



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

NOTA TÉCNICA Nº. 01/2015/DIVE/SUV/SES

***Assunto:** Recomendações para a profilaxia da infecção pelo HIV, das DST e hepatite B em situações de exposição ocupacional, sexual e violência sexual no Estado de Santa Catarina.*

INTRODUÇÃO

As situações que envolvem risco para a infecção pelo HIV, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a hepatite B são frequentemente vistas em unidades de saúde. São consideradas uma emergência médica e, por conseguinte, todas as medidas profiláticas devem ser adotadas o mais rapidamente possível e adequadas aos protocolos estabelecidos no País.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014, redefine o funcionamento dos serviços que prestam atendimento às pessoas vítimas de violência sexual, a organização dos serviços e suas competências, estabelecendo o conjunto de profissionais de saúde que comporão estas unidades assistenciais e os processos de trabalho e capacitação continuada, tudo isso visando à definição das referências e à qualidade do atendimento prestado.

Neste documento busca-se oferecer um documento de fácil acesso às principais medidas profiláticas, atualizando os profissionais assistentes nas condutas frente a situações de exposição ocupacional e sexual, consentida ou não, ao HIV, às doenças sexualmente transmissíveis e ao vírus da hepatite B, resultando em mais uma ação combinada de assistência e prevenção. Nesse texto foram incluídas, como medidas complementares de atenção, as ações de prevenção da gestação indesejada resultante da violência sexual.

Os insumos necessários para esta finalidade estão disponíveis de forma gratuita em serviços de saúde definidos pelos gestores de saúde locais. Os insumos são disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica (VE) do município no horário comercial e dias úteis (rotina), e pelo sobreaviso/plantão VE das Gerências Regionais de Saúde (GERSA) das 19h00 até às 7h00, nos recessos, feriados e finais de semana. Nos serviços de pronto-atendimento e emergência locais deverão ter afixado no mural ou outro local de fácil acesso à escala de plantão da GERSA e do município, com os telefones do sobreaviso.

1. EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV

1.1. 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: quando há respingos envolvendo olho, nariz, boca ou genitália;
 - Cutâneas: 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 brevemente possível, preferencialmente nas primeiras 2 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;
- 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 agendar e encaminhar o paciente para o serviço de referência para avaliação da indicação de terapia antirretroviral;
- Recomenda-se em situações de menor risco o uso de duas drogas antirretrovirais inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN). Em situações de exposição de maior risco, recomenda-se o uso de esquemas com a adição de um terceiro ITRN ou um IP (inibidor da protease) reforçado com ritonavir (IP/r) – tabela 6;
- 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 1.

Tabela 1. 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

Tabela 2. Classificação de risco dos materiais biológicos.

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

Tabela 3. Características do acidente.

 Maior gravidade	- 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; - Maior inóculo viral, ou seja, presença de carga viral elevada, como, por exemplo, em situações de doença avançada e na infecção aguda pelo HIV.
 Menor gravidade	- lesão superficial, ausência de sangue visível no dispositivo, agulha sem lúmen.

Tabela 4. 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 ³	Em geral, PEP não recomendada ⁴	Em geral, PEP não recomendada ⁵
 Menor gravidade (lesão superficial, ausência de sangue visível no dispositivo, agulha de sutura).	Indicar PEP - esquema expandido ¹	PEP não recomendada ³	Em geral, PEP não recomendada ⁴	Em geral, PEP não recomendada ⁵

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 ³	Em geral, PEP não recomendada ⁴	Em geral, PEP não recomendada ⁵
Menor gravidade (pouca quantidade de material biológico, curto contato).	Considerar PEP – esquema básico ²	PEP não recomendada ³	Em geral, PEP não recomendada ⁴	Em geral, PEP não recomendada ⁵

1 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.

2 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.

3 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.

4 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.

5 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.

