

O NOVO PROTOCOLO DE PEP

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV, IST E HEPATITES VIRAIS



Denize Lotufo Estevam
Médica Infectologista
Centro de Referência e Treinamento em DST AIDS
Programa Estadual de IST AIDS de SP



O que vem mudando no PCDT de PEP ao longo do tempo?

- União de todas as profilaxias (sexual, profissional e violência)
- Simplificação da avaliação de risco
- Redução do tempo de seguimento
- Medicamentos com menos efeitos colaterais, interações medicamentosas, uma tomada diária
- Redução do rol de exames laboratoriais
- Ampliação do acesso a PEP com a prescrição por profissionais enfermeiros, farmacêuticos e cirurgiões-dentistas

Profilaxia – PEP 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.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

O tipo de material biológico envolvido

Exposições que requerem profilaxia

- Sêmen, Fluidos vaginais
- Sangue e outros materiais contendo sangue
- Líquidos de serosas: peritoneal, pleural, pericárdico; líquido, líquido amniótico, líquido articular, leite materno

Sem risco de transmissão:

- Suor, Lágrima, Fezes, Urina, Vômitos, Saliva e Secreções nasais

Os Tipos de Exposição que Requerem Profilaxia

- Exposição percutânea
- Exposição de mucosa: exposição sexual, respingos nos olhos, nariz ou boca
- Exposição cutânea envolvendo pele não íntegra ou mordeduras com presença de sangue

Sem risco de transmissão do HIV

- Cutânea em pele íntegra
- Mordedura sem a presença de sangue

O 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.
- Caso o usuário procure o serviço após 72h ele deve ser orientado: PrEP, IST, Vacinas

Esquema antirretroviral para PEP

Quadro 4 – 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.

Indicado para todos tipos de exposição ou do material biológico, homens e mulheres.

Considerações sobre DTG e mulheres



- Esquemas contendo dolutegravir são superiores
- Menos efeitos adversos e baixa interação medicamentosa
- Melhor adesão, Alta barreira genética
- Pode ser coadministrado com contraceptivos orais
- **Recomendações:** Conversar com a usuária!!!!!!
- Não está grávida e não pretende engravidar usar DTG
- Grávida usar DTG caso idade gestacional ≥ 12 semanas e abaixo 12 semanas usar ATV/r ou DRV/r 600mg 12/12h



Cuidados com o Dolutegravir

Esquema preferencial para pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou 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 pilsicainida. Nesses casos, o RAL é a medicação alternativa.

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

Esquemas alternativos para PEP



Quadro 6 – 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.



Pessoa fonte multiexperimentada

- **Pessoa fonte com carga viral detectável**
- Não está indicada genotipagem na pessoa fonte no momento da exposição
- **A PEP não pode ser postergada**
- Iniciar esquema padrão e encaminhar para serviço de referência
- O dolutegravir dá mais segurança ao esquema
- O raciocínio para escolha do esquema da PEP, quando a fonte está em falha virológica deve ser o mesmo de um resgate empírico

Crianças e Adolescentes

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

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

Fonte: DCCI/SVS/MS.

(a) Consultar também o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes", disponível em www.aids.gov.br/pcdt.

(b) Acima de 35kg.

(c) Acima de 40kg.

Observações



- Adolescentes devem ser atendidos sem a necessidade da presença de pais ou responsáveis (ECA)
- Abacavir está contraindicado para PEP (hipersensibilidade)
- Quando usado nevirapina, suspender a mesma com 14 dias
- Dolutegravir pode ser usado acima de 6 anos e 20 Kg



| Secretaria de Saúde

Considerações sobre amamentação

- **Pessoas que estejam amamentando** e que tenham exposição de risco ao HIV devem interromper a amamentação até a definição diagnóstica em 12 semanas
 - Garantir fornecimento de leite para a criança e orientação para a mãe
- Para as **crianças que foram amamentadas** por pessoa-fonte com risco de transmissão de HIV, deve-se interromper a amamentação, colher CV da criança e iniciar PEP (até 72h), simultaneamente à investigação diagnóstica

Parcerias sorodiferentes

- Pessoas vivendo com HIV em TARV e com CV indetectável há pelo menos 6 meses **não transmitem HIV por meio de relações sexuais**
- Considerar para a pessoa-fonte: Adesão a TARV, supressão viral, ausência de outras IST e identificar práticas sexuais de risco com outras parcerias
- Considerar para a pessoa exposta sua autonomia e o seu desejo ou não de fazer a PEP

Adesão a PEP

- Infelizmente estudos mostram baixas proporções de pessoas que completam a PEP por 28 dias, principalmente entre adolescentes e na violência sexual
- **Estratégias:**
 - Dispensação para 28 dias sempre, ***não fracionar***
 - Informação sobre a PEP
 - Mensagens pelo celular, uso de aplicativos, alarmes, diários, porta-pílulas, tabelas, mapas de doses e ligações telefônicas

