

Profilaxia Pós- Exposição de Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais

Introdução

A política brasileira de enfrentamento ao HIV/AIDS reconhece que nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções e que devem-se ofertar às pessoas que procuram os serviços de saúde estratégias abrangentes de prevenção, a fim de garantir uma maior diversidade de opções que orientem suas decisões. A Prevenção Combinada sugere o uso “combinado” de métodos preventivos, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada indivíduo, sem excluir ou sobrepor um método a outro.

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) é uma estratégia de prevenção que consiste no uso de medicamentos antirretrovirais (ARV) nas primeiras duas horas e até 72 horas após uma possível exposição sexual ao HIV. A PEP também é tradicionalmente utilizada como profilaxia das exposições ocupacionais com risco de infecção pelo HIV e em situações de violência sexual. A PEP para HIV está disponível no SUS desde 1999 e, em Guarulhos, a implantação nos serviços de Urgência e Emergência teve início em 2012.

O esquema antirretroviral (ARV) dispensado para a PEP foi simplificado na atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde em 2015, com recomendações de profilaxia pela avaliação do risco da situação de exposição e não mais por tipo de exposição (acidente com material biológico, violência sexual e exposição sexual consentida). Uma portaria contendo a síntese deste novo PCDT e as diretrizes para a oferta e seguimento da PEP nos serviços de saúde municipais foi publicada no Diário Oficial de Guarulhos em 22 de Dezembro de 2016 sob o nº 118/2016-GP.

O Programa IST/AIDS e Hepatites Virais de Guarulhos reforça a indicação para além daquelas situações em que a PEP é classicamente recomendada, como violência sexual e acidente ocupacional, visando a ampliar o uso dessa intervenção também para exposições sexuais consentidas. No caso das exposições sexuais consentidas, em Guarulhos, saímos de 24 PEP dispensadas em 2014 para 265 em 2017.

Nesse contexto, esta nova publicação, elaborada na parceria entre os Departamentos de Assistência Integral à Saúde, Vigilância em Saúde e Coordenação da Urgência e Emergência da Secretaria Municipal da Saúde, busca ampliar e facilitar o acesso da população à PEP, com prescrição efetiva nos atendimentos em serviços de urgência/emergência, hospitais e posterior seguimento nos serviços especializados em HIV/AIDS e Hepatites Virais.

CAPÍTULO 1 - PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO (PEP) À INFECÇÃO PELO HIV, IST E HEPATITES VIRAIS

Buscando atualizar os esquemas de profilaxia antirretroviral à luz do PCDT publicado pelo Ministério da Saúde em 2017 e promover a atenção integral à pessoa exposta ao risco das IST, do HIV e das hepatites virais, a Secretaria Municipal da Saúde determina que:

1. A realização de PEP fica submetida à avaliação do risco da situação de exposição e não mais subdivida pelo tipo de exposição (ocupacional, violência sexual ou sexual consentida), conforme Anexo 1.

A avaliação do risco da exposição inclui:

- O tipo de material biológico envolvido. Sangue e outros materiais contendo sangue, sêmen, líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico), líquido amniótico, líquor e líquido articular são considerados materiais biológicos com risco para transmissão do HIV. Suor, lágrima, fezes, urina, vômitos, secreções nasais e saliva (exceto em ambientes odontológicos), na ausência de sangue, não oferecem risco.
- O tipo de exposição. Há risco de transmissão do HIV na exposição sexual; nas lesões por agulhas ou outros instrumentos perfuro cortantes; nos respingos em olhos, nariz e boca; na exposição cutânea envolvendo pele não íntegra e nas mordeduras com presença de sangue.
- O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento. A PEP é uma urgência médica e deve ser iniciada, idealmente, nas primeiras 2 horas após a exposição, tendo como limite às 72 horas subsequentes à exposição.
- A condição sorológica para o HIV. A investigação da infecção pelo HIV na pessoa exposta e na pessoa fonte deve acontecer o mais próximo possível do momento da exposição, sendo recomendado o uso de testes rápidos. A PEP está indicada para pessoas expostas HIV negativo ou com status sorológico desconhecido (na impossibilidade da realização do teste rápido no primeiro atendimento) em qualquer situação em que a infecção pelo HIV não possa ser descartada na pessoa fonte.

2. Utilizam-se os seguintes esquemas para PEP, para uso por 28 dias:

2.1. Adultos:

2.1.1. Esquema preferencial: TDF + 3TC + DTG

- Tenofovir (300mg) + Lamivudina (300mg) 1 cp, 1x/dia +
- Dolutegravir (50mg) 1 cp, 1x/dia

O Dolutegravir não está recomendado para gestantes. Seu uso também não está recomendado em pessoas que façam uso de fenitoína, fenobarbital, oxycarbamazepina, carbamazepina, dofetilida e pilsicainida. Cabe ainda especial atenção a pacientes diabéticos, pois ele aumenta a concentração plasmática da metformina.

2.1.2. Esquemas alternativos:

A. Na impossibilidade do Tenofovir (TDF): AZT + 3TC + DTG

- Zidovudina (300mg) + Lamivudina (150mg) 1 cp, 12/12h +
- Dolutegravir (50mg) 1 cp, 1x/dia

B. Na impossibilidade do Dolutegravir (DTG): TDF + 3TC + ATV/r

- Tenofovir (300mg) + Lamivudina (300mg) 1 cp, 1x/dia +

- Atazanavir (300mg) 1 cp, 1x/dia +
- Ritonavir (100mg) 1 cp, 1x/dia

C. No caso de uso de inibidor de bomba de próton ou intolerância/icterícia que impossibilitem a indicação do Atazanavir/Ritonavir (ATV/r): TDF + 3TC + DRV/r

- Tenofovir (300mg) + Lamivudina (300mg) 1 cp, 1x/dia +
- Darunavir (600mg) 1 cp, 12/12h +
- Ritonavir (100mg) 1 cp, 12/12h

2.2 Gestantes:

2.2.1. Esquema preferencial a partir da 14ª semana de gestação: TDF + 3TC + RAL

- Tenofovir (300mg) + Lamivudina (300mg) 1 cp, 1x/dia +
- Raltegravir (400mg) 1 cp, 12/12h

2.2.2. Esquemas alternativos:

A. Na impossibilidade do Raltegravir (RAL) e **em caso de gestação com menos de 14 semanas**: TDF + 3TC + ATV/r

- Tenofovir (300mg) + Lamivudina (300mg) 1 cp, 1x/dia +
- Atazanavir (300mg) 1 cp, 1x/dia +
- Ritonavir (100mg) 1 cp, 1x/dia

B. Na impossibilidade do Tenofovir (TDF): AZT + 3TC + RAL

- Zidovudina (300mg) + Lamivudina (150mg) 1 cp, 12/12h +
- Raltegravir (400mg) 1 cp, 12/12h

C. Na impossibilidade do Raltegravir (RAL) e do Atazanavir/Ritonavir (ATV/r): TDF + 3TC + DRV/r

- Tenofovir (300mg) + Lamivudina (300mg) 1 cp, 1x/dia +
- Darunavir (600mg) 1 cp, 12/12h +
- Ritonavir (100mg) 1 cp, 12/12h

As mulheres que estejam amamentando devem ser orientadas sobre o risco de transmissão do HIV pelo leite materno e interromper temporariamente a amamentação. Durante o período de janela imunológica, pode-se realizar a extração e descarte do leite. Um exame de controle realizado na 12ª semana após início da PEP com resultado HIV não reagente autoriza a reintrodução do aleitamento materno. Para as crianças que foram amamentadas por pessoa-fonte com risco de transmissão de HIV, deve-se orientar a imediata interrupção da amamentação, a realização do exame de carga viral do HIV e o início da PEP (até 72 horas da última exposição), simultaneamente à investigação diagnóstica.

