



# BENVINDOS:AS À WEB!

**1ª PARTE- REVISÃO PCDT DE PEP**

**2ª PARTE- BOAS PRÁTICAS E  
SITUAÇÃO DA PEP NO ESP**



**Médicas infectologistas do CRT DST AIDS:  
Denize Lotufo Estevam e  
Mariliza Henrique da Silva  
Psicóloga do CRT DST AIDS  
Karina Wolffenbüttel**



**40 anos**

*Programa Estadual de IST/AIDS*

**CRT DST/AIDS-SP**

# 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  
[dlotufo@crt.saude.sp.gov.br](mailto:dlotufo@crt.saude.sp.gov.br)

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

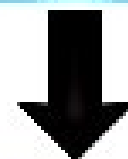


- União de todas as profilaxias (sexual, profissional e violência)
- Simplificação da avaliação de risco
- Redução do tempo de seguimento
- Medicamentos com menos efeitos colaterais, interações medicamentosas, uma tomada diária
- Redução do rol de exames laboratoriais
- Ampliação do acesso a PEP com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

# 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

**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 <sup>(a)</sup>	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 <sup>(b)</sup> + 3TC + DTG	Impossibilidade do uso de DTG: ATZ/r <sup>(c)</sup>
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](http://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 5 mg pode ser usado a partir de 2 meses até 6 anos
- Dolutegravir 50 mg pode ser usado acima de 6 anos e 20 Kg

## 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



- 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 <sup>(d)</sup>	PARA INVESTIGAÇÃO DE EFEITOS ADVERSOS	4-6 SEMANAS APÓS A EXPOSIÇÃO	12 SEMANAS APÓS A EXPOSIÇÃO
Creatinina <sup>(a)</sup>	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 <sup>(b)</sup>	Em caso de indicação de PEP com AZT	X		
Teste de HIV <sup>(c)</sup>	X		X	X

Fonte: DCCI/SVS/MS.

<sup>(a)</sup> Para cálculo do *clearance* de creatinina.

<sup>(b)</sup> Para pacientes com suspeita de anemia. O exame não deve atrasar o início da PEP.

<sup>(c)</sup> Não se recomenda a utilização de teste de fluido oral.

<sup>(d)</sup> 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

# Profíxia 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;

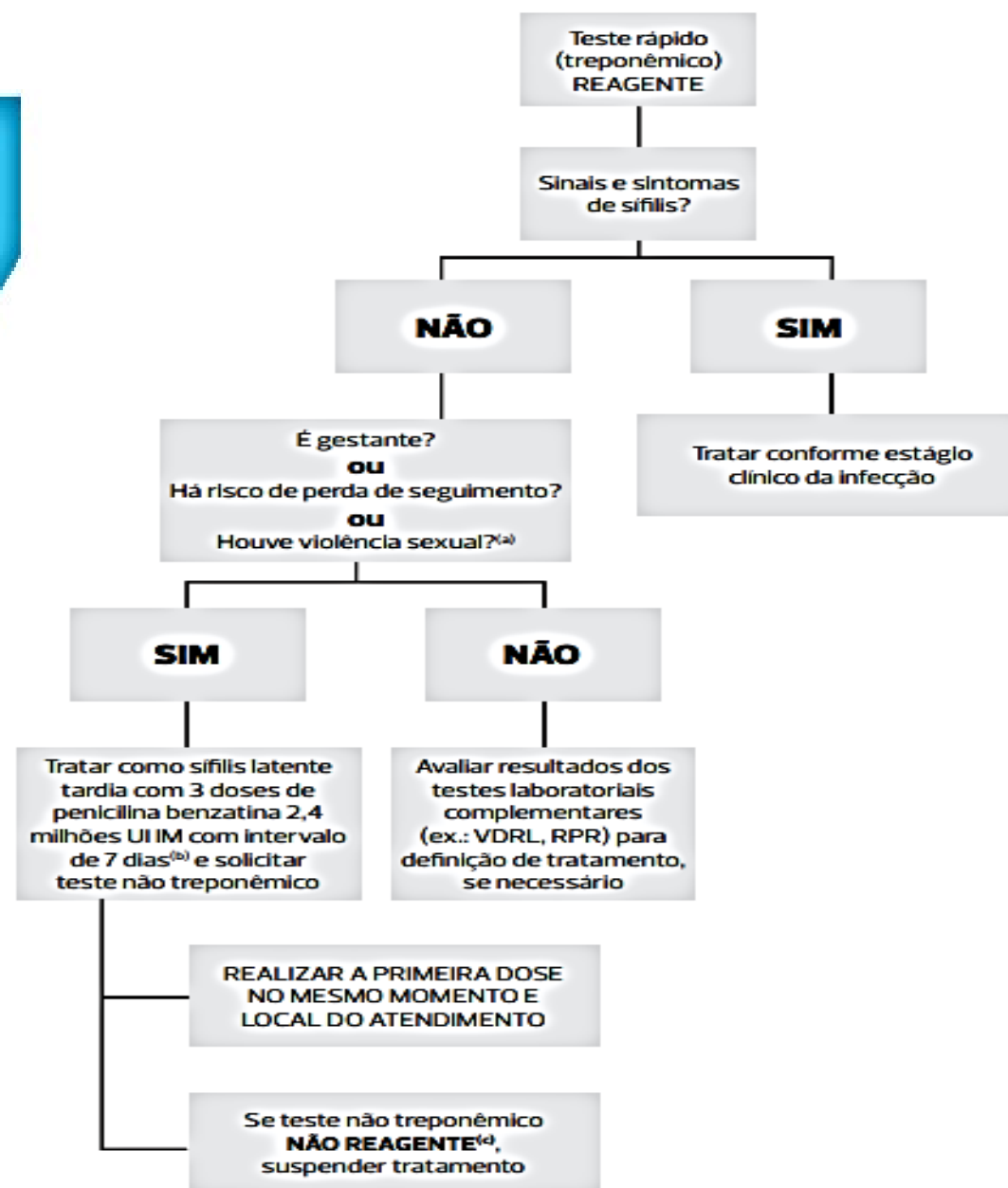
Pessoa com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;

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 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 **9 até 45 anos para homens e 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 <sup>(a)</sup>
Vacinação incompleta	IGHA HB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação <sup>(a)</sup>
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 <sup>(b)</sup>	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) <sup>(a)</sup>
Sem resposta vacinal após segunda série (5 doses)	IGHA HB (2x) <sup>(b)</sup>	Nenhuma medida específica	IGHA HB (2x) <sup>(b)</sup>

Continua

# Profilia 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	
<b>Fonte</b>				
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
<b>Exposto</b>				
Imediatamente (≤48 horas)	Sim <sup>(a)</sup>	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 <sup>(b)</sup>	Sim <sup>(b)</sup>	Considerar	Não utilizar o teste molecular isoladamente, devido às variações na viremia durante infecções agudas
4-6 meses	Sim <sup>(b)</sup>	Sim <sup>(b)</sup>	Sim	-

# Profilaxia para Hepatite C

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

TEMPO PÓS-EXPOSIÇÃO	TESTAGEM LABORATORIAL			COMENTÁRIO
	ANTI-HCV	HCV-RNA	ALT	
<b>Fonte</b>				
Imediatamente (<48 horas)	Sim	Testar se anti-HCV reigente	Não	Pode-se avaliar a utilização de HCV-RNA mesmo com sorologia negativa em pacientes com imunossupressão grave
<b>Exposto</b>				
Imediatamente (<48 horas)	Sim <sup>(a)</sup>	Testar se anti-HCV reigente	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 <sup>(a)</sup>	Sim <sup>(a)</sup>	Considerar	Não utilizar o teste molecular isoladamente, devido às variações na viremia durante infecções agudas
4-6 meses	Sim <sup>(a)</sup>	Sim <sup>(a)</sup>	Sim	-

Fonte: DDCI/SVS/MS.

