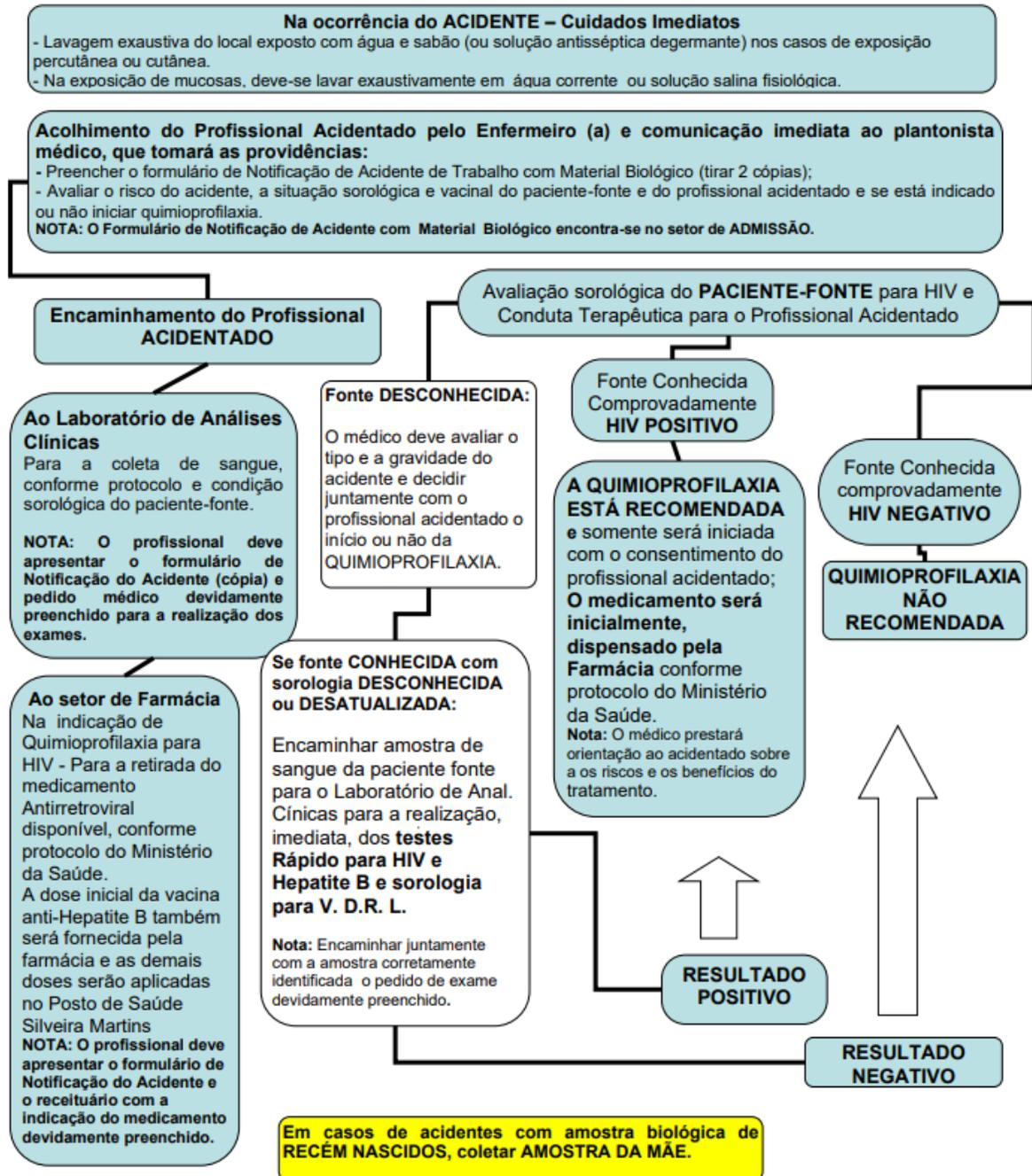




CONDUTA APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV





Esquema preferencial para PEP

**1 comprimido coformulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg +
1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50mg ao dia.**

A duração da PEP é de 28 dias.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

PEP: Profilaxia pós exposição

Esquemas alternativos para PEP

Impossibilidade de TDF: AZT/3TC + DTG

Impossibilidade de DTG: TDF/3TC + ATV + RTV

Impossibilidade de ATV + RTV: TDF/3TC + DRV + RTV

A duração da PEP é de 28 dias.

Fonte: DCCI/SVS/MS.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

PORTARIA SCTIE/MS
Nº 54, DE 24 DE AGOSTO DE 2021



INTRODUÇÃO

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção ao HIV, hepatites virais, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções.

