



NOTA TÉCNICA Nº. 004/DIVE/SES/2011

Assunto: utilização dos testes rápidos anti-HIV nos serviços de saúde no Estado de Santa Catarina.

Os testes rápidos (TR) anti-HIV são exames cuja metodologia permite a detecção de anticorpos contra o HIV em menos de 30 minutos, têm baixo custo, são altamente sensíveis e específicos e de simples aplicação e interpretação. Os testes rápidos podem ser empregados como testes de triagem (quando se realiza apenas um teste) ou podem ser utilizados para fins diagnósticos, conforme algoritmo de diagnóstico do HIV, publicado na Portaria nº. 151, de 14 de outubro de 2009.

A utilização desta metodologia no Brasil está diretamente associada às estratégias visando o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, principalmente em segmentos populacionais prioritários, como: gestantes e parturientes, pacientes com sintomas da aids e sem diagnóstico estabelecido, populações vulneráveis, populações flutuantes, moradores de rua, dentre outros.

Em Santa Catarina, no entanto, estes testes são utilizados apenas em situações que exigem imediata tomada de decisão terapêutica, como visto a seguir.

1. INDICAÇÕES PARA O USO DE TESTE RÁPIDO ANTI-HIV

O seu uso não é dirigido primariamente para fins diagnósticos e sim para triagem em ocasiões onde existe a necessidade de se avaliar e decidir rapidamente sobre a utilização de profilaxia medicamentosa para a infecção pelo HIV. Isso ocorre, principalmente, nos casos de:

- Parturientes admitidas na maternidade que não tenham sido testadas para o HIV no pré-natal ou sem realização de pré-natal;
- Parturientes testadas no pré-natal uma, ou mais vezes, e cujo(s) resultado(s), no entanto, não se encontra(m) disponível(is) em prontuário ou cartão de pré-natal, na admissão para o parto;
- Gestantes que chegam tardiamente ao pré-natal, em razão do lapso de tempo entre a coleta e a chegada do resultado da sorologia para o início da profilaxia antirretroviral, se necessária;
- Exposição ocupacional com risco profissional, para acesso rápido ao status sorológico dos pacientes-fontes e também dos expostos¹;

¹Em caso de teste positivo, deve-se realizar a sorologia convencional para confirmação laboratorial da infecção pelo HIV; caso se confirme a infecção, deve-se realizar o agendamento e encaminhamento para serviço de referência para o atendimento inicial.

- Em situações de exposição sexual, consensual ou não, a ser realizado no paciente-fonte e também na pessoa exposta².

²Em caso de teste positivo na pessoa exposta, e se negativo o teste do paciente fonte, deve-se iniciar a profilaxia do paciente fonte e, ao mesmo tempo, deve-se realizar a sorologia convencional para confirmação laboratorial da infecção pelo HIV da pessoa exposta; caso se confirme a infecção, deve-se realizar o agendamento e o encaminhamento para serviço de referência para o atendimento inicial.

Tendo em vista que, neste caso, não se trata de um exame com fins diagnósticos, e que o resultado é considerado como provisório, pode ser aceita a realização de um único teste para se tomar uma decisão terapêutica de emergência. Nesse caso, é imprescindível que uma amostra de sangue, ou o próprio paciente, seja encaminhado em caráter prioritário para a execução de testes sorológicos convencionais.

A realização de teste anti-HIV nos serviços de saúde deve ser feita após aconselhamento e consentimento das pessoas envolvidas (ou do responsável, nos casos envolvendo crianças). Reafirma-se que **o exame não é compulsório e a decisão pela aceitação ou não para a realização do teste rápido deverá ser anotada no prontuário de atendimento do(a) paciente em questão**, não havendo necessidade da assinatura de um termo de consentimento.

2. REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Considerando-se que a principal via de infecção pelo HIV na população infantil é a transmissão vertical, e que diversos estudos realizados até o momento demonstraram uma redução importante da transmissão (<3%) com a aplicação das medidas profiláticas na gestação, no parto e no recém-nascido, é altamente recomendável a garantia do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV e o acompanhamento pré-natal adequado a todas as gestantes.

Entretanto, muitas mulheres chegam ao trabalho de parto sem terem feito o pré-natal. Para estas mulheres, a única oportunidade de terem acesso a um teste anti-HIV é na hora do parto, o que traz questionamentos sobre aspectos éticos da própria testagem e do aconselhamento pré-teste neste momento. No entanto, ainda que não seja o momento ideal para o aconselhamento e a indicação de um teste anti-HIV, negar à mulher a oportunidade de ser testada parece mais danoso do que qualquer discussão sobre a propriedade da testagem na maternidade.

