

GUIA TÉCNICO

PROFILAXIA DA INFECÇÃO PELO HIV E DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE

GUIA TÉCNICO

PROFILAXIA DA INFECÇÃO PELO HIV E DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Elaboração:

Maria Gorete dos Santos

Colaboração:

Márcia Rocha Parizzi

Bruna Mascarenhas Campos

Helyonara Magalhães dos Santos Ribeiro

Revisão:

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo

Cristiane Hernandes da Silva

Fernando Libanio Coutinho

Maria Gorete dos Santos

Cintia Faiçal Parenti

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social

Secretaria Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	3
2. Cuidados no primeiro atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual	5
3. Profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis (IST)	9
3.1 Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) não virais	10
3.2 Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) virais	11
3.2.1 Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV. Profilaxia pós-exposição ao HIV - PEP...	11
3.2.2 Hepatites	14
3.2.3 Infecção pelo Vírus Papilomavírus Humano (HPV)	17
3.2.4 Vírus Linfotrópico de Células T humanas (HTLV)	17
4. Anticoncepção de emergência	18
5. Acompanhamento clínico e exames laboratoriais	18

1. INTRODUÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente define a criança e o adolescente como sujeitos de direitos em fase de desenvolvimento, que devem ser protegidos e receber atendimento preferencial em situações de exposição a riscos e outros eventos prejudiciais ao desenvolvimento pessoal sadio e harmonioso. A violência contra a criança e o adolescente é uma das mais graves situações de risco que afeta esses sujeitos. Logo, pensar no atendimento a este público é pensar em uma rede articulada que assegure a integralidade da assistência, da proteção e do cuidado, tanto das crianças e adolescentes quanto de suas respectivas famílias. O Ministério Público tem papel chave na construção de um programa de atendimento para crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, especialmente ao provocar a rede de proteção, constituída ou incipiente, a implementar o que está previsto na Lei No13.431/2017 e no Decreto 9.603/20182, colocando-se como parceiro neste processo³. Na maioria das vezes, o atendimento nos serviços de saúde é a entrada na rede de atenção e proteção, mas a peculiaridade e complexidade desse agravo dificultam o pronto atendimento às vítimas nos serviços de saúde, com muitas dúvidas e dificuldades entre profissionais.

A Organização Mundial de Saúde estabelece distinções sobre as naturezas da violência, referindo-se às modalidades ou expressão dos atos violentos que são: violência física, violência psicológica, violência sexual, negligência/abandono/privação, violência financeiro-econômica-patrimonial, trabalho infante-juvenil e violência institucional. Dentre esses tipos, as violências domésticas e sexuais atingem parcela importante da população de crianças e adolescentes com notável repercussão negativa sobre a saúde das vítimas. Na violência doméstica ainda impera a lei do silêncio, o medo e os tabus, o que dificulta conhecer a real dimensão do problema. Para tanto, saber identificar as diversas formas de manifestação das violências domésticas e sexuais é o primeiro passo rumo ao enfrentamento desse evento. Uma vez identificado o fato, os profissionais de saúde precisam de orientações seguras sobre o atendimento, notificações e fluxos às crianças e adolescentes visando à integralidade do cuidado para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de forma oportuna⁴.

Nesse sentido, este Guia tem o objetivo de esclarecer e orientar a assistência para a profilaxia da infecção pelo HIV e das demais infecções sexualmente transmissíveis nos casos de violência sexual contra a Criança e o Adolescente, uma parte importante do cuidado que ainda precisa ser qualificado. Esse tema é tratado também no Guia de Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências na Atenção Primária à Saúde⁵.

VIOLÊNCIA SEXUAL

Violência sexual é crime previsto no art. 213 do Código Penal Brasileiro, definida como qualquer tipo de atividade de natureza erótica ou sexual que desrespeite o direito de escolha de um dos envolvidos. A Lei N° 12.845/20136 dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Essa Lei é um marco no âmbito da violência porque define como obrigatória, a garantia do atendimento emergencial e integral às vítimas de estupro para pessoas, independentemente da faixa etária, gênero e orientação sexual. Está previsto que o atendimento seja multidisciplinar, realizado por equipe da emergência, constituída não apenas por médico e enfermeiro, mas também por psicólogo e assistente social⁷. Entretanto, a falta de um ou mais profissionais na equipe, com exceção do médico(a) não inviabiliza o atendimento inicial. Ainda que cada um(a) desses(as) profissionais cumpra papel específico no atendimento, todos (as) devem estar sensibilizados para as questões de violência. Serviços de saúde de referência como pediatria, infectologia, cirurgia, traumatologia, psiquiatria ou outras especialidades podem ser acrescentados à equipe para casos de maior complexidade⁸.