<sup>(a)</sup>Anti-HCV reigente 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.

<sup>(b)</sup>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)	<b>1ª opção</b> – 1 comprimido de 1,5mg VO ou 2 comprimidos de 0,75mg, dose única, até 5 dias após a relação sexual <sup>(a)</sup>
	<b>2ª opção</b> – 1 comprimido de 0,75mg VO de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos, até 5 dias após a relação sexual <sup>(a)</sup>

## Cuidados às pessoas Vítimas de Violência Sexual

- › Atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;
- › Providências policiais e judiciais cabíveis (entretanto, caso a vítima não as tome, não lhe pode ser negado atendimento);
- › Anticoncepção de emergência e profilaxia das IST não virais e do HIV;
- › Vacinação e imunoglobulina para HBV;
- › 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;
- › Teste para investigação de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, quando disponível;
- › Agendamento de retorno para seguimento sorológico após 30 dias e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, quando indicado.

Fonte: DCCI/SVS/MS.



# Conduas de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual



## TODAS

- › Preencher a ficha de notificação de violência sexual
- › Orientar a pessoa sobre a realização do Boletim de Ocorrência
- › Proceder ao atendimento independentemente da realização do Boletim de Ocorrência
- › Realizar o primeiro atendimento e encaminhar a pessoa à unidade de referência

## MENORES DE 14 ANOS

- › Comunicar o caso ao Conselho Tutelar da forma mais rápida possível

## GESTANTES

- › Acionar o Ministério Público, quando necessário, especialmente no caso de interrupção de gravidez em decorrência 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) <sup>(a)</sup>	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 <sup>(b, c)</sup>	2g, VO, dose única	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

# 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)				
Dados da Atendida	7	Nome					8	Data de Nascimento
	9	Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10	Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11	Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado
	12	Cor	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	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	

# *PEP*                      X                      *PrEP*

## *Situação de exposição*

- Exposição de risco pontual
  - Sexual, profissional  
violência sexual
- Exposições de risco frequentes
  - Somente sexual

# PEP x PrEP

## Público

- Pessoas preocupadas com prevenção
  - Relação sexual desprotegida com pessoa de sorologia desconhecida ou HIV+
- Pessoas preocupadas com prevenção
  - Indicada para pessoas mais vulneráveis ao HIV, a partir dos 15 anos(acima de 35 Kg)

# *PEP* x *PrEP* *Tempo*

- Indicada após exposição de risco
  - Início o mais rápido possível
  - Protege até 72 horas após a exposição
- Uma vez definida a indicação,
  - Teste rápido anti HIV negativo,
  - Iniciar no mesmo dia, se possível

# PEP *x* PrEP

## Tempo de uso

- Duração do esquema de 28 dias
  - Proteção tem início imediato
- Duração do esquema indeterminada, uso contínuo
  - Proteção começa de imediato se usada 2 horas antes do sexo para relações sexuais anais e 7 dias antes para vaginais

# PEP x PrEP

## Medicamentos

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



# *PEP*                      *x*                      *PrEP*

## *Reações Adversas*

- Cefaléia
- Insônia
- Náuseas
- Flatulência
- Diarréia
- Depressão
- Reação de hipersensibilidade

- Cefaléia
- Náuseas
- Flatulência
- Vômitos,
- Tonturas,
- Fadiga
- Dor nas costas

# *PEP*                      *x*                      *PrEP* *Seguimento*

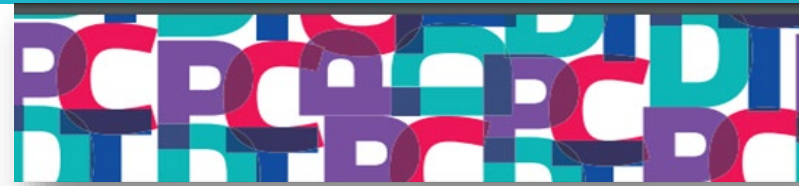
- Retornos em 15,30 e 90 dias
  - Alta após 90 dias e exames negativos
- Primeiro retorno em 30 dias
  - Próximos retornos a cada 4 meses

# Desafios da PEP HIV

---



- Aumentar o conhecimento da comunidade e profissionais de saúde sobre PEP
- Ampliar o acesso da PEP aos mais vulneráveis
- Melhorar a adesão ao seguimento clínico
- Expandir principalmente para serviços de urgência
- Manter monitoramento
- Interface com a rede de violência sexual



# PEP

## BOAS PRÁTICAS E CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS DA REDE DE PEP NO ESP

Mariliza Henrique da Silva  
Médica Infectologista

Centro de Referência e Treinamento em DST AIDS  
Programa Estadual de IST AIDS de SP  
[mariliza@crt.saude.sp.gov.br](mailto:mariliza@crt.saude.sp.gov.br)

