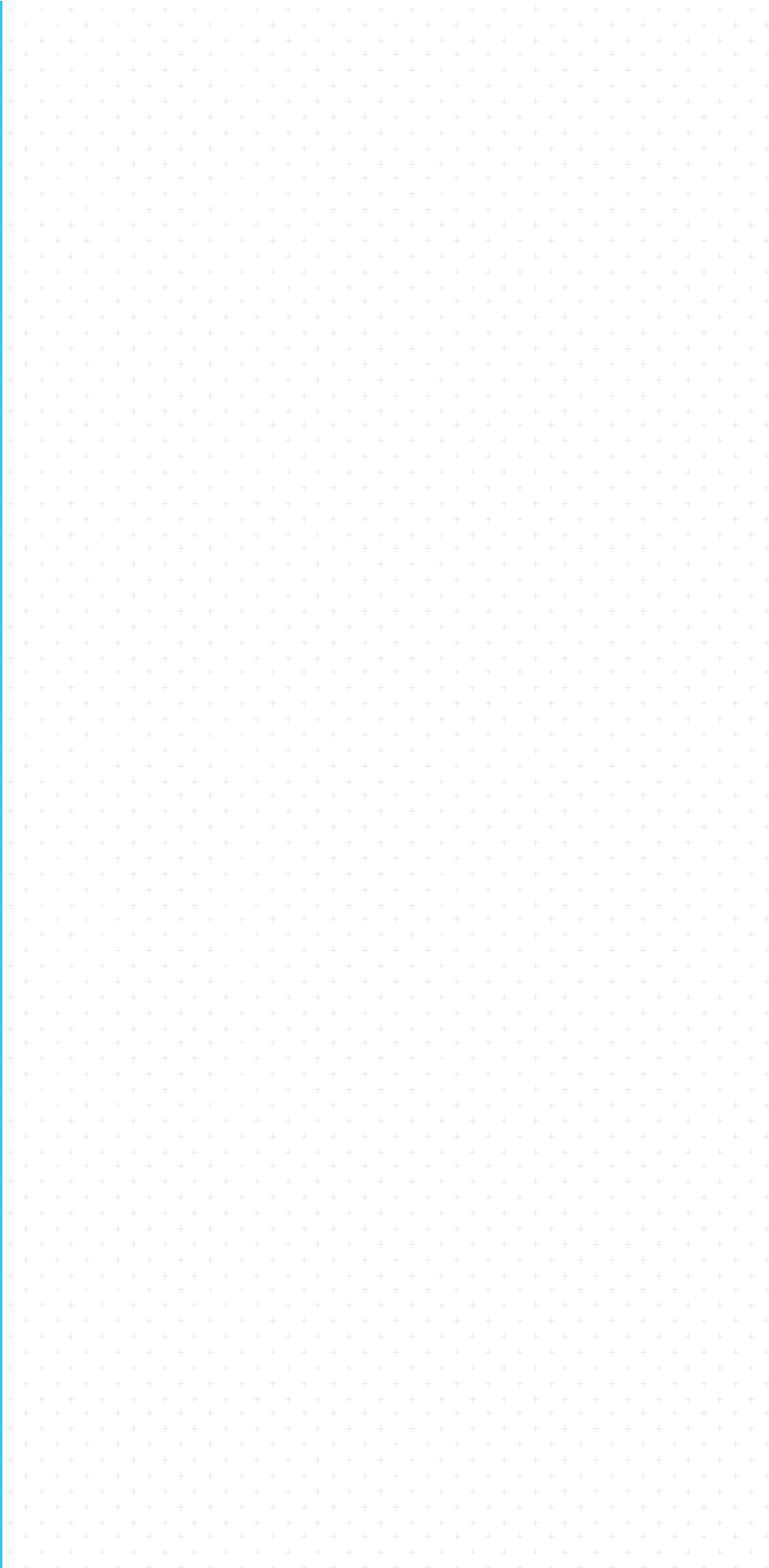
- › Atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;
- › Providências policiais e judiciais cabíveis (entretanto, caso a vítima não as tome, não lhe pode ser negado atendimento);
- › Anticoncepção de emergência e profilaxia das IST não virais e do HIV;
- › Vacinação e imunização passiva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

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Figura 5 – Resumo das condutas de atendimento às vítimas de violência sexual



Fonte: DIAHV/SVS/MS.



9

PROCEDIMENTOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A notificação do caso à Vigilância Epidemiológica e a compreensão desta como parte das ações de gestão em saúde (planejamento, tomada de decisão, programações, monitoramento/avaliação) é parte fundamental da prevenção e promoção da saúde.

Para os casos de acidentes relacionados ao trabalho, os eventos devem ser notificados no Sinan por meio da **ficha de investigação de acidente de trabalho com exposição a material biológico**. Nesses casos, devem-se estabelecer procedimentos de análise dos acidentes similares acontecidos na unidade, segundo diretrizes da Política de Promoção da Saúde dos Trabalhadores do SUS (BRASIL, 2012a).

Nos casos de violência sexual, deve-se notificar o evento por meio da **ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada**, que foi atualizada em 2015 e está disponível em http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf.