A chegada tardia de gestantes ao serviço de pré-natal representa outro desafio ao sistema de saúde, limitando muito, em termos temporais, o acesso ao diagnóstico de morbidades, incluindo a infecção pelo HIV. A realização de testes rápidos nessa ocasião permite o diagnóstico preliminar e o início imediato das medidas profiláticas até a confirmação posterior do diagnóstico.

Na admissão hospitalar por trabalho de parto de mulheres sem seguimento pré-natal, ou cujos resultados dos testes anti-HIV não se encontram disponíveis, o teste rápido pode ser usado para a indicação de profilaxia com zidovudina (AZT) intravenosa para a mãe e solução oral para o recém-nascido em tempo hábil, que incluirá ainda a não amamentação.

2.1. RACIONAL

O guia “Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes – 2010” (em www.aids.gov.br) preconiza as seguintes medidas para redução da taxa de transmissão vertical (TV):

- Uso de terapia antirretroviral de alta potência durante a gestação, para fins de profilaxia da transmissão vertical do HIV e/ou para tratamento propriamente dito;
- Utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto;
- Realização de cesárea eletiva na gestante com carga viral maior ou igual a 1.000 cópias/mL a partir da 34ª semana de gestação, ou com carga viral desconhecida, ou por indicação obstétrica;
- Administração de AZT oral para o recém-nascido exposto ao HIV, do nascimento até 42 dias de vida;
- Inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil ao recém-nascido exposto.

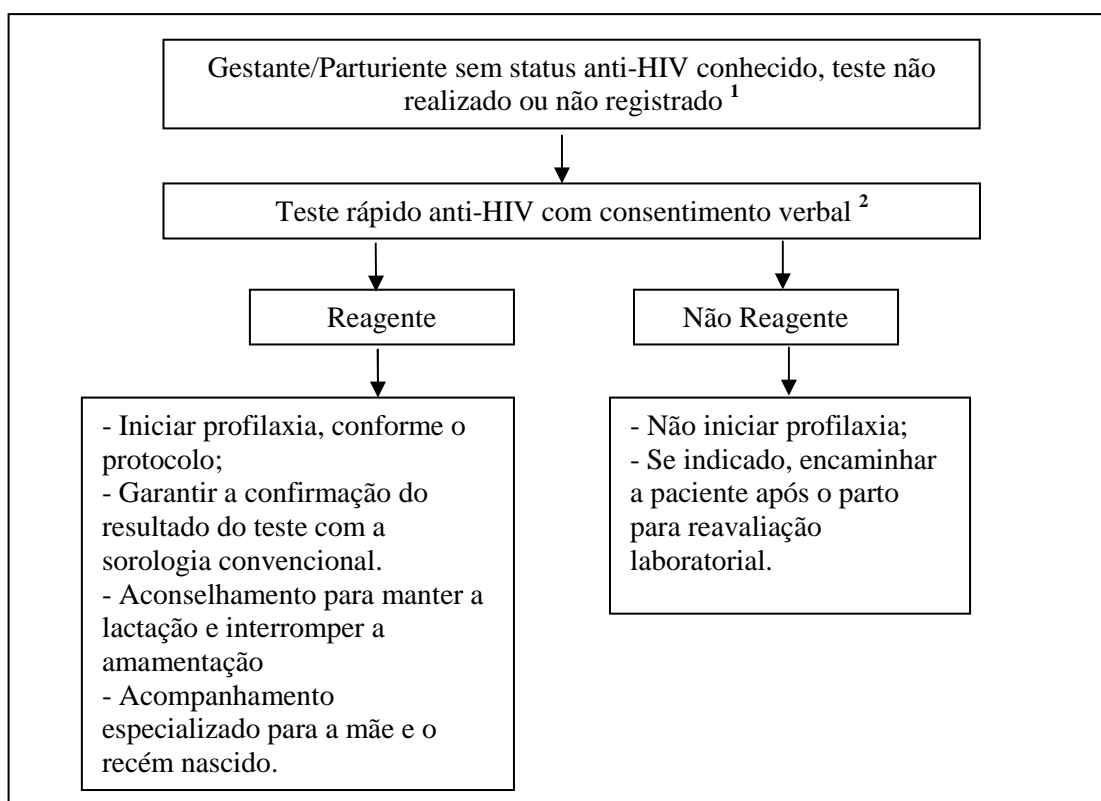
A taxa de transmissão vertical do HIV é de cerca de 25% sem qualquer intervenção. Entretanto, essa taxa pode ser reduzida para aproximadamente 1%, ou menos, com a aplicação das medidas profiláticas adequadas.