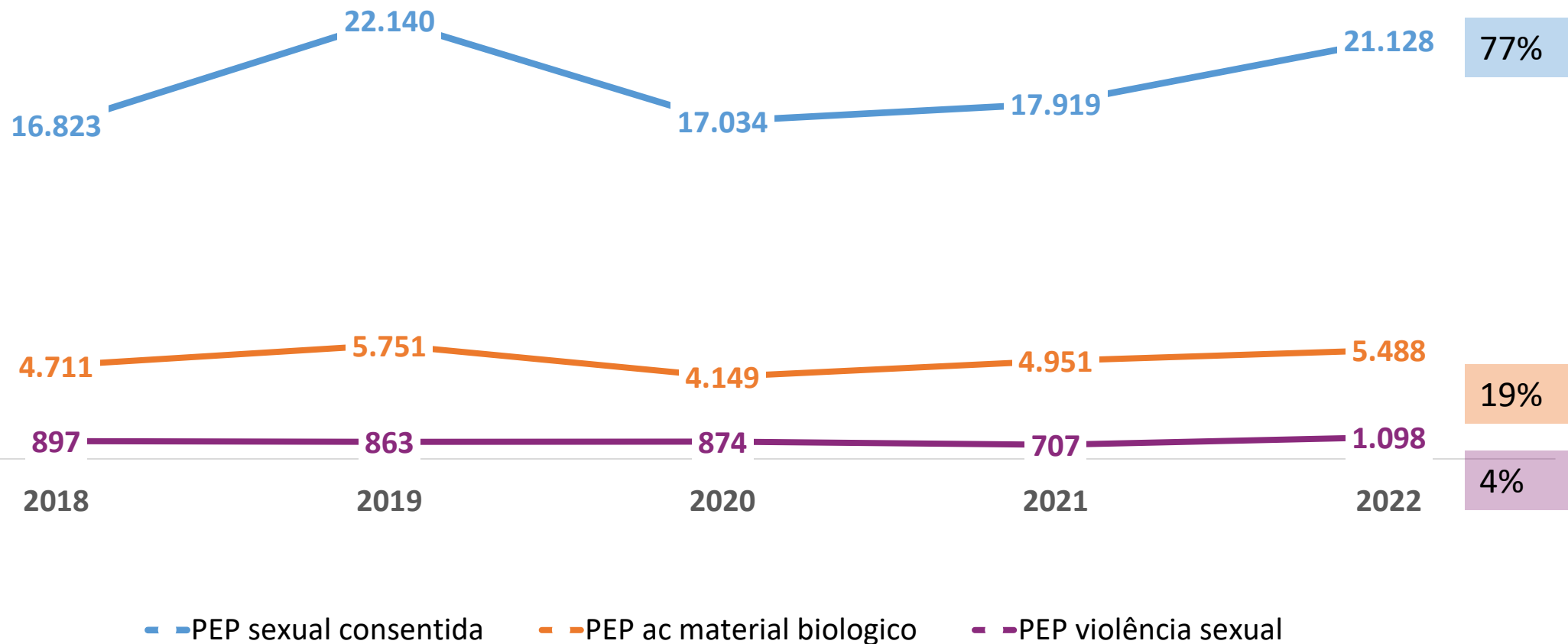
# Cronologia da PEP HIV

---

- **1996** - Profilaxia pós **acidente ocupacional**
- **1998** - Profilaxia pós **violência sexual**
- **2004** - Profilaxia para prevenção da **transmissão vertical do HIV**
- **2006** - Profilaxia pós exposição sexual – **casais sorodiferentes**
- **2010** - Profilaxia pós **exposição sexual (ocasional)**

