

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

Junho/2017



protocolo

# RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO



2017 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da CONITEC.

*Informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 8º andar

CEP: 70058-900, Brasília – DF

E-mail: [conitec@saude.gov.br](mailto:conitec@saude.gov.br)

<http://conitec.gov.br>



## CONTEXTO

Em 28 de abril de 2011, foi publicada a Lei nº 12.401, que altera diretamente a Lei nº 8.080 de 1990 dispendo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Essa lei define que o Ministério da Saúde tem assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, como atribuições a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que visam a garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde. Podem ser utilizados como material educativo dirigido a profissionais de saúde, como auxílio administrativo aos gestores, como parâmetro de boas práticas assistenciais e como documento de garantia de direitos aos usuários do SUS.

Os PCDT são os documentos oficiais do SUS para estabelecer os critérios para o diagnóstico de uma doença ou agravo à saúde; o tratamento preconizado incluindo medicamentos e demais tecnologias apropriadas; as posologias recomendadas; os cuidados com a segurança dos doentes; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem buscados pelos profissionais de saúde e gestores do SUS.

Os medicamentos e demais tecnologias recomendadas no PCDT se relacionam às diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde a que se aplicam, bem como incluem as tecnologias indicadas quando houver perda de eficácia, contra-indicação, surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. A nova legislação estabeleceu que a elaboração e atualização dos PCDT será baseada em evidências científicas, o que quer dizer que levará em consideração os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das intervenções em saúde recomendadas.



Para a constituição ou alteração dos PCDT, a Portaria GM nº 2.009 de 2012 instituiu na CONITEC uma Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, com as seguintes competências: definir os temas para novos PCDT, acompanhar sua elaboração, avaliar as recomendações propostas e as evidências científicas apresentadas, além de revisar periodicamente, a cada dois anos, os PCDT vigentes.

Após concluídas todas as etapas de elaboração de um PCDT, a aprovação do texto é submetida à apreciação do Plenário da CONITEC, com posterior disponibilização do documento em consulta pública para contribuição de toda sociedade, antes de sua deliberação final e publicação.

O Plenário da CONITEC é o fórum responsável pelas recomendações sobre a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, além dos assuntos relativos à incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias no âmbito do SUS, bem como sobre a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). É composto por treze membros, um representante de cada Secretaria do Ministério da Saúde – sendo o indicado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) o presidente do Plenário – e um representante de cada uma das seguintes instituições: Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Conselho Nacional de Saúde - CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e Conselho Federal de Medicina - CFM. Cabe à Secretaria-Executiva da CONITEC – exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE) – a gestão e a coordenação das atividades da Comissão.

Conforme o Decreto nº 7.646 de 2011, a publicação do PCDT é de responsabilidade do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos após manifestação de anuência do titular da Secretaria responsável pelo programa ou ação, conforme a matéria.

Para a garantia da disponibilização das tecnologias previstas no PCDT e incorporadas ao SUS, a lei estipula um prazo de 180 dias para a efetivação de sua oferta à população brasileira.



## **APRESENTAÇÃO**

A presente proposta de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV IST e Hepatites virais pretende atualizar as recomendações sobre o assunto, conforme estabelecido no Decreto nº 7.508 de 28/06/2011, Art.26, parágrafo único.

A proposta foi avaliada pela Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT da CONITEC e apresentada aos membros do Plenário da CONITEC, em sua 56ª Reunião Ordinária, que recomendaram favoravelmente ao texto. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV IST e Hepatites virais segue agora para consulta pública a fim de que se considere a visão da sociedade e se possa receber as suas valiosas contribuições, que poderão ser tanto de conteúdo científico quanto um relato de experiência. Gostaríamos de saber a sua opinião sobre a proposta como um todo, assim como se há recomendações que poderiam ser diferentes ou mesmo se algum aspecto importante deixou de ser considerado.

## **DELIBERAÇÃO INICIAL**

Os membros da CONITEC presentes na reunião do plenário, realizada nos dias 07 e 08 de junho de 2017, deliberaram para que o tema fosse submetido à consulta pública com recomendação preliminar favorável à atualização do PCDT.



## 1 SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	4
LISTA DE FIGURAS .....	5
LISTA DE ABREVIATURAS.....	5
2 INTRODUÇÃO .....	7
3 ACOLHIMENTO .....	8
4 VIOLÊNCIA SEXUAL .....	9
5 PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV .....	12
6 PROFILAXIA HIV .....	15
6.1 TIPO DE MATERIAL BIOLÓGICO .....	15
6.2 TIPO DE EXPOSIÇÃO.....	16
6.3 INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA PARA O HIV DA PESSOA EXPOSTA E DA PESSOA FONTE .....	16
6.4 USO DE TESTES RÁPIDOS .....	18
6.5 ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL PARA PEP.....	20
6.6 PESSOA FONTE MULTIEXPERIMENTADA .....	23
6.7 GESTANTES E LACTANTES.....	24
6.8 CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	24
6.9 CASAL SORODIFERENTE .....	28
6.10 ADESÃO À PEP .....	28
6.11 DESCARTE DA MEDICAÇÃO .....	28
6.12 ACOMPANHAMENTO CLÍNICO-LABORATORIAL.....	29
6.13 AVALIAÇÃO DA TOXICIDADE DOS ANTIRRETROVIRAIS .....	29
6.14 TESTAGEM PARA O HIV .....	30
6.15 PREVENÇÃO DURANTE O USO DE PEP .....	30
6.16 SEGUIMENTO LABORATORIAL .....	30
7 PROFILAXIA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS .....	31
7.1 PROFILAXIA SÍFILIS.....	31
7.2 PROFILAXIA INFECÇÕES GONOCÓCICA OU POR CLAMÍDIA.....	33
7.3 PROFILAXIA TRICOMONÍASE.....	33
7.4 SEGUIMENTO DOS TESTES DIAGNÓSTICOS PARA PROFILAXIA DE IST.....	33
7.5 TRATAMENTO IST.....	34
7.6 HPV .....	35
8 PROFILAXIA HEPATITES VIRAIS .....	37
8.1 HEPATITE A.....	37
8.2 HEPATITE B .....	38
8.3 HEPATITE C.....	42
8.4 SEGUIMENTO LABORATORIAL DAS HEPATITES VIRAIS .....	46



<b>9</b>	<b>OUTRAS MEDIDAS NO ATENDIMENTO À PESSOA EXPOSTA .....</b>	<b>47</b>
<b>9.1</b>	<b>CUIDADOS COM A ÁREA EXPOSTA .....</b>	<b>47</b>
<b>9.2</b>	<b>CONCEPÇÃO E ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA .....</b>	<b>47</b>
<b>9.3</b>	<b>IMUNIZAÇÃO PARA TÉTANO .....</b>	<b>48</b>
<b>10</b>	<b>PROCEDIMENTOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA .....</b>	<b>49</b>
<b>11</b>	<b>OFERTA DE PEP POR TIPO DE SERVIÇO .....</b>	<b>50</b>
<b>12</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>51</b>



## Lista de Quadros

Quadro 1 - Sinais da violência sexual em crianças e adolescentes .....	10
Quadro 2- Procedimentos de notificação .....	10
Quadro 3- Cuidados às pessoas vítimas de violência sexual .....	10
Quadro 4- Esquema preferencial para PEP .....	20
Quadro 5 - Apresentações de antirretrovirais preferenciais para PEP e posologias .....	20
Quadro 6- Esquemas Alternativos para PEP .....	21
Quadro 7 - Apresentações de antirretrovirais alternativos para PEP e posologias .....	22
Quadro 8 - Apresentações de antirretroviral para PEP em gestantes .....	24
Quadro 9 - Esquema para PEP em crianças e adolescentes de acordo com faixa etária .....	25
Quadro 10 - Posologia das medicações na população pediátrica .....	26
Quadro 11- Recomendação de exames laboratoriais para seguimento da PEP .....	30
Quadro 12- Seguimento dos testes diagnósticos para profilaxia de IST .....	34
Quadro 13- Regimes de Profilaxia e Tratamento .....	35
Quadro 14- Recomendação para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico .....	40
Quadro 15- Seguimento da pessoa exposta quando a fonte for POSITIVA para hepatite C .....	43
Quadro 16 - Seguimento laboratorial das hepatites virais .....	46
Quadro 17- Investigação laboratorial de gravidez .....	47
Quadro 18 - Oferta de PEP por tipo de serviço .....	50





## Lista de Figuras

Figura 2- Fluxograma para indicação de PEP HIV .....	19
Figura 3 - Fluxograma utilizando teste rápido inicial treponêmico e confirmatório não treponêmico .....	32
Figura 4- Fluxograma para o manejo da hepatite C aguda em pacientes monoinfectados pelo VHC e pacientes coinfectados VHC/HIV .....	45

## Lista de abreviaturas

ALT	Alanina aminotransferase
Anti-HBc	Anticorpo contra o antígeno core do vírus da hepatite B
Anti-HBs	Anticorpo contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B
Anti-HCV	Anticorpo contra vírus da hepatite C
ARV	Antirretroviral
AST	Aspartato aminotransferase
ATV/r	Atazanavir/ritonavir
AZT	Zidovudina
CRIE	Centro de referência para imunobiológicos
CV-HIV	Carga viral HIV
DIAHV	Departamento de IST, Aids, e Hepatites Virais
DTG	Dolutegravir
ECA	Estatuto da criança e adolescente
EPI	Equipamento de proteção individual
FO	Fluido oral
HBsAg	Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HLA	Antígeno leucocitário humano
HPV	Papilomavírus humano



IGHAB	Imunoglobulina humana anti-hepatite B
INI	Inibidor de integrase
IP	Inibidor de protease
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
ITRN	Inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo
ITNN	Inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MS	Ministério da saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCR	Reação em cadeia de polimerase
PEP	Profilaxia pós-exposição ao HIV
PNI	Programa nacional de imunizações
PrEP	Profilaxia pré-exposição ao HIV
PVHIV	Pessoa vivendo com HIV e AIDS
RAL	Raltegravir
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Mensagens pelo celular
SUS	Sistema único de saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TDF	Tenofovir
TELELAB	Plataforma de ensino à distância
TR	Teste rápido
TR1	Teste rápido inicial
TR2	Teste rápido complementar
VHB	Vírus da hepatite B
VHC	Vírus da hepatite C
VHC-RNA	Genoma do vírus da hepatite C
3TC	Lamivudina



## 2 INTRODUÇÃO

Este Protocolo tem como objetivo atualizar as recomendações do Departamento de IST, Aids, e Hepatites Virais (DIAHV) /Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) / Ministério da Saúde (MS) quanto ao emprego da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV, IST e Hepatites virais.

A profilaxia pós exposição (PEP) está disponível no SUS desde 2000 (Diretrizes, 2016), é uma tecnologia já assimilada e se insere no conjunto de estratégias de prevenção combinada. Suas recomendações são para pessoas que podem ter tido contato com o HIV em situações de violência sexual, relação sexual desprotegida com potencial risco de infecção ou acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou em contato direto com material biológico).

O esquema antirretroviral de PEP para HIV foi simplificado na atualização do PCDT em 2015, e nesse além de atualizar o esquema ARV busca-se a harmonização da assistência à pessoa exposta que deverá incluir em todos os atendimentos à profilaxia de IST, HIV e hepatites virais.

Segundo os dados do relatório de monitoramento clínico de 2016 foram fornecidos no Brasil 57.464 profilaxias pós exposição: um incremento de 39% em relação ao ano anterior. Desse total de profilaxias 33% foram em situação de acidente ocupacional. Segundo o SINAN desde 2010 tivemos 10 casos de aquisição de HIV por acidente com material biológico, mas sem registro de transmissão nos últimos 3 anos (Indicadores, 2017).

Em relação à violência sexual foi realizado dispensação de 7.577 profilaxias com ARV. Faixa mais prevalente foi entre 25 e 39 anos. Os dados demonstram um aumento gradual na oferta de PEP. Segundo relatório de 2014 do IPEA sobre violência sexual é estimado 527 mil casos de estupro no Brasil. Nos registros do SINAN 89% das vítimas são do sexo feminino e 70% correspondem a crianças e adolescentes (IPEA, 2014). Dados que ratificam a necessidade de expansão dessa tecnologia.

A atualização desse PCDT ocorre num contexto de incorporação de nova tecnologia como a profilaxia pré-exposição (PrEP) e na presença de uma epidemia de Sífilis. Epidemia essa, que afeta principalmente pessoas menores de 29 anos (78% dos casos) estando 27 % entre 10 e 19 anos (SINAN).

A formulação desse PCDT leva em conta os novos olhares de enfrentamento do HIV, IST e hepatites virais. O primeiro ponto chave é ampliação do acesso à PEP através da efetiva prescrição por médicos não especialistas, atendimentos em unidades de atendimento de urgências/emergências, postos de saúde, clínicas e hospitais da rede pública e privada. Segundo é atingir as populações mais vulneráveis que muitas vezes estão fora do sistema de saúde por vulnerabilidade econômica ou por estigmatização social. Último ponto, é o olhar do profissional de saúde às outras IST (principalmente sífilis) e às hepatites virais para que o atendimento seja realmente integral.



### 3 ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização uma tecnologia de cuidado que visa articular a oferta e organização do serviço à demanda e necessidades de saúde do usuário. Objetiva ampliar o acesso, fornece resposta resolutive à demanda apresentada e ser um dispositivo organizador do processo de trabalho em função do usuário (BRASIL, 2010).