Como se trata de uma situação de emergência com risco para terceiros (no caso o recém-nascido) e a eficácia da quimioprofilaxia é bastante elevada, recomenda-se a realização do teste rápido na mulher em trabalho de parto, com o consentimento verbal da mesma. As mulheres que apresentarem resultado **não reagente** não terão indicação de profilaxia. As mulheres com resultado **reagente** ao teste rápido deverão receber imediatamente a quimioprofilaxia com AZT intravenoso, serem informadas do risco de transmissão pelo leite materno e, portanto, aconselhadas a não amamentar; o recém-nascido receberá o AZT em solução oral. A confirmação sorológica, de acordo com as recomendações técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, será providenciada por meio de uma amostra de sangue coletada na maternidade ou encaminhando a puérpera para serviço referenciado. Ao recém-nascido a recomendação é a da manutenção do AZT até a elucidação diagnóstica materna do caso, o qual será suspenso no 42º dia de uso.

Assim, entende-se que os testes rápidos reativos serão considerados provisoriamente positivos, para fins de iniciação das medidas profiláticas. Desta forma, nova amostra de soro deverá ser obtida para posterior confirmação e aconselhamento à gestante, segundo o fluxograma proposto pelo Ministério da Saúde. Abaixo se encontra um algoritmo que resume a conduta recomendada para uso de teste rápido em gestantes para indicação da profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Quadro 1. Fluxograma para uso de testes rápidos de HIV em gestantes

Gestantes em trabalho de parto sem sorologia anti-HIV



¹ Inclui as gestantes que iniciam muito tardiamente o pré-natal (terceiro trimestre) devido ao risco de não haver tempo hábil para a realização de exames convencionais e início da profilaxia.

² Após aconselhamento, sugere-se que o consentimento, ou não, da mulher ou seu representante legal para a realização do teste seja anotado em prontuário.

Tabela 1. Profilaxia antirretroviral no parto com AZT injetável.

Peso da paciente		40kg	50kg	60kg	70kg	80kg	90kg
Dose de ataque: 1ª hora (2mg/kg)	Volume AZT	8ml	10ml	12ml	14ml	16ml	18ml
	Nº. gts/ min	36	37	37	38	39	39
Manutenção: infusão contínua (1mg/kg/hora)	Volume AZT	4ml	5ml	6ml	7ml	8ml	9ml
	Nº. gts/ min	35	35	35	36	36	36

2.2. PROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL PARA O RECÉM-NASCIDO

- Receberão AZT solução oral, iniciando preferencialmente nas duas primeiras horas e mantido até a 6ª semana de vida (42 dias);
- Não existe evidência de benefício quando a administração do AZT para o neonato é iniciada após 48 horas de vida.

Quadro 2. Esquema posológico do AZT no recém nascido

ESQUEMA POSOLÓGICO DO AZT NO RECÉM NASCIDO
AZT solução oral: iniciar nas primeiras 2 horas após o parto. - Quando a mãe recebe o esquema profilático adequado no pré-natal e no parto, o AZT para o recém nascido poderá ser iniciado até 8 horas após o parto. - Se a profilaxia materna foi incompleta, ou apenas realizada no parto, o início do AZT para o recém nascido obrigatoriamente deverá ser iniciado nas primeiras 2 horas de vida.
AZT solução oral: 10mg/ml – Dose: 2mg/kg/dose de 6 em 6 hs por 42 dias

3. EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV

Nesta situação, o uso de testes rápidos no paciente-fonte do material biológico ao qual o profissional de saúde foi exposto se justifica pelo fato de haver um curto período de tempo para se iniciar a terapêutica profilática com antirretrovirais no acidentado, que reduz o risco de infecção em pelo menos 80%. Nesses casos, a terapia antirretroviral deve ser iniciada preferencialmente entre 1 e 2 horas (e no máximo 72 horas) após a exposição e mantida por um período de 28 dias.