LEGENDA DOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS (ARV) PREFERENCIAIS NA PROFILAXIA DA INFECÇÃO PELO HIV EM SITUAÇÃO DE EXPOSIÇÃO SEXUAL E VIOLÊNCIA SEXUAL.

Sigla	Nome da classe e medicamentos
	Inibidor da Transcriptase Reversa Nucleosídeo/ nucleotídeo* (ITRN/ITRNT)
AZT	Zidovudina
3TC	Lamivudina
TDF	Tenofovir*
	Inibidor da Protease (IP)
LPV/r	Lopinavir/ritonavir

- I. A listagem completa dos antirretrovirais disponibilizados pelo Ministério da Saúde encontra-se no anexo1, ao final da nota técnica.
- II. O uso da barra (/) nas siglas dos antirretrovirais significa a associação de medicamentos em um único comprimido, por exemplo: LPV/r (lopinavir e ritonavir), AZT/3TC (zidovudina e lamivudina).

Tabela 5. Esquema profilático:

Profilaxia com ARVs	Esquema Básico	Esquema Expandido
		Preferencial: AZT/3TC1
	Alternativo: TDF/3TC3	Alternativo: AZT/3TC + LPV/r4 ou TDF/3TC + LPV/r

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

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

3 a associação TDF/3TC foi recentemente disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

4 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.

1.2. Observações:

- Drogas não recomendadas para uso inicial em profilaxia pós-exposição ocupacional: o abacavir (ABC) e a didanosina (ddl) são desencorajados em função de seus efeitos adversos, relativamente frequentes.
- A **nevirapina (NVP)** é **contra-indicada como droga antirretroviral profilática** por haver relatos de hepatotoxicidade grave e Síndrome de Stevens-Johnson, especialmente em imunocompetentes.
- O **efavirenz (EFZ)** 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 deve ser utilizado em gestantes no primeiro trimestre ou em mulheres com possibilidade de engravidar, em razão da potencial ocorrência de efeitos teratogênicos; se indicado, poderá ser utilizado em homens, porém atentar para os possíveis efeitos sobre o sistema nervoso central e a rotina do paciente (tipo de trabalho, estudo etc).
- **Enfuvirtida (T20)**, **Raltegravir (RAL)**, **Etravirina (ETR)**, **Darunavir (DRV)** e **Maraviroque (MVQ)** não devem ser utilizados nos esquemas profiláticos, exceto em situações especiais e sob orientação de especialista (anexo 1).

1.3. 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.

1.4. Seguimento do Indivíduo Acidentado

1.4.a. PACIENTE-FONTE IDENTIFICADO E COM SOROLOGIA CONHECIDA

Se o paciente-fonte **não** apresentar resultados sorológicos reagentes para infecção pelo HIV/VHB/VHC no momento do acidente, testes adicionais da fonte não estão indicados, assim como não estão indicados exames de seguimento do profissional acidentado.

1.4.b. PACIENTE-FONTE IDENTIFICADO E COM SOROLOGIA DESCONHECIDA

Caso a condição sorológica do paciente-fonte seja desconhecida (por exemplo, óbito, transferência hospitalar etc.), devem-se buscar registros em prontuário e considerar possíveis diagnósticos clínicos, presença de sintomas e história de situação epidemiológica de risco para a infecção. Definida a impossibilidade de testagem, ou se as informações dos registros forem insuficientes, o acompanhamento clínico-laboratorial do trabalhador é obrigatório.

1.4.c. PACIENTE-FONTE DESCONHECIDO

Avaliar a probabilidade de risco para infecção – por exemplo, prevalência da infecção naquela população, local em que o material perfurante foi encontrado, procedimento ao qual ele esteve associado e presença ou não de sangue, realizando acompanhamento clínicolaboratorial do trabalhador.

2. 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, realizar-se-ão testes rápidos para o HIV: em caso de resultado reagente, não está indicada quimioprofilaxia, devendo ser referenciado para serviço especializado.

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 subseqüentes. 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 infecção prévia por esses agentes.