O acolhimento à pessoa exposta deve ocorrer em local adequado onde seja garantido o direito de privacidade. O ambiente deve ser acolhedor. A pessoa deve ser ouvida, sem julgamentos morais. Essa avaliação inicial também deve incluir perguntas claras e francas que abordem prática sexual, uso de drogas lícitas e ilícitas, troca de dinheiro por sexo, exposição a violência. No cenário ocupacional questionar sobre equipamento de proteção individual (EPI) e de contenção como luvas, óculos de proteção, máscaras (disponibilidade, treinamento, uso), perfuro cortantes com dispositivos de segurança, excesso de carga de trabalho. Os profissionais de saúde devem ajudar as pessoas expostas a identificar atitudes de risco e desenvolver planos para aumentar sua proteção (Peterson, 2000).

A intervenção necessita ter um caráter ágil, que não consista num entrave à realização do serviço demandado. Deve ser resolutive no seu caráter informativo e focada na demanda trazida pela pessoa em atendimento. É importante utilizar linguagem acessível, promover a equidade e acolher os modos de viver, sem marginalizar (Diretrizes, 2016).

Mesmo que a PEP não esteja indicada deve-se oferecer testagem para HIV, hepatites virais e sífilis. Em relação aos acidentes de trabalho com trabalhadores da saúde, não há indicação de testagem para HIV/HBV/VHC em situações sem risco de transmissão destes patógenos (pele íntegra, sem exposição a material biológico de risco de transmissão).

Na exposição sexual avaliar se a pessoa não tem indicação para PrEP. Explicar a nova tecnologia e oferecer ao usuário. Para mais informações PCDT PrEP disponível em [www.aids.gov.br/pcdt](http://www.aids.gov.br/pcdt).

Em relação à violência sexual, em âmbito nacional, a Lei nº 12.845/2013 dispõe do atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Deve-se evitar encaminhamentos e transferências desnecessários.

O atendimento pode acontecer tanto na rede pública como na rede privada com dispensação da medicação exclusiva pela rede pública. O formulário de dispensação de antirretrovirais para profilaxias está disponível em: [http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom\\_operacional/Solicitacao%20Medicamentos\\_Profilaxia\\_FEV2016.pdf](http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Solicitacao%20Medicamentos_Profilaxia_FEV2016.pdf). Cabe à rede privada adequar sua referência pública de dispensação de ARV para que a orientação ao usuário seja clara e efetiva.

No documento Diretrizes para a Organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV-PEP é possível encontrar subsídios à gestão local para o planejamento das ações e para a organização da rede de PEP, de maneira qualificada, considerando as especificidades de cada território.



## 4 VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis que atravessa a história e ainda sobrevive. Atinge mulheres, adolescentes e crianças, em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico, o que produz vulnerabilidades e promove uma sensação de constante insegurança, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal. (Norma técnica, 2012)

*Não há hipótese para se negar o atendimento médico a situações de violência sexual*

A violência sexual, crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro, pode ser definida como qualquer tipo de atividade de natureza erótica ou sexual que desrespeita o direito de escolha de um dos envolvidos. O direito de escolha pode ser suprimido por coação, ascendência ou imaturidade. O uso da violência física associada à violência sexual está presente apenas em pequena parte dos casos identificados. A maioria das situações de violência sexual, especialmente contra crianças e adolescentes, é praticada por pessoas próximas, que contam com a confiança da criança, e ocorrem de maneira gradual e progressiva por longos períodos. O contato genital não é condição obrigatória para que uma situação seja considerada abusiva. Carícias não genitais, beijos, exibicionismo, voyeurismo e exposição à pornografia podem ser tão danosos quanto as situações que envolvem contato genital (CFM, 2011).

Segundo o IPEA, estima-se que, a cada ano, no mínimo 527 mil pessoas são estupradas no Brasil. Desses casos, apenas 10% chegam ao conhecimento da polícia.

Em relação ao total das notificações ocorridas em 2011, 88,5% das vítimas eram do sexo feminino, mais da metade tinha menos de 13 anos de idade. No total, mais de 70% dos estupros vitimizaram crianças e adolescentes. Tal dado é alarmante uma vez que as consequências para esses garotos e garotas são devastadoras. É nessa fase que ocorre o processo de formação da autoestima e consolidação da personalidade, ocasionando inúmeras vicissitudes nos relacionamentos sociais desses indivíduos.

A maioria dos agressores é do sexo masculino, independentemente da faixa etária da vítima. Em 24,1% dos agressores das crianças são os próprios pais ou padrastos e que 32,2% são amigos ou conhecidos da vítima. O indivíduo desconhecido passa a configurar gradualmente como principal autor do estupro à medida que a idade da vítima aumenta. Na fase adulta, este responde por 60,5% dos casos. No geral, 70% dos estupros são cometidos por parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima, o que indica que o principal inimigo está dentro de casa e que a violência nasce dentro dos lares.

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 com consequência do estupro cresce para 15,0% quando consideramos apenas os casos em que houve penetração vaginal e a faixa etária entre 14 e 17 anos (IPEA, 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 (MS, 2010). Portanto, é necessário que os profissionais de saúde mantenham um alto grau de suspeição.

No quadro abaixo destacam-se possíveis sinais de abuso sexual.



#### QUADRO 1 - SINAIS DA 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 pela criança de corpo estranho.
- **Sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal** sem presença de doença que o justifique, como constipação intestinal grave e crônica.
- **Rompimento himenal.**
- **Doenças sexualmente transmissíveis.**
- **Gravidez.**
- **Aborto.**

Fonte: Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, 2010.

Identificada a violência alguns procedimentos devem ser realizados e estão resumidos nos quadros abaixo.

#### QUADRO 2- 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 ágil possível (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: Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, 2010.

#### QUADRO 3- CUIDADOS ÀS PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

- Receber atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;



- Buscar providências policiais e judiciais cabíveis (mas caso a vítima não o faça, não lhe pode ser negado atendimento);
- Receber profilaxia da gravidez, das IST não virais e do HIV;
- Receber vacinação e imunização passiva para HBV;
- Colher imediatamente material para avaliação do status sorológico de sífilis, HIV, HBV e HCV, para seguimento e conduta específica;
- Agendar retorno para seguimento sorológico após 30 dias e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, se necessário.

Fonte: PCDT IST, 2016.



## 5 PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV

O termo “Prevenção combinada do HIV” remete à ideia de conjugação de diferentes ações de prevenção tanto ao vírus do HIV quanto aos fatores associados à infecção. Assim, sua definição parte do pressuposto de que diferentes intervenções devam ser conciliadas em uma estratégia conjunta, através da combinação das três intervenções possíveis na formulação de estratégias de prevenção ao HIV: a intervenção biomédica, comportamental e estrutural. A conjugação dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados e possibilidades do termo “Prevenção Combinada”.

Essa combinação de ações deve ser centrada nos indivíduos, em seus grupos sociais e na sociedade em que estão inseridos. A premissa básica estabelecida é a de que estratégias de prevenção abrangentes devem observar, de forma concomitante, esses diferentes focos, levando sempre em consideração as especificidades dos sujeitos e dos seus contextos.

O Ministério da Saúde, a partir dessas duas perspectivas, define “Prevenção combinada do HIV” como:

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

As intervenções biomédicas referem-se àquelas em que o foco da intervenção está na redução do risco à exposição dos indivíduos ao HIV, a partir de estratégias que impeçam sua transmissão mediante a interação entre uma ou mais pessoas que tenham o vírus e demais pessoas que não o possuam. Por sua vez, as intervenções comportamentais referem-se àquelas cujo foco da intervenção está no aumento da autonomia e da capacidade de decisão para lidar com essas situações de risco. O objetivo dessas intervenções é oferecer a indivíduos um conjunto amplo de informações e conhecimentos que contemplem várias abordagens de prevenção, para que possam melhorar sua capacidade de lidar com os diferentes graus de riscos a que estão expostos. Por fim, às intervenções estruturais remetem àquelas estratégias voltadas a tratar dos aspectos e características sociais, culturais, políticas e econômicas que criam ou potencializam vulnerabilidades dos indivíduos ou segmentos sociais em relação ao HIV.

O símbolo da mandala, da figura abaixo, representa a combinação de algumas das diferentes estratégias de prevenção (biomédicas, comportamentais e estruturais), pois apresenta a ideia de movimento em relação às possibilidades de prevenção, tendo as intervenções estruturais (marcos legais) como base dessa conjugação. Nesse sentido, é importante destacar a oferta não hierarquizada dos métodos preventivos e o papel das estratégias que reforçam a singularidade do indivíduo e sua autonomia e direito à escolha.

Figura 1: Mandala de Prevenção Combinada do HIV





Mandala de Prevenção Combinada



Fonte: DIAHV/SVS/MS

### Prevenção para adultos

Uma prevenção combinada eficaz significa adaptar as estratégias às epidemias locais e assegurar que as intervenções sejam fornecidas respeitando os contextos, práticas e processos identitários de cada indivíduo. As intervenções devem ser ofertadas em um contexto de mobilização comunitária, sendo importante destacar o papel das intervenções estruturais no enfrentamento das restrições sociais, econômicas, culturais e legais que criam ambientes de riscos e vulnerabilidades para o HIV e prejudicam o acesso dos indivíduos a prevenção.

Tendo em vista as especificações e singularidades de cada pessoa em relação aos seus riscos e vulnerabilidades, a combinação de métodos preventivos traz mudanças importantes na forma como cada pessoa lida com a prevenção, refletindo em maior autonomia diante da epidemia. Como cada pessoa e segmentos sociais possuem riscos e percepções diferentes em relação ao HIV/aids, a oferta de diferentes métodos de prevenção com características diversas e a possibilidades de serem utilizados em diferentes momentos tendem a abranger um maior número de pessoas e situações. No artigo “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” (GRANGEIRO et al., 2015), foi realizada uma revisão da literatura para investigar os métodos de prevenção e as intervenções estruturais que podem ter maior impacto nas taxas de incidência em contextos de epidemias concentradas.

Alguns estudos (HEARST, CHEN, 2004, apud GRANGEIRO et al. 2015) apontaram que homens heterossexuais optam com maior frequência pelo uso do preservativo masculino em relações com parcerias ocasionais, e homens homossexuais adotam amplamente relações sexuais não penetrativas e conhecimento sorológico como instrumento de prevenção (MCCONNELL, BRAGG, SHIBOSKI, GRANT, 2010, apud GRANGEIRO et al. 2015). Outros estudos (KORNER, HENDRY, KIPPAX, 2006; apud GRANGEIRO et al. 2015), na Austrália e nos Estados Unidos, mostraram que o uso da PEP por homossexuais ocorre, majoritariamente, para suprir falhas no uso de outros métodos. Ao mesmo tempo, a combinação do uso do preservativo e da TARV, conforme Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. (apud GRANGEIRO et al. 2015), reduz o risco de infecção nas relações



sorodiscordantes em 99,2% (GRANGEIRO et al, 2015). Já o preservativo feminino, para as mulheres cisgênero profissionais do sexo, este método tem contribuído para o aumento da autonomia e práticas sexuais seguras, contribuindo na redução de riscos relacionados às relações desprotegidas (GRANGEIRO et al, 2015).

Importante ressaltar que o acesso aos métodos preventivos envolve vínculo com os serviços de saúde e de base comunitária, como organizações governamentais e não-governamentais, permitindo às pessoas que os buscam se beneficiarem de outras estratégias de cuidado. Além disso, de acordo com Ferraz e Paiva, “cada pessoa ressignifica a cada encontro os discursos sobre prevenção a que tem acesso, de acordo com sua experiência, seu contexto particular de vida e seus projetos de felicidade” (FERRAZ; PAIVA, 2015). Sendo assim, os exemplos acima apresentam contextos singulares e algumas medidas preventivas para cada população-chave, as quais, não se esgotam nessas possibilidades.

Além disso, as ofertas de intervenções biomédicas através de medicamentos não alcançam resolver uma série de questões daí derivadas. Há que se exercitar outros modos de responder à doença, como a conjugação das intervenções biomédicas com as comportamentais e estruturais, de modo a não abrir mão dos avanços farmacêuticos, tratamento e exames, mas garantindo que temas como sexualidades, enfrentamento à discriminação, autonomia dos corpos, respeito pelas diversas escolhas e defesa dos direitos humanos transversalizem todas as ofertas de prevenção combinada do HIV (FERRAZ; PAIVA, 2015).

Para mais informações a respeito das estratégias de Prevenção combinada do HIV, consulte o documento “Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para trabalhadores e gestores de saúde” (BRASIL, 2017) e demais publicações disponíveis em: [www.aids.gov.br/publicações](http://www.aids.gov.br/publicações).



## 6 PROFILAXIA HIV

No atendimento inicial após a exposição ao HIV, faz-se necessário que o profissional avalie como, quando e com quem ocorreu a exposição, além de investigar a condição sorológica da pessoa exposta e da pessoa fonte da exposição. Assim, a partir da avaliação desses critérios objetivos será possível definir se há ou não indicação de início da profilaxia pós-exposição.

Avaliação do risco da exposição:

- O tipo de material biológico envolvido
- O tipo de exposição
- O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento
- A condição sorológica para o HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte.

Recomenda-se a profilaxia em todos os casos de exposição com risco significativo de transmissão do HIV. Existem casos, contudo, em que a PEP não está indicada, em função do risco insignificante de transmissão e nos quais o risco de toxicidade dos medicamentos supere o risco da transmissão do HIV.