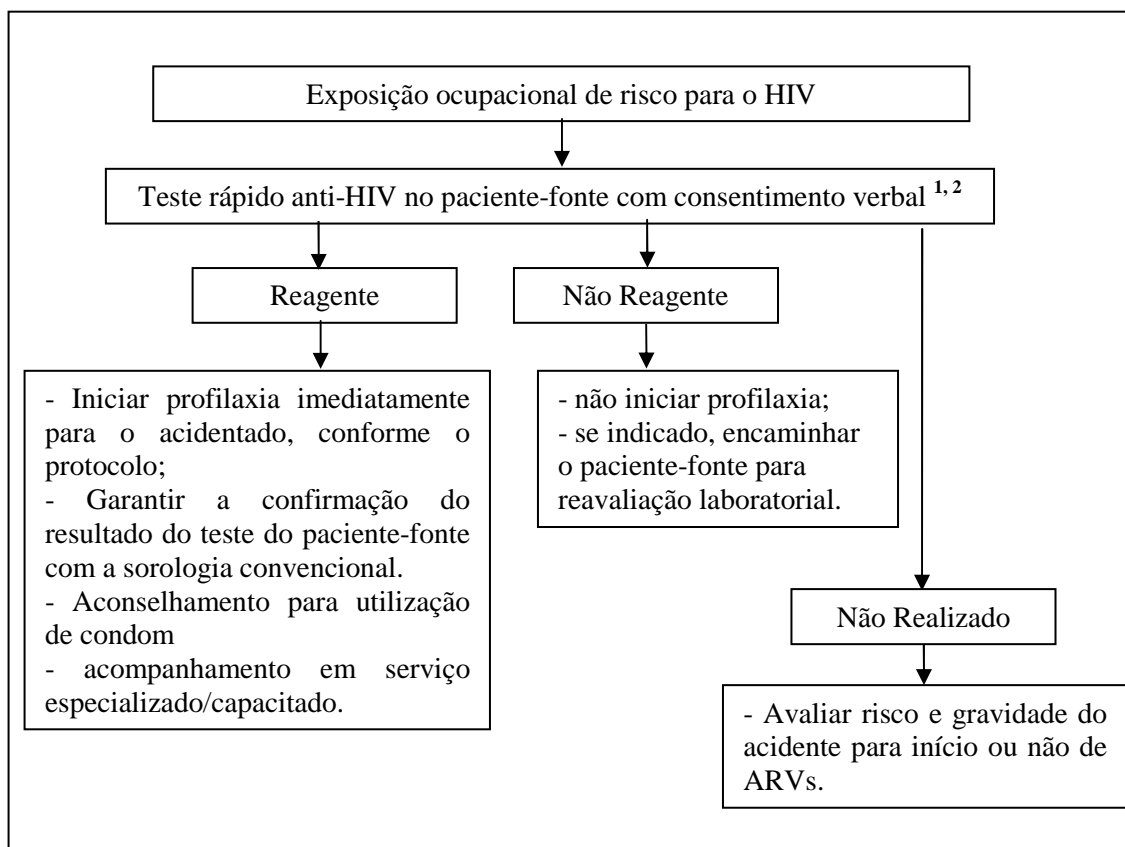
Sempre que possível, a solicitação de teste do paciente-fonte deverá ser feita com o seu consentimento, informando-o sobre a natureza do teste, o significado dos seus resultados e as implicações para o profissional de saúde envolvido no acidente.

O achado de um resultado não-reagente evita o início ou a manutenção desnecessária da quimioprofilaxia antirretroviral para o profissional de saúde acidentado. Porém, a ocorrência de resultados falso-negativos, deve ser sempre levada em conta na avaliação de qualquer teste anti-HIV em função dos dados clínicos e epidemiológicos do paciente. Portanto, em casos de alta suspeição, recomenda-se uma investigação laboratorial mais detalhada.

É importante compreender que os testes rápidos nessa situação estão sendo indicados para se decidir pelo uso de uma quimioprofilaxia de emergência no acidentado, não são considerados testes definitivos para o diagnóstico da infecção no paciente-fonte, o qual somente deverá receber o resultado final de sua sorologia anti-HIV após a realização de testes anti-HIV convencionais.

Abaixo se encontra um algoritmo que resume as ações recomendadas para uso de teste rápido nesta situação.

Quadro 3. Fluxograma para o uso de teste rápido para HIV em situação de exposição ocupacional



¹ Inclui a utilização de amostras de sangue adequadamente coletadas e transportadas, na impossibilidade da presença do paciente-fonte na realização do teste.

² Após aconselhamento. Sugere-se que o consentimento ou não para a realização do teste rápido seja anotado em prontuário.

3.1. RACIONAL

- Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de **emergência médica**, uma vez que, para se obter maior eficácia, as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B, denominadas **profilaxias pós-exposição (PEP)**, necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente;
- As exposições que podem trazer riscos de transmissão ocupacional do HIV e dos vírus das hepatites B e C estão definidas como:
 - Percutâneas: lesões provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes, como, por exemplo, agulhas, bisturi, vidrarias;
 - Mucosas: por exemplo, quando há respingos envolvendo olho, nariz, boca ou genitália;
 - Cutâneas: por exemplo, contato com pele não íntegra, como no caso de dermatites ou feridas abertas;
 - Por mordeduras humanas: consideradas como exposição de risco quando envolvem a presença de sangue. Devem ser avaliadas tanto para o indivíduo que provocou a lesão quanto para aquele que tenha sido exposto.
- A indicação da quimioprofilaxia para a exposição ocupacional deve ser avaliada cuidadosamente, considerando-se o risco do paciente-fonte estar, ou não, infectado pelo HIV, a gravidade da exposição e o potencial benefício da medicação antirretroviral;
- Sempre que indicada, a profilaxia deve ser iniciada o mais breve possível, preferencialmente nas primeiras horas após o acidente (até 72 horas), e a sua duração é de 28 dias;