PREVENÇÃO COMBINADA

O termo **Prevenção Combinada** remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às IST, ao HIV, às hepatites virais e seus fatores associados. O símbolo da mandala representa a combinação e a ideia de movimento de algumas das diferentes estratégias de prevenção, sendo a PEP uma delas. A escuta ativa e a promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde.



PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) AO HIV

OS QUATRO PASSOS DA AVALIAÇÃO PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV?

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

SE TODAS AS RESPOSTAS FOREM SIM, A PEP PARA HIV ESTÁ INDICADA.

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) AO HIV

TIPO DE MATERIAL BIOLÓGICO	Materiais biológicos COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	Materiais biológicos SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV(a)
Existem materiais biológicos sabidamente infectantes e envolvidos na transmissão do HIV. Assim, a exposição a esses materiais constitui situação na qual a PEP está recomendada.	<ul style="list-style-type: none"> • Sangue • Sêmen • Fluidos vaginais • Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico) • Líquido amniótico • Líquor 	<ul style="list-style-type: none"> • Suor • Lágrima • Fezes • Urina • Vômitos • Saliva • Secreções nasais
TIPO DE EXPOSIÇÃO	Exposição COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	Exposição SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV
Existem exposições com risco de infecção envolvidas na transmissão do HIV. Assim, a exposição constitui situação na qual a PEP está recomendada	<ul style="list-style-type: none"> • Percutânea • Membranas mucosas • Cutânea em pele não íntegra • Mordedura com presença de sangue 	<ul style="list-style-type: none"> • Cutânea em pele 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. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição. Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, não está mais indicada a profilaxia ARV. Entretanto, se o material e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se acompanhamento sorológico (ver quadro), além das orientações de prevenção combinada.	
STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA EXPOSTA	<ul style="list-style-type: none"> • Amostra não reagente (TR1 não reagente): a PEP está indicada pois a pessoa exposta é suscetível ao HIV. • Amostra reagente (TR1 e TR2 reagentes): a PEP não está indicada. • Amostra com resultados discordantes (TR1 reagente e TR2 não reagente): não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se iniciar o fluxo laboratorial para elucidação diagnóstica. Nesse caso, a decisão de iniciar ou não a profilaxia deve ser avaliada conforme critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta. 	
STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA-FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Amostra não reagente (TR1 não reagente): a PEP não está indicada. Contudo, a PEP poderá ser indicada para a pessoa exposta quando a pessoa-fonte tiver história de exposição de risco nos últimos 30 dias (janela imunológica). No caso de utilização de testes de fluido oral, considerar janela imunológica de 90 dias. • Amostra reagente (TR1 e TR2 reagentes): a PEP está indicada para a pessoa exposta. • Se desconhecido avaliar caso a caso. 	

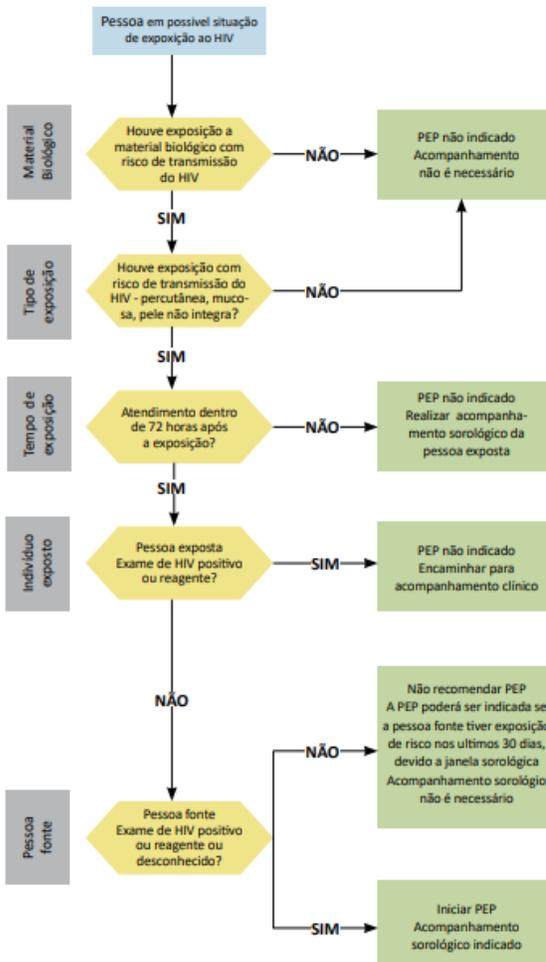


UTILIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS

- Deve-se realizar a testagem inicial com um teste rápido (TR1).
- Caso o resultado seja não reagente, o status sorológico estará definido como negativo.
- Caso seja reagente, deverá ser realizado um segundo teste rápido (TR2), diferente do primeiro. Caso este também seja reagente, estabelece-se o diagnóstico da infecção pelo HIV.
- Para amostras com resultados discordantes entre TR1 e TR2, 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.