2.3. Crianças até 12 anos (acima de 12 anos, seguir as recomendações para adultos):

- **De 0 a 14 dias de vida:** Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Nevirapina (NVP)
- **De 14 dias a 2 anos de vida:** Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)
 - Na impossibilidade do uso de LPV/r: Nevirapina (NVP)
- **De 2 a 12 anos de vida:** Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL)
 - Impossibilidade do uso de RAL: Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)

2.3.1 Posologia das medicações ARV na população pediátrica:

- Raltegravir (RAL):
 - 10kg a <14kg: 75mg 12/12h
 - 14kg a <20kg: 100mg 12/12h

- 20kg a <28kg: 150mg 12/12h
- 28 a <40kg: 200mg 12/12h
- ≥40kg: 300mg 12/12h
- Zidovudina (AZT):
 - Até 4kg: 4mg/kg/dose 12/12h
 - 4kg a 9kg: 12mg/kg 12/12h
 - 9kg a 30kg: 9mg/kg 12/12h (dose máxima: 150mg 12/12h)
 - ≥30kg: 300mg 12/12h
- Lamivudina (3TC):
 - RN: 2mg/kg 12/12h
 - 4mg/kg de 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)
- Lopinavir/Ritonavir (LPV/r):
 - A. Solução oral: 80/20mg/ml
 - ≥14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m² 12/12h
 - 1 mês a 6 meses: 1ml 12/12h
 - 6 a 12 meses: 1,5ml 12/12h
 - 1 a 3 anos: 2ml 12/12h
 - 3 a 6 anos: 2,5ml 12/12h
 - 6 a 9 anos: 3ml 12/12h
 - 9 a 14 anos: 4ml 12/12h
 - B. Comprimido infantil: 100mg/25mg
 - a. 10kg a 13,9kg: 2cp de manhã e 1 à noite
 - b. 14 kg a 19,9kg: 2cp de manhã e 2 à noite
 - c. 20 kg a 24,5kg: 3cp de manhã e 2 à noite
 - d. 25 kg a 29,5kg: 3cp de manhã e 3 à noite
 - e. >35kg: 400mg/100mg de 12/12h
- Nevirapina (NVP) – uso neonatal:
 - Peso de nascimento 1,5 a 2kg: 8mg (0,8ml)/dose 12/12h
 - Peso de nascimento >2kg: 12mg (1,2ml)/dose 12/12h
 - Peso de nascimento <1,5kg: não usar NVP
 - 14 dias a 8 anos: 200mg/m² 1x/dia por 14 dias, depois: 200mg/m² 12/12h

2.4 Casais sorodiferentes:

Nenhum estudo comprovou transmissão sexual por pessoa vivendo com HIV com carga viral indetectável. O risco estimado nesses casos é tão pequeno que pode ser considerado insignificante. Para a oferta de PEP para os casais sorodiferentes, deve-se considerar:

- Perfil da parceria vivendo com HIV quanto à adesão à TARV;
- Supressão da carga viral;
- Ausência de outras IST;
- Realização de práticas sexuais de risco com outras parcerias.

É fundamental valorizar e reforçar a autonomia também da parceria que não vive com HIV quanto à sua prática sexual e o grau de exposição a que deseja se submeter.

3. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA e PA) e os Pronto Socorros dos Hospitais são portas de entrada para a PEP. Utilizando tabela de níveis de gravidade do protocolo canadense adaptado para Guarulhos, a classificação do risco deve ser laranja. A medicação será fornecida para os 28 dias de tratamento (frasco completo). **Nestes serviços, a não realização da testagem rápida para HIV não deve constituir impedimento para a prescrição do esquema profilático.** O paciente deve sair do primeiro atendimento encaminhado para um dos serviços especializados na assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS e Hepatites Virais a fim de realizar o acompanhamento, mesmo nos casos em que o tempo pós-exposição for superior às 72 horas e a medicação não tenha sido prescrita.

- **Adultos:**

- Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) - “Ubiratan Marcelino Dos Santos”
R. Piracicaba, 117 – Gopoúva – CEP 07022-000
Telefone: 2421-0649 / 2451-3052
- Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS e Hepatites Virais - “Carlos Cruz”
Rua Miracanga, 32 – Parque Jurema – CEP 07244-190
Telefone: 2498-7323

- **Crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias:**

- Ambulatório da Criança e do Adolescente - “Dr. Francisco Pedreira Ribeiro”
Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS e Hepatites Virais Pediátrico
R. Osvaldo Cruz, 151 – Centro – CEP 07010-020 – Guarulhos – SP
Telefone: 2468-8609 / 2468-8845 / 2409-1934

Nos casos de violência sexual e acidente com exposição a material biológico, para fim de encaminhamentos, seguir instruções contidas nos capítulos 2 e 3 deste documento.

4. O abastecimento dos antirretrovirais necessários à PEP para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA e PA) e para os Pronto Socorros dos Hospitais se dará conforme a grade:

Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) de referência para o abastecimento dos antirretrovirais nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA e PA) e nos Hospitais	
Serviços da Rede de Urgência e Emergência	UDM de referência
Hospital Municipal da Criança e do Adolescente (HMCA)	Ambulatório da Criança - SAE Pediátrico ambfarma@gmail.com
Hospital e Maternidade Jesus, José e Maria	
Complexo Hospitalar Padre Bento	CTA “Ubiratan Marcelino dos Santos” farmaciactaguarulhos@gmail.com
Hospital Geral de Guarulhos	
Hospital Municipal de Urgência e Emergência (HMU)	
Pronto Atendimento Paraventi	
Unidade de Pronto Atendimento Paulista	
Unidade de Pronto Atendimento Taboão	
Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso (HMPB)	SAE “Carlos Cruz” farmaciacarloscruz@gmail.com
Pronto Atendimento Alvorada	
Pronto Atendimento Bonsucesso	
Pronto Atendimento Dona Luiza	
Pronto Atendimento Maria Dirce	
Unidade de Pronto Atendimento São João Lavras	
Unidade de Pronto Atendimento Cumbica	

5. Nos casos em que a fonte seja sabidamente HIV+ em uso de antirretroviral e com carga viral detectável, deve-se realizar o primeiro atendimento iniciando o esquema antirretroviral preferencial e **encaminhar com urgência** a pessoa exposta para um serviço especializado na assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS e Hepatites Virais para avaliação de possível adequação da medicação.

6. As Unidades da Atenção Básica e demais serviços de saúde que estejam impossibilitados de realizar o primeiro atendimento, encaminharão a pessoa exposta para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA e PA), de acordo com a Grade de Referência para Urgência e Emergência do município. Entretanto, nos casos de acidente com material biológico, a testagem rápida para o HIV deverá ser ofertada à pessoa fonte sempre que possível.

7. O acompanhamento clínico laboratorial dos indivíduos em uso de antirretroviral para PEP será realizado pelos serviços especializados na assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS e Hepatites Virais. O acolhimento ocorrerá dentro dos primeiros sete dias para coleta de exames, avaliação de gradiente de risco e da continuidade ou não da PEP. Nestes serviços, a testagem rápida para HIV da pessoa exposta deverá ser realizada neste primeiro atendimento, caso não tenha ocorrido no atendimento da UPA, PA ou Hospital.

8. O acompanhamento clínico-laboratorial deve considerar a adesão à profilaxia e a manutenção de medidas de prevenção, o diagnóstico de infecção aguda pelo HIV e a toxicidade dos antirretrovirais. Na presença de intolerância medicamentosa, o caso deve ser reavaliado para adequação do esquema terapêutico. A pessoa exposta deve ser retestada para o HIV com 30 e 90 dias, para as hepatites B e C com 90 e 180 dias e para a sífilis com 30, 90 e, em casos especiais, 180 dias, podendo realizar os testes na Unidade da Atenção Básica mais próxima da sua residência ou nos serviços especializados em HIV/AIDS e Hepatites Virais.

9. Outras medidas no atendimento à pessoa exposta devem incluir a avaliação da necessidade de profilaxia para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) e Hepatite B, conforme protocolos vigentes.

9.1 Profilaxia para outras IST

IST	Medicação	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45kg	Crianças e adolescentes com menos de 45kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^(a)	50 mil UI/kg, IM ^(a)
Gonorreia	Ceftriaxona	500mg, IM, dose única	125mg, IM, dose única
Infecção por C. trachomatis	Azitromicina	1g, VO, dose única	20mg/kg, VO, dose única
Tricomoníase	Metronidazol ^(b, c)	2g, VO, dose única	15mg/kg/dia, divididos a cada 8 horas, por 7 dias

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

(a) Como profilaxia e em caso de sífilis primária, 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.