- O profissional exposto também deve ser submetido ao teste anti-HIV no momento do atendimento para verificar sua condição sorológica anterior ao acidente. Em caso de resultado negativo, deve-se solicitar a sorologia anti-HIV e repetir o exame após 6, 12 e 24 semanas (seis meses), mas um resultado não disponível não deverá retardar o início da profilaxia, se houver indicação;
- Havendo disponibilidade, o indivíduo exposto também poderá ser submetido ao teste rápido anti-HIV no momento do atendimento, para avaliar sua condição sorológica anterior ao acidente. Em caso de resultado negativo, deve-se solicitar a sorologia anti-HIV e repetir o exame após 6, 12 e 24 semanas (seis meses) e, se indicada, iniciar a profilaxia;
 - Em caso de resultado positivo, não iniciar a profilaxia, deve-se solicitar a sorologia anti-HIV, agendar e encaminhar para serviço especializado para avaliação de indicação de terapia antirretroviral;
- Recomenda-se em situações de menor risco o uso de duas drogas antirretrovirais ITRN. Em situações de exposição de maior risco, recomenda-se o uso de esquemas com a adição de um terceiro ITRN ou um IP reforçado com ritonavir (IP/r) – tabela 4;
- Para informações adicionais, consultar o documento “Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV- 2008 - Suplemento III - Tratamento e Prevenção”, do Ministério da Saúde em: www.aids.gov.br.
- Os fatores associados à transmissão do HIV em exposições ocupacionais e a razão de chances de sua ocorrência está resumida na tabela 2.

Tabela 2. Estudo caso-controle de fatores de risco para soroconversão pelo HIV em exposições percutâneas.

Fatores associados à transmissão do HIV em exposições ocupacionais	Razão de chances (Odds Ratio)	IC 95%
Lesão profunda	15	6,0 - 41
Sangue visível no dispositivo	6,2	2,2 - 21
Procedimento com agulha previamente em veia ou artéria do paciente	4,3	1,7 - 12
Doença terminal no paciente-fonte	5,6	2,0 - 16
Uso de AZT pós-exposição	0,19	0,06 - 0,52

Quadro 4. Classificação de risco dos materiais biológicos.

<p>Materiais biológicos com risco ocupacional de transmissão do HIV: sangue, sêmen, secreção vaginal, líquido, tecidos, exsudatos inflamatórios, cultura de células, líquidos pleural, pericárdico, peritoneal, articular e amniótico.</p>	<p>Materiais biológicos sem risco ocupacional de transmissão do HIV: suor, urina, fezes, escarro/secreções nasais, vômitos, lagrima e saliva – a presença de sangue nestes materiais torna-os infectantes, ou seja, de risco.</p>
--	---

Quadro 5. Características do acidente.

<p>Maior gravidade</p>	<p>- Maior volume de sangue: lesões profundas provocadas por material perfurocortante, presença de sangue visível no instrumento, acidentes com agulhas previamente utilizadas em veia ou artéria do paciente-fonte e acidentes com agulhas de grosso calibre;</p> <p>- Maior inóculo viral, ou seja, presença de carga viral elevada, como, por exemplo, em situações de doença avançada e na infecção aguda pelo HIV.</p>
<p>Menor gravidade</p>	<p>- lesão superficial, ausência de sangue visível no dispositivo, agulha sem lúmem.</p>

Tabela 3. Profilaxia antirretroviral pós-exposição ocupacional ao HIV.

Exposição percutânea				
	Paciente-fonte conhecido			Paciente-fonte desconhecido
	HIV +	HIV -	HIV desconhecido	
Maior gravidade (lesão profunda, sangue visível no dispositivo, agulha previamente inserida na veia/artéria do paciente-fonte, agulhas com lúmen e de grosso calibre).	Indicar PEP - esquema expandido	PEP não recomendada	Em geral, PEP não recomendada****	Em geral, PEP não recomendada*****
Menor gravidade (lesão superficial, ausência de sangue visível no dispositivo, agulha de sutura).	Indicar PEP - esquema expandido*	PEP não recomendada	Em geral, PEP não recomendada****	Em geral, PEP não recomendada*****

Exposição em mucosas e/ou cutânea				
	Paciente-fonte conhecido			Paciente-fonte desconhecido
	HIV +	HIV -	HIV desconhecido	
Maior gravidade (grande quantidade de material biológico, contato prolongado).	Indicar PEP - esquema expandido	PEP não recomendada	Em geral, PEP não recomendada****	Em geral, PEP não recomendada*****
Menor gravidade (pouca quantidade de material biológico, curto contato).	Considerar PEP - esquema básico**	PEP não recomendada	Em geral, PEP não recomendada****	Em geral, PEP não recomendada*****

* Estudos sobre exposição sexual e transmissão vertical sugerem que indivíduos com carga viral < 1.500 cópias/ml apresentam um risco muito reduzido de transmissão do HIV. Em exposições envolvendo paciente-fonte sabidamente positivo e com baixa carga viral, pode-se optar pelo esquema básico de PEP.

