

# MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

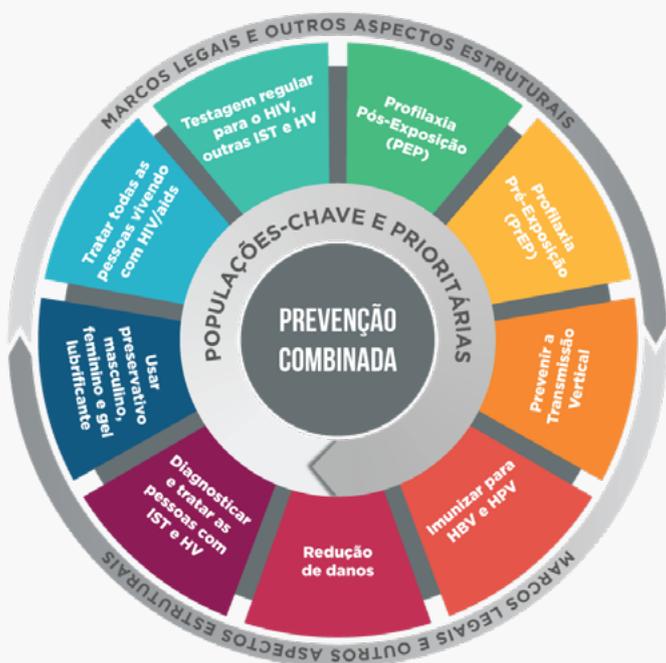
PORTARIA SCTIE/MS  
Nº 54, DE 24 DE AGOSTO DE 2021