Tabela 6. Esquemas de profilaxia em situações de exposição sexual:

Esquema preferencial:	AZT/3TC + TDF
Esquema Alternativo:	AZT/3TC + LPV/r

Caso seja indicada profilaxia antirretroviral para a pessoa exposta, deve-se realizar avaliação laboratorial no atendimento inicial, incluindo a testagem para HIV (com testes rápidos), 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 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 serviço de referência 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. A presença de lesões genitais (úlceras e corrimentos) facilitam a transmissão do HIV, devendo ser levada em conta na indicação das profilaxias (HIV e DST).
- Na exposição repetida a relações sexuais desprotegidas, sugere-se encaminhar a pessoa para **acompanhamento em Unidades de Referência (CTA ou SAE)** para receber aconselhamento e apoio multiprofissional com vistas a redução do risco.

Tabela 7. Indicação de quimioprofilaxia segundo tipo de exposição e parceria.

		Maior risco →				Menor risco
		Tipo de exposição	Anal receptiva	Anal ou vaginal <u>insertiva</u>	Vaginal receptiva	
↑ Maior Risco	Status 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	

2.1. 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 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 testes rápidos, deve-se colher uma amostra de soro, plasma ou sangue total, de acordo com o preconizado.

2.2. 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 violência sexual com penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas, ainda que o status sorológico do agressor seja desconhecido.

Tabela 8. 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 9. Drogas e combinações preferenciais e alternativas

1ª escolha	Alternativo
AZT ⁽¹⁾ /3TC + LPV/r	TDF/3TC + LPV/r
	ou
	AZT/3TC + 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 10. Doses de ARV para profilaxia da transmissão do HIV para mulheres adultas e adolescentes em situação de violência sexual.

ESQUEMA	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA (por 28 dias)
AZT / 3TC + LPV/r	300mg / 150mg 200mg/50mg	01 cp.12/12hs(caf�e e jantar) VO + 02 cp.12/12hs (caf�e e jantar).
Esquemas Alternativos		
TDF/3TC + LPV/r	300mg/300mg 200mg/50mg	01 cp. Dia + 02 cp. 12/12hs (caf�e e jantar)
ou		
AZT / 3TC + TDF	300mg/150mg 300mg	01 cp.12/12hs (caf�e e jantar) + 1 cp. ao dia.

Tabela 11. Profilaxia da Infec o pelo HIV em Crianças

ESQUEMA	APRESENTA�O	POSOLOGIA (por 28 dias)
AZT +	Solu�o oral: 10mg/ml, ou C�ps. 100mg	180mg/m ² , de 12/12h, Dose máxima: 300mg.
3TC +	Sol. oral: 10mg/ml, ou Comp. 150mg	4mg/kg, de 12/12h, Dose máxima: 150mg, de 12/12h; > 12 anos: 150mg, de 12/12h ou 300mg em dose única diária.
LPV/r	Sol. oral: 80/20mg/ml, ou Comp. 200mg/50mg	Crianças < 2 anos: 300mg/m ² , de 12/12h Crianças > 2 anos: 230mg/m ² , de 12/12h Dose máxima: 200mg, de 12/12h Adolescentes: 400mg, de 12/12h

OBS: Cálculo da Superfície corporal (m²) = $\frac{(\text{peso} \times 4) + 7}{\text{peso} + 90}$

Peso em kg = (2 x idade) + 8

Tabela 12. 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 deverá ser estendida até o 12^o mês, nos casos que envolvem agressores coinfectados pelo HIV/HCV e quando a mulher tiver história 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.

2.3. TARV em situações especiais

Existem algumas situações clínicas nas quais a terapia inicial deve ser particularizada, conforme descritas na tabela 13.