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

FLUXOGRAMA PARA INDICAÇÃO DE PEP NO HIV



Na próxima coluna apresentamos uma tabela com os antirretrovirais (ART) recomendados pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição de Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais (PCDT PEP). Essa tabela não contempla TODOS os antirretrovirais oferecidos pelo SUS, apenas os contemplados nos esquemas do PCDT PEP ao HIV.

MEDICAMENTOS, APRESENTAÇÃO E POSOLOGIA DOS ANTIRRETROVIRAIS (ARV) RECOMENDADOS NOS ESQUEMAS PEP AO HIV

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir/Lamivudina TDF + 3TC ¹	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia
Zidovudina/Lamivudina AZT + 3TC ²	Comprimido coformulado (AZT 300mg + 3TC 150mg)	1 comprimido VO 2x/dia
Atazanavir - ATV	Comprimido 300mg	1 comprimido VO 1x/dia
Ritonavir - RTV	Comprimido 100mg	1 comprimido VO 1x/dia
Darunavir - DRV	Comprimido 600mg	1 comprimido VO 2x/dia
Dolutegravir - DTG ³	Comprimido 50mg	1 comprimido VO 1x/dia
Lamivudina - 3TC ³	Comprimido 150mg	2 comprimidos VO 1x/dia
Ritonavir - RTV	Comprimido 100mg	1 comprimido VO 1x/dia
Tenofovir - TDF	Comprimido 300mg	1 comprimido VO 1x/dia
Zidovudina - AZT ³	Comprimido 300mg	1 comprimido VO 1x/dia
Lopinavir/Ritonavir LPV/r	Solução oral: 80/20mg/mL Comprimido infantil: 100mg/25mg	USO PEDIÁTRICO ⁴
Nevirapina - NVP	Suspensão oral 10mg/mL	USO NEONATAL ⁴
Raltegravir - RAL	Comprimidos mastigáveis 100 mg Comprimidos 400mg Granulado 100mg/sachê	USO PEDIÁTRICO ⁴

VO Via Oral / 1x uma vez / 2x duas vezes

¹ Apresentação coformulada indisponível usar: TDF 300mg 1x/dia + 3TC 150mg 2x/dia

² Apresentação coformulada indisponível usar: AZT 300mg 2x/dia + 3TC 150mg 2x/dia

³ Para o uso na população pediátrica consultar a Tabela 11 do PCDT PEP

⁴ Consultar a Tabela 11 do PCDT PEP para posologia ARV na população pediátrica.

A seguir são apresentados os ESQUEMAS PREFERENCIAIS do PCDT PEP ao HIV.

ESQUEMA PREFERENCIAL PEP HIV - ADULTOS

1 comprimido coformulado de Tenofovir/Lamivudina (TDF¹/3TC) 300mg/300mg +
1 comprimido de Dolutegravir (DTG)² 50 mg ao dia.
A duração da PEP é de 28 dias.

¹ Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda.

² O DTG está indicado para pessoas com idade >6 anos e peso >20kg.

ESQUEMAS ALTERNATIVOS PARA A PEP - ADULTOS

Impossibilidade de TDF: AZT/3TC + DTG
Impossibilidade de DTG: TDF/3TC + ATV + RTV
Impossibilidade de ATV + RTV: TDF/3TC + DRV + RTV
A DURAÇÃO DA PEP É DE 28 DIAS.

• Esquema preferencial para pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenobarbital: tenofovir/lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC), 1 comprimido ao dia + dolutegravir 50mg (DTG), 1 comprimido de 12/12h.

• O DTG não está recomendado em pessoas que façam uso de dofetilida e piliscainida. Nesses casos, o ATV/r é o medicamento alternativo.

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



ESQUEMA PREFERENCIAL DE ARV E MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS PARA PEP EM GESTANTES

Esquema preferencial	Medicações alternativas
TDF/3TC + DTG ¹	Impossibilidade de TDF: AZT Impossibilidade de DTG ² : ATV + RTV Impossibilidade de ATV + RTV: DRV + RTV

¹ O DTG está indicado a partir da 12ª semana de gestação.

² Em caso de gestação com menos de 14 semanas, recomenda-se o uso de ATV + RTV.

Pessoas que estejam amamentando e que tenham exposição de risco ao HIV devem ser orientadas sobre os potenciais riscos de transmissão vertical do HIV pelo leite materno. Em tais situações, recomenda-se a interrupção temporária da amamentação, até a definição diagnóstica. Durante o período de janela imunológica, deve-se realizar orientação quanto ao cuidado das mamas e extração e descarte do leite ordenhado. O exame de controle (12ª semana após o início da PEP) com resultado HIV não reagente autoriza a reintrodução do aleitamento materno.