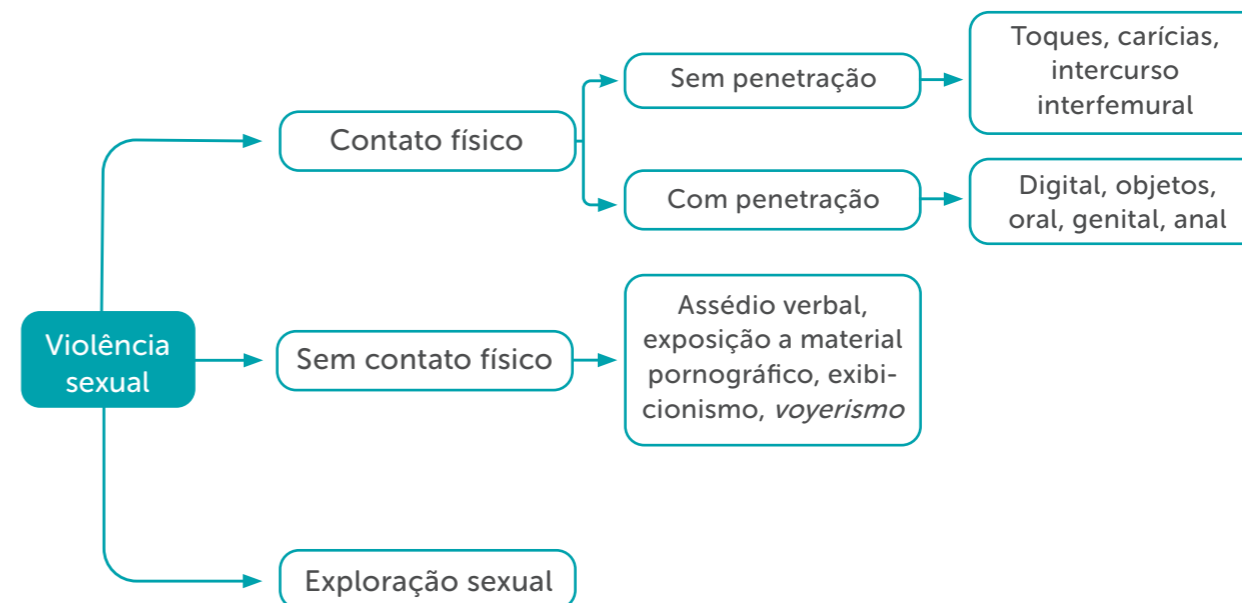
A violência sexual contra criança e adolescente pode ser compreendida como todo e qualquer ato ou jogo sexual, estabelecido por meio de uma relação heterossexual ou homossexual, no qual o agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais amadurecido do que a criança ou adolescente envolvido. Tal prática tem por característica estimular sexualmente as vítimas ou utilizá-las para obtenção de satisfação sexual dos agressores.

A Lei 13.431, de 14 de abril de 20171 estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. De acordo com essa Lei, a violência sexual é "entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não". Na Figura 1 é apresentado um esquema que sintetiza as principais formas de violência sexual contra crianças e adolescentes de acordo com Ministério da Saúde⁹.

Conforme levantamentos de 2014, as consequências mais prevalentes da violência sexual são estresse pós-traumático (23,3%), transtorno de comportamento (11,4%) e gravidez (7,1%). Salienta-se que a proporção de vítimas que ficaram grávidas em consequência do estupro cresce para 15,0%, quando se consideram apenas os casos em que houve penetração vaginal e a faixa etária entre 14 e 17 anos¹⁰.

Crianças e adolescentes que sofrem violência sexual podem apresentar queixas vagas que, à primeira vista, não levam à suspeita desta situação. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde tenham alto grau de suspeição, com especial atenção para manifestações como: edema ou lesões em área genital, sem outras doenças que os justifiquem (como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis); lesões de palato ou de dentes, decorrentes de sexo oral; sangramento vaginal em pré-pubescentes, excluindo a introdução de corpo estranho pela própria criança; sangramentos; fissuras ou cicatrizes anais; dilatação ou flacidez de esfíncter anal sem presença de doença que os justifiquem (como constipação intestinal grave e crônica); rompimento himenal; Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); gravidez e aborto.

Figura - Formas de violência sexual



Fonte: Hoendorff & Patias, 2017⁹

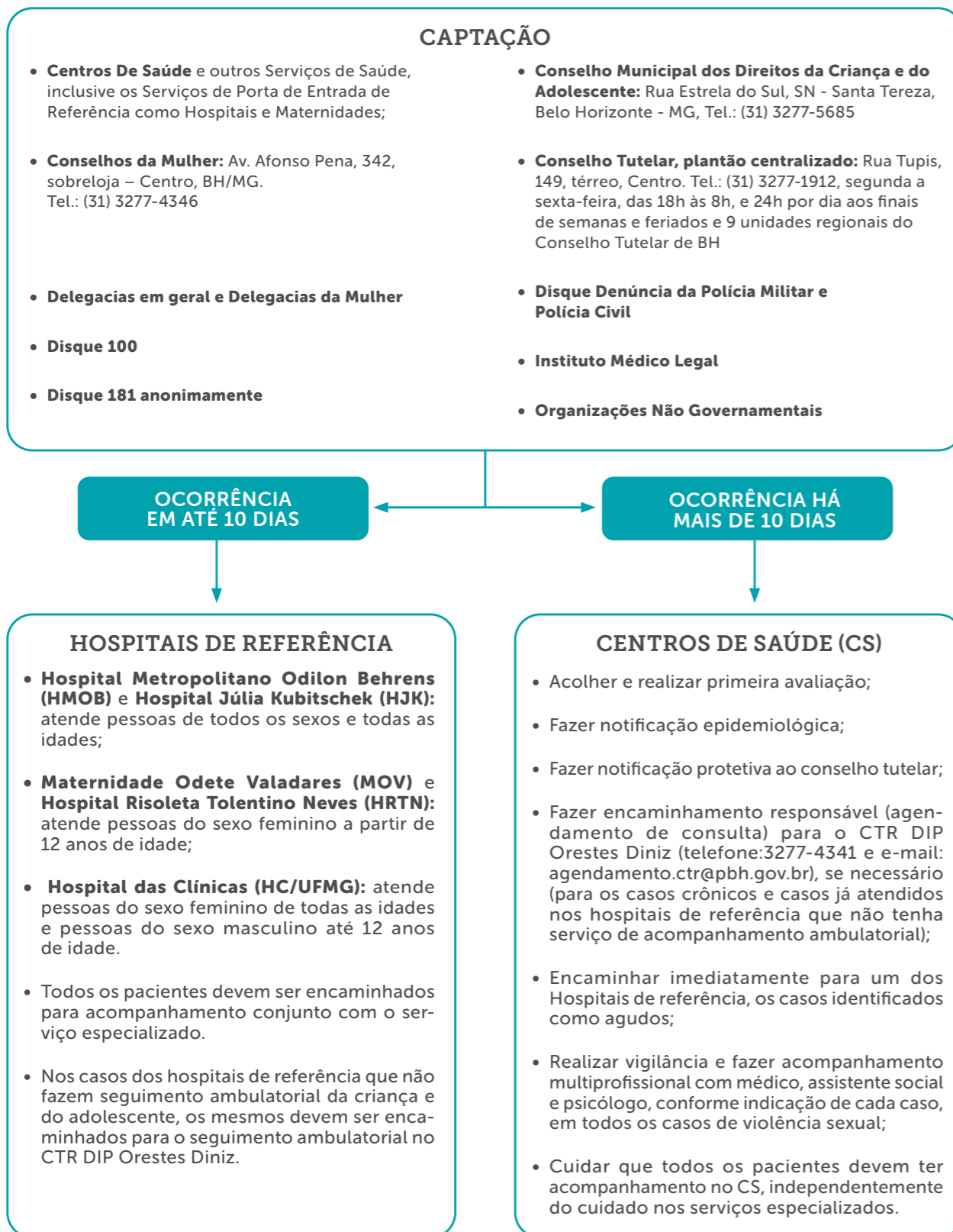
2. CUIDADOS NO PRIMEIRO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O primeiro atendimento na Rede SUS-BH, seja no Centro de Saúde ou no pronto atendimento dos serviços de referência (Maternidades e Hospitais), é parte fundamental do cuidado. O foco é a realização das medidas de prevenção às IST em tempo oportuno e minimização dos transtornos psíquicos e emocionais das vítimas. Assinala-se o caráter transversal do processo da atenção às crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, ou seja, inclui serviços/órgãos das diferentes políticas públicas, como Conselho Tutelar, Conselhos de Direito e Sistemas da Justiça. Desta forma, ainda que, em alguns casos, a captação ou porta inicial de busca por ajuda não tenha sido um serviço de saúde, o encaminhamento ao serviço de saúde deve ser imediato para que sejam observados e assegurados os seguintes cuidados:

- Atendimento inicial imediato por equipe multidisciplinar, incluindo assistência clínico-laboratorial, psicológica e social;
- Cálculo do intervalo de tempo desde a exposição até o primeiro atendimento. Trata-se de informação importante para direcionar o serviço de primeiro atendimento, sendo hospitalar ou ambulatorial, limitados respectivamente, em tempo decorrido de até 10 dias e acima deste intervalo. A profilaxia em IST com uso de antirretrovirais (ARV) e antibióticos está indicada em até 72 horas após ocorrido o ato violento. Já a coleta de vestígio de prova para identificação do agressor deve ser realizada em até 10 dias após. Salienta-se que quanto mais precocemente ambas as medidas são instituídas, maiores serão as chances de obtenção das finalidades. Assim, os casos ocorridos devem ser direcionados para os serviços conforme fluxo abaixo. Outra indicação de encaminhamento para cuidados hospitalares é o grau de traumatismos físicos com necessidade de cuidados médicos hospitalares. Os casos crônicos podem ser avaliados e acompanhados ambulatoriamente no Centro de Saúde, desde o primeiro atendimento;

- Informação ao paciente ou responsável de que sua autonomia será respeitada e o sigilo sempre garantido;
- Realização de testagem rápida para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), sífilis, hepatites virais B e C ou coleta de material para avaliação do status sorológico (da pessoa vítima e do agressor/fonte, este último, se possível), para seguimento e condutas específicas;
- Verificação das imunizações: vírus da hepatite B (HBV), vírus da Hepatite A (HVA), difteria e tétano (dT) e papiloma vírus (HPV);
- Realização de exame clínico com observação de lesões corporais e sinais e sintomas de doenças pré-existentes, especialmente IST;
- Atendimento clínico com atenção para sinais de traumatismos e abordagem de urgência e emergência como: hematomas, lacerações vaginais e perineais, lesões pérfuro-cortantes, traumatismos, abdome agudo, etc;
- No atendimento nas maternidades e em hospitais credenciados, sempre que possível e mediante consentimento informado da vítima ou responsável, proceder à realização da coleta de material biológico de referência da vítima ou de vestígios (secreções genitais, anal, subungueal, saliva, pelos, vestes e outros) para identificação do (a) agressor (a). A amostra coletada destina-se ao exame de DNA e deve ser devidamente encaminhada para perícia oficial de investigação do crime sexual, conforme norma técnica e protocolo técnico da cadeia de custódia para o material coletado^{11,12};
- Realização das medidas de prevenção e profilaxias das IST não virais e virais: vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites virais, papiloma vírus (HPV), vírus linfotrópico de célula T humana (HTLV) e anticoncepção de emergência;
- Avaliação de necessidade de vacinação e administração da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB);
- Realização de teste para investigação de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, quando disponíveis;
- Orientação sobre providências policiais e judiciais cabíveis como realização do Boletim de Ocorrência (BO). Observação: o atendimento não pode ser negado, mesmo quando o BO não foi providenciado pela vítima, familiar ou parte;
- A equipe que acolheu a vítima de violência deverá comunicar ao conselho tutelar, mesmo que a família e ou responsável legal não queira;
- Orientação sobre sexo seguro (por exemplo, uso de preservativo masculino/peniano, feminino/vaginal e do gel lubrificante íntimo);
- Orientação sobre redução de danos com o objetivo de ofertar o cuidado integral à saúde em todos os seus aspectos sociais;
- Agendamento de retorno da vítima/paciente após 30 dias para acompanhamento clínico, sorológico e também psicológico e social, quando indicados;
- Preenchimento de ficha de notificação epidemiológica de violência sexual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que nos serviços da SMSA/BH, deve seguir o fluxo: "Unidade Notificadora", Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE) e Gerência de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (GVIGE/ SMSA/PBH);
- Preenchimento da ficha protetiva para encaminhamento e comunicação do caso ao Conselho Tutelar da forma mais rápida possível (por telefone, ou pessoalmente), mesmo que a família ou responsável legal não queira. A ficha protetiva juntamente com cópia da notificação epidemiológica deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e cópia da ficha protetiva deve ser anexada ao prontuário/boletim do paciente;
- Realização do primeiro atendimento e encaminhamento do paciente ao Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias (CTR DIP Orestes Diniz), sempre que necessário;
- Comunicação do caso ao Ministério Público, a cargo do serviço hospitalar, quando necessário, especialmente no caso de interrupção de gravidez em decorrência de violência sexual¹³.