Acompanhamento clínico-laboratorial

- 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

Toxicidade:

- Esquemas atuais com baixa toxicidade e menos efeitos adversos que são leves e autolimitados, como efeitos GI, cefaleia e fadiga
- Em caso de efeitos adversos procurar o serviço
- Orientar sobre sinais e sintomas de infecção aguda

Seguimento laboratorial

Quadro 13 – Seguimento laboratorial de PEP

	PRIMEIRO ATENDIMENTO^(d)	PARA INVESTIGAÇÃO DE EFEITOS ADVERSOS	4-6 SEMANAS APÓS A EXPOSIÇÃO	12 SEMANAS APÓS A EXPOSIÇÃO
Creatinina ^(a)	Para pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal	X		
ALT, AST		X		
Amilase		X		
Glicemia	Em caso de pessoas expostas com diabetes <i>mellitus</i>	X		
Hemograma ^(b)	Em caso de indicação de PEP com AZT	X		
Teste de HIV ^(c)	X		X	X

Fonte: DCCI/SVS/MS.

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

^(b) Para pacientes com suspeita de anemia. O exame não deve atrasar o início da PEP.

^(c) Não se recomenda a utilização de teste de fluido oral.

^(d) Antes do início da PEP.

Orientações finais

- Prevenção durante o uso de PEP:
 - Preservativos
 - Não compartilhamento de seringas e agulhas

- Sempre lembrar que a PEP pode se transformar em PrEP, e a transição deve ser feita após os 28 dias de uso de PEP e exclusão de infecção pelo HIV

Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis

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

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 ano genitais. Entretanto, é importante pontuar que muitas pessoas com IST **são assintomáticas** ou apresentam sinais e sintomas leves e não percebem alterações (BRASIL, 2020).

Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis

- *Testar para sífilis, preferencialmente Teste Rápido, treponêmico*
- *Caso positivo colher teste não treponêmico para diagnóstico*
- *Nas seguintes situações tratar imediatamente:*

Gestante;

Pessoa com risco de perda do seguimento;

Caso de violência sexual;

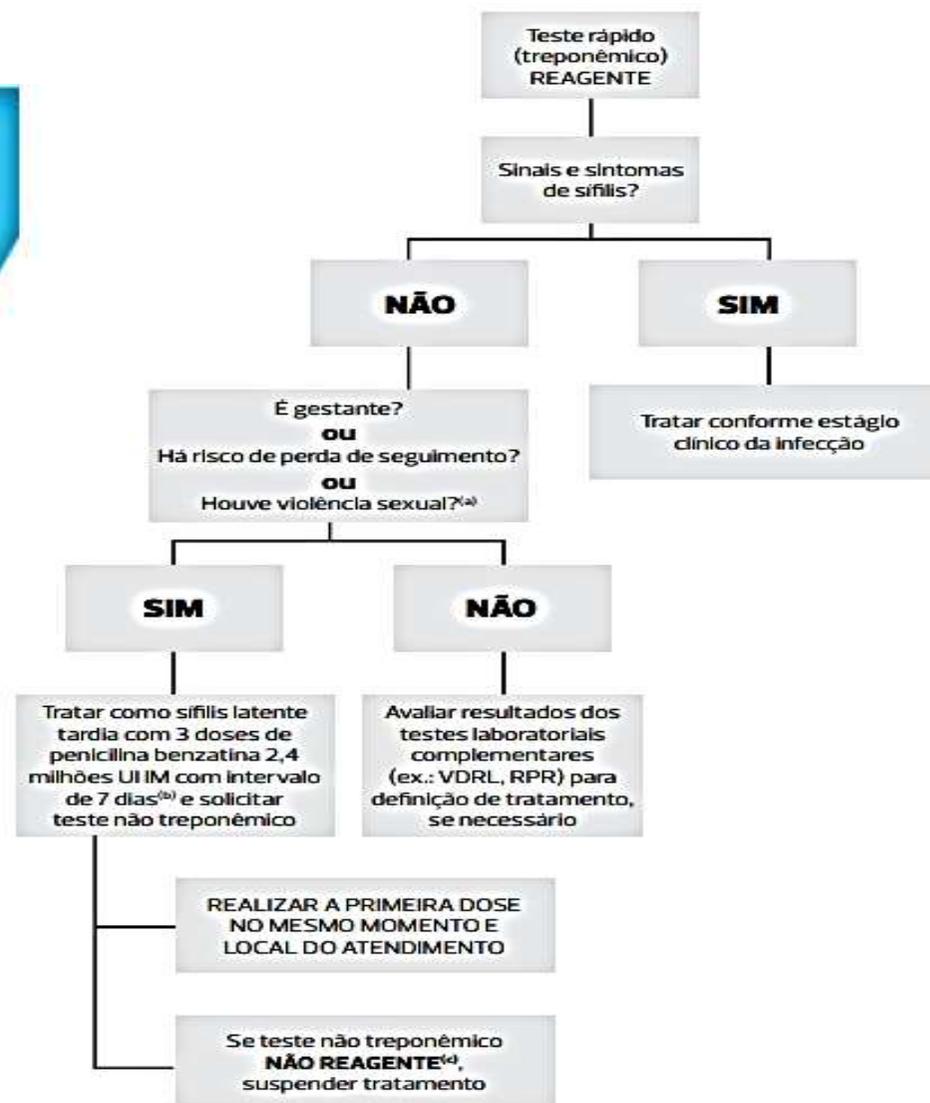
Pessoa com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;