### 6.1 TIPO DE MATERIAL BIOLÓGICO

Existem materiais biológicos sabidamente infectantes e envolvidos na transmissão do HIV. Assim, a exposição a esses materiais constitui situações nas quais a PEP está recomendada. (Na dependência dos outros fatores, conforme fluxograma para indicação de PEP).

Classificam-se os materiais em:

**Materiais biológicos com risco** de transmissão do HIV:

- Sangue e outros materiais contendo sangue;
- Sêmen;
- Fluidos vaginais;
- Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico), líquido amniótico, líquor e líquido articular.

**Materiais biológicos sem risco** de transmissão do HIV:

- Suor;
- Lágrima;
- Fezes;
- Urina;
- Vômitos;
- Secreções nasais;
- Saliva (exceto em ambientes odontológicos).



Todavia, a presença de sangue nesses líquidos torna esses materiais potencialmente infectantes, exposições nas quais o uso de PEP pode ser indicado.

## 6.2 TIPO DE EXPOSIÇÃO

**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 – Nesse caso, 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, em que a pele exposta encontra-se íntegra.
- Mordedura sem a presença de sangue.

Tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento

O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência médica. 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 uma **emergência médica**, 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, 1995; Tsai, 1998; Otten, 2000;).

## 6.3 INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA PARA O HIV DA PESSOA EXPOSTA E DA PESSOA FONTE

A avaliação do status sorológico da pessoa exposta deve sempre ser realizada em situações de exposições consideradas de risco. Além disso, o *status* da pessoa fonte, sempre que possível, deve ser conhecido pois é determinante para indicação de PEP.

Primeiramente, deve-se realizar a investigação do diagnóstico para o HIV da **pessoa exposta**:



- **Se 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 terapia antirretroviral.
- **Se não reagente:** pessoa exposta é susceptível ao HIV. Avaliar o *status* sorológico da pessoa fonte quanto à infecção pelo HIV.
- **No caso de resultado discordante ou teste rápido inválido:** não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se iniciar o fluxo laboratorial (ver manual diagnóstico HIV). Fica à critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta a decisão de iniciar ou não a profilaxia.

Quanto ao *status* sorológico da **pessoa fonte** em relação à infecção pelo HIV:

- **Se reagente:** a PEP está indicada.
- **Se não reagente:** a PEP não está indicada.
  - Contudo, 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 desconhecido:** a PEP está indicada. A manutenção da PEP por 28 dias deverá ser decidida individualmente após a discussão do caso com profissionais que tenham experiência no atendimento de PVHIV.
  - Nos casos envolvendo acidentes com fonte desconhecida (p.ex. agulha em lixo comum, lavanderia, coletor de material perfuro-cortante) ou fonte conhecida com sorologia desconhecida (p.ex. paciente que faleceu), a decisão sobre fazer a profilaxia antirretroviral deve ser individualizada e ser decidida caso-a-caso. 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 para transmissão de HIV ser extremamente baixo e nos quais o risco de toxicidade dos antirretrovirais superar o risco da transmissão do vírus.

Os resultados da investigação diagnóstica devem ser comunicados à pessoa que foi testada. Caso seja feito o diagnóstico da infecção pelo HIV na pessoa fonte, esta deverá ser encaminhada para seguimento clínico.

É 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.

Ressalta-se que, mesmo quando a pessoa chega ao serviço depois de 72h da exposição, recomenda-se a investigação inicial do *status* sorológico e o acompanhamento sorológico pós-exposição, caso o *status* da fonte seja positivo ou desconhecido. Devem sempre ser avaliadas quanto à necessidade de outros atendimentos como profilaxia IST, hepatites virais, avaliação anticoncepção e imunizações (Otten, 2000).

## 6.4 USO DE TESTES RÁPIDOS

A investigação diagnóstica para infecção pelo HIV, tanto na pessoa exposta quanto na pessoa fonte, deve ser realizada o mais próximo possível do momento da exposição, uma vez que a PEP, se indicada, deve ser iniciada o mais precocemente possível após a exposição, para que a eficácia seja maior (Tsai, 1995; Tsai 1998, Otten, 2000).

Nesse sentido, o uso de testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV na avaliação da indicação de PEP é fundamental. O Teste Rápido (TR) é um dispositivo de teste de uso único, que não depende de infraestrutura laboratorial, executado na presença do indivíduo e que 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). Caso este também seja reagente, o status sorológico estará definido como positivo para 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.

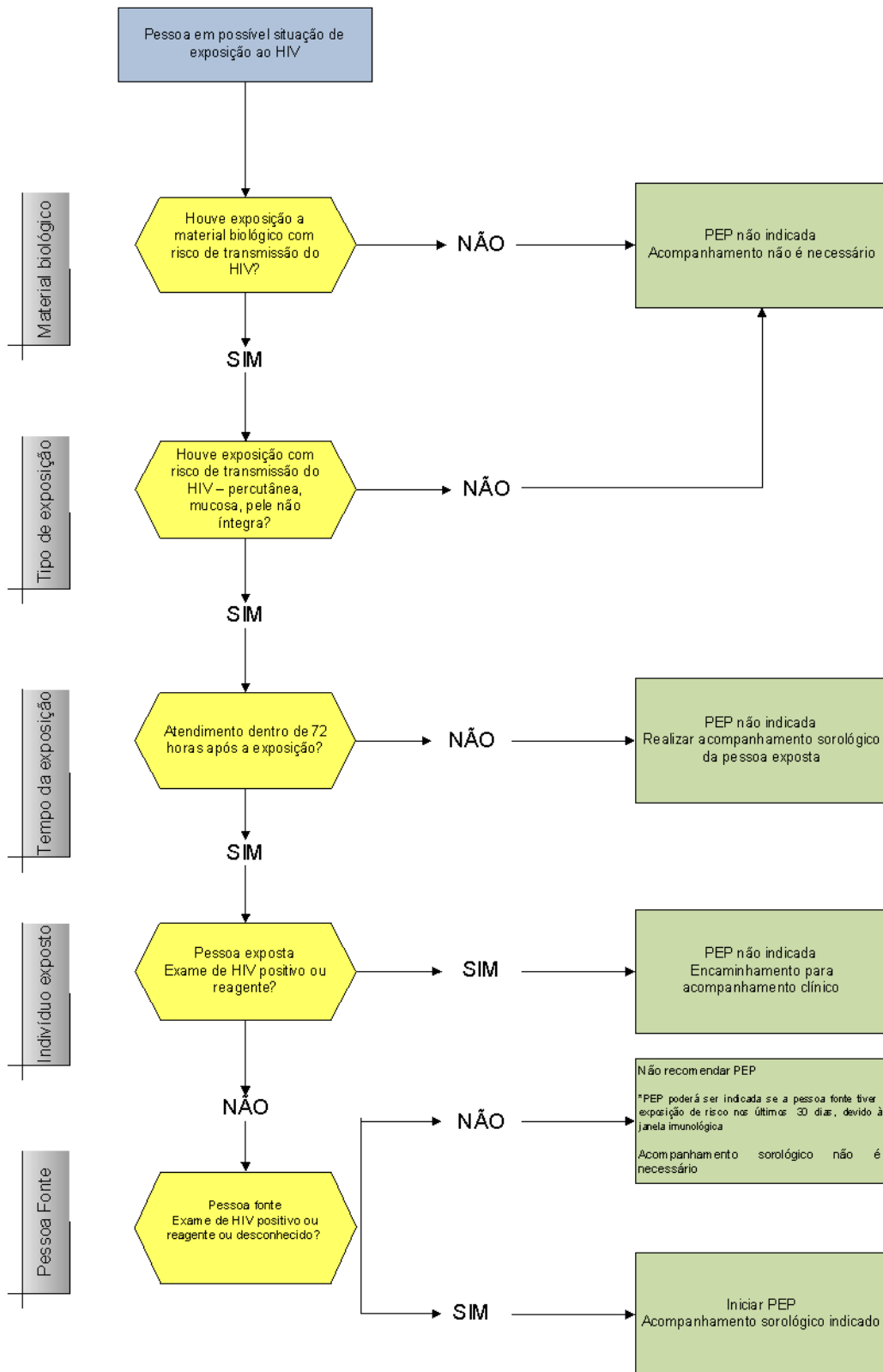
Também podem ser utilizados testes rápidos que utilizam amostras com fluido oral (FO) para realização do diagnóstico de HIV. É importante ressaltar que a janela diagnóstica dos TR que utilizam FO pode chegar até 90 dias, dependendo do conjunto diagnóstico utilizado.

Qualquer pessoa pode realizar testes rápidos, desde que devidamente capacitada, presencialmente ou à distância. O DIAHV/SVS/MS fornece essa capacitação à distância gratuitamente por meio do TELELAB (<http://www.telelab.aids.gov.br/>).

Vale ressaltar que existem outros fluxogramas para investigação diagnóstica do HIV, o local pode se adequar de acordo com suas possibilidades. Para mais informações sobre métodos diagnósticos de infecção pelo HIV, consultar o “Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV”, disponível em <http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/manual-tecnico-para-diagnostico-da-infeccao-pelo-hiv>.



FIGURA 1- FLUXOGRAMA PARA INDICAÇÃO DE PEP HIV



Fonte: DIAHV/SVS/MS



## 6.5 ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL PARA PEP

O seguinte esquema antirretroviral está indicado para realização da profilaxia pós-exposição, independentemente do tipo de exposição e material biológico envolvido:

QUADRO 4- ESQUEMA PREFERENCIAL PARA PEP

<p style="text-align: center;"><b>Esquema preferencial para PEP</b> Tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + dolutegravir (DTG) A duração da PEP é de 28 dias.</p>
--

QUADRO 5 - APRESENTAÇÕES DE ANTIRRETROVIRAIS PREFERENCIAIS PARA PEP E POSOLOGIAS

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir <sup>1</sup> e lamivudina (TDF + 3TC)	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg) OU Comprimido TDF 300mg associado a Comprimido 3TC 300mg	1 comprimido VO 1x ao dia  1 comprimido VO 1x ao dia  +  2 comprimidos VO 1x ao dia
Dolutegravir (DTG)	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x ao dia

<sup>1</sup> contraindicado se pessoa exposta com Insuficiência renal aguda

Fonte: DIAHV/SVS/MS

O esquema preferencial de profilaxia deve preferencialmente incluir combinações de três antirretrovirais (CDC, 2016; EACS, 2015), sendo dois ITRN associados a uma outra classe (ITRNN, IP/ ou INI) (WHO, 2016).

A introdução do terceiro fármaco aumentou a barreira genética do esquema ao mesmo tempo que elevou a toxicidade da PEP. A incidência de efeitos adversos aos regimes de PEP com três fármacos pode chegar a 60% (Leal, 2016). Quando se avalia os principais efeitos adversos percebe-se que eles não são graves mas podem ter impacto negativo na adesão levando a interrupção da profilaxia (Valin, 2016).

A escolha do esquema preferencial é baseada nas mais recentes evidências científicas e considera ainda a responsabilidade sanitária da sustentabilidade da estratégia enquanto política pública que garante fornecimento gratuito de 100% da medicação.

As modificações realizadas nessa atualização alcançam um regime com menor número de efeitos adversos e baixa interação medicamentosa que deve melhorar a adesão e facilitar o manejo clínico por





médicos não especialistas. Amplia-se a barreira genética aumentando a segurança para evitar a resistência transmitida principalmente quando a fonte é multi experimentada. Ressalta-se que o DTG é um medicamento altamente testado em PVHIV com excelentes resultados clínicos (SINGLE, 2015; FLAMINGO, 2013; SPRING-2, 2013; SAILING, 2013).

Parte do esquema preferencial permanece igual com TDF+3TC. Os estudos mais recentes reafirmam que o AZT tem risco superior de descontinuação da profilaxia e de efeitos adversos (Mayer, 2000; Mayer, 2012; Campbell, 2012; Thigren, 2012; Gallant, 2006; Baeten, 2012; Van Damme, 2012; Thomas, 2015). Já o abacavir é contraindicado devido ao risco de reação de hipersensibilidade grave (Penazzato, 2015).

Em relação à terceira medicação, o dolutegravir é seguro e bem tolerado em PEP (Mcallister, 2017; Mayer 2012) com a vantagem em relação ao Raltegravir por ser dose única diária e apresentar maior barreira genética (Mayer, 2012).

Com a introdução do DTG para profilaxia, os inibidores de protease passam a compor esquema alternativo. O RAL não é uma opção no caso de contraindicação ao DTG por não ser uma medicação disponível em quantidade que garanta acesso universal no Brasil.

A classe dos ITNN não é recomendada nem como esquema alternativo. O efavirenz não é mais uma opção como profilaxia em função dos seus efeitos neuropsiquiátricos e o aumento da resistência transmitida a essa medicação no Brasil (RENIC, 2016; Gazzard, 2010). A nevirapina está formalmente contraindicada em esquemas de PEP para adultos e adolescentes devido ao risco de efeitos adversos graves, tais como hepatotoxicidade já relatados na literatura entre adultos não infectados pelo HIV (Puro, 2003).