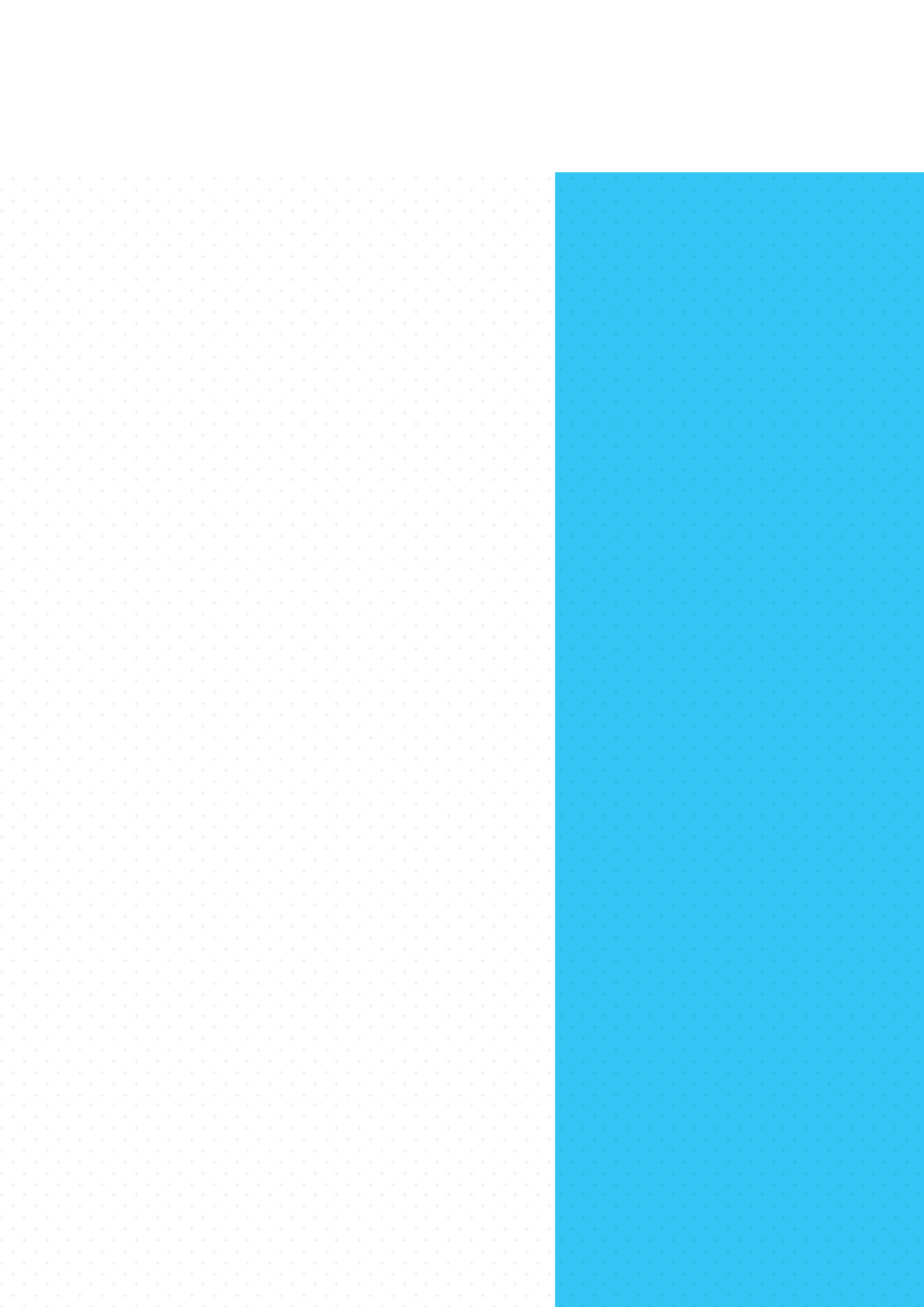
Nos casos de criança e suspeita de violência, deve-se notificar também o Conselho Tutelar local. Para esses casos, o Quadro 22 detalha os procedimentos de notificação.

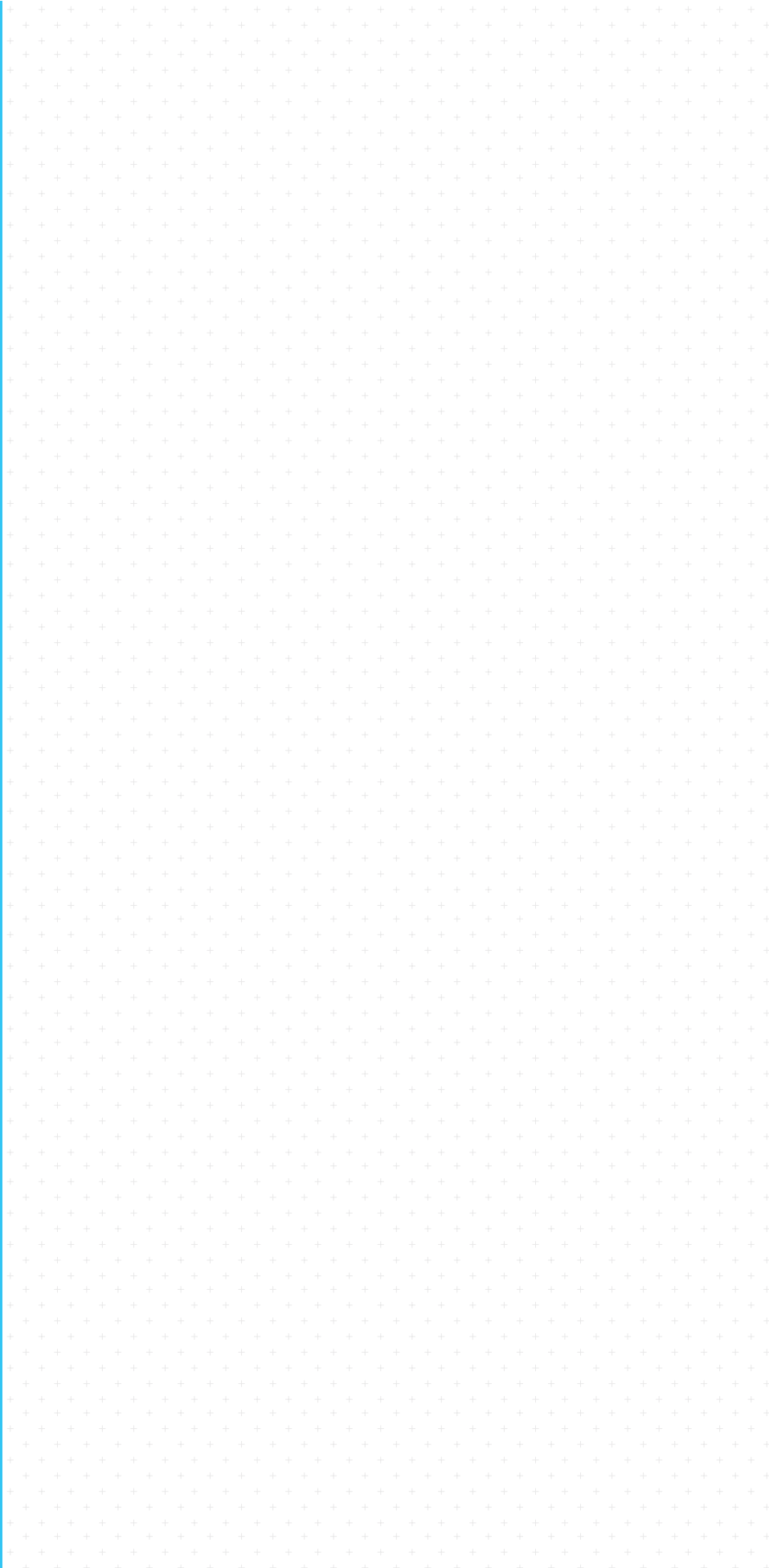
Quadro 22 – Procedimentos de notificação

- › 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, ou 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: BRASIL, 2010.