ESQUEMA PARA PEP EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA

Faixa etária	Esquema preferencial	Medicações alternativas
0 – 14 dias	AZT + 3TC + RAL ¹	AZT + 3TC + NVP
14 dias – 2 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/r
2 – 6 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/r
6 – 12 anos	TDF ² + 3TC + DTG	Impossibilidade do uso de DTG: ATZ/r ³

Acima de 12 anos: seguir as recomendações para adultos.

¹ Consultar também o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes”, disponível em www.aids.gov.br/pcdt. | ² Acima de 35kg. | ³ Acima de 40kg.

ESQUEMA ALTERNATIVOS E GRUPOS ESPECIAIS

Consultar o PCDT PEP para esquemas alternativos e grupos especiais:

- Indivíduos com potencial de engravidar (mulheres cis e homens transgênero).
- Pessoa-fonte multiexperimentada.
- Pessoas com coinfeções ou em uso de outros medicamentos.
- Parcerias sorodiferentes.

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO-LABORATORIAL

O acompanhamento clínico-laboratorial deve levar em consideração:

- Avaliação de medos e expectativas pós-exposição de risco ao HIV.
- Toxicidade dos ARV.
- Testagem para HIV.
- Avaliação laboratorial.
- Manutenção de medidas de Prevenção Combinada do HIV.
- Parcerias sorodiferentes.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

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

Recomenda-se **monitorar ativamente sinais e sintomas da infecção aguda** pelo HIV. Na presença de sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV, é recomendada investigação laboratorial para HIV.

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

Durante o acompanhamento, a pessoa exposta deve ser orientada a manter **medidas de prevenção** à infecção pelo HIV.

A indicação de **exames laboratoriais** deve levar em consideração as condições de saúde pré-existentes da pessoa exposta e a toxicidade conhecida dos ARV indicados para PEP. Os exames laboratoriais não devem se configurar como barreira para a oferta de PEP e devem ser realizados de acordo com o Quadro 13 PCDT PEP.

PROFILAXIA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

Toda exposição de risco ao HIV também deve ser avaliada como de risco para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). A investigação ativa de sinais/sintomas de IST deverá incluir as principais manifestações clínicas das IST, que são: corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais e verrugas anogenitais. Entretanto, muitas pessoas com IST são assintomáticas ou apresentam sinais e sintomas leves e não percebem alterações.

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

SÍFILIS

O diagnóstico de sífilis deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e resultados de testes diagnósticos.

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

Os **testes rápidos (TR)** fornecidos pelo Ministério da Saúde são **testes treponêmicos**. Tais exames não necessitam de estrutura laboratorial e são de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos.

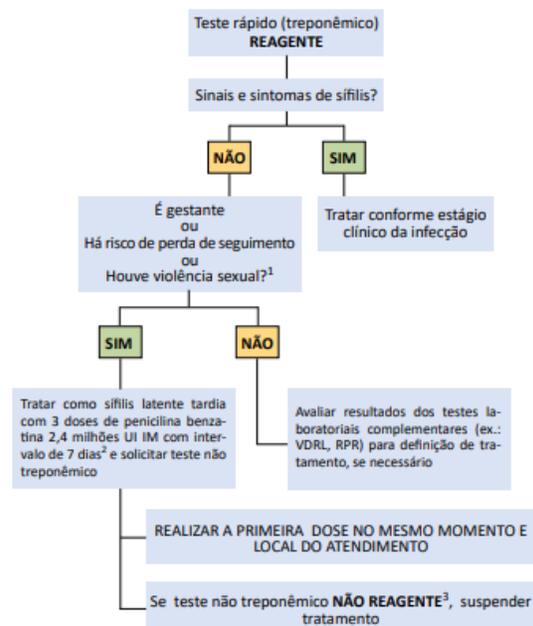
Recomenda-se testagem para sífilis em todas as pessoas com exposição sexual de risco. Quando possível, testar a pessoa-fonte.

Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis



*O diagnóstico de sífilis não estará confirmado quando houver presença de cicatriz sorológica.

Fluxograma de conduta frente a teste rápido reagente (treponêmico)



¹Para casos de violência sexual, realizar profilaxia pós-exposição com penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM em dose única, independentemente do resultado do teste rápido.

²Em não gestantes, o intervalo entre as doses não deve exceder 14 dias. Em gestantes, não deve exceder 7 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado.

³Recomenda-se realizar um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro para conclusão diagnóstica.