#### QUADRO 6- ESQUEMAS ALTERNATIVOS PARA PEP

Esquemas Alternativos para PEP	
Impossibilidade de TDF:	AZT +3TC + DTG
Impossibilidade de DTG:	TDF + 3TC + ATV/r
Impossibilidade de ATV/r:	TDF + 3TC + LPV/r
<b>A duração da PEP é de 28 dias.</b>	



QUADRO 7 - APRESENTAÇÕES DE ANTIRRETROVIRAIS ALTERNATIVOS PARA PEP E POSOLOGIAS

Medicamento	Apresentação	Posologia
Zidovudina + lamivudina (AZT+3TC)	Comprimido coformulado (AZT <sub>300mg</sub> + 3TC <sub>150mg</sub> )	1 comprimido VO 2x ao dia
Tenofovir (TDF)	Comprimido <sub>300mg</sub>	1 comprimido VO 1x ao dia
Atazanavir + ritonavir	ATV: Comprimido 300mg r: Comprimido 100mg	1 comprimido VO 1x ao dia 1 comprimido VO 1x ao dia
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	Comprimido <sub>200 mg/50mg</sub>	2 comprimidos VO 2x ao dia

Fonte: DIAHV/SVS/MS

Apesar da melhor tolerabilidade, o TDF está associado com a possibilidade de toxicidade renal, especialmente em pessoas com doenças renais preexistentes (ou com fatores de risco). Na terapia antirretroviral, recomenda-se que o TDF seja evitado quando a taxa de filtração glomerular for menor que < 50 ml/min ou em pessoas com história de longa duração de diabetes, hipertensão arterial descontrolada ou insuficiência renal. Essas considerações podem ser menos relevantes quando o TDF é usado nos esquemas de PEP, já que a duração da exposição ao medicamento será curta (28 dias) e reversível com a suspensão do medicamento.

Existe também a preocupação com o risco potencial de exacerbação (“flares” hepáticos) entre pessoas infectadas pelo vírus da hepatite B (HBV) quando os esquemas de PEP com TDF são finalizados; isso já foi descrito em casos de terapia antirretroviral 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 o TDF. Assim, recomenda-se que pessoas coinfectadas pelo HBV iniciem a PEP e sejam encaminhadas para acompanhamento em serviços de referência.

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

O DTG está contraindicado 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. Para manter o controle glicêmico, recomenda-se um ajuste na dose da metformina (dose máxima até 1g/dia) durante o uso da medicação.

O DTG é geralmente bem tolerado. As reações adversas mais frequentes de intensidade moderada a grave foram insônia e cefaleia, com uma incidência  $\geq 2\%$  nos ensaios clínicos. Os casos de Reação de Hipersensibilidade foram relatados em <1% dos pacientes.

O DTG diminui a secreção tubular de creatinina sem afetar a função glomerular, com aumentos na creatinina sérica observados nas primeiras 4 semanas de tratamento. Não há dados suficientes que contraindiquem uso de DTG em casos de insuficiência renal, nem tão pouco que a cause (Bula dolutegravir).



Antiácidos contendo cátions polivalentes (ex. Al/Mg), quando prescritos, devem ser tomados 2 horas antes ou 6 horas depois da tomada do DTG. Suplementos de cálcio ou ferro devem ser tomados 2 horas antes ou 6 horas depois da tomada do DTG. Quando acompanhado de alimentos, o DTG pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos.

A opção pelo ATV/r como medicação alternativa ao DTG para a composição do esquema de PEP baseia-se na possibilidade de administração em dose única diária, e disponibilidade. Em comparação com o lopinavir tem menor toxicidade gastrointestinal, entretanto pode apresentar icterícia em cerca de 4% das pessoas. Essa alteração é de curso benigno e desaparece após suspensão do medicamento (Molina, 2008).

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 atazanavir/r está contraindicado. Já no caso de uso concomitante de antagonista de receptores de H<sub>2</sub> (por exemplo, ranitidina, cimetidina), espera-se uma redução da concentração plasmática do atazanavir/r. Assim, para minimizar esse efeito, o ATV/r e os antagonistas de receptores de H<sub>2</sub> devem ser administrados com o maior intervalo possível, preferencialmente 12h.

Para a estruturação de esquemas alternativos sem o ATV/r, recomenda-se como terceira medicação o LPV/r. Os esquemas incluindo LPV/r têm como principal desvantagem um maior número de comprimidos, maior dosagem de ritonavir e número maior de efeitos gastrointestinais.

Para mais informações sobre antirretrovirais, consultar o sítio eletrônico <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

## 6.6 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 antirretrovirais (ARV) e os parâmetros que podem sugerir a presença de cepas virais resistentes.

Com a introdução do DTG no regime preferencial é ofertado maior segurança genética, já que não temos registro de resistência transmitida a esta classe de ARV no Brasil.

### **Fluxo de encaminhamento ao especialista:**

- Pessoa fonte com suspeita de falha virológica em uso de inibidor de integrase →

Prescrever esquema TDF+3TC+DTG e encaminhar ao serviço de referência.

- Contraindicação ao DTG em pessoa fonte com suspeita de falha virológica já tendo feito uso de inibidor de protease → prescrever esquema com TDF+3TC+ ATV/r e encaminhar ao serviço de referência.

Ressalta-se que a ausência de um médico especialista não deve atrasar a prescrição do esquema. Nesses casos, recomenda-se que a pessoa exposta seja reavaliada o mais breve possível em um serviço de referência para avaliação de adequação do esquema.

A indicação do teste de genotipagem na pessoa fonte no momento da exposição para definição do esquema não é recomendada, já que os resultados não estariam disponíveis em tempo hábil para o



início da PEP. Quando a pessoa fonte possui um teste de genotipagem recente (últimos 12 meses), esse poderá ser utilizado para a adequação da escolha do esquema de profilaxia antirretroviral.

## 6.7 GESTANTES E LACTANTES

Os critérios para indicação de PEP são os mesmo que se aplicam a qualquer outra pessoa que tenha sido exposta ao HIV. Apesar de resultados encorajadores, ainda há poucos dados disponíveis na literatura que permitam a indicação de DTG como esquema preferencial para profilaxia em gestantes e lactantes (Rimawi, 2017). Portanto, para essas mulheres o esquema preferencial deve ser composto com Raltegravir.

QUADRO 8 - APRESENTAÇÕES DE ANTIRRETROVIRAL PARA PEP EM GESTANTES

Esquema preferencial	Medicações alternativas
TDF + 3TC + RAL*	Impossibilidade de TDF: AZT Impossibilidade de RAL: ATV/r
Esquema alternativo	Medicações alternativas
TDF + 3TC + ATV/r	Impossibilidade de ATV/r: LPV/r

**Raltegravir → 1 comprimido de 400mg a cada 12 horas**

As mulheres que estejam amamentando devem ser esclarecidas sobre os potenciais riscos de transmissão do HIV pelo leite materno. Em tais situações, deve-se orientá-las pela interrupção temporária da amamentação. Durante o período de janela imunológica pode-se realizar extração e descarte do leite. Exame de controle com resultado HIV não reagente autoriza reintrodução do aleitamento materno.

## 6.8 CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A profilaxia pós exposição de risco à infecção pelo HIV é uma importante ferramenta para prevenir infecção em crianças expostas material perfuro cortante (Gaur, 2009), violência sexual (Penazzato, 2015), exposição a leite materno de mulher vivendo com HIV e adolescentes com exposição sexual consentida.

A recomendação do PCDT de transmissão vertical é para que toda mulher vivendo com HIV seja orientada a não amamentar. Ao mesmo tempo, ela deve ser informada e orientada sobre o direito a receber fórmula láctea infantil (PCDT TV).



Para as crianças que foram amamentadas indevidamente, deve-se orientar a mãe para interrupção imediata da amamentação e indicar PEP (até 72 horas da última exposição), simultaneamente à investigação diagnóstica. Recomenda-se realização imediata do exame de carga viral, coletar nova carga viral 2 semanas após o início da PEP e repetir o exame com 6 semanas após a última exposição.

Caso o resultado seja detectável, essa deve ser repetida imediatamente. Se a segunda carga viral também for detectável, considera-se a criança como infectada pelo HIV com indicação de tratamento antirretroviral precoce, para redução da morbimortalidade e menor formação de reservatórios virais. Para mais informações consultar PCDT para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes disponível em [aids.gov.br/pcdt](http://aids.gov.br/pcdt).

Tem sido observado um aumento dos casos de infecção pelo HIV na faixa etária entre 15-24 anos (indicadores.aids.gov). Ressalta-se que os adolescentes têm direito à PEP mesmo sem a presença dos pais. Nesses casos, como previsto no ECA, deve-se avaliar a capacidade de discernimento do adolescente, com exceção as situações de violência.

Os dados sobre o uso de antirretrovirais são extrapolados do tratamento dos lactentes, crianças e adolescentes que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (Penazzato, 2015). Pelo risco de hipersensibilidade grave e impossibilidade de tempo de verificar HLA, o abacavir está contraindicado também na população pediátrica. As maiores evidências em crianças são com o esquema contendo AZT + 3TC, com taxas de descontinuação menores do que as encontradas em adultos (Ford, 2014). Considerando segurança e facilidade de prescrição, recomenda-se TDF + 3TC para PEP em crianças acima de 12 anos.

Em relação à terceira medicação, os estudos favorecem o lopinavir com ritonavir como terceira medicação do regime preferencial em relação à nevirapina, em menores de 2 anos. (Violari, 2012; Palumbo, 2010). Após os 2 anos o uso da nevirapina é contraindicado pelo risco de reação de hipersensibilidade grave em crianças não infectadas pelo HIV (CDC, 2001).

Em crianças maiores de 2 anos a recomendação é pela introdução da classe dos inibidores de integrase no esquema preferencial. O perfil de Dolutegravir não foi estabelecido em crianças menores de 12 anos de idade ou com peso inferior a 40 Kg. O perfil de toxicidade do RAL em crianças e adolescentes de 2 a 18 anos de idade é comparável aos observados em adultos (PCDT crianças e adolescentes, 2017; CDC 2016). Portanto, o RAL é o terceiro medicamento de escolha para as crianças de 2 a 12 anos. Acima de 12 anos seguem-se as recomendações de adultos com o DTG indicado como terceira medicação.

**QUADRO 9 - ESQUEMA PARA PEP EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE ACORDO COM FAIXA ETÁRIA**

<b>Faixa etária</b>	<b>Esquema preferencial</b>	<b>Medicações alternativas</b>
0 – 14 dias	AZT + 3TC + NVP	
28 dias – 2 anos	AZT + 3TC + LPV/r	Impossibilidade do uso de LPV/r: NVP
2a– 12 anos	AZT+ 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/r
<b>Acima de 12 anos seguir as recomendações de Adulto</b>		



A seguir quadro com a dose das medicações por peso e superfície corporal.

**QUADRO 10 - POSOLOGIA DAS MEDICAÇÕES NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA**

<b>Raltegravir (formulação)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 10kg &lt;14 kg: 75 mg 12/12h</li><li>• 14kg a &lt;20kg: 100mg de 12/12h</li><li>• 20kg a &lt;28kg: 150mg de 12/12h</li><li>• 28 a &lt; 40kg: 200mg de 12/12h</li><li>• &gt; 40kg: 300mg de 12/12h</li></ul>
<b>Zidovudina (AZT)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Até 4 Kg: 4mg/Kg/dose 12/12h</li><li>• 4 - 9Kg: 12mg/Kg 12/12h</li><li>• 9 - 30Kg: 9mg/Kg 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)</li><li>• ≥30 Kg: 300mg 12/12h</li></ul>
<b>Lamivudina (3TC)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• RN: 2mg/Kg 12/12h</li><li>• 4mg/Kg 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)</li></ul>
<b>Lopinavir/ritonavir (LPV/r)</b>
<p style="text-align: center;"><u>Solução oral: 80/20mg/ml</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ≥ 14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m<sup>2</sup> 12/12h</li><li>• 1 mês – 6 meses: 1ml 12/12h</li><li>• 6 – 12 meses: 1,5ml 12/12h</li><li>• 1 – 3 anos: 2ml 12/12h</li><li>• 3 – 6 anos: 2,5ml 12/12h</li><li>• 6 – 9 anos: 3ml 12/12h</li><li>• 9 – 14 anos: 4ml 12/12h</li></ul> <p style="text-align: center;"><u>Baby dose: 100mg/25mg</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 10-13,9 kg: 2cp de manhã e 1 à noite</li><li>• 14-19,9 kg: 2cp de manhã e 2 á noite</li><li>• 20-24,5 kg: 3 cp de manhã e 2 á noite</li><li>• 25-29,5 kg: 3cp de manhã e 3 á noite</li><li>• &gt;35kg: 400 mg/100mg de 12/12h</li></ul>
<b>Nevirapina (NVP)</b>



- Peso de nascimento 1,5 – 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
- Até 4 semanas: 1ª dose: até 48h de vida; 2ª dose: 48h após 1ª dose; 3ª dose 96h após 2ª dose

Fonte: Penazzato, 2015

Para mais informações sobre os medicamentos consultar PCDT para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes em: [aids.gov.br/pcdt](http://aids.gov.br/pcdt).



## 6.9 CASAL SORODIFERENTE

Nenhum estudo comprovou transmissão por pessoa com HIV e carga viral indetectável. O risco estimado nesses casos é tão pequeno que pode ser considerado insignificante (Attia, 2009; Barreiro, 2006; Cohen, 2011; Cohen, 2016; Grulich, 2015; Matthews, 2012; Mujugira, 2016; Porco, 2004; Quinn, 2000; Rodger, 2016; Saleem, 2017; Tovanabutra, 2002). Para a oferta ou não de PEP como mais uma ferramenta a ser oferecida para os casais sorodiferentes deve ser levado em consideração:

- ✓ O perfil da parceria soropositiva quanto à adesão à TARV;
- ✓ Supressão da carga viral;
- ✓ Ausência de outras IST;
- ✓ Realização de práticas sexuais de risco com outras parcerias.