Pessoa sem diagnóstico prévio de sífilis.

Profilaxia Sífilis

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

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



Investigação e Prevenção da Infecção pelo HPV

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

- O tempo de latência viral e os fatores associados não são plenamente conhecidos.
- Para as mulheres reforçar a importância de realizar periodicamente o exame preventivo de colo de útero (PPN)
- PNI - vacinação de duas doses, com intervalo de 6 meses, para meninos de 11 a 14 anos e meninas de 9 a 14 anos.
- Para **PVHIV**, pessoas transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, a faixa etária indicada para imunização é de **11 a 26 anos para homens e de 9 até 45 anos para mulheres**, sendo o esquema de vacinação composto por três doses (0, 2 e 6 meses).
- Se durante o atendimento for realizado o diagnóstico clínico de HPV, referenciar a pessoa para a Atenção Básica para proceder ao acompanhamento clínico.

Profilaxia das Hepatites Virais – Hepatite A

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

Caso seja possível: verificar a suscetibilidade do paciente - anti-HAV IgG ou total

- anti-HAV IgG (ou total) reagente - imunidade da pessoa exposta (nenhuma medida adicional)
- anti-HAV IgG (ou total) não reagente - observar a indicação de vacinação da pessoa exposta (CRIE) - eficaz (97,6% em menores de 40 anos) como PEP quando administrada dentro de duas semanas da exposição
- anti-HAV IgM reagente é indicativo de episódio agudo de infecção por esse vírus

Profilaxia das Hepatites Virais – Hepatite B

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

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

Profilaxia para Hepatite B

Quadro 16 – Recomendações de profilaxia de hepatite B para indivíduos com HBsAg não reagente após exposição ocupacional a material biológico

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PESSOA-FONTE		
	HBsAg REAGENTE	HBsAg NÃO REAGENTE	HBsAg DESCONHECIDO
Não vacinado	IGHA HB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ^(a)
Vacinação incompleta	IGHA HB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação ^(a)
Resposta vacinal conhecida e adequada (anti-HBs maior ou igual 10UI/mL)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHA HB + primeira dose da segunda série vacinal para hepatite B ^(b)	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) ^(a)
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHA HB (2x) ^(b)	Nenhuma medida específica	IGHA HB (2x) ^(b)

Continua

Profilaxia das Hepatites Virais – Hepatite C

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

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

TEMPO PÓS-EXPOSIÇÃO	TESTAGEM LABORATORIAL			COMENTÁRIO
	ANTI-HCV	HCV-RNA	ALT	
Fonte				
Imediatamente (≤48 horas)	Sim	Testar se anti-HCV reagente	Não	Pode-se avaliar a utilização de HCV-RNA mesmo com sorologia negativa em pacientes com imunossupressão grave
Exposto				
Imediatamente (≤48 horas)	Sim ^(a)	Testar se anti-HCV reagente	Sim	Não há necessidade de seguimento se fonte não apresentar infecção ativa pelo HCV. Entretanto, a testagem basal do exposto é aconselhável
4-6 semanas	Sim ^(b)	Sim ^(b)	Considerar	Não utilizar o teste molecular isoladamente, devido às variações na viremia durante infecções agudas
4-6 meses	Sim ^(b)	Sim ^(b)	Sim	-

Profilaxia para Hepatite C

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

TEMPO PÓS-EXPOSIÇÃO	TESTAGEM LABORATORIAL			COMENTÁRIO
	ANTI-HCV	HCV-RNA	ALT	
Fonte				
Imediatamente (<48 horas)	Sim	Testar se anti-HCV reagente ^(a)	Não	Pode-se avaliar a utilização de HCV-RNA mesmo com sorologia negativa em pacientes com imunossupressão grave
Exposto				
Imediatamente (<48 horas)	Sim ^(a)	Testar se anti-HCV reagente	Sim	Não há necessidade de seguimento se fonte não apresentar infecção ativa pelo HCV. Entretanto, a testagem basal do exposto é aconselhável
4-6 semanas	Sim ^(b)	Sim ^(b)	Considerar	Não utilizar o teste molecular isoladamente, devido às variações na viremia durante infecções agudas
4-6 meses	Sim ^(b)	Sim ^(b)	Sim	-

Fonte: DCCI/SVS/MS.