Fluxo da assistência às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em Belo Horizonte



OBSERVAÇÕES:

- O Centro de Saúde deve manter acompanhamento conjunto de todos os casos, agudos e crônicos.
- Todos os pontos de atenção devem oferecer e ajudar no monitoramento do cuidado longitudinal com profissionais da psicologia e da assistência social (no próprio Centro de Saúde ou em unidade própria da assistência social). Para os pacientes em acompanhamento no CTR DIP Orestes Diniz, havendo necessidade de avaliação na clínica dermatológica, poderá ser solicitada interconsulta no ambulatório de dermatologia do Hospital das Clínicas (ou rede SMSA). No caso de necessidade de avaliação na clínica ginecológica, a interconsulta poderá ser solicitada no ambulatório de ginecologia infanto-puberal do Hospital das clínicas - Ambulatório Jenny Faria). Outras opções de acesso às especialidades médicas ou de profissionais para o cuidado integrado, em geral, são os fluxos da rede ambulatorial e hospitalar do município.
- Para os casos de violência em que a porta de entrada não foi o Centro de Saúde, o serviço hospitalar ou ambulatorial de especialidade que fez o primeiro atendimento, deverá informar ao Centro de Saúde de Referência do paciente, para ciência e acompanhamento do caso.

3. PROFILAXIA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

Em todo atendimento de vítima de violência sexual, deve-se proceder ao exame clínico criterioso, com investigação ativa de sinais e sintomas de IST, estando atento às principais manifestações: alterações cutâneas, linfadenomegalias, corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras e verrugas ano genitais e orais. Entretanto, sabe-se que muitas pessoas com IST são assintomáticas ou apresentam apenas sinais e sintomas leves. Desta forma, é recomendado fazer o rastreio laboratorial das IST no primeiro atendimento e nas consultas de seguimento, com base no tempo de latência das infecções conhecidas, dentre as quais HIV, hepatites virais, sífilis e HTLV¹⁴.

É importante ressaltar que a presença de uma IST está associada à maior predisposição para a transmissão do HIV. A exposição ao risco da infecção pelo HIV também deve ser avaliada como de risco para outras IST.

A Lei 13.431, de 14 de abril de 2017¹ estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. De acordo com essa Lei, a violência sexual é “entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não”. Na Figura 1 é apresentado um esquema que sintetiza as principais formas de violência sexual contra crianças e adolescentes de acordo com Ministério da Saúde⁹.

Conforme levantamentos de 2014, as consequências mais prevalentes da violência sexual são estresse pós-traumático (23,3%), transtorno de comportamento (11,4%) e gravidez (7,1%). Salienta-se que a proporção de vítimas que ficaram grávidas em consequência do estupro cresce para 15,0%, quando se consideram apenas os casos em que houve penetração vaginal e a faixa etária entre 14 e 17 anos¹⁰.

Crianças e adolescentes que sofrem violência sexual podem apresentar queixas vagas que, à primeira vista, não levam à suspeita desta situação. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde tenham alto grau de suspeição, com especial atenção para manifestações como: edema ou lesões em área genital, sem outras doenças que os justifiquem (como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis); lesões de palato ou de dentes, decorrentes de sexo oral; sangramento vaginal em pré-pubescentes, excluindo a introdução de corpo estranho pela própria criança; sangramentos; fissuras ou cicatrizes anais; dilatação ou flacidez de esfíncter anal sem presença de doença que os justifiquem (como constipação intestinal grave e crônica); rompimento himenal; Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); gravidez e aborto.

3.1 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) NÃO VIRAIS

O tratamento profilático das IST não virais, deve ser prontamente instituído, conforme protocolos estabelecidos (quadro 1). A não realização imediata da profilaxia e uma possível perda do seguimento expõem a vítima ao risco posterior de desenvolvimento de IST sem o devido diagnóstico e tratamento.

Quanto à sífilis, frente ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se o tratamento imediato em todos os casos de violência sexual e o acompanhamento laboratorial, conforme as informações descritas no Quadro 5. Entretanto, a realização do tratamento, independentemente da positividade da testagem rápida ou outra, no atendimento inicial, não exclui a necessidade de realização do segundo teste. Nos casos positivos em que se confirma o diagnóstico (teste rápido e teste não treponêmico – VDRL, positivos) procede-se ao monitoramento laboratorial com a realização do VDRL (controle de cura) e o tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão). As pessoas com teste rápido não reagente devem ser acompanhadas de acordo com orientações no Quadro 5. Se, durante o seguimento, o exame tornar-se reagente, fica diagnosticada sífilis recente, com indicação de tratamento imediato (benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI IM em dose única) e notificação de caso de sífilis adquirida. Para maiores informações sobre sífilis e tratamento alternativos, deve ser consultado o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com IST15, disponível no site do Ministério da Saúde em www.aids.gov.br/pcdt.

Quadro 1 – Esquema de tratamento profilático para as IST não virais

IST	MEDICAÇÃO	ADULTOS E ADOLESCENTES COM MAIS DE 45KG	CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM MENOS DE 45 KG
Sífilis (<i>Treponema pallidum</i>)	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^a	50.000 UI/kg, IM, DU (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>), Cancro Mole (<i>Haemophilus ducreyi</i>) e Linfogranuloma venéreo (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	Ceftriaxona MAIS Azitromicina	500mg, 1 ampola, IM, DU 500mg, 2 comprimidos, VO, DU	Ceftriaxona: 125mg, IM, DU MAIS Azitromicina: 20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Tricomoniase (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	Metronidazol ^{b,c}	2g, VO, DU	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

Fonte: BRASIL, PCDT PEP, 2022¹⁴.

DU – dose única, VO – via oral

(a) Como profilaxia e em caso de sífilis recente, deve ser prescrito em dose única.

(b) Não deve ser prescrito no primeiro trimestre de gestação.

(c) deverá ser postergado em caso de uso de contracepção de urgência ou ARV.

3.2 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) VIRAIS

3.2.1 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA - HIV. PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV - PEP

A violência sexual é situação de exposição de risco à infecção pelo HIV e motivo de atendimento de urgência, em função da necessidade de início precoce da profilaxia específica para maior eficácia da intervenção.