É fundamental valorizar e reforçar a autonomia também da parceria soronegativa quanto à sua prática sexual e grau de exposição que ela deseja se submeter, levando em consideração que não é ela a responsável pelas condutas do outro, por exemplo, no que se refere à tomada regular da medicação.

## 6.10 ADESÃO À PEP

Orientar a pessoa exposta sobre a menor toxicidade do novo esquema.

A adesão das pessoas no sentido de completar os 28 dias de uso dos antirretrovirais é essencial para a maior efetividade da profilaxia. Todavia, os estudos publicados mostram baixas proporções de pessoas que completaram o curso completo de PEP (Oldenburg, 2014) principalmente entre adolescentes e aqueles que sofreram violência sexual (Chacko, 2012; Ford, 2014).

Os objetivos da PEP devem ser entendidos pela pessoa exposta, que deve ser orientada a observar rigorosamente as doses, os intervalos de uso e a duração da profilaxia antirretroviral. Estratégias aprimoradas de acompanhamento e adesão podem incluir métodos alternativos, como mensagens pelo celular, uso de aplicativos, alarmes, diários, porta-pílulas, tabelas e mapas de doses, ligações telefônicas, etc.

A recomendação é pela dispensação do esquema completo de PEP (28 dias), uma vez que essa estratégia tem um impacto positivo na adesão (Irvine, 2015).

## 6.11 DESCARTE DA MEDICAÇÃO

A profilaxia é feita por 28 dias, entretanto as quantidades contidas nas embalagens são de 30 comprimidos. Não recomendamos dispensação fracionada da medicação. O descarte da sobra da medicação fica de acordo com a rotina de cada estado, conforme organização local.





## 6.12 ACOMPANHAMENTO CLÍNICO-LABORATORIAL

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

- A toxicidade dos antirretrovirais;
- 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.

## 6.13 AVALIAÇÃO DA TOXICIDADE DOS ANTIRRETROVIRAIS

Recomenda-se a reavaliação da pessoa exposta em 2 semanas da profilaxia com o objetivo de identificar possíveis efeitos adversos e reforçar a necessidade de 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 sintomas ou sinais clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa.

Mais de 50% dos expostos apresentam efeitos adversos à profilaxia antirretroviral. 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.

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

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, bastando 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.

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, incluindo febre, linfadenopatias, faringite, exantema, ulcerações muco cutâneas, mialgias, artralgias, fadiga e hepatoesplenomegalia.



## 6.14 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.

Mais informações sobre testagem para o HIV podem ser obtidas no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, disponível em <http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/manual-tecnico-para-diagnostico-da-infeccao-pelo-hiv>.

Pessoas diagnosticadas com infecção pelo HIV durante o período de seguimento da profilaxia pós-exposição devem ser encaminhadas para avaliação e atendimento em serviços que realizam o seguimento de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHIV).

## 6.15 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, o não compartilhamento de seringas e agulhas nos casos de uso de drogas injetáveis, além do respeito à contraindicação da doação de sangue, órgãos, tecidos ou esperma e à importância de se evitar a gravidez.

## 6.16 SEGUIMENTO LABORATORIAL

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

Recomenda-se a realização de hemograma, transaminases, ureia, creatinina e glicemia como solicitação mínima de exames laboratoriais na pessoa exposta para a qual se recomende a PEP. Todos esses exames laboratoriais devem ser realizados no início da PEP, duas semanas após a introdução desta, e, quando necessário, a critério médico.

QUADRO 11- RECOMENDAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS PARA SEGUIMENTO DA PEP

Exames laboratoriais	Primeiro atendimento	2ª semana	4ª semana	12ª semana
Hemograma, glicose, ureia, creatinina, ALT, AST	X	X		
Teste de HIV	X		X	X



## 7 PROFILAXIA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Recomendamos investigação do risco e de sinais/sintomas de IST.

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) constituem um importante problema de saúde pública, com elevados custos sociais e econômicos (Webster, 2016). A presença de uma IST está associada à aquisição de HIV e toda exposição ao HIV coloca a pessoa em risco também para outras IST. (Workowski, 2015; Solomon, 2014; Bernstein, 2010).

Em outubro de 2016 o ministério da saúde lançou ação nacional de combate à sífilis (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/26100-ministerio-da-saude-lanca-acao-nacional-de-combate-a-sifilis>). A importância do rastreio das IST é crucial para o combate da epidemia de sífilis já que o diagnóstico e tratamento precoce da pessoa infectada e de sua parceria sexual é fundamental para quebra da cadeia de transmissão (Stamm, 2016).

Para as mulheres onde as infecções são frequentemente assintomáticas, quando não detectadas e tratadas, levam a complicações mais graves como sífilis congênita, DIP, gravidez ectópica infertilidade (PCDT IST, 2016; Westrom, 1980). Portanto, a investigação deve basear-se no risco e não somente nos sintomas (Knight, 2015).

Em relação as mulheres vítimas de violência sexual as infecções mais encontradas são tricomoníase, infecção por gonococo e clamídia (MMWR, 2015).

Recomendamos testagem para sífilis em todas as pessoas com exposição sexual. Se possível, testar a pessoa fonte.

### 7.1 PROFILAXIA SÍFILIS

A infectividade da sífilis por transmissão sexual é maior (cerca de 60%) nos estágios iniciais (primária, secundária e latente recente), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (latente tardia e terciária). 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. Entretanto, sífilis é frequentemente assintomática (sífilis latente), diagnosticada por triagem e por meio de testes imunológicos.

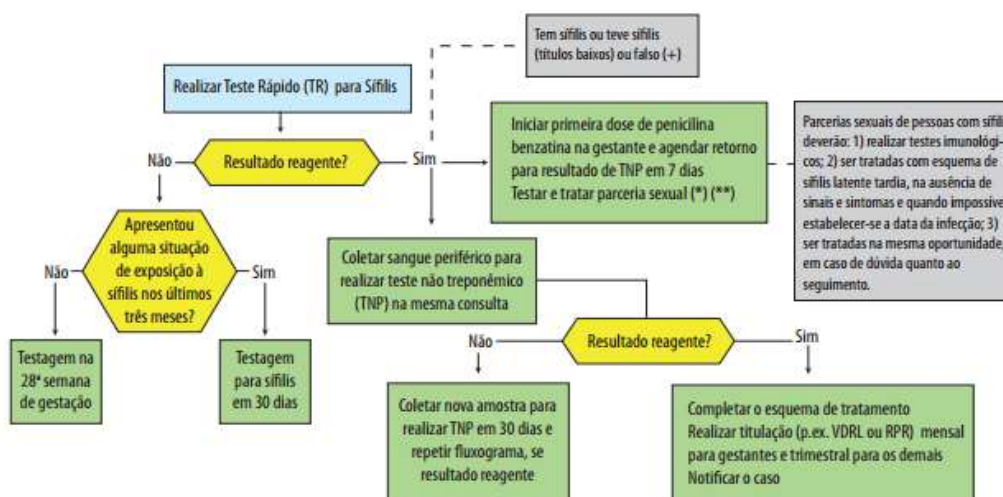


Os testes imunológicos se dividem em treponêmicos e não treponêmicos. **Os testes rápidos** fornecidos pelo Ministério da Saúde são do **tipo treponêmicos**. Tais exames não necessitam de estrutura laboratorial e são de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou por punção digital, além de soro e plasma. São os testes mais indicados quando se necessita de rapidez no resultado com segurança e, portanto, devem ser realizados preferencialmente no atendimento para PEP (Ver fluxograma abaixo)

Nos locais onde 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 através do endereço [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59213/manual\\_sifilis\\_10\\_2016\\_pdf\\_19611.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59213/manual_sifilis_10_2016_pdf_19611.pdf).

Conforme mencionado, além dos testes laboratoriais, também é necessário realizar avaliação clínica, que inclui o exame físico, permitindo a observação da presença dos sinais e sintomas da sífilis assim como realizar diagnóstico das outras formas clínicas da doença (Brasil, 2016).

FIGURA 2 - FLUXOGRAMA UTILIZANDO TESTE RÁPIDO INICIAL TREPONÊMICO E CONFIRMATÓRIO NÃO TREPONÊMICO



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

(\*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

(\*\*) As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI).



Todas pessoas com teste rápido **REAGENTE** devem ter seu exame confirmado com um teste não treponêmico para indicar o tratamento para sífilis:

- Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

Todas as pessoas com teste rápido **NÃO REAGENTE** devem ser acompanhadas conforme item 6.4:

- Quando há exposição sexual de risco com possibilidade de perda de seguimento no cenário da parceria sexual **POSITIVA** para sífilis pode ser indicado o tratamento preemptivo em exposição sexual consentida.

Recomenda-se não atrasar o atendimento da pessoa exposta, na indisponibilidade da presença da pessoa fonte.

Todos os pacientes devem ser avaliados em relação aos sintomas. E se indisponível a investigação diagnóstica, proceder tratamento sindrômico da pessoa exposta sintomática.

## 7.2 PROFILAXIA INFECÇÕES GONOCÓCICA OU POR CLAMÍDIA

Para investigação de gonorreia e clamídia recomenda-se os testes de amplificação de ácidos nucleicos específicos para IST, quando disponível. Até o momento este exame não está disponível no SUS. O teste é realizado na urina (primeiro jato) ou com swabs em cada local de mucosa exposta a fluidos corporais potencialmente infectados (cavidade oral, vaginal, colo uterino, uretral, retal). Esses exames são menos acessíveis do que testes diagnósticos para sífilis, mas fundamental para diagnóstico dessas infecções.

## 7.3 PROFILAXIA TRICOMONÍASE

A investigação para tricomoníase deve-se basear no questionamento do surgimento de corrimento vaginal. Se pessoa sintomática proceder avaliação clínica. Para mais informações sobre tricomoníase consultar o PCDT de IST disponível em [aids.gob.br/pcdt](http://aids.gob.br/pcdt).

## 7.4 SEGUIMENTO DOS TESTES DIAGNÓSTICOS PARA PROFILAXIA DE IST



QUADRO 12- SEGUIMENTO DOS TESTES DIAGNÓSTICOS PARA PROFILAXIA DE IST

Exame	Pessoa fonte	Pessoa exposta		
	1º atendimento	1º atendimento	4-6 semanas após exposição	6 meses após exposição
Sífilis	Sim	Sim	Sim	Sim
Gonorréia <sup>1</sup>	Não	Sim	Sim	Não
Clamídia <sup>1</sup>	Não	Sim	Sim	Não
<b>Em todas as consultas questionar sobre a presença se sintomas de IST</b>				

<sup>1</sup> se disponível o método diagnóstico no serviço de saúde

## 7.5 TRATAMENTO IST

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

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

Para mais informações de IST e violência sexual consultar o PCDT de IST disponível em [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/miolo\\_pcdt\\_ist\\_15\\_08\\_pdf\\_22990.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/miolo_pcdt_ist_15_08_pdf_22990.pdf).



QUADRO 13- REGIMES DE PROFILAXIA E TRATAMENTO

IST	Medicação	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 Kg	Crianças e adolescentes com menos de 45Kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), dose única	50 mil UI/Kg, IM, dose única
Gonorréia	Ceftriaxona	500mg, IM, dose única	125 mg, IM, dose única
Infecção por clamídia	Azitromicina	1g, VO, dose única	20mg/kg, VO, dose única
Tricomoníase	Metronidazol ***	2g, VO, dose única	15 mg/kg/dia, divididos a cada 8 horas por 7 dias
*** não deve ser prescrito no primeiro trimestre de gestação			
*** deverá ser postergado se uso de contracepção de urgência ou antirretrovirais			

A tricomoníase deve ser tratada em todas as mulheres gestantes sintomáticas, pois está associada a resultados adversos na gravidez (MMWR, 2015). Por segurança o tratamento deve aguardar o término do primeiro trimestre.

## 7.6 HPV

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

A transmissão do vírus ocorre preferencialmente por via sexual, é responsável por verrugas ano genitais e até em áreas extragenitais como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea. (Scheede, 2017) (SIGNORELLI, 2017) além de estar relacionado ao câncer colo de útero (Ayres, 2010), colo retal (Pelizzer, 2016), pênis, vulva e vagina (Gao, 2016; Small, 2017).

O tempo de latência viral e os fatores associados não são conhecidos, e o vírus pode permanecer quiescente por muitos anos até o desenvolvimento de lesões. Assim, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a infecção e o desenvolvimento de lesões.

Manifesta-se pela presença de lesões exofíticas, com superfície granulosa, únicas ou múltiplas, restritas ou disseminadas, da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas e de tamanho variável. As lesões maiores assemelham-se a “couve-flor” e as menores possuem aparência de pápula ou placa, podendo também ter aspecto filiforme, sendo em geral resultantes de infecção por tipos não oncogênicos. Dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas. No homem, localizam-se na glande, sulco bálano-prepucial e região perianal. Na mulher, encontram-se na



vulva, períneo, região perianal, vagina e colo. Menos frequentemente, podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea.

Para as mulheres que evoluem sem lesões é fundamental orientar sobre a importância de realizar e estar em dia com o preventivo de colo de útero. Exame pode ser feito na atenção básica seguindo a recomendação do restante da população feminina.