### 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

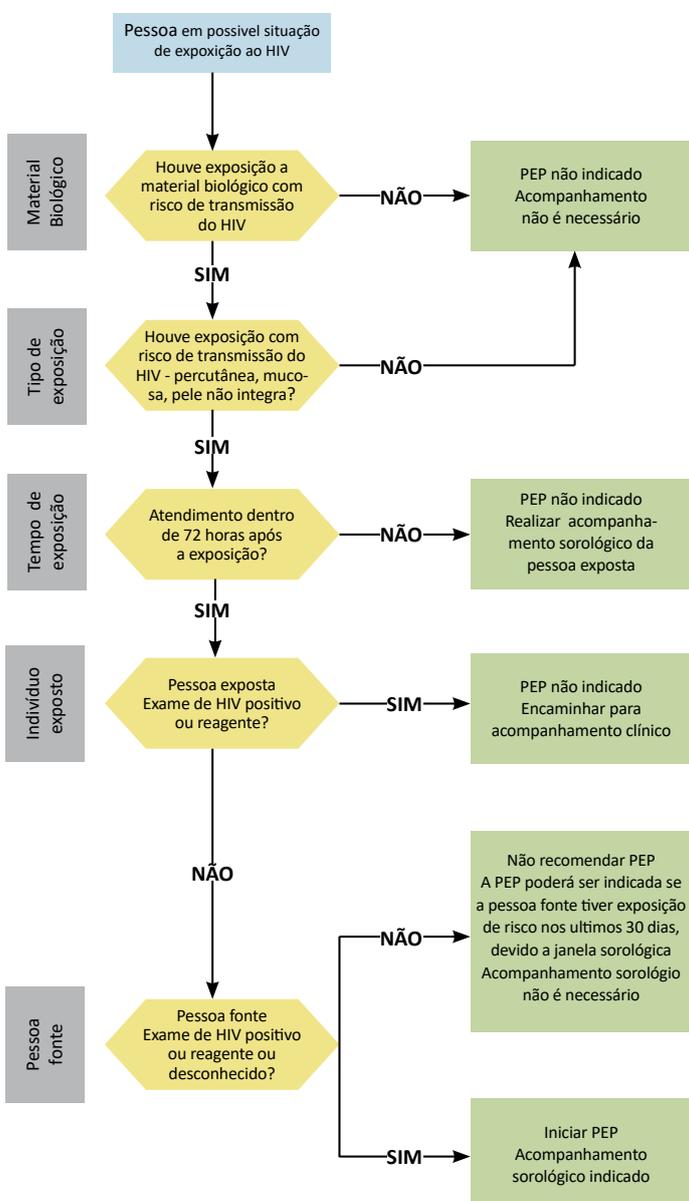
TIPO DE MATERIAL BIOLÓGICO	Materiais biológicos <b>COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV</b>	Materiais biológicos <b>SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV(a)</b>
Existem materiais biológicos sabidamente infectantes e envolvidos na transmissão do HIV. Assim, a exposição a esses materiais constitui situação na qual a PEP está recomendada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangue</li> <li>• Sêmen</li> <li>• Fluidos vaginais</li> <li>• Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico)</li> <li>• Líquido amniótico</li> <li>• Líquor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suor</li> <li>• Lágrima</li> <li>• Fezes</li> <li>• Urina</li> <li>• Vômitos</li> <li>• Saliva</li> <li>• Secreções nasais</li> </ul>
TIPO DE EXPOSIÇÃO	Exposição <b>COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV</b>	Exposição <b>SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV</b>
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"> <li>• Percutânea</li> <li>• Membranas mucosas</li> <li>• Cutâneas em pele não íntegra</li> <li>• Mordedura com presença de sangue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cutânea em pele íntegra</li> <li>• Mordedura sem a presença de sangue</li> </ul>
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	A indicação ou não de PEP irá depender do status sorológico para HIV da pessoa exposta, que deve sempre ser avaliado por meio de testes rápidos (TR) em situações de exposições consideradas de risco	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Amostra não reagente</b> (TR1 não reagente): a PEP está indicada pois a pessoa exposta é suscetível ao HIV.</li> <li>• <b>Amostra reagente</b> (TR1 e TR2 reagentes): a PEP não está indicada.</li> <li>• <b>Amostra com resultados discordantes</b> (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.</li> </ul>	
STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA-FONTE	Não se deve atrasar e nem condicionar o atendimento da pessoa exposta à ausência da pessoa-fonte. Esse critério é o único não obrigatório, pois nem sempre a pessoa-fonte está presente e disponível.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Amostra não reagente</b> (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.</li> <li>• <b>Amostra reagente</b> (TR1 e TR2 reagentes): a PEP está indicada para a pessoa exposta.</li> <li>• <b>Se desconhecido</b> avaliar caso a caso.</li> </ul>	

### 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, estabeleça-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



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

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

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

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

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

<sup>3</sup> Para o uso na população pediátrica consultar a Tabela 11 do PCDT PEP

<sup>4</sup> 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 (TDF<sup>1</sup>/3TC) 300mg/300mg +  
1 comprimido de Dolutegravir (DTG)<sup>2</sup> 50 mg ao dia.  
A duração da PEP é de 28 dias.

<sup>1</sup> Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda.

<sup>2</sup> 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
<b>A DURAÇÃO DA PEP É DE 28 DIAS.</b>

- 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 pilsicainida. Nesses casos, o ATV/r é o medicamento alternativo.
- O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina, cabendo especial atenção a pacientes diabéticos.

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**.

## ESQUEMA PREFERENCIAL DE ARV E MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS PARA PEP EM GESTANTES

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

<sup>1</sup> O DTG está indicado a partir da 12ª semana de gestação.

<sup>2</sup> 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 <sup>1</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>2</sup> + 3TC + DTG	Impossibilidade do uso de DTG: ATZ/r <sup>3</sup>
Acima de 12 anos: seguir as recomendações para adultos.		

<sup>1</sup> 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). | <sup>2</sup> Acima de 35kg. | <sup>3</sup> 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 ser configurados 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.