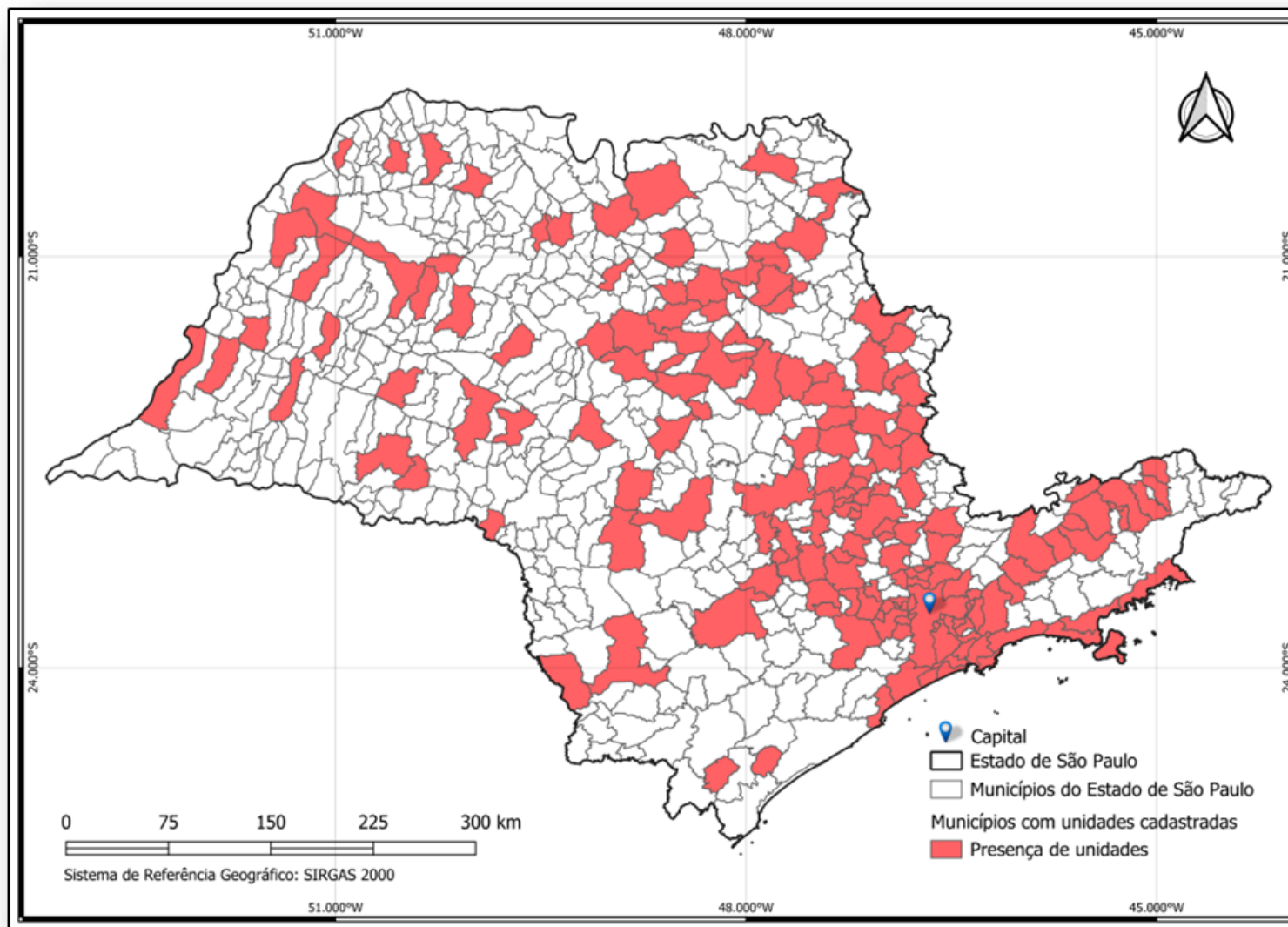


# Nº de dispensas de PEP segundo categoria e ano, 2018 a 2022, ESP



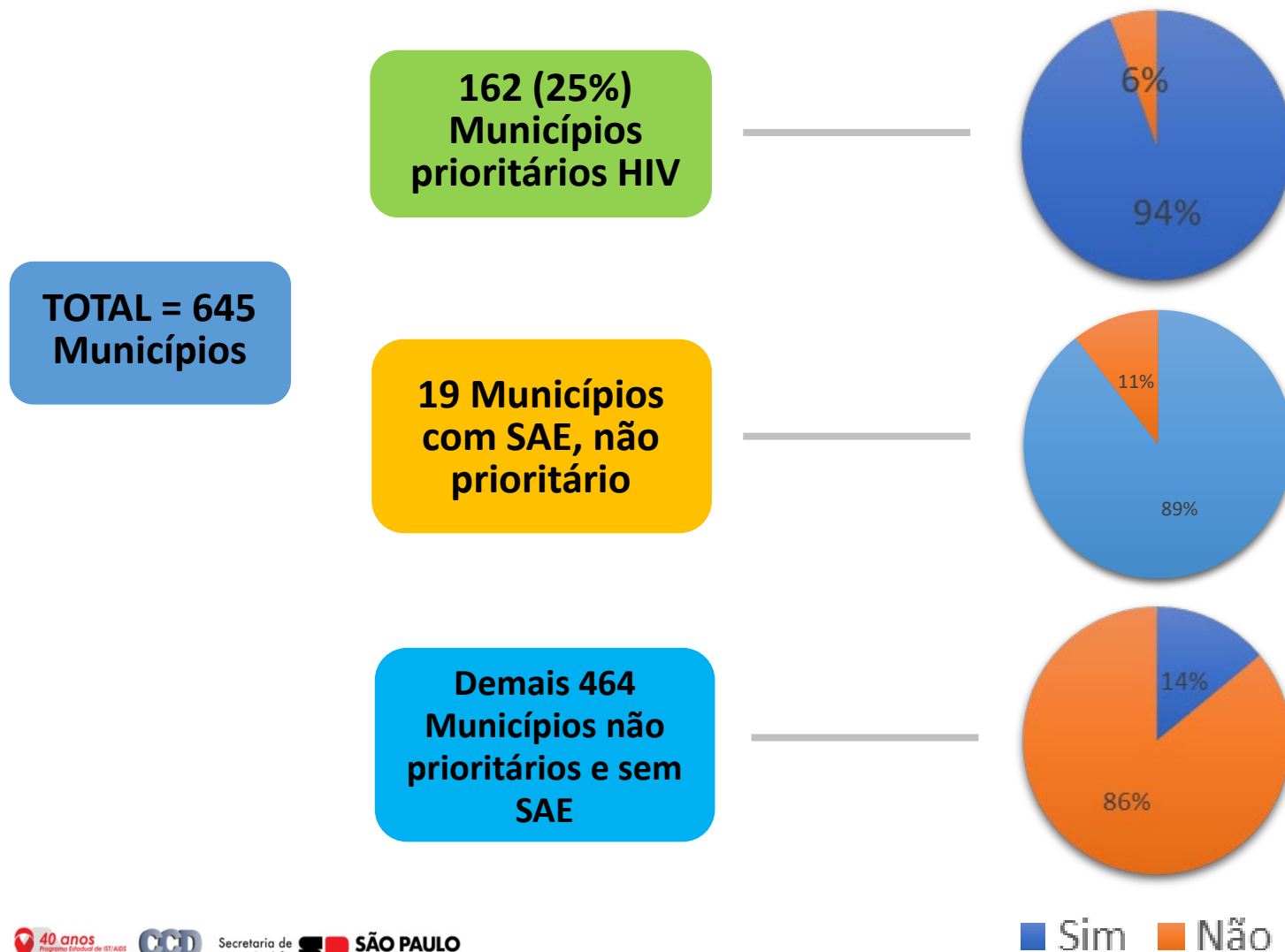
Fonte: SICLOM

# Distribuição das 605 unidades de PEP cadastradas em 235 municípios do ESP em 2022



Fonte: Cadastro de unidades de PEP (2022)

# PEP nos Municípios Segundo categoria: é prioritário para o controle da aids? Tem um SAE?



## Segundo Porte do Município

< 25.000 hab (414 mun) –  
55 com PEP = 13,8%

25.000 a 100.000 (151mun) –  
102 com PEP = 67,5%

100.000 hab (80 mun) –  
79 com PEP = 98,7%

235 (36,4%)  
municípios fazem  
algum tipo de PEP

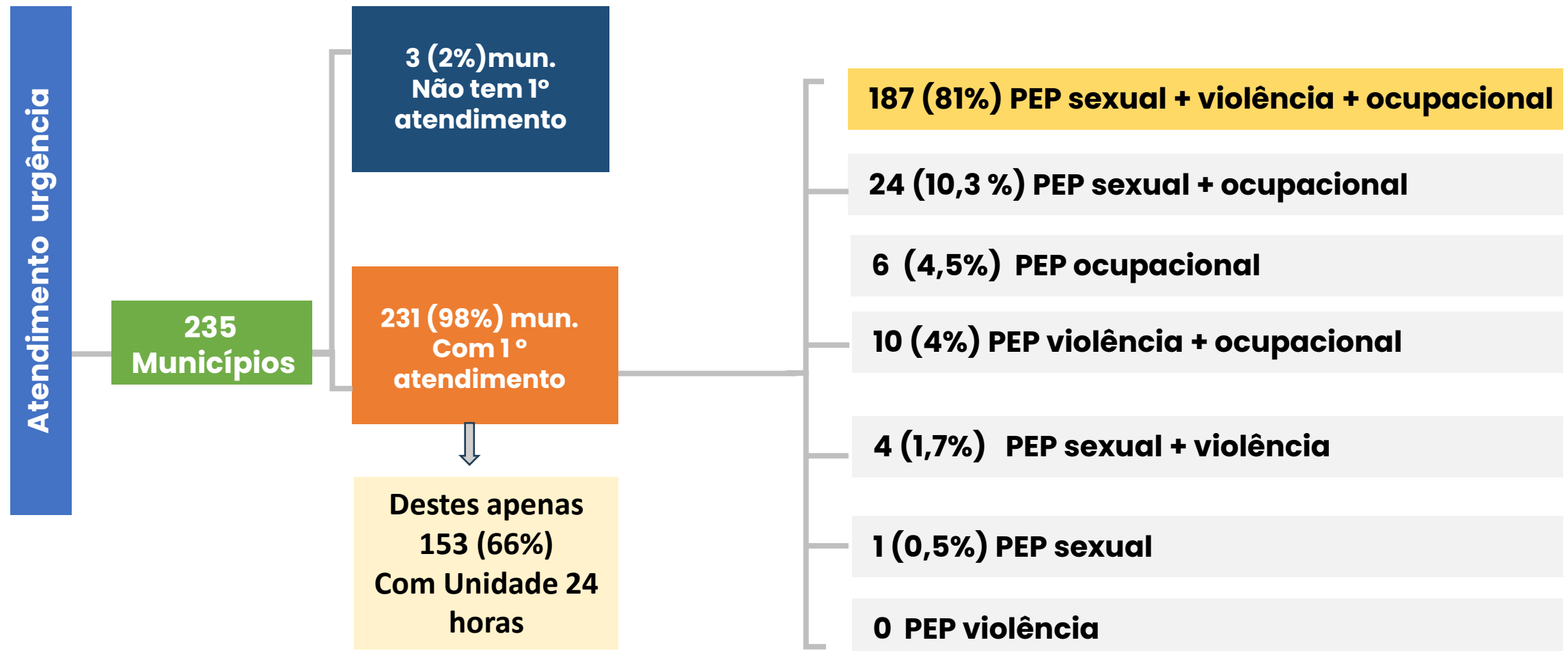
Fonte: Cadastro de unidades de PEP (2022)