A profilaxia com uso de antirretrovirais (PEP) deve ser iniciada em até 72 horas após a exposição e mantida por 28 dias seguidos¹⁶. Não há benefício da profilaxia após esse tempo¹⁷.

Orientações com esquemas de antirretrovirais preferenciais, prescrição e acompanhamento sorológicos seguem nos quadros 2 e 3. Outras informações, incluindo doses e posologia dos esquemas alternativos, devem ser consultados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais¹⁴.

Os medicamentos da PEP do HIV são fornecidos exclusivamente pela rede pública. O formulário de dispensação de ARV (antiretrovirais) está disponível no site do Ministério da saúde em azt.aids.gov.br/.

Quadro 2 – Esquemas da PEP para crianças e adolescentes, conforme faixa etária

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
34 a 37 semanas	AZT+3TC+NVP	
37 semanas ou mais	AZT+3TC+RAL	
0-14 dias	AZT+3TC+RAL	AZT+3TC+NVP
Maior do que 14 dias	AZT+3TC+RAL, se maior de 2 anos de idade e peso maior de 14 Kg: RAL 100 mg mastigável; se peso maior ou igual a 25 Kg: RAL comp 400 mg	AZT+3TC+ LPV
Maior do que 6 anos E peso maior ou igual a 35 Kg	(TDF+3TC)+DGT ^{a,b}	Impossibilidade de uso do DGT: ATV/R ^a

Fonte: BRASIL, PCDT PEP, 2022¹⁴.

DU – dose única

VO – via oral

Observações:

(a): AZT – Zidovudina, 3TC – Lamivudina, RAL – Raltegravir, TDF – Tenofovir, DTG – Dolutegravir; NVP – Nevirapina; LPV – Lopinavir; ATV – Atazanavir, R – Ritonavir.

(b): Para adolescentes acima de 12 anos: seguir as recomendações para adultos: uso de 1 comprimido de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + 1 comprimido de Dolutegravir (DTG) 50 mg, 1 vez ao dia, por 28 dias.

PARA MULHERES: o PCDT da PEP14, revisado em 29/07/22 orienta que caso a mulher esteja em processo de tentar engravidar, atraso menstrual e presença de sinais e sintomas de gravidez (com risco de já ter concebido) deve iniciar PEP com TDF + 3TC + ATV/r, conforme recomendação alternativa. Entretanto, após a publicação da Nota Informativa Nº 1/2022-CGIST/DCCI/SVS/MS, de 21/09/22, o esquema preferencial de PEP (lamivudina/tenofovir + dolutegravir) passou a ser a opção de escolha também para mulheres em idade fértil e gestantes em qualquer idade gestacional.

Quadro 3 - Apresentações e posologias de antirretrovirais preferenciais para PEP em crianças e adolescentes

ANTIRRETROVIRAL	Dose (manter por 28 dias)
NEVIRAPINA	1ª semana: NVP 4 mg/Kg por dose, 2 vezes ao dia; 2ª semana: NVP 6 mg/Kg por dose, duas vezes ao dia.
ZIDOVUDINA (AZT – SOLUÇÃO ORAL, 10 MG/ML)	<ul style="list-style-type: none"> • RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose 12/12h; • RN com 30 a 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose 12/12h por 14 dias e 3mg/kg 12/12h a partir do 15º dia; • RN com 35 de semanas de idade gestacional ou mais: <ul style="list-style-type: none"> » (até 4kg): 4mg/kg/dose de 12/12 h; » 4 kg a 9kg: 12mg/kg/dose de 12/12h; » 9 kg a 30kg: 9mg/kg/dose de 12/12h; » ≥30 kg: 300mg de 12/12h.
LAMIVUDINA (3TC, SOLUÇÃO ORAL 10 MG/ML)	<ul style="list-style-type: none"> • RN com 34 semanas de idade gestacional ou mais e <30 dias de vida: 2mg/kg/dose de 12/12h; • Criança com mais de 30 dias de vida: 4mg/kg/dose de 12/12h (dose máxima 300 mg/dia); • ≥12 anos de idade: 150mg 12/12h.
RALTEGRAVIR (RAL, MG/COMPRIMIDO MASTIGÁVEL DE 100 MG; COMPRIMIDO DE 400 MG E GRANULADO EM SACHÊ DE 100 MG)	<p>Granulado 100mg/sachê:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RN com 37 semanas de idade gestacional ou mais: 1a semana, 1,5mg/kg 1vez ao dia; da 2a a 4ª semana, 3mg/kg/dose, 2 vezes ao dia; acima da 4a semana: 6mg/kg/dose, 2 vezes ao dia <p>Comprimidos mastigáveis 100mg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14kg a <20kg: 100mg de 12/12h; • 20kg a <28kg: 150mg de 12/12h; • 28 a <40kg: 200mg de 12/12h; • >40kg: 300mg de 12/12h. <p>Comprimidos 400mg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥25kg: 400mg 2 vezes ao dia.
DOLUTEGRAVIR (DTG)	>20 Kg: 50 mg (1 comp.) VO, 1 vez ao dia.
TENOFOVIR/LAMIVUDINA (TDF/3TC) 300MG/300MG	>35 kg: 1 comp., VO, 1 vez ao dia.

Fonte: BRASIL, PCDT PEP, 2022¹⁴

3.2.2 HEPATITES

• Vírus da Hepatite B (HVB)

A hepatite B é uma infecção de transmissão parenteral, sexual, vertical e por solução de continuidade (pele e mucosas). As medidas de prevenção da infecção incluem testagem, vacinação e uso eventual de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Recomenda-se a testagem para hepatite B da pessoa exposta e da pessoa-fonte (se presente). No momento da avaliação da PEP, é importante verificar se a pessoa exposta não está previamente infectada pelo vírus da hepatite B, o que pode ser realizado com a testagem rápida (presença do HBsAg) e informação de antecedente de tratamento para essa infecção). A vacinação para hepatite B deve ser iniciada nos casos de pessoas suscetíveis à hepatite B, com HBsAg não reagente (teste rápido ou testagem laboratorial) e que não possui documentação de vacinação completa, ou que, mesmo tendo esquema adequado, não apresentam soroproteção (Soroproteção: anti-HBsAg reagente ≥ 10 mUI/mL. Nestes casos, a primeira dose da vacina deve ser administrada no momento do primeiro atendimento, idealmente até 24 horas após a exposição (Quadro 4).

