



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, doenças sexualmente transmissíveis e hepatite B são frequentemente vistas em unidades de saúde. São consideradas emergências médicas e, por conseguinte, todas as medidas profiláticas devem ser adotadas o mais rapidamente possível devendo estar 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 a 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.

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 19:00 até às 7:00, nos recessos, feriados e finais de semana. Os serviços de pronto-atendimento e emergência locais deverão ter afixado no mural ou outro local de fácil acesso a 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: por exemplo, quando há respingos envolvendo olho, nariz, boca ou genitália;
 - ❑ Cutâneas: por exemplo, contato com pele não íntegra, como no caso de dermatites ou feridas abertas;
 - ❑ Por mordeduras humanas: consideradas como exposição de risco quando envolvem a presença de sangue. Devem ser avaliadas tanto para o indivíduo que provocou a lesão quanto para aquele que tenha sido exposto.
- A indicação da quimioprofilaxia para a exposição ocupacional deve ser avaliada cuidadosamente, considerando-se o risco do paciente-fonte estar, ou não, infectado pelo HIV, a gravidade da exposição e o potencial benefício da medicação antirretroviral;
- Sempre que indicada, a profilaxia deve ser iniciada o mais 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 ITRN. Em situações de exposição de maior risco, recomenda-se o uso de esquemas com a adição de um terceiro ITRN ou um IP reforçado com ritonavir (IP/r) – tabela 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 estão resumidos 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

Legenda:

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.

Tabela 5. Esquema profilático:

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

Legenda:

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

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

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

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

1.2. Observações:

- Drogas não recomendadas para uso inicial em profilaxia pós-exposição ocupacional: ABC e ddl; o abacavir (ABC) e a didanosina (ddl) são ambos desencorajados para PEP em função de seus efeitos adversos, relativamente frequentes.
- A **nevirapina (NVP)** é **contra-indicada como droga antirretroviral profilática** por haver relatos de hepatotoxicidade grave (casos de falência hepática necessitando transplante) e Síndrome de Stevens-Johnson.

- O efavirenz deve ser usado somente em situações excepcionais (exposição grave a paciente-fonte HIV+, com resistência **potencial** aos IP), após avaliação de especialistas no manejo da infecção pelo HIV. Não deve ser utilizado em gestantes no primeiro trimestre ou em mulheres com possibilidade de engravidar, em razão da potencial ocorrência de efeitos teratogênicos; pode ser utilizado em homens mais livremente, porém atentar para os possíveis efeitos sobre o sistema nervoso central e a rotina do paciente (tipo de trabalho, estudo etc).
- Enfuvirtida (T20) não deve ser utilizada como medicamento profilático, exceto em situações especiais e sob orientação de especialista.

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

- Casos de profissionais acidentados sabidamente infectados pelo HIV;
- 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), desde que não haja a presença de sangue ou de evidências de material inflamatório nesses materiais.
 - 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);
- Casos em que o atendimento ocorra mais de 72 horas após o acidente.

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.

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, dever-se-ão realizar 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:	zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) + tenofovir (TDF).
Esquema Alternativo:	zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) + lopinavir/ritonavir (LPV/r)

Caso seja indicada profilaxia antirretroviral para a pessoa exposta, deve-se realizar avaliação laboratorial no atendimento inicial, devendo esta incluir a testagem para HIV (com testes rápidos), 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.
- 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			
↑ Menor Risco Maior Risco	Tipo de exposição	Anal receptiva	Anal ou vaginal <u>insertiva</u>	Vaginal receptiva	Oral receptiva com ejaculação
	Status Sorológico do parceiro				
	Parceiro sabidamente HIV positivo	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Considerar
	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
	Penetração oral sem ejaculação
NÃO RECOMENDADA	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
Zidovudina ⁽¹⁾ (AZT) + lamivudina (3TC) + lopinavir/r (LPV/r)	Tenofovir + lamivudina (3TC) + lopinavir/r (LPV/r)
	ou
	Zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) + tenofovir (TDF) ⁽²⁾

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

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

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(café e jantar) VO + 02 cp.12/12hs (café e jantar).
Esquemas Alternativos		
TDF + 3TC + LPV/r	300mg 150mg 200mg/50mg	01 cp. Dia + 1 cp. 12/12hs (café e jantar) ou 2 cp. em dose única + 02 cp. 12/12hs (café e jantar)
Ou		
AZT / 3TC + TDF	300mg/150mg 300mg	01 cp.12/12hs (café e jantar) + 1 cp. ao dia.