O uso de preservativo nas relações sexuais diminui significativamente o risco de desenvolvimento das lesões verrucosas e de lesões de alto grau no colo uterino. Além do uso de preservativos, a vacinação para HPV é recomendada para prevenção da infecção. A partir de 2014, o MS ampliou o Calendário Nacional de Vacinação, com a introdução da vacina quadrivalente contra HPV tipos 6, 11, 16 e 18. A prevenção de lesões genitais pré-cancerosas do colo do útero, de vulva e de vagina em mulheres, e anal em ambos os sexos, está relacionada aos tipos 16 e 18, e as verrugas genitais em mulheres e homens, aos tipos 6 e 11. O programa nacional de imunização (PNI) indica vacinação para meninas de 9 a 14 anos incompletos e de 12 a 13 anos de idade para meninos. O esquema é composto de duas doses com intervalo de 6 meses entre elas. Para os meninos a faixa etária será ampliada gradativamente, até 2020, quando irá abranger a faixa etária de 9 a 13 anos. Para indivíduos imunodeprimidos (submetidos a transplantes de órgãos sólidos, medula óssea, pacientes oncológicos e PVHIV) para ambos os sexos, a faixa etária indicada é de 9 a 26 anos e o esquema de vacinação é composto por três doses (0, 2 e 6 meses). Para mais informações consultar PNI.

Caso durante o atendimento seja realizado o diagnóstico clínico de HPV referenciar a pessoa para proceder tratamento específico.





## 8 PROFILAXIA HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais são causadas por diferentes agentes etiológicos, que tem em comum o tropismo primário pelo tecido hepático, podem se apresentar como doenças agudas ou crônicas além de serem uma das maiores causas de transplantes hepáticos no mundo. (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2014; LAVANCHY, 2011).

No âmbito da prevenção combinada do HIV, toda situação de exposição ao HIV, deve ser também ser avaliada em relação ao risco de exposição às hepatites virais.

Neste PCDT, serão abordadas as formas de profilaxia dos vírus das hepatites A, B e C após exposição sexual. Também serão abordadas as formas de prevenção destas infecções após exposição não sexual.

### 8.1 HEPATITE A

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

O principal mecanismo de transmissão do vírus da hepatite A é o fecal-oral. A transmissão sexual deste vírus é infrequente.

No entanto, recentemente diversos casos de transmissão sexual pelo vírus da hepatite A foram confirmados em 13 países da Europa. A maioria dos casos parece ocorrer entre homens que fazem sexo com outros homens, embora a transmissão também tenha sido observada entre mulheres. A magnitude da transmissão da por via sexual é provavelmente subestimada (Werber, 2017; Freidl, 2017; Chen, 2017; Beebejaun, 2017).

A transmissão da hepatite A por transmissão sexual provavelmente limita o benefício da prevenção através do uso de preservativos que deverá ser complementado com outras medidas como higienização das mãos, genitália, períneo e região anal antes e após as relações sexuais. Evitar sexo oral-anal principalmente quando não houver imunidade para hepatite A estabelecida.

A maioria dos casos de infecção aguda por este vírus é assintomática. Porém, quando sintomáticos, estes 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 VHA.

Todo paciente com histórico de exposição sexual para o HIV deve também ser avaliado para o risco de infecção aguda pelo vírus da hepatite A. Caso seja possível, deve-se verificar a susceptibilidade do paciente exposto para essa infecção, através da pesquisa de exame sorológico específico: anti-VHA IgG, anti-VHA total e anti-VHA IgM.

A presença de anti-VHA IgM sugere episódio agudo de infecção por este vírus. Caso a pesquisa dos anticorpos seja negativa, deve-se observar a indicação de vacinação da pessoa exposta, obedecendo-se aos critérios de vacinação para essa infecção, dispostos no Manual do CRIE (nota de rodapé). Para as



peças que não se enquadram nos critérios de indicação de vacinação, deve-se orientar sobre os possíveis sinais e sintomas de uma infecção aguda.

A presença de anti-VHA IgG reagente demonstra imunidade definitiva do paciente exposto e, portanto, nenhuma medida adicional se faz necessária.

## 8.2 HEPATITE B

Recomenda-se avaliar todo paciente com antecedente de exposição sexual para o HIV, para um eventual episódio de infecção aguda pelo vírus da hepatite B.

Recomenda-se realizar testagem para hepatite B da pessoa fonte e da pessoa exposta.

A hepatite B é uma doença de transmissão parenteral, sexual e vertical. A transmissão deste 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 relações sexuais desprotegidas. O relacionamento sexual desprotegido 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, importante avaliar se o paciente exposto não é previamente portador do vírus da hepatite B. Ou seja, é importante avaliar a presença do HBsAg ou antecedente de tratamento para esta infecção. A utilização de TDF e 3TC (medicamentos frequentemente utilizados para a PEP do HIV), são ativos em relação ao VHB e uma eventual suspensão destes medicamentos (quando da suspensão da PEP) podem ocasionar um *flare* das enzimas hepáticas, ou mesmo quadros de descompensação da doença hepática prévia. (CDC, 2008; MMWR, 2015).

### **Diagnóstico da infecção pelo vírus da hepatite B**

O diagnóstico é realizado através de testes de detecção do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg). Os testes rápidos 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 por punção digital. Pela rapidez e segurança do resultado é o exame mais indicado. Nos locais onde não foi possível realizar os testes rápidos, seguir o fluxo laboratorial. Mais informações podem ser encontradas no **Manual Técnico para Diagnóstico de Hepatites Virais** disponível no endereço [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58551/manual\\_tecnico\\_hv\\_pdf\\_75\\_405.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58551/manual_tecnico_hv_pdf_75_405.pdf).

### **Interpretação do status sorológico da pessoa exposta utilizando-se a pesquisa do 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, e para acompanhamento clínico.
- **Se não reagente:** A pessoa exposta não tem, no momento da testagem, evidências de infecção atual pelo HBV. Havendo disponibilidade, é recomendável avaliar o *status* sorológico da pessoa fonte quanto à infecção hepatite B e o *status* de susceptibilidade da pessoa exposta à infecção através da pesquisa do anti-HBs.
- **No caso de teste rápido repetidamente inválido:** não é possível confirmar o *status* sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se encaminhar a pessoas para o diagnóstico utilizando um dos fluxogramas laboratoriais (ver Manual Técnico).

O conhecimento do *status* sorológico da **pessoa fonte** em relação à infecção pela hepatite B é importante para decisão de realização ou não da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Diferentemente do que ocorre na exposição ao HIV, para hepatite B a indicação da IGHAHB vai depender do tipo de exposição (violência sexual, acidente perfuro cortante) conforme indicação do CRIE (<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/09/manual-cries-9dez14-web.pdf>).

#### **Prevenção da infecção pelo vírus da hepatite B**

A prevenção desta infecção se faz pela vacinação e pelo uso eventual de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) (Manual CRIE 2014).

#### **Vacinação para hepatite B**

Três doses de vacina hepatite para B induzem títulos protetores de anticorpos (anti-HBs  $\geq 10$  UI/mL) em mais de 90% dos adultos e dos jovens sadios, e em mais de 95% dos lactentes, das crianças e dos adolescentes. A eficácia diminui com a idade e é bem menor em maiores de 40 anos

A vacinação pré-exposição contra hepatite B é a principal medida de prevenção de hepatite B. Essa vacina é extremamente eficaz e segura, e tanto a gravidez quanto a lactação não representam contraindicações para seu uso.

Recomenda-se iniciar vacinação de todas as pessoas expostas que não foram previamente vacinadas ou sem conhecimento de vacinação prévia.

Se possível, a primeira dose da vacina deve ser dada no mesmo momento do primeiro atendimento. O restante das doses deverá seguir o preconizado pelo PNI vigente, e as mesmas poderão ser aplicadas pelo posto de vacinação mais próximo do local de residência da pessoa.

Pessoa susceptível é a pessoa que não foi vacinada ou vacinada, mas com títulos de anti-HBs  $< 10$  mUI/mL.

Como essa vacina já está incluída no calendário vacinal, deverá ser considerada a imunização de pessoas não vacinadas previamente.

O conhecimento do *status* sorológico da **pessoa fonte** em relação à infecção pela hepatite B é também importante para decisão de utilização ou não da imunoglobulina humana anti-hepatite B.



A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após exposição sexual. A IGHAHB deve ser administrada em dose única de 0,06 ml/kg, IM, em extremidade diferente da que recebeu a vacina para HBV, e se a dose da vacina ultrapassar 5 ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após exposição sexual (para exposições percutâneas o benefício é comprovado até no máximo 7 dias), embora se recomende seu uso nas primeiras 48 horas a contar do ato, e está disponível nos CRIE (Centro de referência para imunobiológicos especiais) (PCDT IST, 2016).

A indicação de IGHAHB está melhor detalhada no quadro abaixo.

**QUADRO 14- RECOMENDAÇÃO PARA PROFILAXIA DE HEPATITE B APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO**

Situação vacinal e sorologia do profissional de saúde exposto	Paciente fonte		
	HBsAg positivo	HBsAg negativo	HBsAg desconhecido
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação
Vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação
Resposta vacinal conhecida e adequada (tanto HBs > 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 IGHAHB (2x) <sup>2</sup>	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) <sup>1</sup>
Sem resposta vacinal após segunda série (seis doses)	IGHAHB (2x)2	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x)2
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de	Testar o profissional de saúde:	Testar o profissional de saúde:



	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: fazer segunda série de vacinação	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação <sup>1</sup>
	Se resposta vacinal inadequada: IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B		

<sup>1</sup>Uso associado de imunoglobulina hiperimune contra hepatite B está indicado se o paciente-fonte tiver alto risco para infecção pelo HVB como: usuários de drogas injetáveis; pacientes em programas de diálise; contatos domiciliares e sexuais de portadores de AgHBs; pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo; heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas; história prévia de doenças sexualmente transmissíveis; 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.

<sup>2</sup> IGHAHB (2x) = duas doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B com intervalo de um mês entre as doses. Esta opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal ou apresentem alergia grave à vacina. Fonte: Manual CRIE 2014

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

Para mais informações consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções disponível no endereço <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-b-e-coinfeccoes>.

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

#### **Comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B**

Deve-se tentar identificar a situação do exposto quanto à hepatite B. Caso a pessoa exposta seja suscetível, estão indicadas a HB (vacina hepatite B) e a IGHAHB (imunoglobulina para hepatite B), aplicadas o mais precocemente possível, no máximo até 14 dias depois da exposição.

Quando não for possível identificar a situação do exposto, considerar o indivíduo previamente vacinado como protegido (Manual CRIE 2014).

#### **Vítimas de violência sexual**

Se a vítima não for vacinada ou estiver com vacinação incompleta contra hepatite B, 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 positivo ou pertencente a um grupo de risco (usuários de droga, por exemplo). Quando indicada, a IGHAHB deve ser aplicada o mais precocemente possível, até, no máximo, 14 dias após a exposição (Manual CRIE 2014).



**IGHAHB e vacina para hepatite B para pessoas susceptíveis, expostas a portadores conhecidos ou potenciais do vírus hepatite B por **violência sexual**.**

**IGHAHB e vacina para hepatite B a pessoas susceptíveis com exposição sexual à pessoa com hepatite B aguda.**

Fonte: Manual CRIE 2014

### 8.3 HEPATITE C

Apesar de o risco de transmissão do VHC estar mais relacionado às exposições percutâneas, a transmissão sexual é possível, principalmente em se tratando de práticas sexuais traumáticas, presença de doença ulcerativa genital e proctites relacionadas a IST. Grupos específicos, como as pessoas vivendo com HIV, e portadores de outras imunodeficiências também tem risco acrescido de contágio pela via sexual (Thome, 2013, Dionne-Odom, 2009; Hagan, 2015; Medland, 2017). Mesmo não existindo medida específica eficaz para a redução do risco de infecção pelo vírus da hepatite C após a exposição, a testagem da pessoa fonte e da exposta é recomendada para permitir o diagnóstico precoce de uma possível infecção.

A investigação inicial da infecção pelo VHC é feita com a pesquisa por anticorpos contra o vírus (anti-VHC) usando testes rápidos ou testes laboratoriais. No entanto, a detecção do anticorpo isoladamente indica apenas exposição ao vírus, havendo necessidade de detecção direta do genoma viral (VHC-RNA) para a definição de um caso de infecção ativa. Mais informações podem ser encontradas no **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**, disponível no endereço [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58551/manual\\_tecnico\\_hv\\_pdf\\_75\\_405.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58551/manual_tecnico_hv_pdf_75_405.pdf).

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

#### **Interpretação do status sorológico da pessoa exposta utilizando-se a pesquisa do anti-VHC:**

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

Quanto ao *status* sorológico da **pessoa fonte**:



- **Se anti-VHC reagente:** acompanhar a pessoa exposta pelo risco de soroconversão e necessidade de tratamento da infecção aguda.
- **Se anti-VHC não reagente:** sem risco de soroconversão para pessoa exposta, não é necessário acompanhamento sorológico da pessoa exposta em relação a essa infecção.
- **Se anti-VHC desconhecido ou indeterminado:** Acompanhar a pessoa exposta pelo risco de soroconversão e eventual necessidade de tratamento da infecção aguda.

Contudo, é necessário considerar a janela diagnóstica para detecção de anticorpos que varia de 33-129 dias. Há 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 VHC, é recomendável testar a fonte mais uma vez ao fim do período de janela.