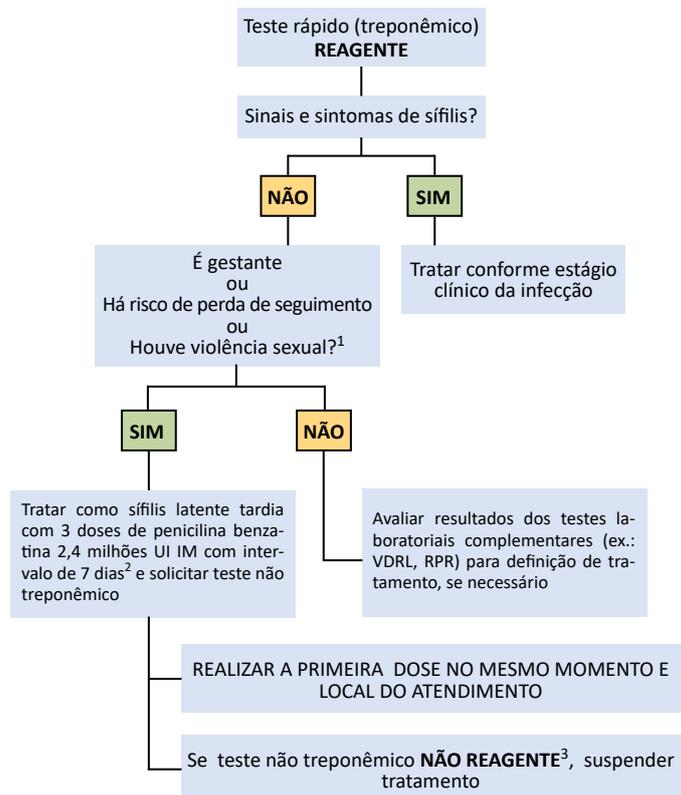
**Recomenda-se testagem para sífilis em todas as pessoas com exposição sexual de risco. Quando possível, testar a pessoa-fonte.**

### 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)



<sup>1</sup>Para 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.

<sup>2</sup>Em 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.

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

## INFECÇÕES GONOCÓCICA OU POR CLAMÍDIA

### Investigação clínico-laboratorial das infecções gonocócica ou por clamídia

Para a investigação de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, recomenda-se o teste de amplificação de ácidos nucleicos (biologia molecular) específicos para IST, quando disponível. O teste é realizado por meio da urina (primeiro jato) ou com *swabs* em cada local de mucosa exposta a fluidos corporais potencialmente infectados (cavidade oral, vaginal, uretral e retal, colo uterino).

## TRICOMONÍASE

### Investigação da tricomoníase

A investigação de tricomoníase deve se basear no surgimento de corrimento vaginal. Em caso de pessoa sintomática, proceder à avaliação clínica.

Para mais informações sobre tricomoníase e outras causas de corrimento vaginal, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

## HPV

### Investigação e prevenção da infecção pelo HPV

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

- Exame preventivo de colo de útero.
- Vacinação para meninos de 11 a 14 anos e meninas de 9 a 14 anos.
- Vacinação pessoas PVHIV, transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos.
- Acompanhamento clínico para casos diagnosticados.

## SEGUIMENTO DOS TESTES DIAGNÓSTICOS PARA PROFILAXIA DAS IST

IST	Pessoa Fonte		Pessoa infectada	
	1º atendimento	1º atendimento	1º atendimento	4 a 6 semanas após exposição <sup>2</sup>
Teste treponêmico para sífilis (TR)	Sim	Sim	Sim	Sim
Testagem para <i>N. gonorrhoeae</i> <sup>1</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim
Testagem para <i>C. trachomatis</i> <sup>1</sup>	Sim	Sim	Sim	Sim

Em todas as consultas, investigar presença de sinais e sintomas de IST.

<sup>1</sup> Se disponível o método diagnóstico no serviço de saúde. A testagem para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* deve ocorrer nessas ocasiões, exceto nos casos de acidente com material biológico.

<sup>2</sup> Realiza-se testagem para sífilis, *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* em 4 a 6 semanas se a testagem no primeiro atendimento for negativo.