As referidas fichas de notificação/investigação encontram-se disponíveis em <http://portalsinan.saude.gov.br>.





10

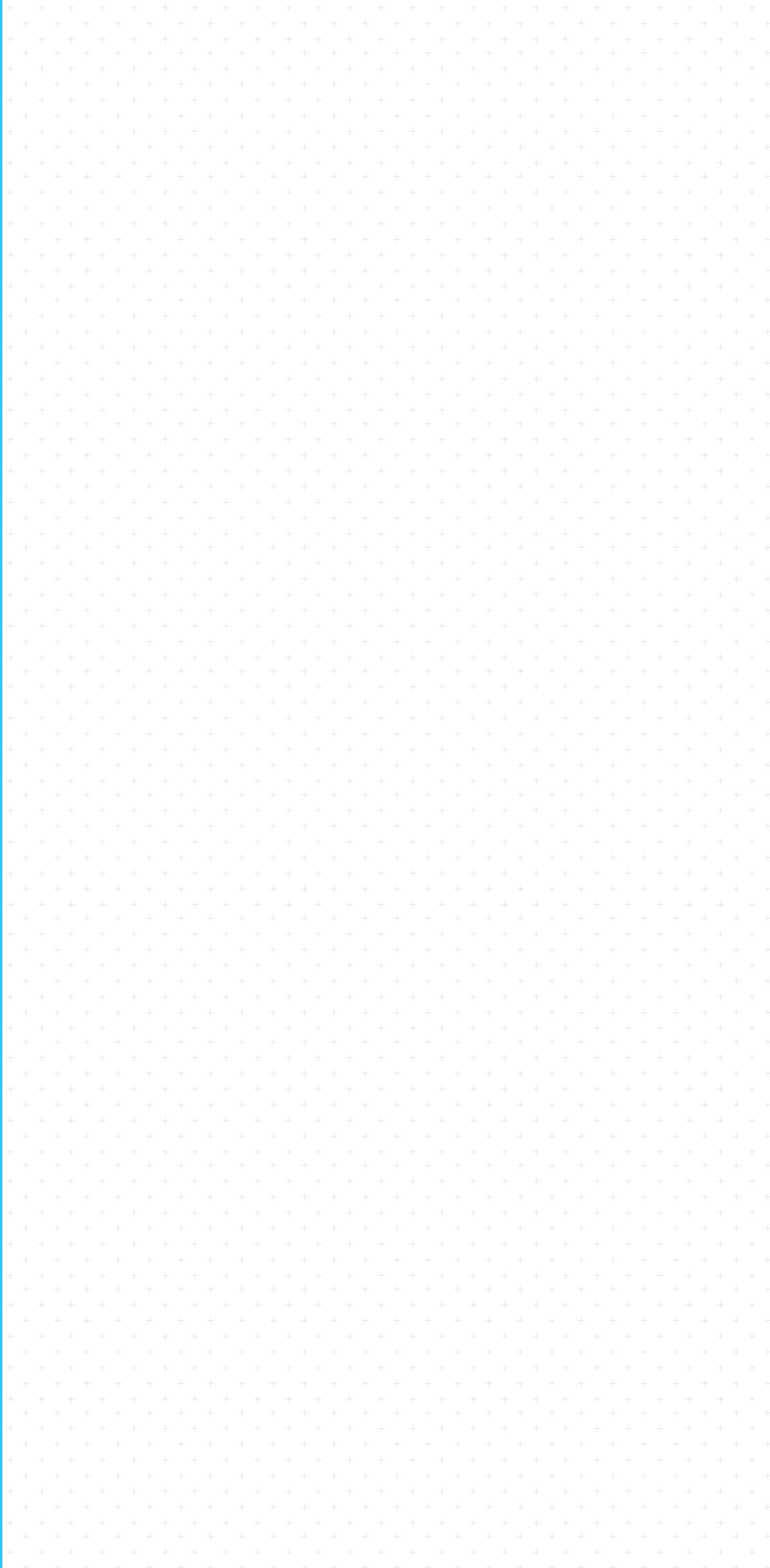
OFERTA DE PEP NA REDE DE ATENÇÃO

A oferta de PEP pode acontecer na rede pública e privada, com dispensação da medicação exclusiva pela rede pública. O formulário de dispensação de ARV para profilaxias está disponível em <http://azt.aims.gov.br/>.

Cabe à rede privada adequar sua referência pública de dispensação de ARV para que a orientação à pessoa seja efetiva. Para mais informações sobre o planejamento das ações e a organização local da rede de PEP, consultar as "Diretrizes para a Organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV", disponível em <http://www.aims.gov.br/biblioteca>.

Este PCDT simplificou a utilização dos ARV, assim como a avaliação de risco, tornando possível o atendimento de qualquer tipo de exposição em todos os serviços. Diante desse contexto, destaca-se a importância de ampliar o acesso à PEP, por meio de sua efetiva prescrição em atendimentos em serviços de urgência/emergência, unidades básicas de saúde, clínicas e hospitais da rede pública e privada.

Portanto, a linha de cuidado para PEP deve considerar a diversidade de organização da rede de saúde e a disponibilidade de serviços existentes em cada território. Além disso, o acesso a todas as medidas de Prevenção Combinada irá depender da estrutura do serviço de saúde.



REFERÊNCIAS

ATTIA, S.; EGGER, M.; MULLER, M. et al. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. **AIDS**, [S.l.], v. 23, p. 1397–1404, 2009.

AYRES, A. R. G. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 963–974, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 maio 2017.

BAETEN, J. M. et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. **The New England journal of medicine**, [S.l.], v. 367, n. 5, p. 399–410, 2 ago. 2012. PubMed PMID: 22784037. Pubmed Central PMCID: PMC3770474. Epub 2012/07/13. eng.

BARREIRO, P.; DEL ROMERO, J.; LEAL, M. et al. Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. **J AIDS**, [S.l.], v. 43, p. 324–6, 2006.

BEEBEEJAUN, K. et al. Outbreak of hepatitis A associated with men who have sex with men (MSM), England, July 2016 to January 2017. **Euro Surveill.**, [S.l.], v. 22, n. 5, 2 fev. 2017.