Tabela 13. Escolha da terapia antirretroviral em situações especiais

Condição clínica	Recomendação	Comentários
Hepatite B	A dupla de ITRN/ITRnt preferencial é TDF/3TC	Essa dupla tem ação contra o HBV.
Nefropatia	A dupla de ITRN/ITRnt preferencial é AZT/3TC	Evitar uso de TDF em razão da nefrotoxicidade
Tuberculose	EFV deve, preferencialmente, compor o esquema	Evitar uso de IP/r; Iniciar TARV entre a 2 ^a e a 8 ^a semana após o início do tratamento de TB.
Gestação	O esquema preferencial deve ser AZT/3TC + LPV/r	EFV é contraindicado

2.4. EFEITOS ADVERSOS DOS ARVS E MANEJO (importante causa de abandono ou suspensão da profilaxia)

Tabela 14. Efeitos adversos mais comuns nas primeiras semanas de tratamento antirretroviral

Medicação	Eventos adversos	Manejo.
AZT	Náuseas, anorexia; Cefaléia, alterações no paladar, mal-estar; insônia; Anemia, neutropenia.	Administrar sintomáticos e orientar manutenção da medicação; O medicamento deve ser substituído caso Hb <10 g/dL e/ou neutrófilos <1.000 células/mm ³ .
3TC	Pancreatite; Neuropatia periférica	Avaliação e acompanhamento.

TDF	Risco de toxicidade renal com elevação da uréia e creatinina (redução de depuração estimada); disfunção tubular proximal (Síndrome de Fanconi) e <i>diabetes insipidus</i> ; disfunção tubular proximal é demonstrada laboratorialmente mediante o aumento da beta-2 microglobulina urinária; glicosúria; fosfatúria; hipouricemia; hiperuricúria; hipofosforemia; hipocalemia; acidose metabólica.	Realizar exame básico de urina; uréia; creatinina e DCE a cada 3 meses.
LPV/r	Diarréia; náuseas; fezes mal formadas; astenia; dor abdominal; cefaléia; vômitos; hiperlipidemia com hipertrigliceridemia; hiperglicemia; aumento de enzimas. hepáticas; hiperamilasemia	A diarréia pode ser manejada com adequações de dieta (reduzir gorduras, leite etc) e medicamentos sintomáticos como a loperamida.

3. Profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

A administração de antibióticos na prevenção das DST em situações de exposição sexual mediante violência visa reduzir o risco de adoecimento pelas principais infecções bacterianas (como sífilis, gonorréia e clamídia), opcionalmente também para causada por protozoário (tricomoníase). As medicações em **dose única** são preferenciais e serão ofertadas, sempre que possível, ainda no serviço assistencial.

Tabela 15: PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS EM ADULTOS E ADOLESCENTES COM MAIS DE 45 kg.

Profilaxia da sífilis	DOSE	VIA	FREQUÊNCIA
PENICILINA G BENZATINA	2.4 milhões UI (1.2 milhão em cada nádega)	IM	dose única
+			
Profilaxia da gonorréia			
CIPROFLOXACINO ou OFLOXACINO	500 mg 400 mg	VO	dose única
+			
Profilaxia da clamídia e do cancro mole			
AZITROMICINA	1 g	VO	dose única
+ ou -			
Profilaxia da tricomoníase¹			
METRONIDAZOL	2 g	VO	dose única

¹ pode-se optar por prescrever o Metronidazol apenas se houver o desenvolvimento de sintomas (tricomoníase ou vaginose) durante as avaliações subsequentes no seguimento clínico.

Tabela 16: PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS PARA GESTANTES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM MENOS DE 45 kg.