** Considerar: indica que a PEP é opcional e deve ser baseada na análise individualizada da exposição, devendo a decisão ser tomada entre o acidentado e o médico assistente.

*** Sorologias negativas indicam que não há risco de transmissão do HIV. A possibilidade de soroconversão recente (“janela imunológica”), diante de sorologia negativa sem a presença de sintomas de infecção aguda, é extremamente rara, mas deve ser avaliada no atendimento ao acidentado.

**** Quando indicada, a PEP deve ser iniciada com o esquema básico de dois antirretrovirais, até que os resultados dos exames laboratoriais sejam conhecidos, acarretando modificação ou suspensão do esquema, de acordo com o resultado da sorologia do paciente-fonte.

***** Quando o paciente-fonte é desconhecido, o uso de PEP deve ser decidido individualmente, considerando-se o tipo de exposição e a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HIV.

Tabela 4. Esquema profilático:

Profilaxia com ARVs	Esquema Básico	Esquema Expandido
	Preferencial: AZT + 3TC ¹ Alternativo: TDF + 3TC ou D4T + 3TC	Preferencial: AZT + 3TC + TDF ² Alternativo: AZT + 3TC + LPV/r ³ ou TDF + 3TC + LPV/r

¹ o AZT +3TC é o esquema de ITRN preferencial; o AZT deverá ser substituído em caso de Hb <8,0g% e/ou contagem de neutrófilos <500/mm³;

² em razão da maior comodidade posológica e adesão, com menor risco de toxicidade no curto prazo;

³ em caso de suspeita de resistência viral deve-se compor o esquema com 2 ITRN e 1 IP/r.

Considerar outros esquemas antirretrovirais em função da possibilidade de exposição a vírus resistentes quando o paciente-fonte for multi-experimentado em TARV. Neste caso deverá ser avaliado por especialista.

3.2. Observações:

- Drogas não recomendadas para uso inicial em profilaxia pós-exposição ocupacional: ABC e associação de ddI + d4T; o abacavir (ABC) e a didanosina (ddI) são ambos desencorajados para PEP em função de seus efeitos adversos, relativamente frequentes.
- A **nevirapina (NVP) é contra-indicada como droga antirretroviral profilática** por haver relatos de hepatotoxicidade grave (casos de falência hepática necessitando transplante) e Síndrome de Stevens-Johnson.
- **O efavirenz deve ser usado somente em situações excepcionais** (exposição grave a paciente-fonte HIV+, com resistência **potencial** aos IP), após avaliação de especialistas no manejo da infecção pelo HIV. Não pode ser utilizado em gestantes ou em mulheres com possibilidade de engravidar, em razão da potencial ocorrência de efeitos teratogênicos; pode ser utilizado em homens mais livremente, porém atentar para os possíveis efeitos sobre o sistema nervoso central e a rotina do paciente (tipo de trabalho, estudo etc).
- Enfuvirtida (T20) não deve ser utilizada como medicamento profilático, exceto em situações especiais e sob orientação de especialista.

3.3. Situações em que a profilaxia pós-exposição NÃO está recomendada:

a) Casos de profissionais acidentados sabidamente infectados pelo HIV;

b) Casos em que a exposição **não** acarreta risco de transmissão, tais como:

- Exposição de pele intacta;
- Exposição a fluidos corpóreos cujo risco de transmissão seja inexistente (saliva, urina, lágrima, suor ou fezes)*;
- Exposição a fluidos corpóreos de indivíduos sabidamente soronegativos para o HIV (a não ser que estes estejam sob alto risco de infecção recente, que inclua o período de janela imunológica);

c) Casos em que o atendimento ocorra mais de 72 horas após o acidente.

*desde que não haja a presença de sangue ou de evidências de material inflamatório nesses materiais.

Ressalta-se que a ausência de um médico especialista no momento do atendimento pós-exposição **não é razão** para retardar o início da quimioprofilaxia. Nesses casos, recomenda-se o uso dos esquemas de profilaxia AZT + 3TC + TDF ou AZT + 3TC + LPV/r até que o profissional acidentado seja reavaliado quanto à adequação da PEP.