BERNSTEIN, K. T., MARCUS, J. L., NIERI, G., et al. Rectal Gonorrhea and Chlamydia Reinfection Is Associated With Increased Risk of HIV Seroconversion. **AIDS**, [S.l.], v. 53, n. 4, p. 537–543, 2010. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181c3ef29>

BOLAN, R. K. et al. Doxycycline prophylaxis to reduce incident syphilis among HIV-infected men who have sex with men who continue to engage in high-risk sex: a randomized, controlled pilot study. **Sex Transm Dis**, [S.l.], v. 42, n. 2, p. 98-103, fev. 2015. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000216.

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. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 46, 24 ago. 2012a. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: Norma Técnica. Brasília: Ministério da saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, Orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Dados do Relatório de Monitoramento Clínico 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <<http://indicadores.aids.gov.br>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV – PEP**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Nota Informativa n. 007/2017 – DDAHV/SVS/MS**. Retificação da Nota Informativa nº 096, de 2016/DDAHV/SVS/MS, que atualiza os esquemas antirretrovirais para pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) e indicações de uso ampliado de dolutegravir (DTG) e darunavir (DRV) a partir de 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-0072017-ddahv-svs-ms>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Telelab** [On-line]. Disponível em: <<http://www.telelab.aids.gov.br>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV, da Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para trabalhadores e gestores de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAHN P. et al. Dolutegravir versus raltegravir in antiretroviral-experienced, integrase-inhibitor-naïve adults with HIV: week 48 results from the randomized, double blind, non-inferiority. SAILING study. **Lancet**, [S.l.], v. 382, p. 700–08, 2013.

CAMPBELL, T. B.; SMEATON, L. M.; KUMARASAMY, N. et al. Efficacy and safety of three antiretroviral regimens for initial treatment of HIV-1: a randomized clinical trial in diverse multinational settings. **PLoS medicine**, [S.l.], v. 9, n. 8, p. e1001290, 2012. PubMed PMID: 22936892. Pubmed Central PMCID: PMC3419182. Epub 2012/09/01. eng.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Hepatitis C FAQs for Health Professionals**, 2014 [On-line]. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/hcvfaq.htm>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Recommendations for Routine Testing and Follow-Up for Chronic Hepatitis B Virus (HBV) Infection.**

Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC, 2008. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/PDFs/ChronicHepBTestingFlwUp.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Serious adverse events attributed to nevirapine regimens for postexposure prophylaxis after HIV exposures—worldwide, 1997–2000. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**, [S.l.], v. 49, p. 1153–6, 2001.

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.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. **IPEA Notas Técnicas**, Brasília, n. 11, mar. 2014. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf>. Acesso em: 20 ago 2017.

CHACKO, L.; FORD, N.; SBAITI, M. et al. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. **Sexually transmitted infections**, [S.l.], v. 88, p. 5, p. 335–41, ago 2012. PubMed PMID: 22332148. Epub 2012/02/15. eng.

CHEN, G. J. et al. Incidence of acute hepatitis A among HIV-positive patients during an outbreak among MSM in Taiwan: impact of HAV vaccination. **Liver Int.**, [S.l.], 8 maio 2017. DOI: 10.1111/liv.13468.

COHEN, M. S. et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV–1 Transmission. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 375, n. 9, p. 830–839, 2016.

COHEN, M. S.; CHEN, Y. Q.; MCCAULEY, M. et al. Prevention of HIV–1 infection with early antiretroviral therapy. **N Engl J Med**, [S.l.], v. 365, n. 6, p. 493–505, 11 ago. 2011.

CROSBY, R.; MILHAUSEN, R.; YARBER, W. L. et al. Condom 'turn offs' among adults: an exploratory study. **Int J STD AIDS**, [S.l.], v. 19, n. 9, p. 590–594, set. 2008.

DIONNE-ODOM, J.; OSBORN, M. K.; RADZIEWICZ, H. et al. Acute hepatitis C and HIV coinfection. **Lancet Infect Dis**, [S.l.], v. 9, p. 775–83, 2009.

EUROPEAN AIDS CLINICAL SOCIETY (EACS). **Guidelines Version 8.0**. [On-line]. Out. 2015.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). **Hepatitis A outbreaks in the EU/EEA mostly affecting 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-HepatitisA-in-mostly-MSM.pdf>. Acesso em: 2 set. 2017.

FEINBERG, J.; CLOTET, B.; KHUONG, M. A. Once-daily dolutegravir (DTG) is superior to darunavir/ritonavir (DRV/r) in antiretroviral naive adults: 48 week results from FLAMINGO (ING114915) [abstract H-1464a]. In: INTERSCIENCE CONFERENCE ON ANTIMICROBIAL AGENTS AND CHEMOTHERAPY. 53. Denver, 2013. **Abstracts...** Denver: ICAAC, 2013.

FERRAZ, D.; PAIVA, V. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. **Rev Bras Epidemiol**, [S.l.], v. 18, Suppl. 1, p. 89-103, set. 2015.

FORD, N.; IRVINE, C.; SHUBBER, Z. et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. **AIDS**, London, v. 28, n. 18, p. 2721-7, nov. 2014. PubMed PMID: 25493598. Epub 2014/12/11. eng.

FORD, N.; MAYER, K. World Health Organization Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis for HIV: Recommendations for a Public Health Approach. **Clinical Infectious Diseases**, [S.l.], v. 60, suppl. 3, p. S161-S164, 1 jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/civ068>, 2014.

FREIDL, G. S.; SONDER, G. J.; BOVÉE, L. P. et al. Hepatitis A outbreak among men who have sex with men (MSM) predominantly linked with the EuroPride, the Netherlands, July 2016 to February 2017. **Euro Surveill.**, [S.l.], v. 22, n. 8, p. 30468, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.8.30468>.

GALLANT, J. E.; DEJESUS, E.; ARRIBAS, J. R. et al. Tenofovir DF, emtricitabine, and efavirenz vs. zidovudine, lamivudine, and efavirenz for HIV. **The New England journal of medicine**, [S.l.], v. 354, n. 3, p. 251-60, 19 jan. 2006. PubMed PMID: 16421366. Epub 2006/01/20. eng.

GAO, G. L.; SMITH, D. I. Human Papillomavirus and the Development of Different Cancers. **Cytogenet Genome Res.**, [S.l.], v. 150, v. 3-4, p. 185-193, 2016. DOI: 10.1159/000458166. Epub 2017 Mar 1.

GAUR, A. et. al. Practice of Feeding Premasticated Food to Infants: A Potential Risk Factor for HIV Transmission. **Pediatrics**, [S.l.], v. 124, n. 2, p. 658-66, ago. 2009. DOI: 10.1542/peds.2008-3614.