## TRATAMENTO PARA PROFILAXIA DAS IST

O tratamento preemptivo para profilaxia das IST somente é recomendado para pessoas vítimas de violência sexual, uma vez que muitas perdem o seguimento, e o tratamento baseado no diagnóstico etiológico nem sempre é possível. Para pessoas com exposição sexual consentida, a realização de investigação laboratorial e seguimento clínico é o procedimento mais recomendável, devido ao risco de desenvolvimento de resistência bacteriana com o tratamento preemptivo.

IST	Medicamento	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>1</sup>	50.000UI/kg, IM <sup>1</sup>
Infecção por <i>N. gonorrhoeae</i> e <i>C. trachomatis</i>	Ceftriaxona + Azitromicina	500mg, 1 ampola, IM, dose única + 500mg comprimidos, VO, dose única.	125 mg, IM, dose única + 20mg/kg, VO, dose única.
Tricomoníase	Metronidazol <sup>2-3</sup>	500mg, 4 comprimidos VO, dose única	15mg/kg/dia divididos a cada 8 horas, por 7 dias

<sup>1</sup> Como profilaxia e em caso de sífilis recente, deve ser prescrito em dose única.

<sup>2</sup> Não deve ser prescrito no primeiro trimestre de gestação.

<sup>3</sup> Deverá ser postergado em caso de uso de contracepção de urgência ou ARV.

## HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais são causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático. Podem se apresentar como infecções agudas ou crônicas, além de constituírem uma das maiores causas de transplantes hepáticos no mundo.

No âmbito da Prevenção Combinada, toda situação de exposição deve também ser avaliada quanto ao risco de exposição às 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, deve-se verificar a susceptibilidade do paciente exposto por meio da pesquisa de exame sorológico específico (anti-HAV IgG ou total). A presença de anti-HAV IgG (ou total) reagente demonstra imunidade da pessoa exposta e, portanto, nenhuma medida adicional se faz necessária. Por outro lado, caso a pesquisa dos anticorpos seja não reagente, deve-se observar a indicação de vacinação da pessoa exposta, obedecendo-se aos critérios de vacinação para essa infecção dispostos no Manual do CRIE vigente.

A vacina para hepatite A é eficaz (97,6% em menores de 40 anos) como PEP quando administrada dentro de duas semanas da exposição.

Já a presença de anti-HAV IgM reagente é indicativo de episódio agudo de infecção por esse vírus.

## HEPATITE B

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

Recomenda-se vacinar toda pessoa suscetível à hepatite B. Pessoa suscetível é aquela com resultado para HBsAg não reagente e que não possui documentação de vacinação com série completa, ou que, mesmo recebendo esquema adequado, não apresentou soroproteção (anti-Hbs reagente  $\geq 10$ UI/mL).

## Diagnóstico

A triagem da infecção pelo HBV é realizada por meio de testes rápidos de detecção do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg). Os locais em que não for possível realizar os TR, devem seguir o fluxo laboratorial.

## INTERPRETAÇÃO DO STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA EXPOSTA POR MEIO DA PESQUISA DE HBsAg POR TESTE RÁPIDO

Se reagente:	Se não reagente:	Se repetidamente inválido:
A infecção pelo HBV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento, devendo ser coletada uma amostra para conclusão do fluxograma de diagnóstico, conforme preconizado pelo Manual Técnico para Diagnóstico das Hepatites Virais, e para acompanhamento clínico.	A pessoa exposta não tem, no momento da testagem, evidências de infecção atual pelo HBV, devendo-se seguir as orientações de profilaxia. Quando houver disponibilidade, é recomendável avaliar o status sorológico da pessoa-fonte quanto à hepatite B.	Não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se encaminhá-la para o diagnóstico utilizando um dos fluxogramas laboratoriais.

## Prevenção

### • Vacinação

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.

### • Testagem

### • Uso eventual de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB)

Diferentemente do que ocorre na exposição ao HIV, para a hepatite B a indicação da IGHAB dependerá do tipo de exposição.