Para pessoas presumidamente suscetíveis e expostas a pessoas infectadas pelo HBV (fonte HBsAg reagente) ou potenciais portadores (grupos de alto risco de infecção pelo HBV, como por exemplo pessoas que usam drogas e *com status* vacinal e sorológico não conhecidos devem ser administradas a **Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB)** e a **vacina da hepatite B**. São preconizadas dose única de **0,06 mL/kg** da IGHAB, intramuscular, e a **vacinação contra a hepatite B**, aplicadas em extremidades diferentes, o mais precocemente possível (preferencialmente nas primeiras 24 horas) e até, no máximo, 14 dias depois da exposição. A IGHAB é fornecida nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

A imunização para a hepatite B e o uso de IGHAB são seguros e também estão indicados na gestação, em qualquer idade gestacional ou durante o aleitamento.

Quadro 4 - Situações e condutas na prevenção da Hepatite B

SITUAÇÃO SOROLÓGICA DO PACIENTE	SITUAÇÃO SOROLÓGICA DA FONTE (AGRESSOR)		
	HBSAG REAGENTE	HBSAG NÃO-REAGENTE	HBSAG DESCONHECIDO
Não vacinado	IGHAB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar a vacinação ^a
Vacinação incompleta	IGHAB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar a vacinação ^a
Resposta vacinal conhecida e adequada (anti-HBsAg maior ou igual a 10 UI/ml)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de 3 doses	IGHAB + primeira dose da segunda série vacinal para hepatite B	Iniciar nova série (três doses)	Iniciar nova série ^a (três doses)
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAB (2X)	Nenhuma medida específica	IGHAB (2x) ^b

Fonte: BRASIL, PCDT PEP, 2022¹⁴

- (a) O uso associado da IGHAB está indicado quando a pessoa-fonte (o agressor) apresenta alto risco para infecção pelo HBV, tais como: usuários de drogas injetáveis; pacientes em programas de diálise; contatos domiciliares e sexuais de pessoas HBsAg reagentes; pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo; heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas; história prévia de IST; pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B, de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.
- (b) IGHAB (2x) = duas doses de imunoglobulina humana anti-hepatite B, com intervalo de um mês entre as doses. Essa opção deve ser indicada para aqueles que já receberam duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal, ou que tenham alergia grave à vacina.

• Vírus da Hepatite C (HVC)

A contaminação pelo vírus da Hepatite C (HCV) ocorre mais frequentemente por exposições percutâneas, sendo a transmissão sexual também possível, principalmente em se tratando de práticas sexuais traumáticas, presença de doença ulcerativa genital e proctites relacionadas a IST. Mesmo não existindo medidas específicas para a redução do risco de infecção pelo HCV após a exposição, a testagem da pessoa-fonte e da pessoa exposta é recomendada (TR ou testes laboratoriais – anti HVC) para o diagnóstico precoce de uma possível infecção e encaminhamentos para o tratamento.

Condição sorológica da pessoa exposta à avaliação inicial

- » Se reagente, indica que 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 Virais¹⁸. Deve ser feita a notificação epidemiológica de caso e o encaminhamento das pessoas para acompanhamento especializado.
- » Se não reagente, indica que a pessoa exposta não tem, no momento da testagem, sinal de contato prévio com o vírus. A sorologia deve ser repetida em 4-6 semanas e em 4-6 meses após a exposição, especialmente nos casos de fonte com sorologia desconhecida, positiva ou com riscos aumentados de ser contaminado. Nos casos do agressor ser anti-HCV positivo, o diagnóstico precoce com a soroconversão e/ou detectabilidade do HCV-RNA durante o seguimento possibilita o tratamento ainda na fase aguda da infecção pelo HCV, o que além de evitar a perda do seguimento, possui maior impacto na redução de novas transmissões e auxilia na eliminação desse agravo.
- » Se a pessoa fonte foi testada e não é reagente, não há risco de soroconversão para a pessoa exposta. Não é necessário acompanhamento sorológico da pessoa exposta (vítima) em relação a essa infecção. Contudo, é necessário considerar a janela diagnóstica para detecção de anticorpos, que varia de 33 a 129 dias. Se houver história epidemiológica relacionável à infecção pelo HCV no período de janela, recomenda-se testar a pessoa-fonte mais uma vez durante este período e a pessoa exposta deve fazer acompanhamento sorológico (quadro 5).

• Vírus da Hepatite A (HVA)

O principal mecanismo de transmissão do vírus da hepatite A (HAV) é o fecal-oral, mas pode ocorrer também a transmissão sexual.

Em pessoas não vacinadas, deve-se verificar a suscetibilidade do paciente exposto com a realização do exame sorológico específico (anti-HAV IgG ou total). A presença de anti-HAV IgG (ou total) reagente demonstra imunidade 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 Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) vigente (Brasil¹⁹).

A vacina para hepatite A é eficaz (97,6% em menores de 40 anos) como PEP quando administrada dentro de duas semanas da exposição. presença de anti-HAV IgM reagente é indicativo de episódio agudo de infecção e como tal deve ser conduzido na Atenção Primária à Saúde.

3.2.3 INFECÇÃO PELO VÍRUS PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

A infecção pelo HPV ocorre, preferencialmente por via sexual, é causa de verrugas na região anogenital e até em outras áreas como conjuntivas e mucosas nasal, oral e laringea. Está relacionado aos cânceres de colo de útero, colo retal, pênis, vulva e vagina. O tempo e outros fatores associados à latência viral não são plenamente conhecidos. Todavia, sabe-se que o HPV pode permanecer quiescente por muitos anos até o desenvolvimento de lesões, não sendo possível estabelecer o intervalo entre a infecção e o aparecimento das manifestações.