O diagnóstico precoce da soroconversão possibilita o tratamento na fase aguda da infecção pelo VHC que tem o objetivo de reduzir o risco de progressão para hepatite crônica principalmente nos pacientes assintomáticos. Portanto, recomendamos o seguimento conforme o quadro abaixo:

	<b>Seguimento da pessoa exposta quando a fonte for POSITIVA para hepatite C</b>			
Exame	1º atendimento	1 mês	3 meses	6 meses
ALT	Sim	Sim	Sim	Sim
PCR (RNA-VHC)	Não	Sim	Sim	Não
Anti-VHC*	Sim	Sim	Sim	Sim

QUADRO 15- SEGUIMENTO DA PESSOA EXPOSTA QUANDO A FONTE FOR POSITIVA PARA HEPATITE C

\***Anti-VHC reagente:** PESSOA PREVIAMENTE EXPOSTA. Pessoa teve contato com o vírus da hepatite C antes da exposição que motivou o atendimento. Deve ser encaminhada para confirmação laboratorial do caso e para acompanhamento clínico

#### **Infecção aguda pelo VHC após exposição sexual ou não sexual Definição de hepatite C aguda**

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

#### **Critérios para início do tratamento da hepatite C aguda**

- **Pacientes sintomáticos:** recomenda-se aguardar 12 semanas (90 dias) após o início dos sintomas, caso não haja clareamento viral espontâneo (VHC-RNA negativo), indica-se o tratamento.



- **Pacientes assintomáticos:** 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 perfuro cortantes, 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 VHC e não seja possível definir a data provável de exposição ao VHC, recomenda-se:

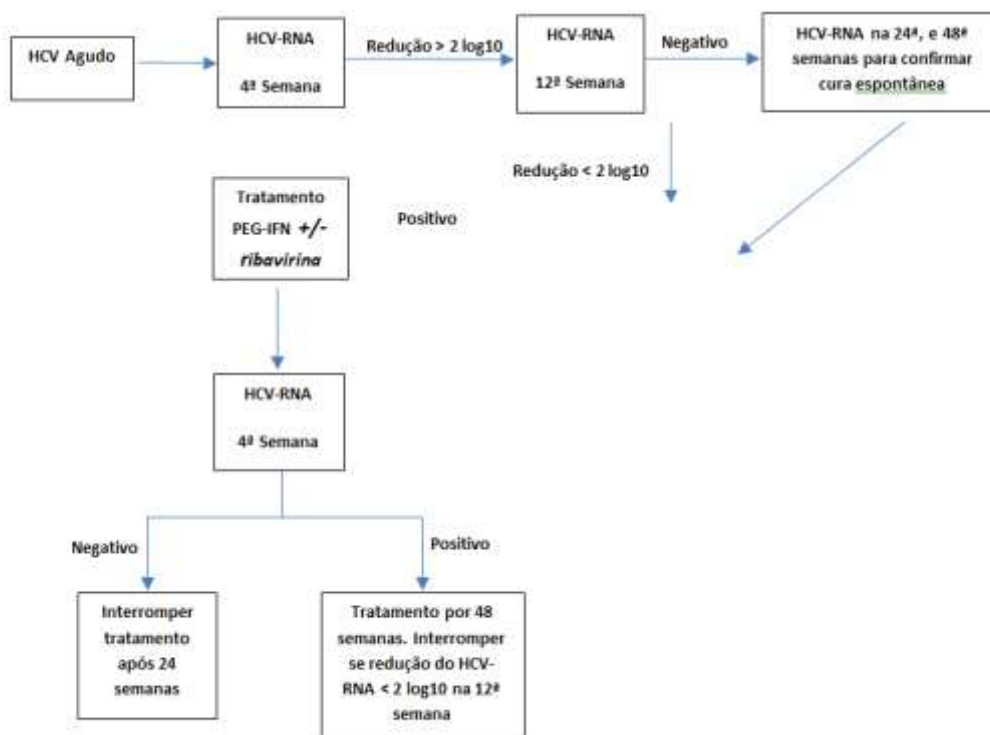
- Na suspeita clínica de infecção aguda pelo VHC, deve-se realizar o VHC-RNA quantitativo.
- Deve-se repetir o VHC-RNA quantitativo na quarta semana após o primeiro exame:
  - Caso não ocorra diminuição da carga viral de pelo menos 2 log<sub>10</sub>, deve-se iniciar o tratamento.
  - Caso a carga viral tenha reduzido mais do que 2 log<sub>10</sub>, recomenda-se AVALIAÇÃO na 12ª semana antes de indicar o tratamento.

O tratamento, quando iniciado, deve ser feito preferencialmente com esquema terapêutico composto por alfapeguinterferona, 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 mono infectados, seu uso é opcional (Nunnari G, Montineri A, Portelli V, Savalli F, Fatuzzo F, Cacopardo B., 2012) (FONTE PCDT HEP C E CO-INFECÇÕES 2017).





FIGURA 3- FLUXOGRAMA PARA O MANEJO DA HEPATITE C AGUDA EM PACIENTES MONOINFECTADOS PELO VHC E PACIENTES COINFECTADOS VHC/HIV



O risco de transmissão é muito superior ao de HIV e o tratamento da VHC aguda tem resultados excelentes.

A única forma de reduzir o risco de transmissão é a prevenção do acidente. As orientações de prevenção às hepatites virais devem ser compartilhadas com os contatos domiciliares e parceiros sexuais. 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 (PCDT hepatite C).

Para mais informações hepatite C - [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58192/arquivoweb4\\_pcdt\\_17\\_05\\_2016\\_pdf\\_31085.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58192/arquivoweb4_pcdt_17_05_2016_pdf_31085.pdf).



## 8.4 SEGUIMENTO LABORATORIAL DAS HEPATITES VIRAIS

QUADRO 16 - SEGUIMENTO LABORATORIAL DAS HEPATITES VIRAIS

Exame	Pessoa fonte		Pessoa exposta		
	1º atendimento	1º atendimento	1 mês	3 meses após exposição	6 meses após exposição
Hepatite B	Sim	Sim	Não	Não	Sim, caso suscetibilidade
Hepatite C	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim, caso suscetibilidade

Realizar HBsAg e antiHBc total na pessoa exposta: 0 e 6 meses.

Entre os vacinados (no cenário ocupacional), realizar anti-HBs 1 a 2 meses após a última dose da vacina (desde que não tenha feito IGHAHB). Se for feita IGHAHB, esperar 6 a 12 meses após a sua aplicação para realizar o antiHBs).



## 9 OUTRAS MEDIDAS NO ATENDIMENTO À PESSOA EXPOSTA

### 9.1 CUIDADOS COM A ÁREA EXPOSTA

Nos casos de exposições percutânea e cutânea, recomenda-se, como primeira conduta após a exposição a material biológico, os cuidados imediatos com a área atingida. Essas medidas incluem a lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão. O uso de soluções antissépticas degermantes pode ser utilizado.

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 aumentam a área exposta (cortes, injeções locais) e a utilização de soluções irritantes, como éter, hipoclorito ou glutaraldeído.

### 9.2 CONCEPÇÃO E ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

O diagnóstico de gravidez pode modificar o atendimento das IST, além de contraindicar a contracepção de emergência. Portanto, toda mulher deve ser questionada sobre atraso menstrual e presença de sintomas de gravidez. Caso estejam presentes um teste de gravidez é recomendado.

A anticoncepção de emergência deve ser considerada em todas as mulheres em idade fértil após exposição sexual ao HIV, caso não exista desejo de engravidar e excluída gravidez no atendimento inicial.

A prescrição pode ser feita com a administração de 1 comprimido de 0,75mg de levonorgestrel a cada 12 horas ou, preferentemente, com 2 comprimidos de 0,75mg juntos, em dose única. Algumas preparações comerciais disponibilizam o levonorgestrel na dose de 1,5mg por comprimido. Nesse caso, utiliza-se 1 comprimido de 1,5mg em dose única. Da mesma forma que o método de Yuzpe, o levonorgestrel pode ser utilizado até cinco dias da relação sexual desprotegida.

Para mais informações sobre o uso de levonorgestrel podem ser obtidas no documento Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde, disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao\\_emergencia\\_perguntas\\_respostas\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf),

e também no Protocolo para Utilização do Levonorgestrel, disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_levonorgestrel\\_anticoncepcao\\_hormonal\\_emergencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_levonorgestrel_anticoncepcao_hormonal_emergencia.pdf)

QUADRO 17- INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DE GRAVIDEZ

Exame	Pessoa exposta	
	1º atendimento	4-6 semanas após exposição
Teste de gravidez	Sim, se atraso menstrual ou presença de sintomas de gravidez	Sim, se primeiro negativo



### 9.3 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, consulte-se o Guia de Vigilância em Saúde, disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>



## 10 PROCEDIMENTOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Para os casos de acidentes relacionados ao trabalho, os eventos devem ser notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (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 diretriz da Política de Promoção da Saúde dos Trabalhadores do SUS (Brasil, 2012).

Nos casos de violência sexual, deve-se notificar o evento utilizando a **ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais**. Nos casos de criança e suspeita de violência deve-se notificar também o conselho tutelar local.

As fichas de investigação encontram-se disponíveis no endereço <http://www.saude.gov.br/sinanweb>.



## 11 OFERTA DE PEP POR TIPO DE SERVIÇO

A linha de cuidado para PEP deve levar em conta a diversidade de organização da rede de saúde e a disponibilidade de serviços existentes em cada território. O PCDT-PEP simplificou o emprego dos antirretrovirais, assim como a avaliação de risco, tornando possível o atendimento de qualquer tipo de exposição em todos os serviços (Diretrizes, 2016). Entretanto, o fornecimento de todas ferramentas de profilaxia irá depender da estrutura do serviço de saúde. Abaixo separamos os tipos de pacotes de profilaxia que deverá ser fornecido de acordo com estrutura local:

QUADRO 18 - OFERTA DE PEP POR TIPO DE SERVIÇO

Serviço I	Serviço II	Serviço III – pacote completo	Pacote serviços de urgência e emergência
Investigação diagnóstica para o HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte; Teste Rápido	Investigação diagnóstica para o HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte; Teste Rápido	Investigação diagnóstica para o HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte; Teste Rápido	Investigação diagnóstica para o HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte; Teste Rápido
Investigação do risco e de sinais/sintomas de IST	Investigação do risco e de sinais/sintomas de IST	Investigação do risco e de sinais/sintomas de IST	Investigação do risco e de sinais/sintomas de IST
Anticoncepção de emergência	Anticoncepção de emergência	Anticoncepção de emergência	Anticoncepção de emergência
Coleta de exames para hepatites e sífilis	Teste Rápido de sífilis e hepatites	Teste Rápido de sífilis e hepatites	Restante encaminhar para o serviço de referência
Restante encaminhar para o serviço de referência	Tratamento sintromico das IST	Tratamento sintromico das IST	
	Vacinação	Vacinação	
		Investigação laboratorial para IST	



## 12 REFERÊNCIAS

Ayres, Andréia Rodrigues Gonçalves. 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, Oct. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000500023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500023&lng=en&nrm=iso)>. Access on 05 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000500023>.

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* 2009; 23: 1397-1404.

Baeten JM, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *The New England journal of medicine*. 2012 Aug 2; 367(5):399-410. 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* 2006;43:324-6.

Beebejaun K eta I. Outbreak of hepatitis A associated with men who have sex with men (MSM), England, July 2016 to January 2017. *Euro Surveill*. 2017 Feb 2;22(5)

Bolan RK, 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*. 2015 Feb;42(2):98-103. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000216.

Brasil. 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, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html), acesso em 15 de maio de 2015.

BRASIL. 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. Ministério da Saúde, 2017.

Bula Dolutegrivir. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24633662016&pIdAnexo=4000318](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24633662016&pIdAnexo=4000318).

Cahn et al. Dolutegravir versus raltegravir in antiretroviral-experienced, integrase-inhibitor-naive adults with HIV: week 48 results from the randomized, double blind, non-inferiority SAILING study. *Lancet* 2013; 382: 700–08

Campbell TB, Smeaton LM, Kumarasamy N, Flanigan T, Klingman KL, Firnhaber C, 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*. 2012;9(8):e1001290. PubMed PMID: 22936892. Pubmed Central PMCID: PMC3419182. Epub 2012/09/01. eng.



Centers for Disease Control and Prevention. Serious adverse events attributed to nevirapine regimens for postexposure prophylaxis after HIV exposures—worldwide, 1997–2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001; 49:1153–6.).

Centers for Disease Control and Prevention. Hepatitis C FAQs for Health Professionals. 2014. Disponível em: . 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, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2008: available at <http://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/PDFs/ChronicHepBTestingFlwUp.pdf>. Accessed October 6, 2015.

Chacko L, Ford N, Sbaiti M, Siddiqui R. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. *Sexually transmitted infections*. 2012 Aug;88(5):335-41. PubMed PMID: 22332148. Epub 2012/02/15. eng.

Chen GJ et al. Incidence of acute hepatitis A among HIV-positive patients during an outbreak among MSM in Taiwan: impact of HAV vaccination. *Liver Int*. 2017

Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. Aug 11 2011;365(6):493-505.

Cohen, Myron S. et al. "Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission." *The New England journal of medicine* 375.9 (2016): 830–839

Crosby R, Milhausen R, Yarber WL, Sanders SA, Graham CA. Condm 'turn offs' among adults: an exploratory study. *Int J STD AIDS*. 2008; 19: 590-594. 4.

Dados do Relatório de Monitoramento Clínico 2016. Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br>.

Diretrizes para organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV - PEP, 2016 disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59134/diretrizes\\_para\\_a\\_organizacao\\_da\\_rede\\_de\\_profilaxi\\_31931.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59134/diretrizes_para_a_organizacao_da_rede_de_profilaxi_31931.pdf).