MEDICAMENTO	GESTANTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES (< 45 kg)	VIA
Profilaxia da sífilis			
PENICILINA G BENZATINA	2.4 milhões UI (1.2 milhão em cada nádega)	50.000 UI/Kg (máx.: 2.4 milhões UI)	IM
+			
Profilaxia da gonorréia			
CEFTRIAXONA	250 mg	125 mg	IM
+			
Profilaxia da clamídia e do cancro mole			
AZITROMICINA	1g	20 mg/kg (dose máxima: 1 g)	VO
+ ou -			
Profilaxia da tricomoníase¹			
METRONIDAZOL	250 mg 3 vezes /dia 7 dias	15 mg/kg/dia de 8/8 horas por 7 dias (dose máxima: 2 g)	VO

Tabela 17: ALTERNATIVAS PARA A PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS

PROFILAXIA	CRIANÇAS E ADOLESCENTES	ADULTOS	GESTANTES
Sífilis	Estearato de Eritromicina 50mg/Kg/dia VO cada 6 horas por 15 dias	Estearato de Eritromicina 500mg VO cada 6 horas durante 15 dias	Estearato de Eritromicina 500mg VO cada 6 horas durante 15 dias
Clamidiase	Estearato de Eritromicina 50mg/Kg/dia VO cada 6 horas por 10 a 14dias	Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas durante 7 dias	Estearato de Eritromicina 500mg VO cada 6 horas durante 7 dias
Cancro mole	Ceftriaxona 125mg IM dose única.	Ceftriaxona 250 mg IM dose única.	Ceftriaxona 250 mg IM dose única, ou Estearato de Eritromicina 500mg VO cada 6 horas durante 7 dias
Tricomoníase	Secnidazol 10mg/kg VO dose única; Secnidazol ou Tinidazol 2,0 g VO dose única.	Secnidazol ou Tinidazol 2,0 g VO dose única.	Secnidazol ou Tinidazol 2,0 g VO dose única

Em caso de desenvolvimento de sinais e sintomas de candidíase, tratamento poderá ser instituído, segundo as opções a seguir:

Tabela 18: Tratamento Tópico

Medicamento	Apresentação	Via de administração	Dosagem	Tempo de uso
Miconazol	Creme a 2%	Via vaginal	Uma aplicação à noite ao deitar-se	7 dias
Clotrimazol	Creme vaginal a 1%	Via vaginal	Uma aplicação à noite ao deitar-se	6 a 12 dias
Clotrimazol	Óvulos de 100 mg	Via vaginal	Uma aplicação à noite ao deitar-se	7 dias
Tioconazol	Creme a 6,5% ou óvulos de 300mg	Via vaginal	Uma aplicação ao deitar-se	Dose única
Nistatina	Creme 100.000 UI/4g	Via vaginal	Uma aplicação à noite ao deitar-se	14 dias

Tabela 19: Tratamento Sistêmico

Medicamento	Apresentação	Via de administração	Posologia
Fluconazol	150 mg	VO	1 cápsula em dose única
Itraconazol	200mg	VO	1 cp. de 12/12h por 1 dia
Cetoconazol	400mg	VO	1 cp. De 12/12h por 5 dias

4. Profilaxia da hepatite B

O Programa Nacional de Imunizações e o Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais recomendam o uso de Imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB) para todas as pessoas expostas a situação de violência sexual, não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto, em dose única de 0,06 ml/kg, IM, em extremidade diferente da vacina. Se a dose total ultrapassar 5ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes.

A IGHAB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a exposição/violência sexual, embora se recomende o uso nas primeiras 48 horas.

A proteção para a hepatite B será complementada com a administração da vacina, em três doses ou finalizando o esquema, se incompleto.

A gravidez, independentemente da idade gestacional, não contraindica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAB.

Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B casos de violência sexual onde o indivíduo apresente exposição crônica e repetida com mesmo agressor, situação frequente em casos de violência sexual intrafamiliar, os indivíduos cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante a exposição sexual.

Como a vacinação para hepatite B já está incluída no calendário vacinal, deverá ser considerada a vacinação das crianças não vacinadas previamente.

Tabela 20. Imunoprofilaxia da infecção pelo HBV em situações de violência sexual.

MULHERES EXPOSTAS	IGHAB	VACINAÇÃO
Imunizadas	NÃO	NÃO
Imunização incompleta	SIM	SIM (completar)
Não imunizadas	SIM	SIM
Exposição crônica pelo mesmo agressor	NÃO	SIM (se não vacinada ou com vacinação incompleta)

Dose da IGHAB: dose única de 0,06 ml/kg, IM, em extremidade diferente da vacina.