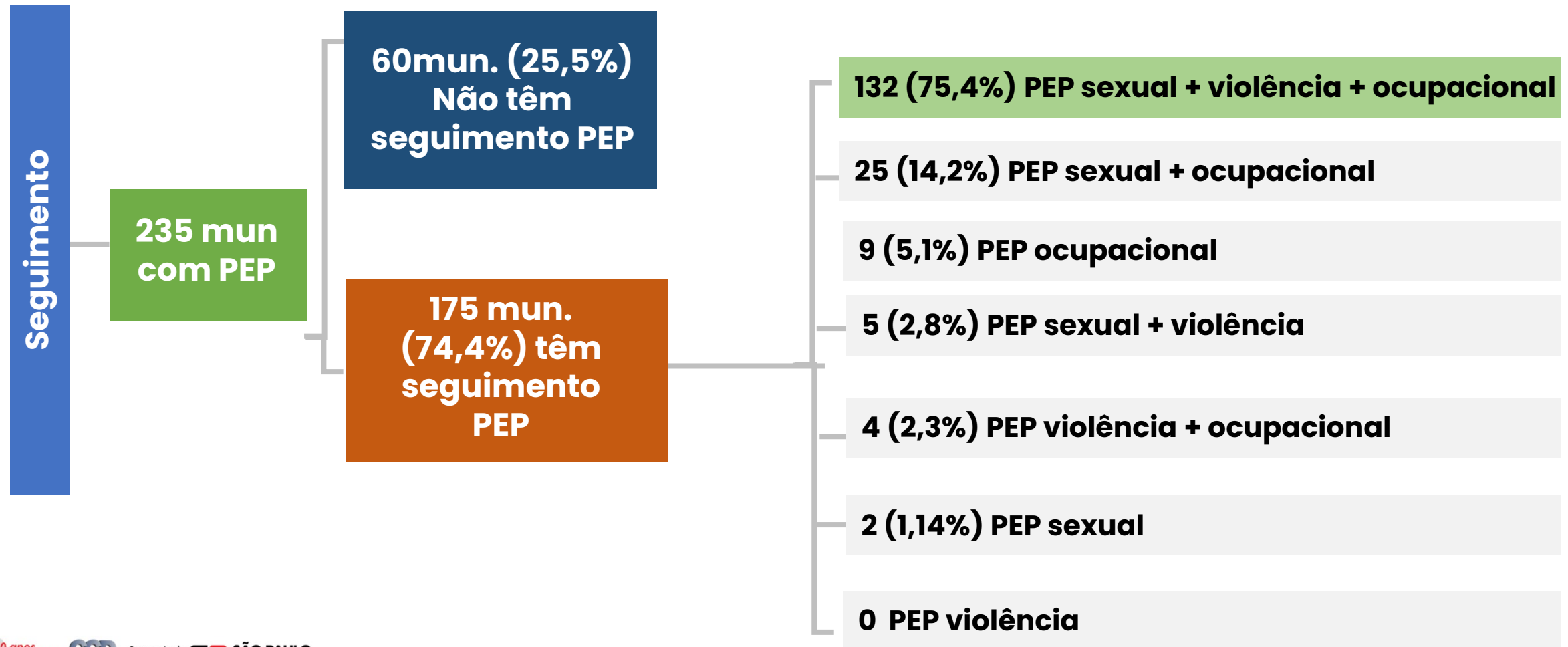
# 1º Atendimento de PEP



- Esquema antirretroviral da PEP para o HIV : **avaliação do risco da situação de exposição** E NÃO mais por categoria de exposição



# Seguimento de PEP



# Dispensação de ARV para TARV



Dispensa de PEP

Local de dispensa  
235 mun.

159 (68%) mun. - Todas as Unidades dispensam no local de atendimento

43 (18%) - mun. – Algumas Unidades dispensam no local de atendimento e outras encaminham

25 (11%) mun. – Encaminham para retirar em outra unidade

08 (3%) mun. – Não prescrevem PEP, apenas ofertam acolhimento e/ou seguimento

Tempo de dispensa  
(análise mun. com SAE)  
162 mun.

68 (42%) municípios todas as unidades dispensam por 28 dias

92 (57%) municípios algumas unidades dispensam por 28 dias e outras fracionado

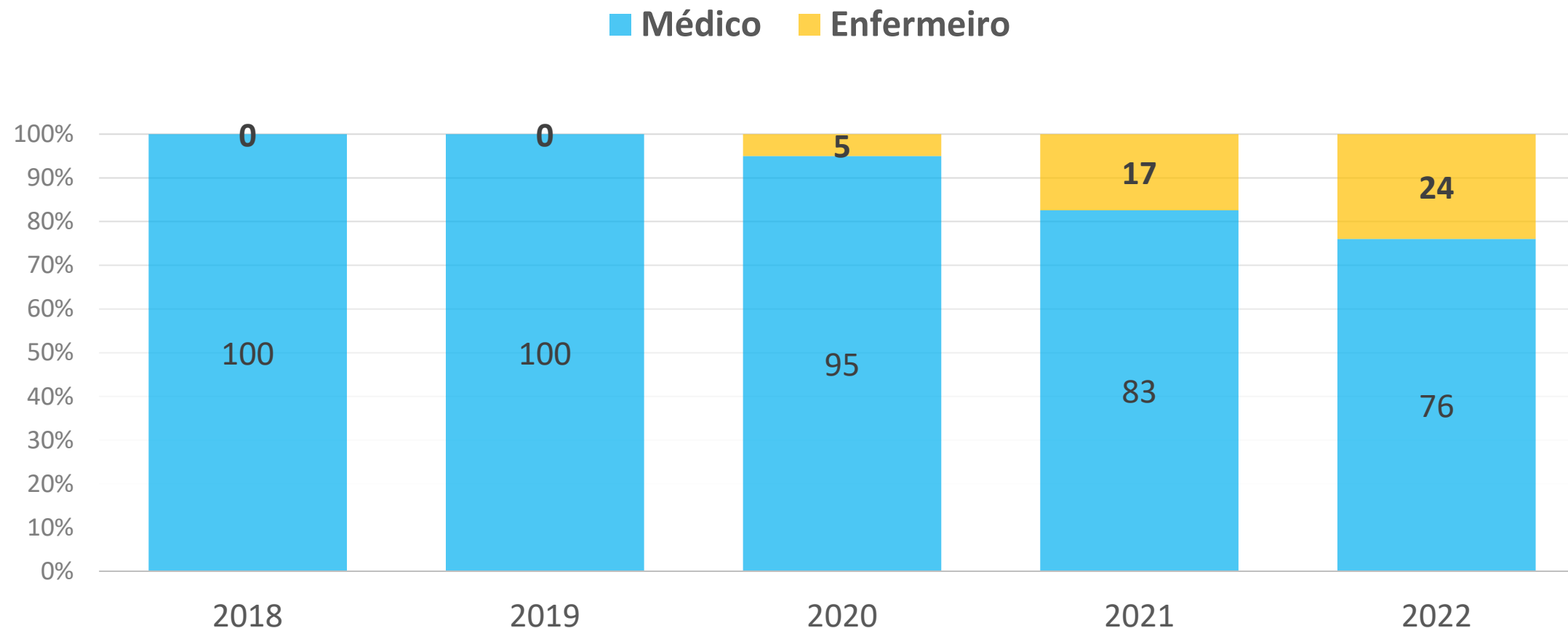
02 (1%) municípios todas as unidades dispensam fracionado

Lembrando que ...

As **taxas de adesão e de conclusão da PEP** para o HIV estão associadas a:

- oferta tanto do teste do HIV como da **PEP na consulta inicial**
- fornecimento completo de medicamentos para **28 dias na primeira consulta**

# % de PEP prescrita segundo categoria profissional, 2018 a 2022, ESP



Fonte: SICLOM

# PEP Violência Sexual ESP



**1 EM CADA 6 HOMENS**  
É ABUSADO SEXUALMENTE  
ANTES DOS 18 ANOS

*Culprit*

QUEBRAR  
O SILÊNCIO

APOIO ESPECIALIZADO PARA HOMENS  
SOBREVIVENTES DE ABUSO SEXUAL

**VIOLÊNCIA  
SEXUAL CONTRA**  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES  
ORIENTAÇÃO E ENFRENTAMENTO

DPE-SE

ATENDIMENTO  
GRATUITO  
A VÍTIMAS  
DE ESTUPRO  
EM HOSPITAIS  
OU POSTOS DE  
SAÚDE DO SUS.