GAZZARD, B.; BALKIN, A.; HILL, A. Analysis of neuropsychiatric adverse events during clinical trials of efavirenz in antiretroviral-naïve patients: a systematic review. **AIDS reviews**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 67–75, abr.–jun. 2010. PubMed PMID: 20571601. Epub 2010/06/24. eng.

GLAXOSMITHKLINE BRASIL LTDA. **Tivicay: Comprimidos revestidos 50mg** (Bula dolutegravir). Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24633662016&pIdAnexo=4000318>. Acesso em: 20 ago. 2017.

GRANGEIRO, A. et al. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v. 18, supl. 1, p. 43–62, set. 2015.

GRULICH, A. E.; BAVINTON, B. R.; JIN, F. et al. HIV Transmission in Male Serodiscordant Couples in Australia, Thailand and Brazil. Abstract number: 1019LB. In: CONFERENCE ON RETROVIRUSES AND OPPORTUNISTIC INFECTIONS, Seattle, 23–26 fev. 2015. **Abstracts...** Seattle: CROI, 2015.

HAGAN, H. L.; JORDAN, A. E.; NEURER, J. et al. Incidence of sexually transmitted hepatitis C virus infection in HIV-positive men who have sex with men. **AIDS**, [S.l.], v. 29, n. 17, p. 2335–45, nov. 2015. DOI:10.1097/QAD.0000000000000834.

HEARST, N.; CHEN, S. Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working? **Stud Fam Plann**, [S.l.], v. 35, n. 1, p. 39–47, 2004.

IRVINE, C.; SHUBBER, Z.; VITORIA, M. et al. Do starter packs improve outcomes for people taking HIV post-exposure prophylaxis? In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 20., Melbourne, jul. 2014. **Posters...** Melbourne: IAC, 2014. Disponível em: <<http://pag.aids2014.org/abstracts.aspx?aid=5796>>. Acesso em: 7 jul. 2017.

KNIGHT, D.; JARRETT, D. Preventive Health Care for Men Who Have Sex with Men. **American family physician**, [S.l.], v. 91, n. 12, p. 844–51, 2015.

KORNER, H.; HENDRY, O.; KIPPAX, S. Safe sex after post-exposure prophylaxis for HIV: intentions, challenges and ambivalences in narratives of gay men. **AIDS Care**, [S.l.], v. 18, n. 8, p. 879–87, 2006.

LAVANCHY, D. Evolving epidemiology of hepatitis C virus. **Clinical Microbiology and Infection**, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 107–115, 2011. <https://DOI.org/10.1111/j.1469-0691.2010.03432.x>

MACDONALD, S.; MYHR, T.; HUSSON, H. et al. Prospective cohort study of HIV post-exposure prophylaxis for sexual assault survivors. **Antiviral therapy**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 87–95, 2008. PubMed PMID: 18389902. Epub 2008/04/09. eng.

MATTHEWS, L. T.; SMIT, J. A.; CU-UVIN, S. et al. Antiretrovirals and safer conception for HIV-serodiscordant couples. **Curr Opin HIV AIDS**, [S.l.], v. 7, n. 6, p. 569–78, nov. 2012. PMID: 23032734. PMCID: 3695736.

MAYER, K. H.; MIMIAGA, M. J.; GELMAN, M. et al. Raltegravir, tenofovir DF, and emtricitabine for postexposure prophylaxis to prevent the sexual transmission of HIV: safety, tolerability, and adherence. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**, [S.l.], v. 59, n. 4, p. 354–9, 1 abr. 2012. PubMed PMID: 22267017. Epub 2012/01/24. eng.

MCCONNELL, J. J.; BRAGG, L.; SHIBOSKI, S. et al. Sexual seroadaptation: lessons for prevention and sex research from a cohort of HIV-positive men who have sex with men. **PLoS One**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. e8831, 2010.

MEDLAND, N. A.; CHOW, E. P.; BRADSHAW, C. S. et al. Predictors and incidence of sexually transmitted Hepatitis C virus infection in HIV positive men who have sex with men. **BMC Infect Dis.**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 185, 2 mar. 2017. DOI: 10.1186/s12879-017-2288-x.

MOLINA, J. M.; ANDRADE-VILLANUEVA, J.; ECHEVARRIA, J. et al. Once-daily atazanavir/ritonavir versus twice-daily lopinavir/ritonavir, each in combination with tenofovir and emtricitabine, for management of antiretroviral-naïve HIV-1-infected patients: 48 week efficacy and safety results of the CASTLE study. **Lancet**, [S.l.], v. 372, n. 9639, p. 646–55, 23 ago. 2008. PubMed PMID: 18722869. Epub 2008/08/30. eng.

MOLINA, J. M.; CHARREAU, I.; CHIDIAC, C. et al. On demand post-exposure prophylaxis with doxycycline for MSM enrolled in a PrEP trial. Abstract #91LB. In: CONFERENCE ON RETROVIRUSES AND OPPORTUNISTIC INFECTIONS, Seattle, 13–16 fev. 2017. **Abstracts...** Seattle: CROI, 2017.

MUJUGIRA, A.; CELUM, C.; COOMBS, R. W. et al. HIV transmission risk persists during the first 6 months of antiretroviral therapy. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, [S.l.], v. 72, n. 5, p. 579–84, 2016. PMID: 27070123. PMCID: 5106226.

OLDENBURG, C. E.; BARNIGHAUSEN, T.; HARLING, G. et al. Adherence to post-exposure prophylaxis for non-forcible sexual exposure to HIV: a systematic review and meta-analysis. **AIDS and behavior**, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 217–25, fev. 2014. PubMed PMID: 23877791. Pubmed Central PMCID: PMC3864606. Epub 2013/07/24. eng.

OTTEN, R. A.; SMITH, D. K.; ADAMS, D. R. 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**, [S.l.], v. 74, n. 20, p. 9771-5, out. 2000. PubMed PMID: 11000253. Pubmed Central PMCID: PMC112413. Epub 2000/09/23. eng.

PALUMBO, P.; LINDSEY, J. C.; HUGHES, M. D. et al. Antiretroviral treatment for children with peripartum nevirapine exposure. **N Engl J Med**, [S.l.], v. 363, p. 1510-20, 2010.

PATEL, P.; BORKOWF, C. B.; BROOKS, J. T. et al. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. **AIDS**, [S.l.], v. 28, n. 10, p. 1509-19, 2014.

PELIZZER, T. et al. Prevalência de câncer colorretal associado ao papilomavírus humano: uma revisão sistemática com metanálise. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 791-802, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X20160004000791&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 maio 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-54972016000400009>.