A vacinação de rotina é indicada para meninos e meninas de 9 a 14 anos. O estado vacinal com esquema de duas doses, em intervalo de seis meses, deve ser conferido nos casos de violência sexual. Se durante o atendimento for dado diagnóstico clínico de infecção pelo HPV, o acompanhamento clínico pode ser feito na Atenção Primária.

3.2.4 VÍRUS LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANAS (HTLV)

O vírus pode ser transmitido pelo contato sexual, compartilhamento de agulhas, transfusão de sangue, transplante de órgãos e da mãe para o filho (transmissão vertical), este com taxas de 3,9 a 22% em áreas endêmicas. O aleitamento materno é a principal forma de transmissão vertical da infecção, que ocorre em 20% a 30% dos lactentes amamentados por mães infectadas.

Estudos de prevalência da infecção no Brasil mostram taxas que variam 0,03% em Santa Catarina a 0,48% na Bahia, sendo que as mais altas ocorrem no Norte e Nordeste^{20,24}.

Nas regiões endêmicas, as transmissões vertical e sexual são as principais vias de disseminação da infecção pelo HTLV-1. A transmissão sexual é mais frequente do homem para a mulher, refletindo-se em maiores taxas da infecção entre mulheres. A leucemia/linfoma de células T do adulto (ATL) é uma doença das células T periféricas associada ao HTLV-1²⁵.

Nos casos de violência sexual indica-se a triagem sorológica inicial e o acompanhamento posterior (quadro 5). Usualmente, é realizado o teste de ELISA e, em caso positivo, o paciente deve ser encaminhado para serviço especializado em IST para a confirmação do diagnóstico pelos métodos de biologia molecular (PCR) e *Western Blot*.

4. ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A pertinência da testagem de gravidez e instituição da anticoncepção de emergência devem ser avaliadas, levando-se em consideração se a vítima está em idade fértil e sendo descartada gravidez no atendimento inicial. Caso seja observada falha do método contraceptivo (atraso menstrual ou presença de sinais e sintomas de gravidez) e não haja desejo de engravidar, a anticoncepção deve ser instituída. Sendo negativo o teste de gravidez inicial e/ou se houver suspeita de gravidez durante o acompanhamento, a testagem deverá ser repetida 4 a 6 semanas após agressão.

O método mais adequado para a anticoncepção de emergência é uso do levonorgestrel em dose única, até 5 dias após a agressão, sendo: 2 comprimidos de 0,75mg, conforme disponibilizado nos serviços SUS do município, ou 01 comprimido de 1,5mg. A eficácia será sempre maior, quanto menor for o período entre a relação (agressão) e a anticoncepção de emergência que, idealmente, não deve ultrapassar 72 horas.

5. ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E EXAMES LABORATORIAIS

Na primeira semana devem ser avaliados adesão e eventos adversos ao uso dos antirretrovirais e outros medicamentos administrados. Após 04 semanas realizam-se, exame clínico (exame genital, perineal e cavidade oral) e exames laboratoriais (Quadro 5). A coleta de secreção vaginal, com bacterioscopia para pesquisa de Chlamydia, Micoplasma, Gonococo, Gardnerella e Trichomonas deverão ser realizadas, se disponível.

Devem ser mantidos e oferecidos os atendimentos pelos profissionais da psicologia e da assistência social, conforme previsto na atenção ao cuidado multidisciplinar das vítimas de violência sexual. A avaliação e acompanhamento das consequências psicológicas do abuso, assim como a conscientização de situações de violência envolvidas objetivam evitar a revitimização da criança ou do adolescente e de seus familiares e contactantes e pode ajudar a identificar outras vítimas associadas ao caso.

Quadro 5 - Monitoramento Laboratorial

EXAMES	PESSOA FONTE		PESSOA EXPOSTA		
	PRIMEIRO ATENDIMENTO	PRIMEIRO ATENDIMENTO	4-6 SEMANAS	12 SEMANAS	6 MESES
HIV	X	X	X	X	-
Teste treponemo	X	X	X	-	-
VDRL	X	X	X	-	-
Anti-HVC	X	X	X	-	X
Carga Viral HVC ^c (HVC – RNA)	-	X	X	-	X
HBsAg	X	X	X	X	X
AntiHBsAg ^b		X ^a	X	X	X ^b
HTLV	X	X	X	X	X
Testagem para <i>N. gonorrhoeae</i> ^d	X	X	X ^d	-	-
Testagem para <i>C. Trachomatis</i> ^{d,e}	X	X	X ^d	-	-
Teste de gravidez (Beta HCG)	-	X	-	X	-
Hemograma ^f	-	X	-	-	-
ALT/AST ^f	-	-	X	-	-
Fosfatase alcalina ^f	-	-	X	-	-
Amilase ^f	-	-	X	-	-
Glicemia ^f	-	Em caso de pessoas expostas com <i>diabetes mellitus</i>	X	-	-
Creatinina ^f	-	Para pessoas de alto risco ou com história previa de doença renal	X	-	-
Teste de Gravidez	-	Sim, se atraso menstrual ou presença de sinais e sintomas de gravidez	Sim, se primeiro teste negativo ou não realizado	-	-

Adaptado de BRASIL, PCDT PEP, 2022 (DCCI/SVS/MS)¹⁴

(a,b) Realizar para avaliar suscetibilidade e indicação de (re)vacinação e de imunoglobulina.

(b) Para avaliar resposta vacinal, em 30 a 60 dias após a última dose da vacina, nos casos com indicação da vacina de hepatite B

(c) Se suspeição de infecção aguda (solicitar se anti-HVC reagente).

(d) Se disponível, a testagem para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* deve ser realizada se a testagem inicial for negativa.

(e) Coleta de secreção vaginal para bacterioscopia e pesquisa de clamídia, micoplasma, gonococo, gardnerella e trichomonas estão indicadas, se disponíveis.