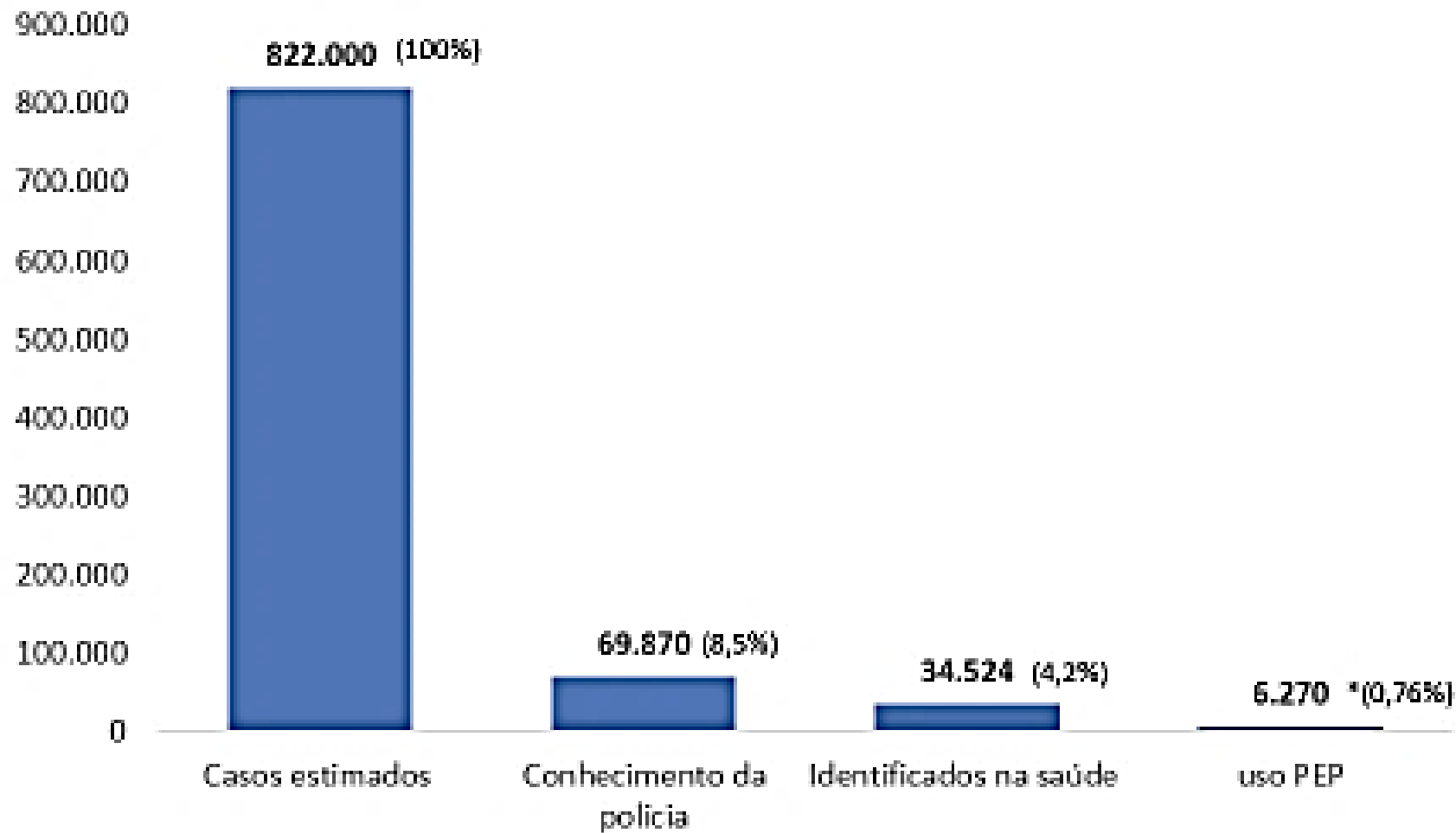
LEIA EM MINUTOS SIGUIENTES: [MPF.MP.CC](http://MPF.MP.CC)

COM  
PALAVRA  
E VOL.

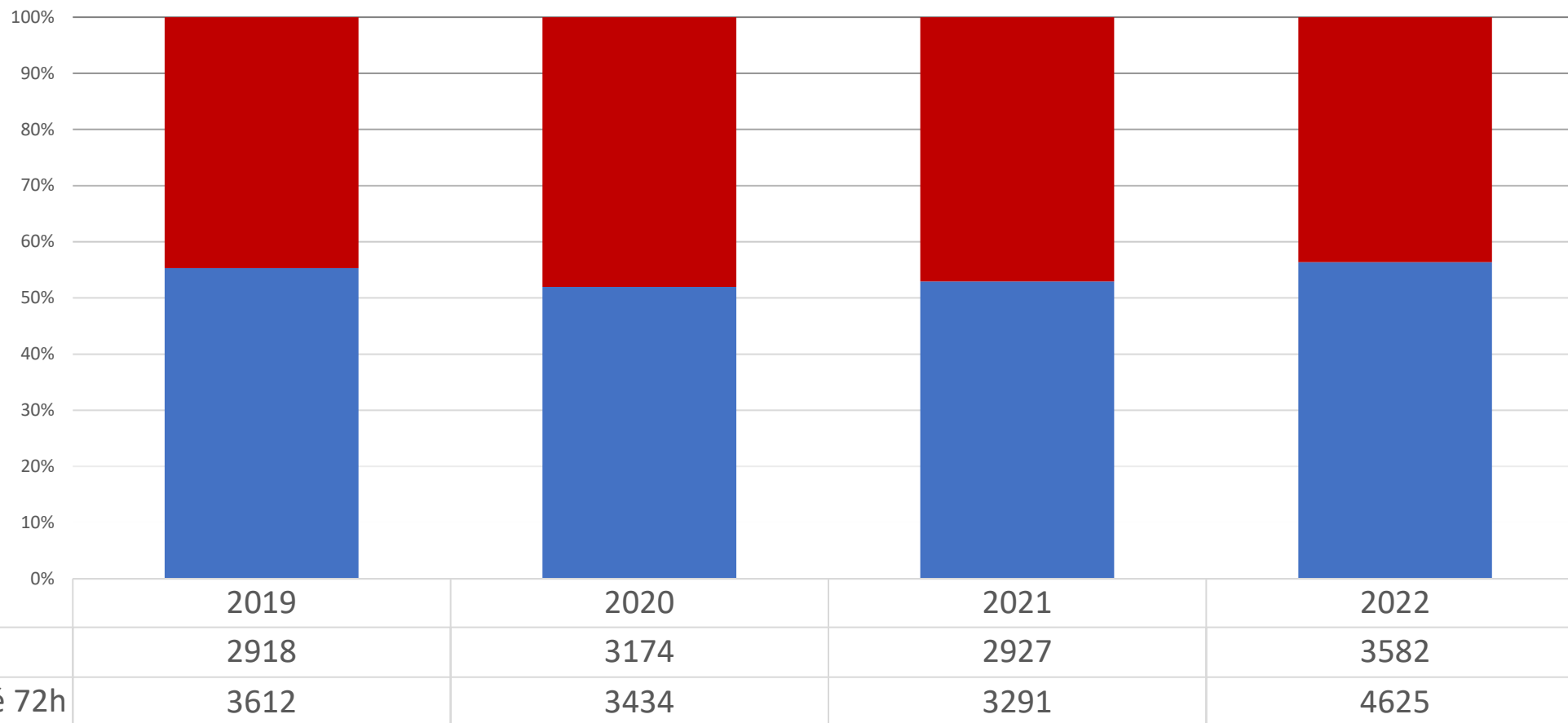
**MPF**  
Ministério Público Federal  
Por dentro, mais direito.