PENAZZATO, M.; DOMINGUEZ, K.; COTTON, M. et al. Choice of Antiretroviral Drugs for Postexposure Prophylaxis for Children: A Systematic Review. **Clinical Infectious Diseases**, [S.l.], v. 60, n. S3, p. S177-81, 2015.

PETERSON, J.; DI CLEMENTE, R. **The Handbook of HIV Prevention**. New York: Kluwer Academic/Plenum, 2000.

PORCO, T. C.; MARTIN, J. N.; PAGE-SHAFER, K. A. et al. Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy. **AIDS**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 81-88, 2 jan. 2004.

PURO, V.; SOLDANI, F.; DE CARLI, G. et al. Drug-induced aminotransferase alterations during antiretroviral HIV post-exposure prophylaxis. **AIDS**, London, v. 17, n. 13, p. 1988-90, 5 set. 2003. PubMed PMID: 12960834. Epub 2003/09/10. eng.

QUINN, T. C.; WAWER, M. J.; SEWANKAMBO, N. et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. **N Engl J Med**, [S.l.], v. 342, n. 13, p. 921-929, 30 mar. 2000.

RAFFI, F.; JAEGER, H.; QUIROS-ROLDAN, E. et al. Once-daily dolutegravir versus twice-daily raltegravir in antiretroviral-naïve adults with HIV-1 infection (SPRING-2 study): 96 week results from a randomised, doubleblind, non-inferiority trial. **Lancet Infect Dis**, [S.l.], v. 13, p. 927-35, 2013.

RAMBOW, B.; ADKINSON, C.; FROST, T. H. et al. Female sexual assault: medical and legal implications. **Ann Emerg Med.**, [S.l.], v. 21, n. 6, p. 727, 1992.

RIMAWI, B. H.; JOHNSON, E.; RAJAKUMAR, A. et al. Pharmacokinetics and Placental Transfer of Elvitegravir and Dolutegravir, and Other Antiretrovirals during Pregnancy. **Antimicrob Agents Chemother.**, [S.l.], v. 61, n. 6, p. e02213-16, 24 maio 2017. <https://DOI.org/10.1128/AAC.02213-16>.

RODGER, A. J.; CAMBIANO, V.; BRUUN, T. et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. **Jama**, [S.l.], v. 316, n. 2, p. 171-81, 2016.

SALEEM, H. T. et al. Achieving pregnancy safely for HIV-serodiscordant couples: a social ecological approach. **Journal of the International AIDS Society**, [S.l.], v. 20, Suppl. 1, p. 21331, 2017.

SCHNEEDE, P. Ein Jahrzehnt der HPV-Impfung in Deutschland. **Der Urologe**, [S.l.], v. 56, n. 6, p. 728-733, 2017. <https://doi.org/10.1007/s00120-017-0394-4>.

SIGNORELLI, C.; ODONE, A.; CIORBA, V. et al. Human papillomavirus 9-valent vaccine for cancer prevention: a systematic review of the available evidence. **Epidemiology and Infection**, [S.l.], v. 145, n. 10, p. 1962-1982, jul. 2017. <https://doi.org/10.1017/S0950268817000747>signor

SMALL, W.; BACON, M. A.; BAJAJ, A. et al. Cervical cancer: A global health crisis. **Cancer**, [S.l.], v. 123, n. 13, p. 2404-2412, 1 jul. 2017. Disponível em: <<https://DOI.org/10.1002/cncr.30667>>. Acesso em: 2 ago. 2017. _

SOLOMON, M. M.; MAYER, K. H.; GLIDDEN, D. V. et al. Syphilis Predicts HIV Incidence Among Men and Transgender Women Who Have Sex With Men in a Preexposure Prophylaxis Trial. **Clinical Infectious Diseases**, [S.l.], v. 59, n. 7, p. 1020-1026, 2014. <https://DOI.org/10.1093/cid/ciu450>

STAMM, L. V. Syphilis: Re-Emergence of an Old Foe. **Microbial Cell**, Graz, v. 3, n. 9, p. 363-370, 5 set. 2016. DOI:10.15698/mic2016.09.523.

THIGREN, M. C.; KEBABETSWE, P. M.; PAXTON L. A. et al. Antiretroviral pre-exposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. **The New England journal of medicine**, [S.l.], v. 367, n. 5, p. 423-34, 2 ago. 2012. PubMed PMID: 22784038. Epub 2012/07/13. eng.

THOMAS, R.; GALANAKIS, C.; VÉZINA, S. et al. Adherence to Post-Exposure Prophylaxis (PEP) and Incidence of HIV Seroconversion in a Major North American Cohort. Clinique médicale l'Actuel, Montreal, Quebec, Canada. **PLoS One**, [S.l.], v. 10, n. 11, p. e0142534, 11 nov. 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0142534. eCollection 2015.

TOVANABUTRA, S.; ROBISON, V.; WONGTRAKUL, J. et al. Male viral load and heterosexual transmission of HIV-1 subtype E in northern Thailand. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, [S.l.], v. 29, n. 3, p. 275-283, 1 mar. 2002.

TSAI, C. C.; EMAU, P.; FOLLIS, K. E. 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**, [S.l.], v. 72, n. 5, p. 4265-73, maio 1998. PubMed PMID: 9557716. Pubmed Central PMCID: PMC109656. Epub 1998/04/29. eng.

TSAI, C. C.; FOLLIS, K. E.; SABO, A. et al. Prevention of SIV infection in macaques by (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl)adenine. **Science**, New York, v. 270, n. 5239, p. 1197-9, 17 nov. 1995. PubMed PMID: 7502044. Epub 1995/11/17. eng.

URBANUS, A. T.; VAN DE LAAR, T. J.; STOLTE, I. G. et al. Hepatitis C virus infections among HIV-infected men who have sex with men: an expanding epidemic. **AIDS**, [S.l.], v. 23, p. F1-7, 2009.

VALIN, N.; FONQUERNIE, L.; DAGUENEL, A. et al. Evaluation of tolerability with the co-formulation elvitegravir, cobicistat, emtricitabine, and tenofovir disoproxil fumarate for post-HIV exposure prophylaxis. **BMC Infect Dis**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 718, 29 nov. 2016.

VAN DAMME, L.; CORNELI, A.; AHMED, K. et al. Preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. **The New England journal of medicine**, [S.l.], v. 367, n. 5, p. 411-22, 2 ago. 2012. PubMed PMID: 22784040. Pubmed Central PMCID: PMC3687217. Epub 2012/07/13. eng.