Tabela 11. Profilaxia da Infecção pelo HIV em Crianças

ESQUEMA	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA (por 28 dias)
AZT + 3TC + LPV/r	Solução oral: 10mg/ml, ou Cáps. 100mg Sol. oral: 10mg/ml, ou Comp. 150mg Sol. oral: 80/20mg/ml, ou Comp. 200mg/50mg	180mg/m ² , de 12/12h, Dose máxima: 300mg. 4mg/kg, de 12/12h, Dose máxima: 150mg, de 12/12h; > 12 anos: 150mg, de 12/12h ou 300mg em dose única diária. 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 deveria ser repetida com 12 meses, nos casos que envolvem agressores coinfectados pelo HIV/VHC 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.

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 2ª e a 8ª semana após o início do tratamento de TB.
Gestação	O esquema preferencial deve ser AZT + 3TC + LPV/r	EFV é contraindicado

EFEITOS ADVERSOS DOS ARVS E MANEJO

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

Medicação	Eventos adversos	Manejo.
AZT (zidovudina)	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 (lamivudina)	Pancreatite; Neuropatia periférica	Avaliação e acompanhamento.
TDF (tenofovir)	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; hipocalcemia; acidose metabólica.	Realizar exame básico de urina; uréia; creatinina e DCE a cada 3 meses.

LPV/r (lopinavir/ ritonavir)	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.
---------------------------------	--	---

b) 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 (trichomoníase). As medicações em **dose única** são preferenciais e serão ofertadas, sempre que possível, ainda no serviço assistencial.

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

MEDICAMENTO	GESTANTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES (< 45 kg)	VIA
PENICILINA G BENZATINA	2.4 milhões UI (1.2 milhão em cada nádega)	50.000 UI/Kg (máx.: 2.4 milhões UI)	IM
+			
CEFTRIAXONA	250 mg	125 mg	IM
+			
AZITROMICINA	1g	20 mg/kg (dose máxima: 1 g)	VO
+ ou –			
METRONIDAZOL [#]	250 mg 3 vezes /dia 7 dias	15 mg/kg/dia (8/8 horas por 7 dias máximo: 2 g)	VO

Tabela 16: ALTERNATIVAS PARA A PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS

PROFILAXIA	GESTANTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES	ADULTOS
Penicilina Benzatina (sífilis)	Estearato de Eritromicina 500mg VO cada 6 horas durante 15 dias	Estearato de Eritromicina 50mg/Kg/dia VO cada 6 horas por 15 dias	Estearato de Eritromicina 500mg VO cada 6 horas durante 15 dias
Azitromicina (clamidíase)	Estearato de Eritromicina 500mg VO cada 6 horas durante 7 dias	Estearato de Eritromicina 50mg/Kg/dia VO cada 6 horas por 10 a 14dias	Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas durante 7 dias
Azitromicina (cancro mole)	Ceftriaxona 250 mg IM dose única, ou Estearato de Eritromicina 500mg VO cada 6 horas durante 7 dias	Ceftriaxona 125mg IM dose única.	Ceftriaxona 250 mg IM dose única.
Metronidazol [#] (tricomoníase)	Secnidazol ou Tinidazol 2,0 g VO dose única	Secnidazol 10mg/kg VO dose única Secnidazol ou Tinidazol 2,0 g VO dose única.	Secnidazol ou Tinidazol 2,0 g VO dose única.

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

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

3.2.a- Tratamento tópico:

- Miconazol, creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou
- Clotrimazol, creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou Clotrimazol, óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou
- Tioconazol creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, uma aplicação única, via vaginal ao deitar-se; ou
- Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.

3.2.b- Tratamento sistêmico:

- Fluconazol 150 mg VO em dose única, ou
- Itraconazol 200mg VO 12/12 hs em 1dia, ou
- Cetoconazol 400mg VO/dia por 5 dias.

4. Profilaxia da hepatite B

O Programa Nacional de Imunizações e o Programa Nacional de Hepatites Virais recomendam o uso de Imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB) para todas as mulheres expostas em 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 e se a dose ultrapassar 5ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes.

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

A proteção para a hepatite B era complementada com a administração da vacina, em três doses ou completando o esquema, se interrompido previamente.

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. Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B 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 17. Imunoprofilaxia da infecção pelo HBV em situações de violência sexual.

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

Dose: 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 18. 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, 09 de janeiro de 2015.

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DIVE/SUV/SES/SC