ILUSTRACÃO: OSCAR PEREIRA

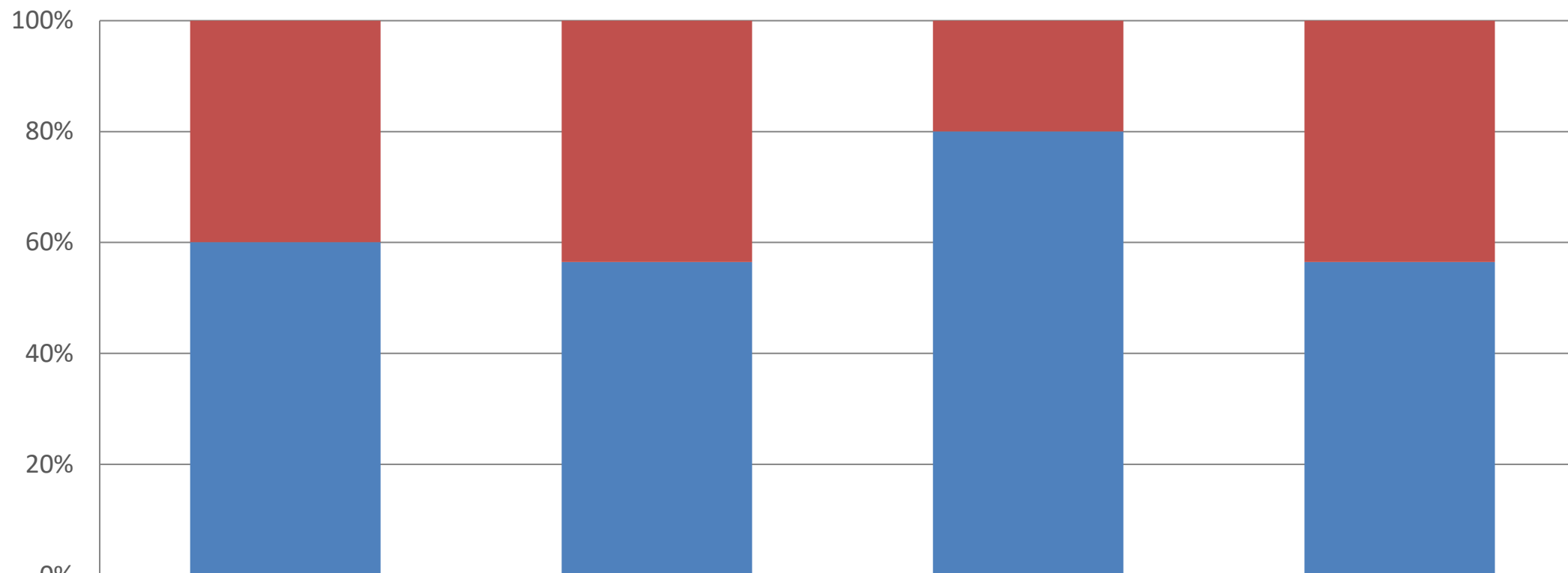
## Estimativa de ocorrência de casos de estupro no Brasil por ano e uso de PEP ano (2020).



## Perfil das vítimas de estupro segundo prazo de atendimento , ESP, 2019 a 2022



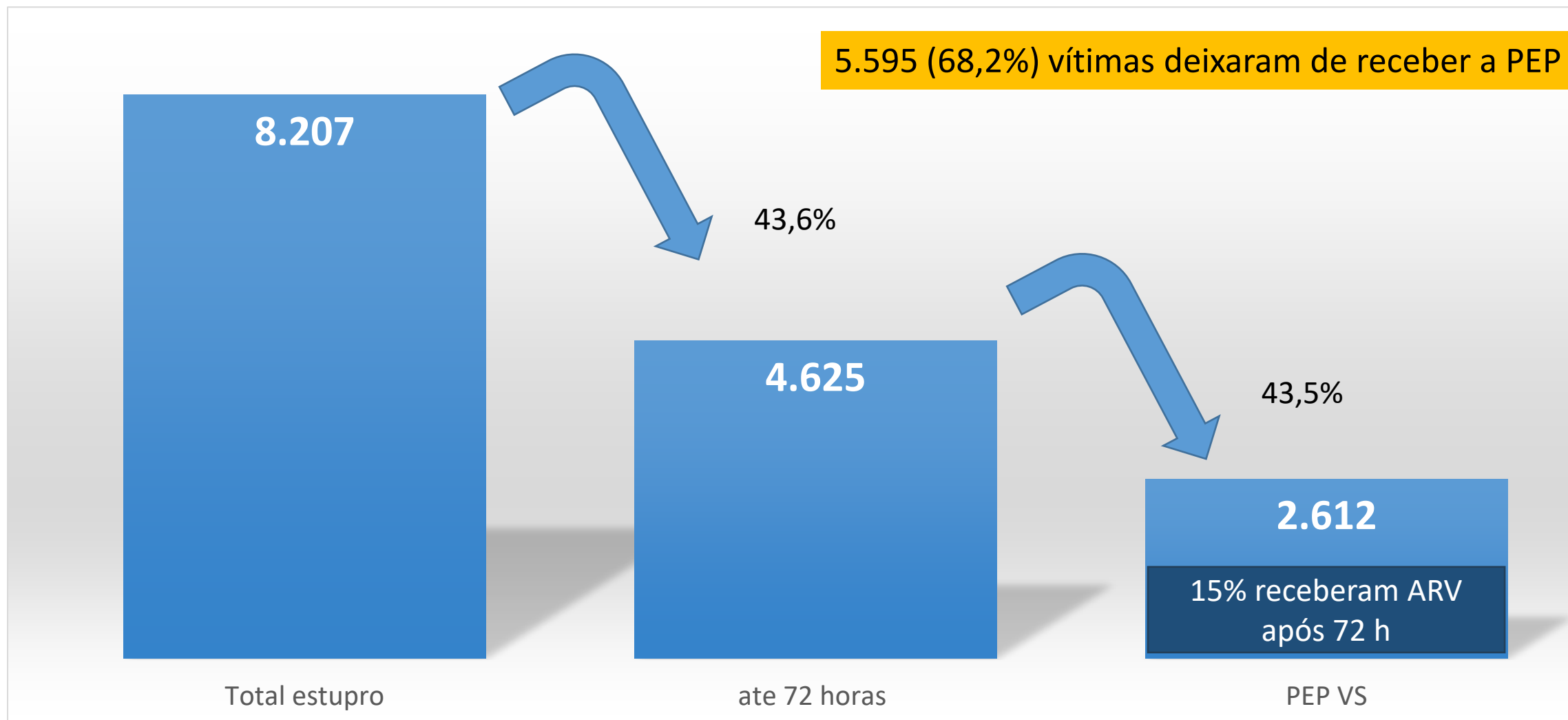
# Perfil de atendimento de PEP para vítimas de violência que chegaram para atendimento em até 72 horas no estado de SP no período de 2019 a 2022



	2019	2020	2021	2022
■ Não recebeu PEP	1442	1495	657	2013
■ Receberam PEP	2170	1939	2634	2612