Veja as recomendações de profilaxia de hepatite B para indivíduos com HBsAg não reagente após exposição ocupacional a material biológico no Quadro 16 do PCDT PEP.

**Recomendação para profilaxia de Hepatite B após exposição sexual, em pessoas suscetíveis.**

IGHAHB e vacina contra Hepatite B são recomendadas como profilaxia para pessoas suscetíveis com **exposição sexual à pessoa com Hepatite B aguda**.

**Vítimas de violência sexual**

IGHAHB e vacina contra Hepatite B são recomendadas como **profilaxia** para pessoas suscetíveis, expostas a portadores conhecidos ou potenciais do vírus da hepatite B por **violência sexual**.

**HEPATITE C**

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

**INVESTIGAÇÃO DO STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA EXPOSTA POR MEIO DA PESQUISA DE ANTI-HCV POR TESTES RÁPIDOS**

Se reagente:	Se não reagente:	Se repetidamente inválido:
A pessoa teve contato com o vírus da hepatite C antes da exposição que motivou o atendimento, devendo-se coletar uma amostra para conclusão do fluxograma de diagnóstico, conforme preconizado pelo Manual Técnico para Diagnóstico das Hepatites Virais, realizar a notificação e encaminhar a pessoa para acompanhamento clínico.	A pessoa exposta não tem, no momento da testagem, sinal de contato prévio com o vírus. Quando possível, avaliar o status sorológico da pessoa-fonte quanto à hepatite C.	Não é possível confirmar o <i>status</i> sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se encaminhá-la para o diagnóstico utilizando um dos fluxogramas laboratoriais.

**INTERPRETAÇÃO DO STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA-FONTE POR MEIO DA PESQUISA DE ANTI-HCV**

Se reagente:	Se não reagente:	Se repetidamente inválido:
Acompanhar a pessoa exposta, pelo risco de soroconversão e necessidade de tratamento da infecção aguda. Além disso, deve-se confirmar ou excluir a presença de infecção ativa da pessoa-fonte com exame de CV-HCV, para definir seguimento ambulatorial e necessidade de tratamento da hepatite C.	Não há risco de soroconversão para pessoa exposta. Não é necessário acompanhamento sorológico da pessoa exposta em relação a essa infecção.	Avaliar caso a caso, com base na gravidade da exposição e na probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo vírus da hepatite C. .

O **tratamento da Hepatite C**, aguda ou crônica, com **antivirais de ação direta** tem **taxas de cura excelentes**.

**OUTRAS MEDIDAS NO ATENDIMENTO À PESSOA EXPOSTA**

Cuidados com a área exposta

Anticoncepção de emergência e abordagem na concepção

Imunização Para Tétano

Cuidados às pessoas vítimas de violência sexual

Procedimentos de vigilância epidemiológica

**OFERTA DE PEP NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

A oferta de PEP pode acontecer na rede pública ou privada, com dispensação do medicamento exclusivamente pela rede pública. O formulário de dispensação de ARV para profilaxias está disponível em <http://azt.aids.gov.br/>.

Cabe à rede privada adequar sua referência pública de dispensação de ARV para que a orientação à pessoa seja efetiva. Para mais informações sobre o planejamento das ações e a organização local da rede de PEP, consultar as “Diretrizes para a Organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV”, disponível em <http://www.aids.gov.br/biblioteca>.

Destaca-se a importância de ampliar o acesso à PEP, por meio de sua efetiva prescrição em atendimentos em serviços de urgência/emergência, unidades básicas de saúde, clínicas e hospitais da rede pública e privada, além de Centros e Testagem e Aconselhamento (CTA).

Portanto, a linha de cuidado para PEP deve considerar a diversidade de organização da rede de saúde e a disponibilidade de serviços existentes em cada território. Além disso, o acesso a todas as medidas de Prevenção Combinada dependerá da estrutura do serviço de saúde.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria SCTIE/MS nº 54, de 24 de agosto de 2021 e pode ser acessada em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>

DISQUE  
SAÚDE  
136

SUS+

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Governo Federal