9.2 Profilaxia para Hepatite B

9.2.1 Após exposição ocupacional a material biológico

Situação vacinal e sorologia do profissional de saúde exposto	Pessoa-fonte		
	HBsAg reagente	HBsAg não reagente	HBsAg desconhecido
Não vacinado	IGHAHB ⁽¹⁾ + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ^(a)
Vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação
Resposta vacinal conhecida e adequada ⁽²⁾	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B ou IGHAB (2x) ^(b)	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) ^(a)
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAHB (2x) ^(b)	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x) ^(b)
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde Se resposta vacinal adequada ⁽²⁾ : nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada ⁽³⁾ : IGHAB + primeira dose da vacina hepatite B	Testar o profissional de saúde Se resposta vacinal adequada ⁽²⁾ : nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada ⁽³⁾ : fazer segunda série de vacinação	Testar o profissional de saúde Se resposta vacinal adequada ⁽²⁾ : nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada ⁽³⁾ : fazer segunda série de vacinação ^(a)

Fonte: BRASIL, 2014.

HBsAg, antígeno de superfície da Hepatite B;
IGHAHB, imunoglobulina humana anti-hepatite B;
Anti-HBs, anticorpos para o antígeno de superfície;
Anti-HBC Total, anticorpos para o core do vírus da Hepatite B.

Profissionais que já tiveram Hepatite B estão imunes à reinfecção e não necessitam de profilaxia pós-exposição. Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser aplicadas dentro do período de 7 dias após o acidente, mas, idealmente, nas primeiras 24 horas após o acidente. Para profissionais soronegativos que só realizaram teste sorológico muitos anos após a série vacinal original, uma dose adicional de vacina deve ser administrada e seguida de retestagem 4 a 8 semanas após. Se a sorologia for positiva o profissional será considerado imune, se negativo, deverá completar o esquema com mais duas doses de vacina.

(a) O uso associado de imunoglobulina hiperimune contra hepatite B está indicado em caso de pessoa-fonte com alto risco para infecção pelo HBV, 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; pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental. No caso da Prescrição da Imunoglobulina os serviços de atendimento deverão solicitar ao Centro de Referência de Imunoesspeciais (CRIE de Referência), mediante o preenchimento da Ficha de Solicitação de Imunoesspeciais e Receita Médica e após a liberação, realizar a retirada no CRIE em caixa térmica de transporte adequada.

(b) IGHAB (2x) = duas doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B, com intervalo de um mês entre as doses. Essa opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal, ou que tenham alergia grave à vacina.

(1) - Dose de IGHAB: 0,06/Kg IM.

(2) - Resposta vacinal adequada é definida como Anti-HBs maior ou igual 10UI/mL

(3) - Vacinação inadequada é definida como Anti-HBs < 10UI/L.

CRIE DE REFERÊNCIA:

- Centro de Imunizações do Hospital das Clínicas (FMUSP)
Avenida Doutor Enéas de Carvalho Aguiar, s/nº, - Prédio dos Ambulatórios, 4º andar, bloco 8 – São Paulo
Telefones: (11) 2661-6392 ou 2661-2661
Fax: (11) 2661-7517
E-mail: crie.ichc@hc.fm.usp.br; mahlopes@usp.br
- Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (UNIFESP)
Rua Borges Lagoa, nº 770, Vila Clementino – São Paulo
Telefones: (11) 5084-5005 ou 5084-5576 ou 5084-4993
E-mail: lily.crie@unifesp.epm.br

- Hospital Mario Covas
Avenida Doutor Henrique Calderazzo, nº 321, Santo André – São Paulo
Telefones: (11) 2829-5165 ou 2829-5177
E-mail: crieabc@hesa-fuabc.org.br; crieabc@hospitalmariocovas.org.br

9.2.2 Após exposição sexual consentida: IGHAHB e vacina contra hepatite B são recomendados como profilaxia para pessoas susceptíveis com exposição sexual à pessoa com hepatite B aguda.

9.2.3 Nos casos de violência sexual: se a vítima não for vacinada ou estiver com vacinação incompleta contra hepatite B, deve-se vacinar ou completar a vacinação. Não se recomenda o uso rotineiro de IGHAHB, exceto se a vítima for suscetível e o responsável pela violência seja HBsAg reagente ou pertencente a um grupo de risco (pessoas que usam drogas, por exemplo).

Quando indicada, a IGHAHB deve ser aplicada o mais precocemente possível – até, no máximo, 14 dias após a exposição.

9.2.4 A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE que funcionam 24 horas por dia, em regime de plantão, inclusive finais de semana. Para adquiri-la há necessidade do preenchimento da solicitação de imunobiológicos especiais com a receita médica, carimbada e assinada. Primeiramente, entrar em contato telefônico com o CRIE passando os dados via fax. Após a liberação do pedido pelo CRIE, a instituição solicitante deverá providenciar a retirada do mesmo nas condições preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações, quanto ao transporte e armazenamento de imunobiológicos.

10. A anticoncepção de emergência deve ser considerada para as mulheres em idade fértil após relação sexual desprotegida ou se houve falha do método contraceptivo, caso não exista desejo de engravidar e seja excluída gravidez no atendimento inicial. No caso de violência sexual, se a mulher buscar o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde, a anticoncepção de emergência poderá ser administrada. O hospital de referência deverá ser informado.

1ª opção	2ª opção
Levonorgestrel 0,75 mg (2cp, VO, dose única, até 5 dias após a relação sexual) ^(a)	Método de Yuzpe (Anticoncepcionais Hormonais Orais Combinados - AHOC): Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg (4cp, VO, 2x dia, 1 dia)

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

(a) A eficácia é sempre maior quanto mais próximo à relação for utilizada a anticoncepção de emergência. Ela deve ser prescrita, preferencialmente, nas primeiras 72 horas após a exposição.

11. A Ficha de Investigação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) deve ser preenchida nos casos de acidente com material biológico, violência sexual e/ou diagnóstico do HIV e encaminhada às áreas competentes.

12. Mais informações estão disponíveis no Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas para a "Profilaxia pós-exposição de risco (PEP) à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais" do Ministério da Saúde, disponível para download em <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>.

2. ATENDIMENTO ÀS VITIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

1. Normas gerais de atendimento

As unidades de saúde devem estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo o profissional responsável por cada etapa da atenção. Isso deve incluir a entrevista, o registro da história, o exame clínico e/ou ginecológico, os exames complementares e o acompanhamento psicológico. Os fluxos devem considerar condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar.

O acolhimento da pessoa vítima de violência deve permear todos os locais e momentos do processo de produção do cuidado, diferenciando-se da triagem tradicional. O acolhimento representa a primeira etapa do atendimento e nele são fundamentais: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo.

A pessoa deverá ser acolhida em ambiente reservado assim que sinaliza o fato que a levou a procurar atendimento. Neste momento pode-se observar se existe a presença de alguma pessoa que possa coibir o relato (seja familiar ou profissional do serviço) e verificar a possibilidade de entrevista na presença de outro técnico ou sem o familiar – muitas crianças podem estar sendo abusadas pelos próprios acompanhantes, ou estes são coniventes.

A pessoa vítima de violência sexual deve ser informada sobre tudo o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento, excetuando-se os casos que envolvam crianças e adolescentes, onde todas as medidas do cuidado em saúde e proteção deverão ser tomadas, conforme previsto no Estatuto da Criança e Adolescente.

Contribuir para a reestruturação emocional e social da vítima é um componente importante que deve ser observado por todos os membros da equipe de saúde, em todas as fases do atendimento. O atendimento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível, de preferência desde a primeira consulta, mantido durante todo o período de atendimento e pelo tempo que for necessário.

É necessário que o serviço de saúde realize exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e que seja preenchida a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada.

A ficha de notificação vigente deverá ser preenchida e encaminhada via e-mail para Região de Saúde. A original deverá ser arquivada no serviço, para todo o caso de suspeita ou confirmação de violência sexual. (Anexo 2).

A coleta imediata de sangue realizada no momento de admissão da vítima é necessária para estabelecer a eventual presença de IST, HIV ou hepatites virais prévias à violência sexual. Entretanto, tal coleta não deve retardar o início da Profilaxia Pós-Exposição (PEP)

Exames					
	Admissão	2 semanas	6 semanas	3 meses	6 meses
Sífilis*	X		X	X	
Anti-HIV*	X		X	X	
Hepatite B (HBsAg)*	X			X	X
Hepatite C (anti-HCV)*	X			X	X
Transaminases	X	X		X	X
Hemograma	X	X			
Beta HCG	X	X			

* É preconizado o uso dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C.

Fonte: Norma Técnica. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Ministério da Saúde, 2014.