VIOLARI, A.; LINDSEY, J. C.; HUGHES, M. D. et al. Nevirapine versus ritonavir boosted lopinavir for HIV-infected children. **N Engl J Med**, [S.l.], v. 366, p. 2380-9, 2012.

WAKSMAN, R. D.; HIRSCHHEIMER, M. R. (Orgs.) Conselho Federal de Medicina. **Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência**. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2011.

WALMSLEY, S. et al. Brief report: dolutegravir plus abacavir/lamivudine for the treatment of HIV-1 infection in antiretroviral therapy-naïve patients: week 96 and week 144 results from the SINGLE randomized clinical trial. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**, [S.l.], v. 70, n. 5, p. 515-9, 15 dez. 2015.

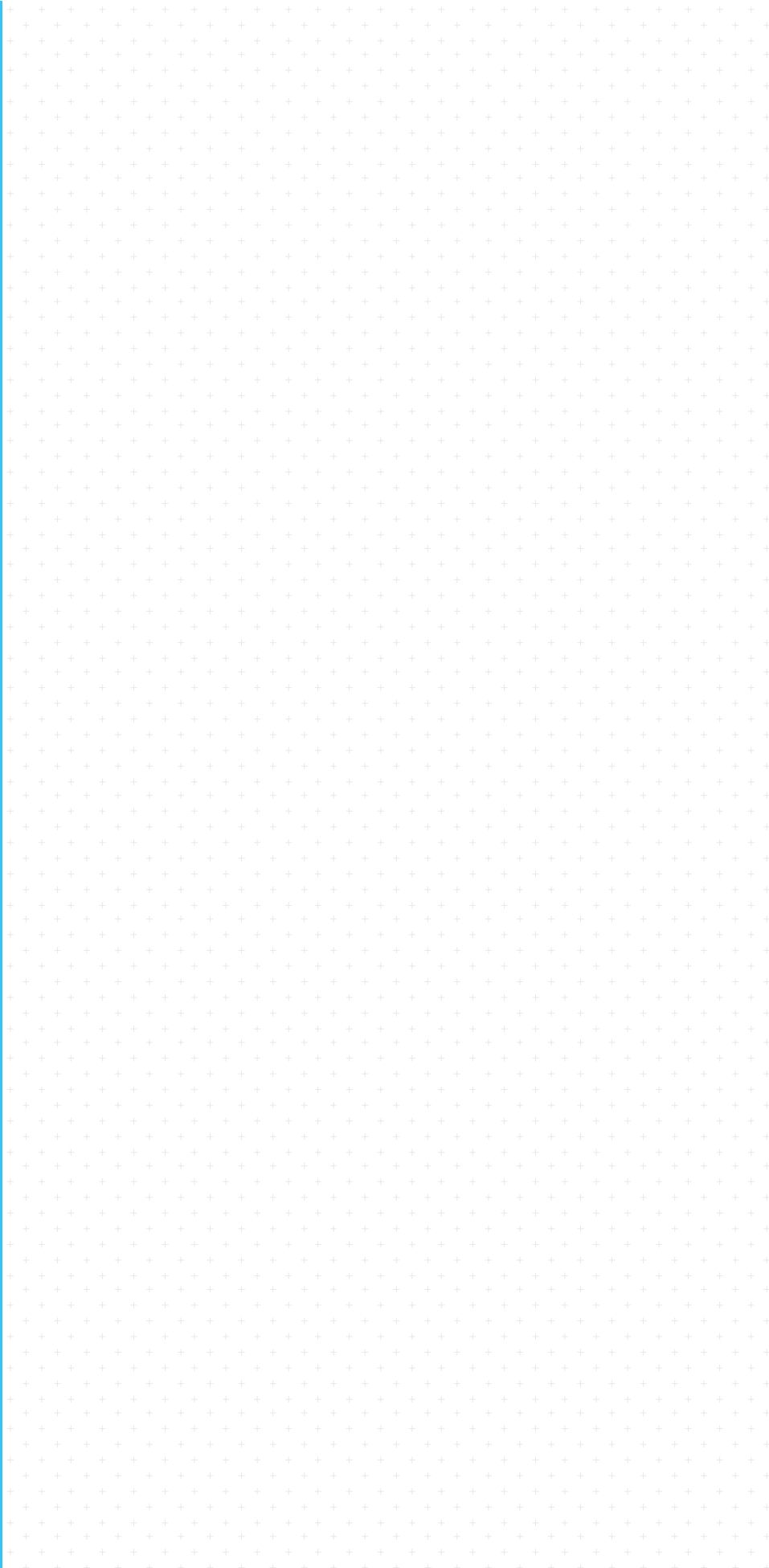
WEBSTER, R.; MICHIE, S.; ESTCOURT, C. et al. Increasing condom use in heterosexual men: development of a theory-based interactive digital intervention. **Translational Behavioral Medicine**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 418-427, 2016. <https://doi.org/10.1007/s13142-015-0338-8>

WERBER, D.; MICHAELIS, K.; HAUSNER, M. et al. Ongoing outbreaks of hepatitis A among men who have sex with men (MSM), Berlin, November 2016 to January 2017 – linked to other German cities and European countries. **Euro Surveill**, [S.l.], v. 22, n. 5, p. 30457. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.5.30457>.

WORKOWSKI, K. A.; BOLAN, G. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. **MMWR Recomm Rep**, Atlanta, v. 64, 2015. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach**. 2. ed. Geneva: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach**. Supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/december2014supplementARV.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.



Anexo A – Resumo do atendimento

Avaliação inicial de PEP

- › Obter histórico de evento de exposição:
 - » Determinar o tempo de exposição;
 - » Investigar o *status* sorológico do HIV, HBV e HCV da pessoa exposta e da pessoa-fonte, quando possível;
 - » Questionar sobre sinais e sintomas de IST;
 - » Verificar imunizações (HBV, dT, HPV, HVA);
 - » Indagar a data da última menstruação e sintomas de gravidez, em caso de mulher em idade fértil e vida sexual ativa. Caso necessário, solicitar teste de gravidez.

- › Se a PEP ao HIV estiver indicada:
 - » Prescrever esquema ARV;
 - » Orientar sobre melhor tolerabilidade do novo esquema;
 - » Reforçar a importância da adesão;
 - » Agendar retorno preferencialmente em duas semanas.
- › Para todas as pessoas avaliadas:
 - » Avaliar *status* imunológico para hepatite A;
 - Orientações de prevenção
 - » Avaliar indicação vacinação/imunoglobulina hepatite B;
 - » Avaliar indicação de tratamento para IST;
 - » Oferecer anticoncepção de emergência;
 - » Orientar em relação à vacinação para HPV conforme PNI;
 - » Notificar em caso de violência sexual;
 - » Notificar em caso de acidente ocupacional;
 - » Notificar agravos de notificação compulsória;
 - » Orientar sobre medidas de prevenção.