4. EXPOSIÇÃO SEXUAL

No atendimento inicial o profissional avaliará a condição sorológica da pessoa exposta e de sua parceria sexual, além de investigar como e quando ocorreu a exposição, para definir a indicação da quimioprofilaxia.

Na dúvida sobre a **gravidade da exposição**, recomenda-se iniciar a quimioprofilaxia expandida e, posteriormente, reavaliar a manutenção ou alteração do esquema.

Se a condição sorológica da pessoa exposta não for conhecida, dever-se-á realizar preferencialmente testes rápidos para o HIV: em caso de resultado reagente, não está indicada quimioprofilaxia, mas a definição diagnóstica por meio de sorologia convencional.

a) Situações de exposição sexual em que a sorologia do parceiro é desconhecida

O primeiro atendimento após a exposição sexual é considerado de urgência em função da necessidade de início precoce da quimioprofilaxia, **idealmente nas primeiras 2 horas após a exposição, tendo como limite as 72 horas subsequentes. Não é recomendado o início da profilaxia pós-exposição (PEP) caso a pessoa exposta chegue ao atendimento após 72 horas da ocorrência.**

Deve-se realizar sempre a testagem para HIV, VHB, VHC e sífilis (VDRL), visando definir se ocorreu transmissão prévia desses agravos.

Tabela 5. Esquemas de profilaxia em situações de exposição sexual:

Esquema preferencial:	zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) + tenofovir (TDF).
Esquema Alternativo:	zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) + lopinavir/ritonavir (LPV/r)

Caso seja indicada profilaxia antirretroviral para a pessoa exposta, deve-se realizar avaliação laboratorial no atendimento inicial, devendo esta incluir a testagem para HIV (com testes rápidos quando disponíveis), VDRL e marcadores virais de hepatite e hemograma, além de provas de função renal e hepática. Quando o *status* sorológico do indivíduo fonte for desconhecido, recomenda-se, sempre que possível, a utilização de testes rápidos para o HIV, visando determinar o diagnóstico e a necessidade de indicar a profilaxia.

b) Situações de exposição sexual em que a sorologia da parceria for conhecida (incluindo casais sorodiscordantes)

Conforme mencionado, uma vez ocorrido o contato com fluidos genitais infectados ou relação sexual desprotegida com parceria sabidamente soropositiva, a pessoa exposta deve receber profilaxia antirretroviral o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas após a exposição. Cabe ressaltar a importância da realização de testes rápidos na pessoa exposta para definir sua condição sorológica prévia à exposição. Em caso de resultado reagente, deve-se encaminhá-la ao SAE para iniciar o acompanhamento clínico e laboratorial, sem indicação de profilaxia antirretroviral. Caso o resultado da testagem seja negativo, deve-se considerar o início da profilaxia.

c) Situações em que a quimioprofilaxia antirretroviral não está indicada

- Contatos sexuais sem penetração, como no caso da masturbação mútua e do sexo oral sem ejaculação na cavidade oral.
- Na exposição repetida a relações sexuais desprotegidas, sugere-se encaminhar a pessoa para acompanhamento em Unidades de Referência (CTA ou SAE).

Tabela 6. Indicação de quimioprofilaxia segundo tipo de exposição e parceria.

		Maior risco			Menor risco
Maior risco	Tipo de exposição	Anal receptiva	Anal ou vaginal insertiva	Vaginal receptiva	Oral receptiva com ejaculação
		<i>Status</i> Sorológico do parceiro			
	Parceiro sabidamente HIV positivo	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Considerar
Menor risco	Parceiro de sorologia desconhecida, mas de população de alta prevalência	Recomendar	Considerar	Considerar	Considerar
	Parceiro de sorologia desconhecida e de população de baixa prevalência	Considerar	Não recomendar	Não recomendar	Não recomendar

4.1. Violência sexual

Os estudos disponíveis sugerem que o risco de transmissão em casos de violência situa-se entre 0,8 e 2,7%, comparável ao observado em outras formas de exposição sexual ou em acidentes com instrumentos perfuro cortantes entre profissionais de saúde. O trauma genital com lacerações pode ocorrer em até 40% das mulheres violentadas; já nas situações de sexo consentido, ocorre em, no máximo, 5% dos casos. A semelhança do que acontece com as DST, o risco de transmissão sexual do HIV depende de muitas condições e entre elas destacam-se:

- os tipos de exposição sexual (anal, vaginal, oral);
- o número de agressores;
- a susceptibilidade da mulher;
- a rotura himenal;
- a exposição a secreções sexuais e/ou sangue;
- a presença de DST ou úlcera genital;
- a carga viral do agressor; e
- o momento do início da profilaxia antirretroviral (ARV), quando indicada.