2. Anticoncepção de Emergência(AE) e profilaxia das IST, Hepatites, HIV e Tétano

- A anticoncepção de emergência deve ser prescrita de acordo com as orientações da Nota técnica municipal contendo o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.
- Nos casos de abuso crônico sexual, as profilaxias para a infecção pelo HIV e outras IST não está recomendada. O acompanhamento da pessoa em situação de violência deve ser realizado na Rede de Atenção à Saúde (Atenção Básica ou Serviço Especializado) e de Proteção Social (Conselhos de Direitos, CREAS, entre outros).
- Na maioria dos casos de abuso crônico em crianças, estas são submetidas a práticas diferentes da penetração vaginal, anal ou oral, não as expondo ao contato contaminante com o agressor. Nestes casos, a profilaxia também não está indicada, porém o ciclo de violência deve ser interrompido e o contexto ser avaliado e individualizado.
- A imunoprofilaxia do tétano é realizada através da administração da vacina antitetânica.

3. Unidades de Urgência e Emergência

A vítima de violência sexual poderá ser atendida em qualquer uma das unidades de urgência e emergência (UPA, PA ou Hospitais) do município de Guarulhos e poderá chegar por procura espontânea ou referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde, Delegacias de Polícia, Polícia Militar, Secretarias Municipais de Educação, Desenvolvimento e Assistência Social, Segurança Pública entre outras.

Compete às Unidades de Urgência e Emergência:

- Acolher e atender de forma humanizada, evitar revitimização e resguardar as condições necessárias para o exame do Perito Médico Legista, a não ser que haja risco à vida;
- Avaliar as condições gerais do paciente e propor as medidas clínicas e cirúrgicas necessárias;
- Realizar exames laboratoriais e testes-rápidos (conforme quadro anterior);

- Registrar detalhadamente o atendimento em FAA/Prontuário;
- Preencher a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada;
- Prescrever anticoncepção de emergência, profilaxias para HIV, IST, Hepatite B e Tétano quando necessário;
- Nos casos em que não prescrever as profilaxias para HIV e outras IST, garantir o agendamento na Atenção Básica (Vaga 0) em até 7 dias, para acompanhamento laboratorial e sorológico e no Núcleo de Atendimento às Violências (NAV) para acompanhamento psicossocial e psicoterapêutico. A Divisão Técnica da Região de Saúde deverá sempre ser copiada no e-mail para proceder ao monitoramento do caso;
- Nos casos em que foi prescrita a profilaxia para HIV e outras IST, deverá ocorrer o agendamento em até 7 dias nos Serviços Especializados em IST/Aids e no Núcleo de Atendimento às Violências (NAV) para acompanhamento psicossocial e psicoterapêutico. A Divisão Técnica da Região de Saúde deverá sempre ser copiada no e-mail para proceder ao monitoramento do caso.

Divisão da Região de Saúde I - Centro	rue.centro@gmail.com
Divisão da Região de Saúde II - Cantareira	ruecantareira@gmail.com
Divisão da Região de Saúde III - São João Bonsucesso	Rue.saojoaobonsucesso@gmail.com
Divisão da Região de Saúde IV - Pimentas Cumbica	rue.pimentas@gmail.com

- Comunicar o Conselho Tutelar por meio de contato telefônico e envio de relatório para que sejam aplicadas as medidas de proteção previstas na Lei Federal nº 8.069/90 - Estatuto da Criança e Adolescente. Cabe ressaltar que na ausência de responsáveis legais ou em situação em que o responsável legal é o suspeito/autor da agressão, o Conselho Tutelar deve ser acionado imediatamente, para acompanhar a criança/adolescente e tomar as medidas cabíveis;
- Comunicar obrigatoriamente o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) por meio de contato telefônico e envio de relatório ao serviço, com cópia para a Divisão de Proteção Social Especializada de Média Complexidade: pse.mcguarulhos@gmail.com. O relatório deve também ser remetido via SIPEX para: SDAS 02.03.07;
- Entregar ao paciente cópia da FAA/Guia de encaminhamento, bem como elaborar encaminhamento à Delegacia de Polícia, constando inclusive o nº do SINAN; evitando-se a revitimização do usuário.
- Acionar a Guarda Civil Municipal (GCM) por meio dos telefones 153 ou 2475.9444 para a condução da vítima à Delegacia de Polícia a fim de registrar a ocorrência. O registro do BO é obrigatório até os 17 anos 11 meses, 29 dias, nos demais casos é de decisão individual, no entanto ressalta-se a importância de sensibilizar para a realização do mesmo. A perícia médico legal somente poderá ser acionada pelo Delegado de Polícia, mediante expedição de guia de exame de corpo de delito.

4. Acompanhamento na Atenção Básica

Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), seja do Modelo Tradicional ou com Estratégia Saúde da Família (ESF) são referência para o acompanhamento multiprofissional das vítimas de violência sexual. A situação de violência caracteriza-se como atendimento preferencial, cabendo a UBS garantir o acolhimento da vítima na situação em que procure espontaneamente a unidade ou também que disponibilize agenda às unidades hospitalares ou de pronto atendimento em até 7 dias.

A pessoa agredida sexualmente, após ser atendida em situação emergencial no hospital ou em PA, deverá ser atendida na UBS para continuidade do cuidado ou outro serviço da rede de atenção à saúde conforme a necessidade apresentada. Neste contexto é importante o atendimento individual e familiar.

A pessoa que procura atendimento após as 72 horas do abuso deverá ser atendida pela Unidade Básica de Saúde e realizar os exames de investigação de IST/HIV e atualização do estado vacinal no primeiro atendimento, independentemente do tempo decorrido. Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das IST em situações de violência sexual, ao contrário da profilaxia para infecção pelo HIV, que é 72 horas. Estas situações devem ser clinicamente e individualmente avaliadas

5. Núcleo de Atendimento às Violências (NAV)

Trata-se de serviço especializado no acolhimento, atendimento psicossocial e psicoterapêutico e acompanhamento humanizado em saúde às pessoas em situação de violência sexual, seja recente ou tardia. O atendimento se dá a todas as faixas etárias e todos os gêneros, que tenham sido ou ainda sejam vítimas de violência sexual. Nos casos de transtornos mentais graves e persistentes, bem como de deficiência intelectual e transtorno global do desenvolvimento (Autismo) serão atendidos nos serviços especializados, tais como CAPS, CER ou CAMPD, com apoio do NAV, se necessário.

O agendamento do acolhimento do caso pela equipe do NAV deverá ser feito por telefone e documentado com envio de relatório para o e-mail do NAV, de modo que a equipe tenha ciência do caso antes do atendimento.

Residentes das Regiões de Saúde I Centro e II Cantareira – NAV Centro e Cantareira

Funcionamento: de segunda a sexta-feira das 7h00 às 16h00

Endereço: Rua Piracicada, 114 Gopoúva - Guarulhos

O NAV centro e Cantareira está alocado dentro do prédio do Centro de Testagem e Aconselhamento.

Telefone: 2409-6513 / 2421-0649 / 2451-3052

Para usuários pertencentes à Região de Saúde I: navreg1.gru@gmail.com

Para usuários pertencentes à Região de Saúde II: navreg2.gru@gmail.com

Residentes das Regiões de Saúde III São João/Bonsucesso e IV Pimentas/Cumbica - NAV Marcos Freire

Funcionamento: de segunda a sexta-feira das 7h00 às 16h00

Endereço: Rua do Poente nº 170 Marcos Freire - Guarulhos

Próximo a Escola Estadual Anna Lamberg Zegli

Telefone: 2486-5778

Para usuários pertencentes a Região de Saúde III: navreg3.gru@gmail.com

Para usuários pertencentes a Região de Saúde IV: navreg4.gru@gmail.com

6. Serviços Especializados em HIV/AIDS e Hepatites Virais

O acompanhamento clínico laboratorial dos indivíduos em uso de antirretroviral será realizado pelos serviços especializados em HIV/AIDS e Hepatites Virais. O acolhimento ocorrerá dentro dos primeiros sete dias para coleta de exames, avaliação de gradiente de risco e da continuidade ou não da PEP.