Seguimento:

- › Retorno em duas semanas para avaliação dos efeitos adversos e reforço nas orientações de adesão;
- › Seguimento laboratorial;
- › Acompanhar vacinação, se previamente prescrita.

Anexo B – Resumo do atendimento/ cronograma de exames laboratoriais

TESTE	PESSOA-FONTE	PESSOA EXPOSTA				
	ATENDIMENTO INICIAL	ATENDIMENTO INICIAL	2 SEMANAS	4 A 6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES
HIV	X	X		X	X	
HbsAg	X	X	NA	NA	NA	NA
Anti- HBs	NA	X ^(a)	NA	NA	NA	X ^(b)
Anti-HCV	X	X	NA	X	X	X
CV-HCV ^(c)	NA	NA	NA	X	X	X
Teste treponêmico para sífilis (TR)*	X	X	NA	X	NA	NA
Testagem para <i>N. gonorrhoeae</i> ^{(d)*}	X	X	NA	X	NA	NA
Testagem para <i>C. trachomatis</i> ^{(d)*}	X	X	NA	X	NA	NA
Teste de gravidez*	NA	X	NA	X	NA	NA
*Não precisam ser realizados em caso de exposição ocupacional						
Em caso de uso de TDF + 3TC + DTG, acrescentar:						
Creatinina ^(e) , ureia		X	X			
ALT/AST		X	X			
Glicemia ^(f)		X	X			
Hemograma ^(g)			X			

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

NA: não aplicável.

^(a) Se a pessoa exposta apresentar HBsAg não reagente, para avaliar suscetibilidade e indicação de (re)vacinação.

^(b) Para avaliar resposta à vacina (caso a imunização tenha sido recomendada).

^(c) Se suspeição de infecção aguda.

^(d) Se o método diagnóstico estiver disponível no serviço de saúde.

^(e) Para cálculo do *clearance* de creatinina.

^(f) Em caso de pessoa exposta com diabetes.

^(g) Em caso de uso de AZT.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DA PUBLICAÇÃO

Capa:

Formato: A4 – 4 pg

Cor: 4/4

Papel: Supremo Couchê Fosco 320 g

Encadernação: Lombada quadrada

Acabamento: BOPP

Miolo:

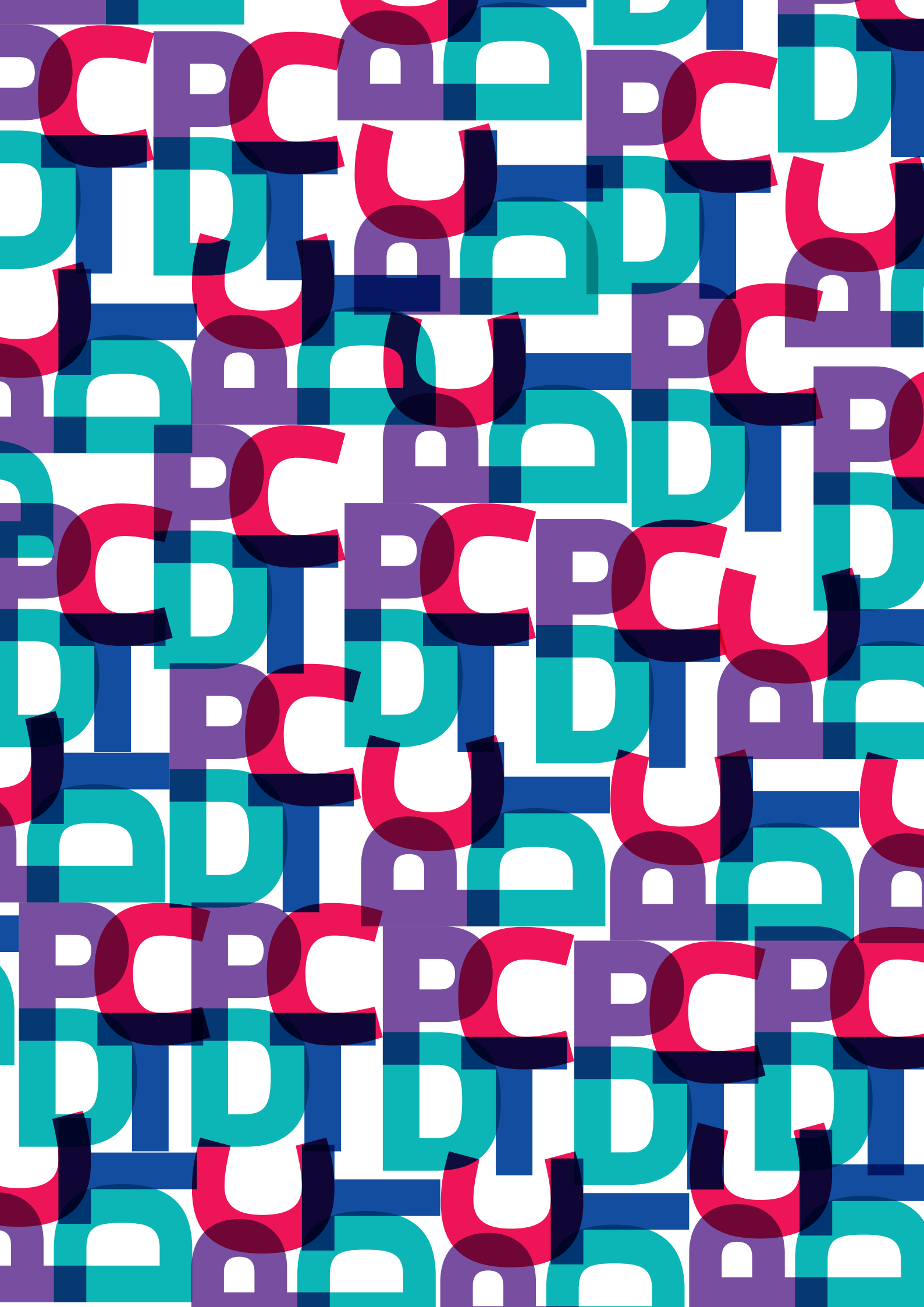
Formato: A4 – 216 pg

Cor: 4/4

Papel: Off set 90 g/m²

Gráfica:

Tiragem: 5.000





Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