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

^(b) A soroc conversão do anti-HCV e/ou detectabilidade do HCV-RNA após a primeira consulta do indivíduo exposto indica infecção aguda pelo HCV, devendo o paciente ser encaminhado para tratamento da infecção e acompanhamento clínico.

Outras Medidas no Atendimento à Pessoa Exposta

- Cuidados com a área exposta
- Imunização para tétano
- Anticoncepção de emergência e abordagem na concepção

Anticoncepção de Emergência e Abordagem na Concepção

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

Fonte: DCCI/SVS/MS.

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

Cuidados às pessoas Vítimas de Violência Sexual

- 1) Atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;
- 2) Providências policiais e judiciais cabíveis (entretanto, caso a vítima não as tome, não lhe pode ser negado atendimento);
- 3) Anticoncepção de emergência e profilaxia das IST não virais e do HIV;
- 4) Vacinação e imunoglobulina para HBV;
- 5) Realização de testagem rápida para HIV, sífilis, hepatites virais B e C ou coleta de material para avaliação do status sorológico, para seguimento e conduta específica;
- 6) Teste para investigação de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, quando disponível;
- 7) Agendamento de retorno para seguimento sorológico após 30 dias e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, quando indicado.

S

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Conduas de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual



Tratamento para Profilaxia das IST em Situações de Violência Sexual



IST	MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	
		ADULTOS E ADOLESCENTES COM MAIS DE 45KG	CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM MENOS DE 45KG
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^(a)	50.000 UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Infecção por <i>N. gonorrhoeae</i> e <i>C. trachomatis</i>	Ceftriaxona	500mg, 1 ampola, IM, dose única	Ceftriaxona: 125mg, IM, dose única
	MAIS Azitromicina	MAIS 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	MAIS Azitromicina: 20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Tricomoníase	Metronidazol ^(b, c)	2g, VO, dose única	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)



| Secretaria de Saúde

Procedimentos de Vigilância Epidemiológica



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



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1	Data da Notificação	2	UF	3	Município de Notificação	Código (IBGE)	
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)					Código (CNES)	
	5	Data da Ocorrência do Evento	6	Hora da ocorrência (0 - 24 horas)				
da Atendida	7	Nome					8	Data de Nascimento
	9	Idade	10	Sexo	11	Gestante		
		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado				
	12	Cor	13	Escolaridade	01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo	06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica		
		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado						



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

Público

PEP

- Pessoas preocupadas com prevenção
- Relação sexual desprotegida com pessoa de sorologia desconhecida ou HIV+

PrEP

- Pessoas preocupadas com prevenção
- Indicada para população com maior prevalência de HIV:
 - Gays e outros HSH
 - Pessoas Trans
 - Profissionais do sexo
 - Parcerias sorodiscordantes p/ HIV

Situação de exposição

PEP

- Exposição de risco pontual
- Sexual, profissional, violência sexual
- Exposições de risco esporádicas - até duas por ano

PrEP

- Exposições de risco frequentes
- Somente sexual

Tempo

PEP

- Indicada após exposição de risco
- Início o mais rápido possível
- Protege até 72 horas após a exposição

PrEP

- Uma vez definida a indicação,
- Após descartada possibilidade de janela imunológica,
- Teste rápido anti HIV negativo,
- Iniciar no mesmo dia, se possível

Medicamentos

PEP

- 3 antirretrovirais
- Mesmo esquema do tratamento inicial
- (Tenofovir+3TC) + Dolutegravir
- Tomar 1 comp. de cada 1x ao dia
- Adesão deve ser rigorosa

PrEP

- 2 antirretrovirais
- Tenofovir+
Entricitabina
(Truvada)
- 1 comp 1x ao dia
- Adesão mais flexível

Tempo de uso

PEP

- Duração do esquema de 28 dias
- Proteção tem início imediato

PrEP

- Duração do esquema indeterminada,
- Uso contínuo
- Proteção começa 7 dias após início em relações sexuais anais e 20 dias para vaginais

Seguimento

PEP

- Retornos em 30 e 90 dias
- Alta após 90 dias e exames negativos

PrEP

- Primeiro retorno em 30 dias
- Próximos retornos a cada 3 ou 4 meses

Desafios



- Aumentar o conhecimento da comunidade e profissionais de saúde sobre PEP
- Acesso aos mais vulneráveis
- Melhorar a adesão ao seguimento clínico
- Expansão, principalmente nos serviços de urgência
- Manter monitoramento
- Interface com a rede de violência sexual



| Secretaria de Saúde

OBRIGADA!

dlotufo@crt.saude.sp.gov.br