Toda segunda-feira ocorre plantão para acolhimento às pessoas vítima de violência sexual das 8h00 às 11h00 atendidas às sextas-feiras à noite ou no final de semana nos hospitais e PA. Contudo, a comunicação digital para o e-mail dos Serviços Especializados é de suma importância para que a equipe tenha ciência do caso antes do atendimento

7. Direitos Legais da Vítima de Violência conforme Legislação Vigente

7.1 Boletim de Ocorrência / Perícia Sexológica

- A vítima deverá ser orientada quanto à possibilidade de realizar ou não o Boletim de Ocorrência e o Exame Pericial, porém nos casos de vítimas < de 18 anos são obrigatórios. Após o 1º atendimento em saúde, a vítima deverá ser encaminhada ao Distrito Policial para lavrar o Boletim de Ocorrência e logo após ser encaminhada para a realização do exame pericial sexológico:

- A vítima do sexo Feminino (independentemente da idade), homem TRANS que passou por processo hormonal transexualizador, mas possui o órgão sexual feminino, Mulheres TRANS com neovagina e < de 14 anos do sexo masculino serão encaminhados ao IML do Hospital Pérola Byington, localizado à Avenida Brigadeiro Luis Antônio, 683 – Centro – São Paulo – SP – Fone: 3101.1333.
- A vítima do sexo Masculino (> de 14 anos) e mulheres TRANS que ainda possui o genital masculino serão encaminhados ao IML/SP, localizado à Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 600 – Centro – São Paulo – SP – Fone: 3088.7759.

Para proceder tais trâmites, a **Guarda Civil Municipal (GCM)** deverá ser acionada, por meio do **telefone 153 ou 2475.9444**. A mesma acompanhará pelo tempo que for necessário para efetivação da Ocorrência Policial. Para os casos onde for solicitado a realização do exame pericial sexológico pelo delegado, **o transporte ambulatorial** deverá ser acionado **pela GCM ou delegacia** (para encaminhar a vítima e responsável para o Hospital Pérola Byington ou IML central conforme descrito acima, ambos referência municipal para realização do exame pericial, garantindo retorno da vítima ao domicílio ou local de sua escolha.

7.2 Interrupção da Gestação

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro.

Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados nas Unidades em que realizam o pré-natal. Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas

após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a criança ou proceder com os mecanismos legais para adoção. Nessa última hipótese, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção. Para a realização do abortamento em decorrência de violência sexual os serviços de saúde deverão orientar a vítima quanto a referência municipal para o procedimento de aborto previsto em "LEI", sendo necessário realizar o contato prévio com o hospital de referência para o encaminhamento da gestante.

CAPÍTULO 3

ATENDIMENTO E CONDUTA APÓS ACIDENTE

COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

O objetivo deste documento é descrever os cuidados necessários para evitar a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e dos vírus da hepatite B e C, no ambiente de trabalho e em situações com exposição a material biológico potencialmente contaminado.

O acidente ocupacional com exposição ao material biológico tem sido um grande problema de saúde, tanto para empregadores como para trabalhadores de saúde. A organização e estruturação da atenção integral ao acidentado são preocupações dos serviços ligados à prestação de assistência à saúde, e ainda dos trabalhadores potencialmente expostos ao risco biológico.

Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de urgência, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B necessitam ser iniciadas, idealmente, logo após a ocorrência do acidente.

É importante ressaltar que as profilaxias pós-exposição não são totalmente eficazes. Assim, a prevenção da exposição ao sangue ou a outros materiais biológicos é a principal e mais eficaz medida para evitar a transmissão do HIV e das hepatites B e C. Portanto, ações educativas permanentes e medidas de proteção individual e coletiva são fundamentais.

1. Risco Ocupacional

Um estudo do tipo caso-controle publicado em 1997 foi o primeiro a demonstrar a eficácia da PEP, apontando redução do risco de transmissão de 81% (intervalo de confiança entre 48 e 94%) em trabalhadores da saúde com exposição percutânea ao HIV que receberam profilaxia com zidovudina (AZT). Maior risco de transmissão foi associado às exposições com grande quantidade de sangue do paciente-fonte, envolvendo dispositivo com sangue visível ou agulhas imediatamente retiradas de acesso arterial ou venoso e lesões profundas. Considerando a forte evidencia trazida por este caso controle, por questões éticas, estudos cegos controlados para comprovar a eficácia da PEP não foram realizados. No entanto, diversos estudos observacionais aconteceram desde então, em diferentes populações, corroborando sua indicação.

Riscos de transmissão do HIV mais altos estão associados à exposição de tecidos suscetíveis (mucosas, pele não íntegra) e lesões percutâneas envolvendo fluidos corporais potencialmente infectados de pessoas sabidamente vivendo com o vírus, particularmente aquelas que não fazem uso de tratamento antirretroviral. Exposição relacionada a pacientes-fonte pertencentes a grupos com alta prevalência de infecção pelo HIV e sorologia desconhecida requerem especial atenção. O risco de transmissão do HIV em uma única exposição percutânea com paciente-fonte sabidamente infectado é de 23 para cada 10.000 exposições. Ele pode ser maior em acidentes envolvendo pacientes fonte com alta carga viral e em estágios avançados da aids ou recentemente infectados, em razão da alta carga viral no sangue durante este período.

A probabilidade de infecção pelo vírus da hepatite B após exposição percutânea é significativamente maior do que a probabilidade de infecção pelo HIV, podendo atingir até 40% em exposições onde o paciente fonte apresente sorologia HBsAg reagente. Quanto ao vírus da hepatite C (HCV), o risco de transmissão após um acidente percutâneo com paciente-fonte HCV positivo é de aproximadamente 1,8%. No Brasil, a utilização da vacina para hepatite B é recomendada para estudantes da área de saúde antes de iniciarem estágios e profissionais de saúde na sua admissão.

Após exposição ocupacional a material biológico, mesmo para profissional não Responder, ou seja, pessoa que não atinge o nível adequado de anticorpos Anti-HBs ($\geq 10\text{UI/L}$), o uso da vacina, associado ou não à imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), é uma medida que, comprovadamente, reduz o risco de infecção (Vide Quadro 9.21 no Capítulo 1). É importante ressaltar que não existe intervenção específica para prevenir a transmissão do vírus da hepatite C após exposição ocupacional ou não.

Diante deste cenário, a prevenção ainda é a melhor das alternativas. Os profissionais de saúde ou não e municipais, estão expostos a um variado elenco de riscos biológicos, e por isso, o exercício da “segurança no manejo de produtos e técnicas biológicas”, como se define a biossegurança, requer abordagem multidisciplinar. O gerenciamento e controle das doenças ocupacionais resultantes de exposição a agentes biológicos presentes no local de trabalho são parte importantíssima das atividades de educação e prevenção dessas doenças, pelos serviços de saúde.

2. Aspectos Legais

Todos os acidentados, inclusive os sujeitos ao Regime Jurídico Único dos Funcionários da União, dos Estados e dos Municípios devem ser notificados aos setores competentes. Apesar de serem regimes jurídicos diferenciados que regem a categoria dos trabalhadores públicos e privados, em ambas as codificações há necessidade de ser feita a comunicação do acidente de trabalho.

Os acidentes ocorridos com empregados regidos pela CLT, de empresas privadas, devem ser comunicados em formulário próprio, denominado Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em 24 horas.

Nos trabalhadores do serviço público, a prova do acidente será feita no prazo de 10 dias, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem, conforme recomenda o artigo 214 da lei nº 8112, de 11 de dezembro de 1990, que trata do Regime Jurídico dos Servidores Cíveis públicos da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais. Os funcionários dos Estados e dos Municípios devem observar Regimes Jurídicos Únicos que lhes são específicos.

De forma mais ampla, a proteção da saúde do trabalhador fundamenta-se nas seguintes bases legais:

- Constituição Federal do Brasil de 1988;
- Lei Orgânica da Saúde (LOS nº 8080/90);
- Legislação Trabalhista Brasileira no âmbito da iniciativa privada;
- Instituto Nacional de Seguro Social (INSS);
- Lei Estadual nº 10083 de 23 de setembro de 1998, Código Sanitário do Estado de São Paulo;
- Resolução SS 63 de 30 de abril de 2009;
- Portaria Federal do Ministério da Saúde nº 1679 de 19 de setembro de 2002 e Portaria nº 2728 de 11 de novembro de 2009;
- Portaria Federal do Ministério da Saúde nº 777 de 28 de abril de 2004;
- Portaria Federal do Ministério da Saúde nº 104 de 25 de janeiro de 2011;
- Portaria Federal do Ministério da Saúde nº 204 de 19 de fevereiro de 2016.