O trauma subjacente à violência sexual contribui para elevar o risco de transmissão, já que a escassa lubrificação genital produz lesões abrasivas e solução de continuidade na pele e mucosas.

Recomenda-se, sempre que possível, a realização da testagem para o HIV com o emprego de **testes rápidos para a vítima e para o agressor** (quando conhecido). Em serviços que não dispuserem dos insumos de teste rápido, deve-se colher uma amostra de soro, plasma ou sangue total, de acordo com o preconizado.

4.2. Indicação de quimioprofilaxia

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de violência não deve ser aplicada, indiscriminadamente, a todas as situações. Exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo de violência praticada e o tempo decorrido desde o crime até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência.

A quimioprofilaxia antirretroviral está recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência, ainda que o status sorológico do agressor seja desconhecido.

Tabela 7. Critérios para recomendação da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV.

RECOMENDADA	Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida (com ejaculação ou não), sofrida há menos de 72hs.
INDIVIDUALIZAR A DECISÃO	Penetração oral com ejaculação
NÃO RECOMENDADA	Penetração oral sem ejaculação Uso de preservativo durante a agressão sexual Agressor HIV- Tempo de agressão maior que 72hs Abuso crônico cometido pelo mesmo agressor

Nas situações em que o agressor é desconhecido ou soropositivo para o HIV, está indicada profilaxia ARV até que a vítima seja reavaliada em serviços de referência.

ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

Tabela 8. Drogas e combinações preferenciais e alternativas

1ª escolha	Alternativo
Zidovudina ⁽¹⁾ (AZT) + lamivudina (3TC) + lopinavir/r (LPV/r)	Tenofovir + lamivudina (3TC) + lopinavir/r (LPV/r)
	ou
	Zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) + tenofovir (TDF) ⁽²⁾

(1) Contra-indicação ao AZT definida como: hemoglobina < 8,0g% e/ou contagem de neutrófilos < 500 células/mm³.

(2) Considerar o uso de TDF em situações de intolerância ao LPV/r e para otimização da adesão ao tratamento.

A profilaxia ARV do HIV deve ser considerada uma emergência e iniciada imediatamente após o ato de violência, ainda nas primeiras 24 horas da agressão. O esquema deve ser mantido sem interrupção por quatro semanas consecutivas.

Tabela 9. Doses de ARV para profilaxia da transmissão do HIV para mulheres adultas e adolescentes em situação de violência sexual.

ESQUEMA	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
AZT / 3TC + LPV/r	300mg / 150mg 200mg/50mg	01 cp.12/12hs(café e jantar) VO + 02 cp.12/12hs (café e jantar) Obs: este esquema pode ser usado na gestação.
Esquemas Alternativos		
TDF + 3TC + LPV/r	300mg 150mg 200mg/50mg	01 cp. Dia + 1 cp. 12/12hs (café e jantar) ou 2 cp. em dose única + 02 cp. 12/12hs (café e jantar)
ou		
AZT / 3TC + TDF	300mg/150mg 300mg	01 cp.12/12hs (café e jantar) + 1 cp. ao dia.

Tabela 10. Acompanhamento laboratorial após violência sexual

	ADMISSÃO	2 SEM.	6 SEM.	3 MESES	6 MESES
Conteúdo vaginal	•		•		
Sífilis (VDRL)	•		•	•	•
Anti-HIV*	•		•	•	•
HBV (AgHBs)	•			•	•
HCV (anti-HCV)	•			•	•
Transaminases	•	•			
Hemograma	•	•			

* Excepcionalmente, a avaliação sorológica deveser repetida com 12 meses, nos casos que envolvem agressores coinfectados pelo HIV/VHC e quando a mulher tiver historia de imunossupressão. A testagem anti-HIV também deve ser recomendada para mulheres que apresentem quadro sugestivo de infecção aguda pelo HIV, independentemente do intervalo desde a exposição.

Fontes de consulta:

1. Nota técnica 04/08. Utilização dos testes rápidos anti-HIV em situações de emergência. 2008. Diretoria de Vigilância Epidemiológica/SES. Florianópolis, SC.
2. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV- 2008 - Suplemento III - Tratamento e prevenção. Departamento de DST/AIDS/HV. Brasília, DF
3. Portaria nº. 151, de 14 de outubro de 2009. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF.
4. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. 2010. Brasília, DF.
5. Protocolo para a prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis. 2006. Programa Nacional de DST e AIDS/SVS. Brasília, DF.

Florianópolis, 22 de agosto de 2011.

**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DAS DST/HIV/AIDS/HV**