5. Prevenção da Gravidez Indesejada

A possibilidade de ocorrer concepção em um único coito sem proteção, em um dia qualquer do ciclo menstrual, é de 2 a 4%.

Tabela 21. Opções de contracepção de urgência:

Anticoncepcional	Dosagem
Levonorgestrel 0,75 mg	2 cp VO dose única ou 1 cp VO cada 12 horas (por um dia)
Etinilestradiol 50 mg + levonorgestrel 250 mg	4 cp VO dose única ou 2 cp VO cada 12 horas (por um dia)
Etinilestradiol 30 mg + levonorgestrel 150 mg	8 cp VO dose única ou 4 cp VO cada 12 horas (por um dia)

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. Nota técnica 001/DIVE/SES/2013. *Utilização dos testes rápidos para infecção pelo HIV, hepatites virais e sífilis nos serviços de saúde no Estado de Santa Catarina.*
3. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV- 2008 - Suplemento III - Tratamento e prevenção. Departamento de DST/AIDS/HV. Brasília, DF.
4. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. 2013. Departamento de DST/AIDS/HV. Brasília, DF.
5. Portaria nº. 151, de 14 de outubro de 2009. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF.
6. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. 2010. Brasília, DF.
7. Protocolo para a prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis. 2006. Programa Nacional de DST e AIDS/SVS. Brasília, DF.
8. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Programa Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde, 4ª. Edição. Brasília, 2006.
9. *Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010.* MMWR 2010; 59(No. RR-12).

Florianópolis, 18 de fevereiro de 2015.

Anexo 1.

MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS DISPONIBILIZADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)
ABC – abacavir*
AZT – zidovudina
ddI – didanosina*
d4T – estavudina**
TDF – tenofovir
3TC – lamivudina
 - ITRN/Nt em associações:
 - AZT/3TC (zidovudina/lamivudina)
 - TDF/3TC (tenofovir/lamivudina)
- Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNN)
EFZ – efavirenz***
ETR – Etravirina[#]
NVP – nevirapina****
- Inibidores da Protease (IP)
ATV – atazanavir
DRV – darunavir[#]
FPV – fosamprenavir
LPV – lopinavir
RTV – ritonavir
SQV – saquinavir
TPV – tipranavir[#]
 - IP em associação:
 - LPV/r – lopinavir/ritonavir
- Inibidores de Fusão
T-20 – enfuvirtida[#]
- Inibidor de Entrada (antagonista do co-receptor CCR5)
MVQ - maraviroque[#]
- Inibidores de Integrase
RAL – raltegravir[#]

* O abacavir (ABC) e a didanosina (ddI) são ambos desencorajados para PEP em função de seus efeitos adversos, relativamente frequentes.

** a estavudina apenas encontra-se disponível em apresentação de solução oral, com possibilidade de uso em crianças, e adolescentes com peso <45 kg, vítimas de violência sexual, que tenham contra-indicação ao AZT (anemia e/ou neutropenia).

*** 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. Existe risco de teratogenicidade com EFV e, portanto, quando prescrito para mulheres em idade fértil, deve-se descartar a possibilidade de gravidez. Esta recomendação está sob revisão e poderá ser modificada em futuro próximo.

**** A nevirapina é contra-indicada como profilaxia antirretroviral por haver relatos de hepatotoxicidade grave (casos de falência hepática, necessitando transplante) e Síndrome de Steven Johnson.

[#] Estes medicamentos somente terão indicação para uso em situações de profilaxia da infecção pelo HIV em ocorrências especiais, onde o risco de infecção por cepa viral resistente é elevado ou o paciente-fonte ou agressor, sabidamente infectado pelo HIV, utiliza esquemas de resgate terapêutico, avaliados individualmente por especialistas.