3. Comunicação e Notificação dos Acidentes

3.1 Comunicação do Acidente de Trabalho

3.1.1 Funcionários públicos municipais

No local onde ocorreu o acidente, preencher o Procedimento para Acidente de Trabalho (PAT) nos campos Dados do Servidor (Dados do Acidentado) e Dados do Acidente. No local do primeiro atendimento, preencher o campo Médico Assistente.

Após o preenchimento do PAT e do atendimento no Serviço de Assistência, o acidentado deverá ser encaminhado ao Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), órgão da Prefeitura Municipal de Guarulhos, para abertura e preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). O download do formulário do PAT poderá ser feito através do Portal do Servidor (Requerimentos), podendo o mesmo ser preenchido no computador.

3.1.2 Funcionários de Serviços Conveniados ou Privados

Funcionários de serviços conveniados ou privados deverão seguir fluxo adotado pelo Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho do local de trabalho.

3.2 Notificação do Caso

Em cumprimento à Portaria Federal do Ministério da Saúde nº 204 de 17 de fevereiro de 2016, o instrumento de notificação é a Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O caso deverá ser notificado pelo serviço de saúde (público, privado ou conveniado) onde ocorreu o acidente e/ou no local do primeiro atendimento. Nos casos em que o primeiro atendimento for prestado pelos serviços especializados (CTA e SAE Carlos Cruz), estes deverão fazer a notificação do acidente. Os serviços especializados têm por competência o acompanhamento clínico e sorológico do acidentado, assim como seguimento por 6 meses, até encerramento do caso. O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA Ubiratan Marcelino) e o Serviço de Atendimento Especializado (SAE Carlos Cruz) deverão encaminhar a Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) ao técnico de referência deste agravo na Divisão Técnica de Epidemiologia e Controle das Doenças (DTECD) para digitação no sistema.

4. Fluxo de Atendimento

4.1 Conduta após Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico nos Serviços da Rede Pública de Saúde de Guarulhos

4.1.1 No Local do Acidente

- Realizar os cuidados no local do ferimento;
- Realizar os testes rápidos para HIV, Hepatite B e C do PACIENTE FONTE, quando esse for conhecido, com sua autorização (Anexo 3), Termo de Consentimento Informado para o Paciente Fonte, arquivar cópia na Unidade e entregar outra ao paciente fonte.
- Realizar os testes rápidos para HIV, Hepatite B e C do TRABALHADOR ACIDENTADO, com sua

autorização (Anexo 4), Termo de Abordagem e Consentimento Livre e Esclarecido, arquivar cópia na Unidade e entregar outra ao trabalhador;

- Preencher o Termo de Aconselhamento Pós Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico (Anexo 5), arquivar cópia na Unidade e entregar outra ao trabalhador;
- Providenciar a abertura do Procedimento para Acidente de Trabalho (PAT), disponível no Portal do Servidor, em uma via. Preencher os campos Dados do Servidor (Dados do Acidentado) e Dados do Acidente;
- Preencher devidamente a Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico em 4 vias, inclusive com o número do SINAN;
- Arquivar uma Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico na Unidade de Saúde onde ocorreu o acidente;
- Se for necessária coleta de sorologia do paciente fonte, preencher a ficha de Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) para as sorologias e identificar como PACIENTE FONTE DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO, anotar também o nome do profissional acidentado e enviar pelo local do acidente ao laboratório de análises clínicas do Município;
- Encaminhar o profissional acidentado aos serviços de referência para assistência de acordo com a última versão da Grade de Referência para Urgência e Emergência do município de Guarulhos, elaborado pelo Departamento de Coordenação de Urgência e Emergência, idealmente nas primeiras 2 horas e no máximo até 72 horas após o acidente, juntamente com o Procedimento para Acidente de Trabalho (PAT) e a Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico (3 vias), assim como o resultado dos testes rápidos do profissional e do paciente fonte. Observações:
 - Em caso de Kit para testes rápidos indisponível, colher 10 ml de sangue em tubo seco (tampa vermelha) e realizar sorologias para HIV, Hepatite B e C (Anti-HIV, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBC e anti-HCV) e encaminhar ao laboratório de análises clínicas.
 - Quando o trabalhador manifestar o desejo de não realizar os testes rápidos no seu local de trabalho, orientar para que esta execução ocorra no local da assistência, relatando esta conduta no campo de informações complementares da Ficha de Investigação (4 vias).

4.1.2 No Local da Assistência

O local de assistência está pactuado na última versão da Grade de Referência para Urgência e Emergência do município de Guarulhos, elaborado pelo Departamento de Coordenação de Urgência e Emergência. Caberá aos serviços de saúde manter atualizada a versão da Grade segundo cada publicação em Diário Oficial, com ciência dos profissionais da Unidade, em cumprimento aos aspectos legais pertinentes.

- Preencher a Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) na recepção;
- Realizar acolhimento com classificação de risco pelo Enfermeiro de plantão;
- Realizar testes rápidos para HIV, Hepatites B e C caso não tenham sido realizados no local do acidente, após autorização (Anexo 4). Se o kit para testes rápidos estiver indisponível, colher sangue no tubo vermelho (10 ml) para as sorologias de HIV, Hepatites B e C e encaminhar ao laboratório de análises clínicas com SADT.
 - Encaminhar o profissional acidentado para avaliação médica imediata. Realizar a Avaliação do Risco da Exposição e definir conduta, conforme Fluxograma de Indicação de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) (Anexo 1) e Esquema Vacinal para Hepatite B após Exposição (Vide Quadro 9.2.1 no Capítulo 1).
 - Quando indicada a quimioprofilaxia, preencher o Termo de Consentimento Informado para o

Acidentado em uso de Quimioprofilaxia (anexo 6);

- Completar o preenchimento da Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico e no campo observações anotar o resultado do teste rápido do paciente fonte, quando existir;
- Encaminhar uma Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico devidamente preenchida aos Serviços Especializados: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Ubiratan Marcelino ou Serviço de Atendimento Especializado Carlos Cruz (SAE), uma à Divisão Técnica de Epidemiologia e Controle de Doenças (DTECD) da Secretaria Municipal da Saúde e arquivar uma na Unidade;
- Preencher guia de encaminhamento e enviar o profissional acidentado para os serviços especializados: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Ubiratan Marcelino ou Serviço de Atendimento Especializado Carlos Cruz (SAE) para acompanhamento do caso;
- Completar o preenchimento do Procedimento para Acidente de Trabalho (PAT) no campo Médico Assistente;
- Encaminhar o profissional acidentado ao Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) com o Procedimento para Acidente de Trabalho (PAT) preenchido para abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) em até 24 horas.

4.1.3 Nos Serviços Especializados

- Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Ubiratan Marcelino receberá casos encaminhados pelos serviços que compõem a Rede de Urgência e Emergência das Regiões de Saúde I e II.
- SAE Carlos Cruz receberá os casos encaminhados pelos serviços que compõem a Rede de Urgência e Emergência das Regiões de Saúde III e IV.
- Receber o profissional acidentado para acompanhamento, seguimento e conclusão do caso, com a Guia de Encaminhamento;
- Realizar a avaliação do caso (profissional acidentado) e adotar condutas pertinentes;
- Na Guia de Encaminhamento, preencher o campo contrarreferência e encaminhar à Unidade do local do acidente;
- Receber a Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico, preencher adequadamente os campos pertinentes e encaminhar à Divisão Técnica de Epidemiologia e Controle de Doenças (DTECD).

4.2 Conduta após o Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico nos Serviços Conveniados

- Os Serviços Conveniados e Privados de Saúde do Município de Guarulhos devem realizar o acompanhamento em suas próprias Unidades e notificar à Divisão Técnica de Epidemiologia e Controle de Doenças (DTECD) após conclusão do caso;
- Se não houver condições para o primeiro atendimento, deverá ser encaminhado aos serviços de assistência de acordo com a última versão da Grade de Referência para Urgência e Emergência do município de Guarulhos, elaborado pelo Departamento de Coordenação de Urgência e Emergência, idealmente nas primeiras 2 horas e no máximo até 72 horas após o acidente.
- Se não houver condições para acompanhar o caso, encaminhar aos Serviços Especializados: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Ubiratan Marcelino ou Serviço de Atendimento Especializado Carlos

Cruz (SAE), para as condutas necessárias.