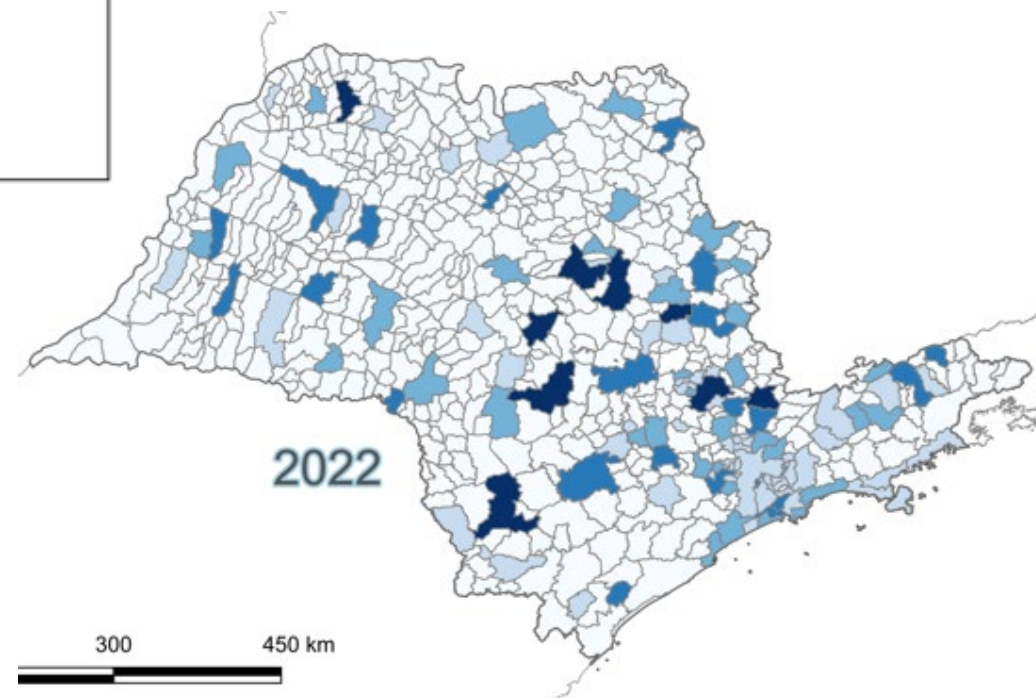
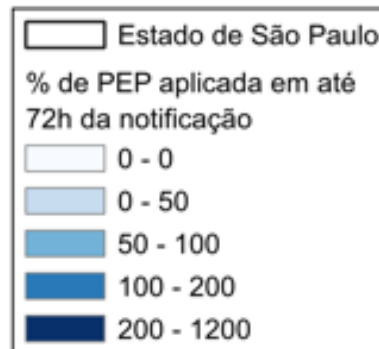
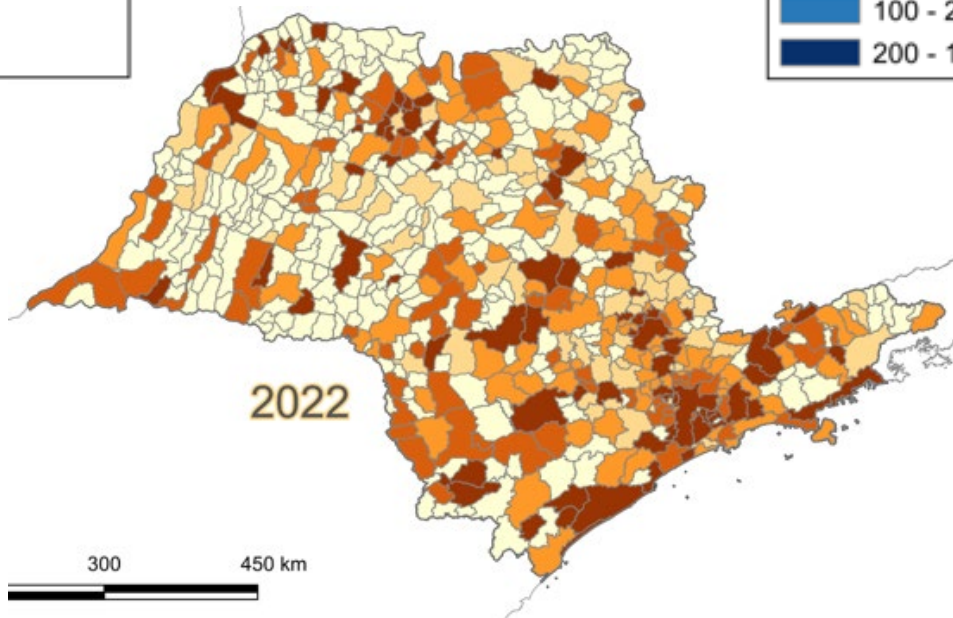
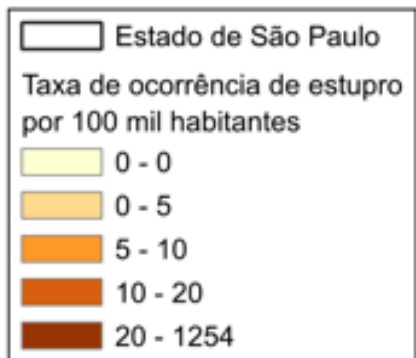


# Cascata Violência sexual e PEP, estado de São Paulo, 2022



Fonte SINAN e SICLOM

# Taxa de ocorrência de estupro e % PEP violência sexual, 2022, ESP



# Barreiras:

---



## ➤ Acesso ao serviço:

Desconhecimento da população dos locais de atendimento de PEP.  
Áreas de risco para violência sexual com vazios assistenciais.

## ➤ Acesso ao medicamento:

Serviços que não prescrevem PEP.

Serviços que fornecem **medicamentos fracionados**.

Serviços que fornecem a receita de PEP e encaminham o usuário para outro local para retirada da medicação.

# Boas Práticas



- Todo município deve ter para PEP – atendimento de 1ª vez (unidade 24h) e seguimento ambulatorio ou ter referênciã estabelecida próxima
- Acolher a demanda de PEP priorizando o atendimento
- Fornecer a profilaxia no primeiro atendimento, sem fracionar (28 dias)
- Garantir seguimento da PEP
- Manter cadastro das unidades de PEP atualizados junto à Coordenação Estadual de IST AIDS e GT Violência
- Promover ampla divulgaçãõ da PEP entre a populações-chave e profissionais de saúde
- Manter as equipes atualizadas

# OBRIGADA!

[mariliza@crt.saude.sp.gov.br](mailto:mariliza@crt.saude.sp.gov.br)

[dlotufo@crt.saude.sp.gov.br](mailto:dlotufo@crt.saude.sp.gov.br)

[karina@crt.saude.sp.gov.br](mailto:karina@crt.saude.sp.gov.br)

Contato PEP e PrEP – CRT DST AIDS

[prepsus@crt.saude.sp.gov.br](mailto:prepsus@crt.saude.sp.gov.br)

## PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO

# PEP

**72 horas**  
Este é o tempo máximo para iniciar a Profilaxia Pós-Exposição

**3 dias**

**2 horas**  
Após a exposição, procure um serviço de saúde imediatamente. O ideal é iniciar a profilaxia em até duas horas após a exposição.


**Complete 28 dias**  
A Profilaxia Pós-Exposição é realizada por 28 dias consecutivos.


Não interrompa a profilaxia


**28**

**Reduza a possibilidade de se infectar com o HIV**

**SAIBA MAIS >> <http://www.aids.gov.br/conheca-a-peg>**

 [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

 /DSTAidsHV

 /DSTAidsHV