(f) Solicitar sempre que houver suspeita de efeito colateral ao uso de antirretroviral.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 13431 de 2017 que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2013.431-2017?OpenDocument> Acesso dia 01 nov. 2022
2. BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%209.603-2018?OpenDocument>. Acesso em 10 jun.2022.
3. MG, MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS. Termo de cooperação interinstitucional, No 022/2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/08_2022/03-abr-mai-jun/violencia-sexual/TERMO%20DE%20COOPERA%20C3%87%C3%83O%20INTERINSTITUCIONAL%20N%C2%BA%200222021.pdf> Acesso em 09 jun.2022.
4. WHO. The World Report on Violence and Health (WHO): Geneve, 2002. Disponível em:<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf> Acesso em 11 jul. 2022.
5. PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Guia de Atendimento Criança e Adolescente Vítimas de Violência doméstica, sexual e outras violências na Atenção Primária à Saúde, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/guia_atendimento_crianca_adolescente_vitimas_outras_violencias.pdf> Acesso em 13 jun. 2022.
6. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (BR). Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília (DF): Presidência da República. 1 ago 2013; [cited 2018 jun 10]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm>. Acesso em 10 jun.2022.
7. Rambow B; Adkinson C; Frost TH; Peterson GF. Female sexual assault: medical and legal implications. *Ann Emerg Med.* 1992; 1992 Jun;21(6):727-31. Disponível em: <[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1590616/#:~:text=DOI%3A-,10.1016/s0196-0644\(05\)82788-x,-Abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1590616/#:~:text=DOI%3A-,10.1016/s0196-0644(05)82788-x,-Abstract)>. Acesso em 08 jun. 2022.
8. MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.621, de 17 de novembro de 2021. Aprova a alteração da Deliberação CIBSUS/MG nº 3.351, de 17 de março de 2021, que aprova as diretrizes, parâmetros e etapas para (re)organização da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS-MG). Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/08_2022/03-abr-mai-jun/violencia-sexual/Del%203351%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Grade%20de%20Refer%20C3%AAncia%20Atendimento%20as%20Vitim%20de%20Violencia%20Sexual%20final%20CIB%20-%20alterada%20_%20FINAL%201.pdf> Acesso em 09 jun. 2022.
9. Von Hohendorff, J & Dapieve Patias, N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. *Barbarói*, 2017; (49), 239 - 257. Disponível em: <<https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.9474>>. Acesso em 29 jun. 2022
10. Cerqueira, DRC; Coelho DSC. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. IPEA Notas Técnicas, Brasília, 2014; 11. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5780>>. Acesso em 08 jun.2022.
11. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS). PORTARIA Nº 1.662, DE 2 DE OUTUBRO DE 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1662_02_10_2015.html>. Acesso em 08 jun. 2022.
12. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica Atenção Humanização às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf>. Acesso em 08 jun. 2022.
13. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2561, 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria=-n2-561.-de23--de-setembro-de2020-279185796-?fbclid=IwAR2aCOE2Hz16UuMk7fvPkdpN2nze2BJNHyx2vaQ7KpwXtqyUDiCJJCSvKY>>. Acesso em 10 jun. 2022.
14. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília (PCDT PEP), 2021, atualizado 29/07/2022. Disponível em: < https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_pep_-risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf/view >. Acesso em 14 jun. 2022.

15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT IST). – Brasília; 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57800/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf?file=1&type=node&id=57800&force=1>. Acesso em 08 jun. 2022.
16. Otten RA; Smith DK; Adams DR; et al. Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type. American Society for Microbiology Journal of Virology Volume , 2000, 74 (20), 9771-9775. Disponível em: <<https://doi.org/10.1128/JVI.74.20.9771-9775.2000>>. Acesso em 08 jun. 2022.
17. Tsai CC; Emau P; Follis KE. et al. Effectiveness of postinoculation (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIV infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment. Journal of virology, 1998; 72 (5), 4265-73. Disponível em: <<https://doi.org/10.1128/jvi.72.5.4265-4273.1998>> Acesso em 08 jun. 2022.
18. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DAS HEPATITES VIRAIS, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57798/manual_tecnico_hepatites_virais_web_310818.pdf?file=1&type=node&id=57798&force=1> Acesso em 22 ju.2022.
19. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis 5a edição MANUAL DOS CENTROS DE REFERÊNCIA PARA IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS, 2019. Disponível em: <<https://sbim.org.br/noticias/1199-publicada-5-edicao-do-manual-dos-centro-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais>>. Acesso em 22 jun. 2022.
20. Fujito T; Nagata Y. HTLV-I transmission from mother to child. J. Reprod. Immunol, (S.I.) 47, 197-206, 2000. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/s0165-0378\(00\)00054-1](https://doi.org/10.1016/s0165-0378(00)00054-1)>. Acesso em 10 jun, 2022.
21. Lopes MSSN; Proietti ABFC. HTLV-1/2 transfusional e hemovigilância: a contribuição dos estudos de look-back. Rev. bras. hematol. hemoter. v. 30(3):229-240, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-84842008000300013>>. Acesso em 10 jun.2022.
22. Barmpas DS; Monteiro DLM; Taquette SR et al. Pregnancy outcomes and mother-to-child transmission rate in HTLV-1/2 infected women attending two public hospitals in the metropolitan area of Rio de Janeiro. PLoS Negl Trop Dis. PLoS Negl Trop Dis; 2019. Acesso em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007404>>. Acesso em 09 jun. 2022.
23. BAHIA, BRASIL. Boletim Epidemiológico HTLV, 2019, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/BoletimHTLV_2019_n%C2%BA03.pdf>. Acesso em 23 jun. 2022.
24. Rosadas C; Araujo AC; Miranda AE. Assome T. Brasil, MS. Prevalência da infecção por HTLV-1/2 no Brasil Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020; 51(48). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/350922189_Prevalencia_da_infeccao_por_HTLV-12_no_Brasil?enrichId=rgreq-1fca62916ac1277d8439427c99e604c8-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzM1MDkyMjE4OTtBUzozMDEzMjcwNzczMjQzOTA1QDE2MTg1OTM5ODY3NTA%3D&el=1_x_2&esc=publicationCoverPdf>. Acesso em 10 jun. 2022.
25. Rosadas C; Brites C; Sanchez DA et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV). Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2021; 30, 2021. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000500015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 jun. 2022.

SUS·BH 



PREFEITURA
BELO HORIZONTE