4.3 Conduta após o Acidente com Exposição a Material Biológico em Não-Profissionais de Saúde e Munícipes de Guarulhos

Os serviços de saúde podem ser procurados por não são profissionais de saúde e munícipes, inclusive crianças, para lidar com situações de exposição a material biológico.

Quando a avaliação de risco do acidente justificar a utilização de profilaxia e/ou o acompanhamento clínico-sorológico, o acidentado deverá ser encaminhado aos serviços de assistência de acordo com a última versão da Grade de Referência para Urgência e Emergência do município de Guarulhos, elaborado pelo Departamento de Coordenação de Urgência e Emergência, idealmente nas primeiras 2 horas e no máximo até 72 horas após o acidente.

Para mais informações: O protocolo completo de “Atendimento e conduta após acidente com exposição a material biológico” da Secretaria Municipal da Saúde está disponível para download em <https://www.guarulhos.sp.gov.br/pagina/departamento-de-vigilancia-em-saude>.

Bibliografia consultada:

BRASIL. Secretaria de ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 34, de 22 de julho de 2015. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) profilaxia antirretroviral pós-exposição a risco para infecção pelo HIV (PEP) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, 23 jul 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas para a Profilaxia pós-exposição de risco (PEP) à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. BRASIL. Consenso sobre Terapia Antirretroviral para Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV. Ministério da Saúde, abril de 1997.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. BRASIL. Exposição a materiais biológicos. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2006.

BRASIL. Glossário temático da saúde do trabalhador do Mercosul: Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e do Trabalhador – CISAT. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, 2014.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos.

BRASIL. Lei 6514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o capítulo V, do título II da Consolidação das Leis do Trabalho relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos.

BRASIL. Lei 8112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos.

BRASIL. Lei 8212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos.

BRASIL. Lei 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá

outras providências. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. BRASIL. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs). Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Normas Técnicas para Prevenção da Transmissão do HIV nos Serviços de Saúde. Ministério da Saúde, 1989. BRASIL. Nota Informativa 07/2017, DDAHV/SVS, de 7 de fevereiro de 2017. Retificação da Nota Informativa 96/16, DDAHV/SVS, que atualiza os esquemas antirretrovirais para pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e indicações de uso ampliado de dolutegravir (DTG) e darunavir (DRV) a partir de 2017. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ordem de Serviço 621, de 5 de maio de 1999. Aprova o Manual de Instruções para Preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT). Ministério da Previdência e Assistência Social.

BRASIL. Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Ministério da Saúde.

BRASIL. Portaria 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências. Ministério da Saúde.

BRASIL. Portaria 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Ministério da Saúde.

BRASIL. Portaria 1679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Ministério da Saúde.

BRASIL. Portaria 2728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Ministério da Saúde. BRASIL. Portaria 3214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Ministério do Trabalho e Emprego.

BRASIL. Portaria 5051, de 26 de fevereiro de 1999. Aprova o novo formulário Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), a ser implantado pelo INSS no prazo de 60 dias e traz as orientações de preenchimento do formulário. Ministério da Previdência e Assistência Social.

BRASIL. Portaria 5073, de 5 de março de 1999. Aprova o Manual de Orientação para o preenchimento da CAT, estabelecendo que o INSS adote providências necessárias para que o Manual seja editado e implantado no prazo de 60 dias. Ministério da Previdência e Assistência Social.

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, setembro de 2017. BRASIL. Recomendações para Terapia ARV em adultos e adolescentes. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Resolução 1101, de 16 de julho de 1998. Aprova a sistemática para elaboração dos indicadores de acidente de trabalho, consubstanciada no documento Metodologia para Avaliação e Controle dos Acidentes de Trabalho. Conselho Nacional da Previdência Social.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Brasília, 2010.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, 2014.

BRASIL. Portaria Ministerial nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.

BRASIL. Portaria Ministerial nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para a organização da rede de profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV – PEP. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids, e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília, 2017.

CARDO DM, CULVER DH, CIESIELSKI CA, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *New Engl J Med*, Atlanta, v. 337, n. 21, p. 1485-1490, nov. 1997.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Curitiba, 2015. RAPPARINI C, VITÓRIA MAV, LARA LTR. Recomendações para o atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C. Brasília, Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS, 2004. SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. Protocolo de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual. Florianópolis, 2016.

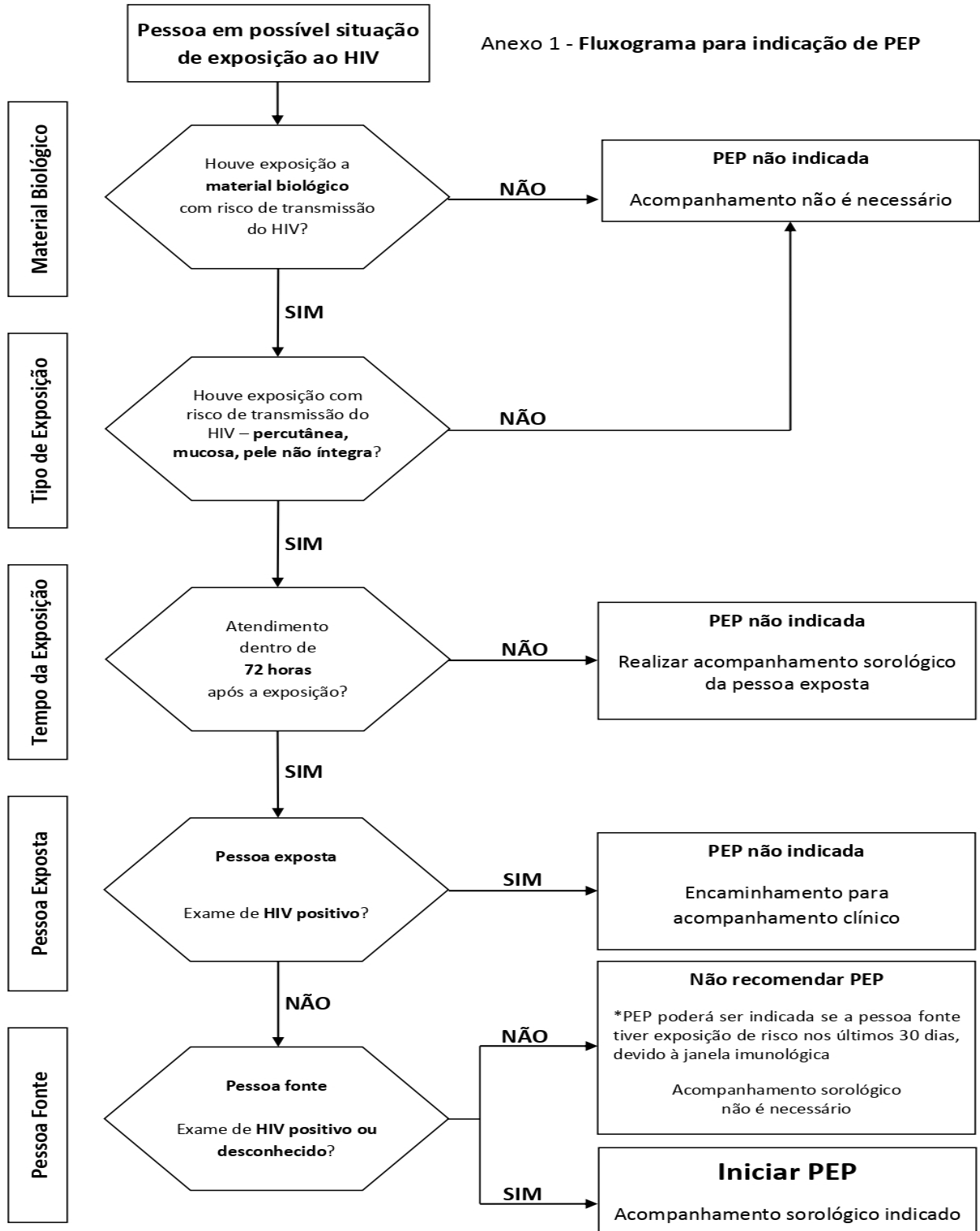
SÃO PAULO. Lei 10083, de 23 de setembro de 1998. Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado de São Paulo. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo.

SÃO PAULO. Resolução SS 63, de 30 de abril de 2009. Regulamenta o Fluxo de Notificações de Agravos à Saúde do Trabalhador, no âmbito do Estado de São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde.