Dionne-Odom J, Osborn MK, Radziewicz H, et al. Acute hepatitis C and HIV coinfection. *Lancet Infect Dis* 2009;9:775–83; Urbanus AT, van de Laar TJ, Stolte IG, et al. Hepatitis C virus infections among HIV-infected men who have sex with men: an expanding epidemic. *AIDS* 2009;23:F1–7.

European aids clinical society (EACS), 2015. GUIDELINES Version 8.0 October 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 Dec 2016. Available from: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/13-12-2016-RRA-Hepatitis%20A-United%20Kingdom.pdf>

Feinberg J, Clotet B, Khuong MA. 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: 53rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Denver, CO, 2013.





FERRAZ, Dulce; PAIVA, Vera. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto Brasileiro. In: REV BRAS EPIDEMIOL SET 2015; 18 SUPPL 1: 89-103.

Ford N, Irvine C, Shubber Z, Baggaley R, Beanland R, Vitoria M, et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. AIDS (London, England). 2014 Nov 28;28(18):2721-7. PubMed PMID: 25493598. Epub 2014/12/11. eng.

Freidl GS, Sonder GJ, Bovée LP, Friesema IH, van Rijckevorsel GG, Ruijs WL, van Schie F, Siedenburg EC, Yang J, Vennema H. 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. 2017;22(8):pii=30468. DOI: [http:// dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.8.30468](http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.8.30468)

Gallant JE, DeJesus E, Arribas JR, Pozniak AL, Gazzard B, Campo RE, et al. Tenofovir DF, emtricitabine, and efavirenz vs. zidovudine, lamivudine, and efavirenz for HIV. The New England journal of medicine. 2006 Jan 19; 354(3):251-60. PubMed PMID: 16421366. Epub 2006/01/20. eng.

Gao G1, Smith DI. Cytogenet Genome Res. 2016; 150(3-4):185-193. doi: 10.1159/000458166. Epub 2017 Mar 1. Human Papillomavirus and the Development of Different Cancers

Gaur A et. al. Practice of Feeding Premasticated Food to Infants: A Potential Risk Factor for HIV Transmission. Pediatrics vol: 124 (2) Date Accessed: 2017-05-12. URL [pediatrics.aappublications.org/content/124/2/658?download=true](http://pediatrics.aappublications.org/content/124/2/658?download=true)

Gazzard B, Balkin A, Hill A. Analysis of neuropsychiatric adverse events during clinical trials of efavirenz in antiretroviral-naive patients: a systematic review. AIDS reviews. 2010 Apr-Jun;12(2):67-75. PubMed PMID: 20571601. Epub 2010/06/24. eng.

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. In: **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Set 2015; 18 SUPPL 1: 43-62

Gulich AE, Bavinton BR, Jin F, Prestage GP, Zablotska IB, Grinsztejn B, et al. HIV Transmission in Male Serodiscordant Couples in Australia, Thailand and Brazil. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections [Internet]. 2015. Abstract number: 1019LB.

Hagan H1, Jordan AE, Neurer J, Cleland CM.. AIDS. 2015 Nov;29(17):2335-45. doi: 10.1097/QAD.0000000000000834. Incidence of sexually transmitted hepatitis C virus infection in HIV-positive men who have sex with men.

Hearst N, Chen S. Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working? Stud Fam Plann 2004; 35(1): 39-47

Knight D, Jarrett D. Preventive Health Care for Men Who Have Sex with Men. American family physician 2015 vol: 91 (12) pp: 844-51).

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 2006; 18(8): 879-87.



IPEA - Nota Técnica – março, 2014. Número 11 - Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde; março de 2014. IPEA. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/140327\\_notatecnicadiest11.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf).

Irvine C, Shubber Z, Vitoria M, Beanland R, Doherty M, Ford N. Do starter packs improve outcomes for people taking hiv post-exposure prophylaxis? TUPE155 - Poster Exhibition. Disponível em <http://pag.aids2014.org/abstracts.aspx?aid=5796>. Acesso em 07 de julho de 2015.

Lavanchy, D. (2011). Evolving epidemiology of hepatitis C virus. *Clinical Microbiology and Infection*, 17(2), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2010.03432.x>

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. Ministério da Saúde, 2010.

Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência. CFM, 2011

Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV”, disponível em <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-infeccao-pelo-hiv>.

Macdonald S, Myhr T, Husson H, Du Mont J, Balla S, et al. Prospective cohort study of HIV post-exposure prophylaxis for sexual assault survivors. *Antiviral therapy*. 2008;13(1):87-95. PubMed PMID: 18389902. Epub 2008/04/09. eng.

Mayer KH, Mimiaga MJ, Gelman M, Grasso C. 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 (1999)*. 2012 Apr 1;59(4):354-9. PubMed PMID: 22267017. Epub 2012/01/24. eng.

Matthews LT, Smit JA, Cu-Uvin S, Cohan D. Antiretrovirals and safer conception for HIV-serodiscordant couples. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012 Nov;7(6):569–78. PMID: 23032734. PMCID: 3695736.

McConnell JJ, Bragg L, Shiboski S, Grant RM. Sexual seroadaptation: lessons for prevention and sex research from a cohort of HIV-positive men who have sex with men. *PLoS One* 2010; 5(1): e8831

Medland NA1,2, Chow EP3, Bradshaw CS3, Read TH3, Sasadeusz JJ4, Fairley CK3. *BMC Infect Dis*. 2017 Mar 2;17(1):185. doi: 10.1186/s12879-017-2288-x. Predictors and incidence of sexually transmitted Hepatitis C virus infection in HIV positive men who have sex with men.

Molina JM, Andrade-Villanueva J, Echevarria J, Chetchotisakd P, Corral J, David N, 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*. 2008 Aug 23;372(9639):646-55. PubMed PMID: 18722869. Epub 2008/08/30. eng.

Molina JM, Charreau I, Chidiac C, et al. On demand post-exposure prophylaxis with doxycycline for MSM enrolled in a PrEP trial. Presented at the Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, WA, February 13-16, 2017. Abstract # 91LB



Mujugira A, Celum C, Coombs RW, Campbell JD, Ndase P, Ronald A, et al. HIV transmission risk persists during the first 6 months of antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016;72(5):579–84. PMID: 27070123. PMCID: 5106226.

Norma técnica, Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Ministério da saúde, 2012.

Nota informativa n. 007/2017- DDAHV/SVS/MS encontrada em [http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom\\_operacional/Nota%20Informativa%20007%20-%20protocolo%20de%20uso%20ARV%20-%202017.pdf](http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Nota%20Informativa%20007%20-%20protocolo%20de%20uso%20ARV%20-%202017.pdf)).

Oldenburg CE, Barnighausen T, Harling G, Mimiaga MJ, Mayer KH. Adherence to post-exposure prophylaxis for non-forcible sexual exposure to HIV: a systematic review and meta-analysis. *AIDS and behavior.* 2014 Feb; 18(2):217-25. PubMed PMID: 23877791. Pubmed Central PMCID: PMC3864606. Epub 2013/07/24. eng.

Otten RA, Smith DK, Adams DR, Pullium JK, Jackson E, Kim CN, 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.* 2000 Oct;74(20):9771-5. PubMed PMID: 11000253. Pubmed Central PMCID: PMC112413. Epub 2000/09/23. eng.

Palumbo P, Lindsey JC, Hughes MD, et al. Antiretroviral treatment for children with peripartum nevirapine exposure. *N Engl J Med* 2010; 363:1510–20

Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS* 2014; 28(10): 1509-19

Pelizzer, Thaisa 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, Dec. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2016000400791&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400791&lng=en&nrm=iso)>. Access on 05 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040009>.

Penazzato M., Dominguez K, Cotton M, Barlow-Mosha L and Ford N. Choice of Antiretroviral Drugs for Postexposure Prophylaxis for Children: A Systematic Review. *Clinical Infectious Diseases®* 2015;60(S3):S177–81.

Peterson J, Di Clemente R. *The Handbook of HIV Prevention.* New York, NY: Kluwer Academic/Plenum; 2000.

Porco TC, Martin JN, Page-Shafer KA, et al. Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy. *AIDS.* Jan 2 2004;18(1):81-88.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2016.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções disponível no endereço <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-b-e-coinfeccoes>.



Puro V, Soldani F, De Carli G, Lazarevic Z, Mattioli F, Ippolito G. Drug-induced aminotransferase alterations during antiretroviral HIV post-exposure prophylaxis. *AIDS (London, England)*. 2003 Sep 5; 17(13):1988-90. PubMed PMID: 12960834. Epub 2003/09/10. eng.

Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. *N Engl J Med*. Mar 30 2000;342(13):921-929.

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* 2013; 13:927–35.

Rambow B, Adkinson C, Frost TH, Peterson GF . Female sexual assault: medical and legal implications. *Ann Emerg Med*. 1992;21(6):727.

Rimawi, B. H., Johnson, E., Rajakumar, A., Tao, S., Jiang, Y., Gillespie, S., ... Chakraborty, R. (2017). Pharmacokinetics and Placental Transfer of Elvitegravir and Dolutegravir, and Other Antiretrovirals during Pregnancy. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, AAC.02213-16. <https://doi.org/10.1128/AAC.02213-16>.

Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, 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 [Internet]*. 2016;316(2):171–81

Saleem HT et al. Achieving pregnancy safely for HIV-serodiscordant couples: a social ecological approach. *Journal of the International AIDS Society* 2017, 20(Suppl 1):21331

Stamm, Lola V. 2016. "Syphilis: Re-Emergence of an Old Foe." *Microbial Cell (Graz, Austria)* 3 (9). Shared Science Publishers: 363–70. doi:10.15698/mic2016.09.523.

Small, W., Bacon, M. A., Bajaj, A., Chuang, L. T., Fisher, B. J., Harkenrider, M. M., ... Gaffney, D. K. (2017). Cervical cancer: A global health crisis. *Cancer*. <https://doi.org/10.1002/cncr.30667>.

Solomon, M. M., Mayer, K. H., Glidden, D. V., Liu, A. Y., McMahan, V. M., Guanira, J. V. Veloso, V. (2014). Syphilis Predicts HIV Incidence Among Men and Transgender Women Who Have Sex With Men in a Preexposure Prophylaxis Trial. *Clinical Infectious Diseases*, 59(7), 1020–1026. <https://doi.org/10.1093/cid/ciu450>

TELELAB <http://www.telelab.aids.gov.br>.

Thigren MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *The New England journal of medicine*. 2012 Aug 2;367(5):423-34. PubMed PMID: 22784038. Epub 2012/07/13. eng.

Thomas R, Galanakis C, Vézina S, Longpré D, Boissonnault M, Huchet E, Charest L, Murphy D, Trottier B and Machouf N. 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*. 2015 Nov 11;10(11):e0142534. 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*. Mar 1 2002;29(3):275-283.



Tsai CC, Follis KE, Sabo A, Beck TW, Grant RF, Bischofberger N, et al. Prevention of SIV infection in macaques by (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl)adenine. *Science (New York, NY)*. 1995 Nov 17; 270(5239):1197-9. PubMed PMID: 7502044. Epub 1995/11/17. eng.

Tsai CC, Emau P, Follis KE, Beck TW, Benveniste RE, Bischofberger N, et al. Effectiveness of postinoculation (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIV<sub>mac</sub> infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment. *Journal of virology*. 1998 May;72(5):4265-73. PubMed PMID: 9557716. Pubmed Central PMCID: PMC109656. Epub 1998/04/29. eng.

Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV - United States, 2016. From the Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Service.

Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, Agot K, Lombaard J, Kapiga S, et al. Preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. *The New England journal of medicine*. 2012 Aug 2;367(5):411-22. PubMed PMID: 22784040. Pubmed Central PMCID: PMC3687217. Epub 2012/07/13. eng.

Walmsley, Sharon, et al. "Brief report: dolutegravir plus abacavir/lamivudine for the treatment of HIV-1 infection in antiretroviral therapy-naive patients: week 96 and week 144 results from the SINGLE randomized clinical trial." *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)* 70.5 (2015): 515.

Werber D, Michaelis K, Hausner M, Sissolak D, Wenzel J, Bitzegeio J, Belting A, Sagebiel D, Faber M. 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*. 2017;22(5):pii=30457. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.5.30457>;

Workowski KA, Bolan G. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *MMWR Recomm Rep*. Vol 64. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2015: available at <http://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>. Accessed October 6, 2015

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, March 2014. Disponível em <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/december2014supplementARV.pdf>, acesso em 10 de abril de 2014.

World Health Organization Guidelines on Postexposure Prophylaxis for HIV: Recommendations for a Public Health Approach. Ford N, Mayer K, 2014.

World Health Organization (WHO) - CONSOLIDATED GUIDELINES ON THE USE OF ANTIRETROVIRAL DRUGS FOR TREATING AND PREVENTING HIV INFECTION - RECOMMENDATIONS FOR A PUBLIC HEALTH APPROACH - SECOND EDITION 2016

Valin N1, Fonquernie L2, Dagueneil A3, Campa P2, Anthony T2, Guiguet M4, Girard PM2,4, Meyohas MC2,5. Evaluation of tolerability with the co-formulation elvitegravir, cobicistat, emtricitabine, and tenofovir disoproxil fumarate for post-HIV exposure prophylaxis. 2016; *BMC Infect Dis*. 2016 Nov 29;16(1):718.



Violari A, Lindsey JC, Hughes MD, et al. Nevirapine versus ritonavirboosted lopinavir for HIV-infected children. *N Engl J Med* 2012; 366:2380–9