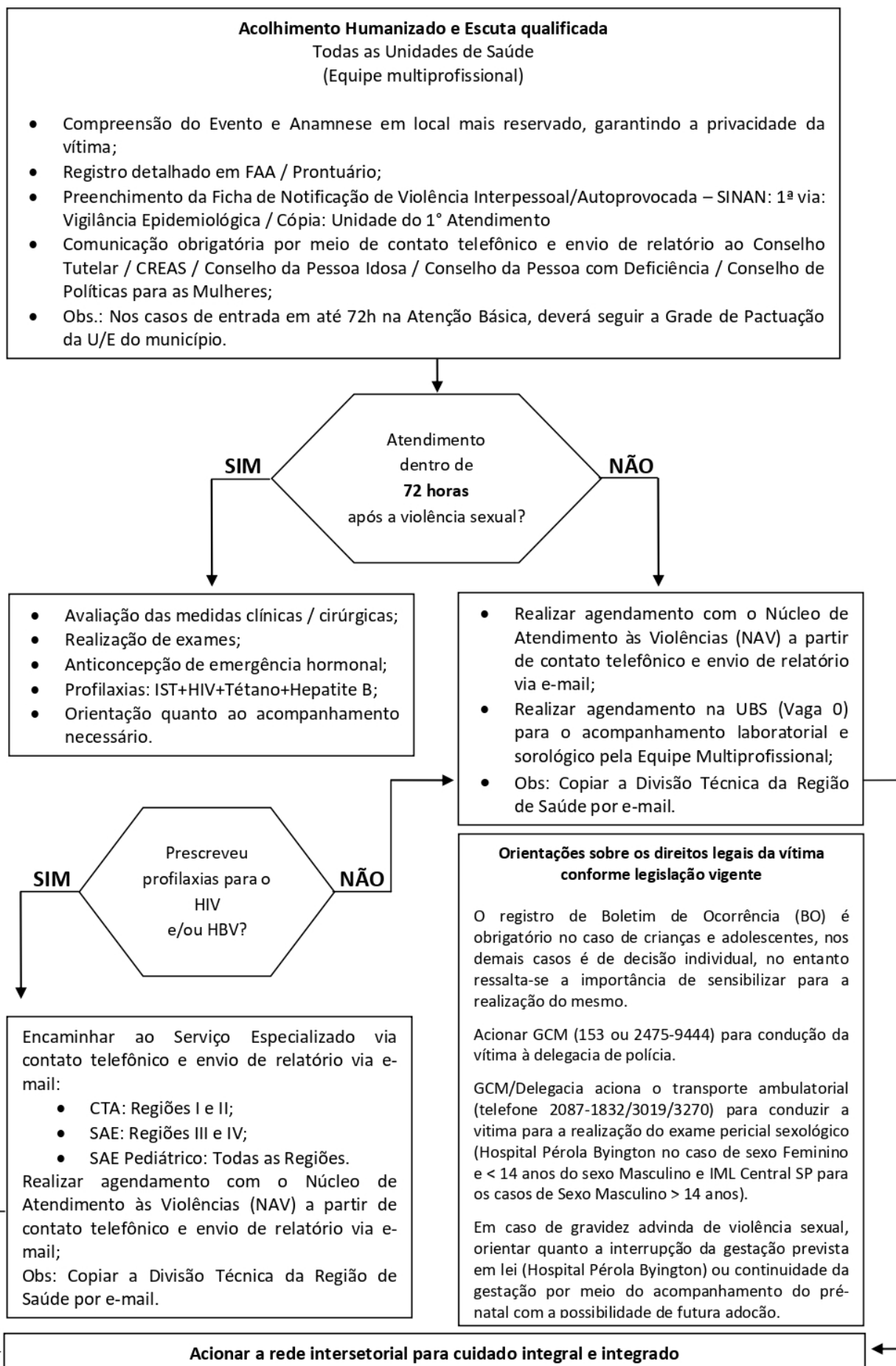
SECRETARIA ESTADUAL DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Nota Técnica: Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP). Diário Oficial do estado de São Paulo, 24 fev 2016.

UNITED STATES. Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV. Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services, 2016.

Anexo 1 - Fluxograma para indicação de PEP



Anexo 2 - Fluxo de atendimento às vítimas de violência sexual



Anexo 3 - Termo de consentimento informado para o paciente fonte, autorizando a realização dos exames

Informamos que durante o seu atendimento neste Serviço de Saúde um funcionário foi vítima de acidente onde houve contato com seu material biológico.

Com o objetivo de evitar tratamentos desnecessários e prevenir situações de risco, estamos solicitando, por meio da equipe de saúde que o está atendendo, autorização para que sejam realizados alguns exames. Serão realizados:

() Testes rápidos para HIV e Hepatites B e C. Para realização destes testes será necessária punção no dedo por lanceta que poderá causar pequeno desconforto na região.

() Sorologia para HIV e Hepatites B e C. Para realização destes exames será necessário a coleta simples de sangue venoso, em torno de 10 ml. O risco associado a este tipo de coleta é o de poder haver um pequeno derrame local (hematoma), que habitualmente não tem consequências além de um pequeno desconforto local.

O benefício que você terá é de receber informações diagnósticas sobre as três doenças citadas e orientação de tratamento, se for o caso.

Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do funcionário acidentado. A equipe de saúde será informada a respeito dos resultados dos seus exames que serão incluídos no seu prontuário.

() CONCORDO

() NÃO CONCORDO

que seja coletado meu sangue para a realização dos exames diagnósticos acima descritos.

Guarulhos, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

Assinatura: _____

Nº prontuário: _____

Anexo 4 - Termo de abordagem e consentimento livre e esclarecido

Eu, _____,
fui devidamente esclarecido(a) da importância de realizar exames para HIV e Hepatites B e C, ser informado dos resultados, bem como do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito.

Declaro que se eu não comparecer para retirar os resultados dos exames realizados, ou, por algum motivo deixar de comparecer ao tratamento nas datas agendadas:

() Não autorizo que o serviço de saúde entre em contato comigo

() Autorizo que o serviço de saúde contate comigo por meio de:

Telefone: _____

Correio/Endereço: _____

Visita Domiciliar (endereço): _____

Outro meio de contato determinado pelo usuário: _____

Guarulhos, _____ de _____ de _____.

Assinatura do servidor: _____

Assinatura do profissional: _____

Anexo 5 - Termo de aconselhamento pós acidente de trabalho com exposição a material biológico

Eu, _____, código funcional nº _____, fui orientado(a) quanto aos riscos pós-exposição com material biológico e recebi as seguintes orientações:

1. Existe risco de transmissão de HIV e Hepatites Virais B e C, pós-exposição ocupacional;
2. Recebi a Ficha de Investigação em 3 vias, para entregar no Local da Assistência.
3. Que recebi o Procedimento para Acidente de Trabalho (PAT), para apresentar ao Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), nas primeiras 24 horas ou no primeiro dia útil após o acidente.

Guarulhos, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor _____

Nome Legível do Profissional: _____

Assinatura do Profissional: _____

Anexo 6 - Termo de consentimento informado para o acidentado em uso de quimioprofilaxia

Eu, _____,
estou de acordo em me submeter à **Profilaxia pós-exposição de risco (PEP) à infecção pelo HIV** adotada por este serviço de saúde, após ter sido exposto ao contato com material biológico e recebido as seguintes informações:

1. Que existe risco de transmissão de HIV pós-exposição ocupacional;
2. A quimioprofilaxia indicada para o grau de risco de exposição;
3. Os conhecimentos sobre a quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV são limitados;
4. Não existem dados suficientes quanto à toxicidade em pessoas sem infecção por HIV ou que estão grávidas;
5. Algumas ou todas as drogas da quimioprofilaxia podem não ser toleradas;
6. Recebi informações sobre os efeitos adversos que as medicações poderão causar;
7. Recebi a Guia de Encaminhamento para apresentar ao CTA / SAE Carlos Cruz, onde deverei fazer o seguimento ambulatorial do acidente biológico;
8. Fui orientado sobre a importância de comparecer às consultas nas datas determinadas para a realização dos exames de controle, assim como para informar qualquer manifestação que possa ocorrer em relação ao uso da profilaxia indicada.

Guarulhos, _____ de _____ de _____.

Nome _____

Assinatura _____

Nº notificação (SINAN) _____