



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

DECRETO Nº 28.449, DE 11 DE SETEMBRO DE 2019

LUIZ FERNANDO MACHADO, Prefeito do Município de Jundiaí, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, e face ao que consta do Processo Administrativo nº 14.528-2/2019, -----

CONSIDERANDO o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde (2017), que tem como objetivo atualizar as recomendações do Departamento do IST, AIDS e Hepatites Virais quanto ao emprego da Profilaxia Pós-Exposição (PEP); -----

CONSIDERANDO os termos do Protocolo de Complexidade Diferenciada/Saúde do Trabalhador/Normas e Manuais Técnicos - Exposição a Materiais Biológicos, do Ministério da Saúde (2009), que preconiza o atendimento aos profissionais que sofram exposição a material biológico com risco de soro conversão (HIV, HBV e HVC), estabelecendo manejo clínico, orientação dos trabalhadores acidentados, uso de quimioprofilaxia e notificação de casos; ----

CONSIDERANDO os termos do Anexo 5 da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que 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, dentre eles o acidente do trabalho com exposição a material biológico; ---

CONSIDERANDO que compete ao Município sistematizar o encaminhamento e acompanhamento dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico ocorridos em seu território, observando seus equipamentos de saúde e de trabalho e respeitando as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde; -----

CONSIDERANDO que os acidentes de trabalho com exposição a material biológico devem ser considerados emergência médica; -----

DECRETA:

Art. 1º Fica aprovado o Fluxo de Encaminhamento de Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico no Município de Jundiaí, na forma constante dos Anexos que integram o presente Decreto.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

Art. 2º A equipe técnica do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, sempre que necessário, prestará a retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 3º As despesas públicas previstas na aplicação deste Decreto serão cobertas por verbas próprias do orçamento da Unidade de Gestão de Promoção da Saúde.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.



LUIZ FERNANDO MACHADO
Prefeito Municipal



TIAGO TEXERA

Gestor da Unidade de Promoção da Saúde

Registrado na Unidade de Gestão da Casa Civil do Município de Jundiaí, aos onze dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezenove, e publicado na Imprensa Oficial do Município.



GUSTAVO L. C. MARYSSAEL DE CAMPOS
Gestor da Unidade da Casa Civil



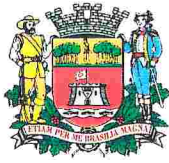
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNDIAÍ
CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST)

**Fluxo de Encaminhamento de Acidentes de Trabalho com Exposição a
Material Biológico no Município de Jundiaí/SP**

Jundiaí

2019



FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ/SP

Todos os profissionais e trabalhadores que atuam em atividades que apresentem risco de exposição ao sangue e outros materiais biológicos contaminantes estão contemplados no presente fluxo em caso de exposição acidental durante o exercício laboral.

Dividiremos o fluxo em diferentes segmentos, a fim de facilitar a compreensão no que concerne ao atendimento do funcionário acidentado, preenchimento de ficha de notificação, acompanhamento do acidentado, bem como outros encaminhamentos necessários.

Desta forma, deverá ser seguido o fluxo descrito abaixo quando a exposição a material biológico ocorrer com:

FUNCIONÁRIOS DE HOSPITAIS PARTICULARES E DO HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

- Atendimento de urgência no Pronto-Socorro do próprio Hospital;
- Preenchimento da ficha SINAN em 02 (duas) vias. A ficha original deverá ser enviada ao CEREST em até 7 (sete) dias corridos da data do acidente, SOMENTE após preenchimento de todos os campos, inclusive com os resultados das sorologias do paciente acidentado e do paciente-fonte, quando houver, bem como a conduta tomada;
- O acompanhamento clínico e a alta deverão ser realizados pelo Serviço de Segurança e Medicina Ocupacional (SESMT) do Hospital;
- Cabe ao SESMT do Hospital comunicar ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) o término do acompanhamento do paciente e a evolução do caso.

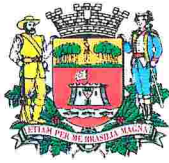


FUNCIONÁRIOS COM VÍNCULO PELO HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO QUE ATUAM NOS SERVIÇOS DA UNIDADE DE GESTÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE JUNDIAÍ

- Atendimento de urgência no Pronto-Socorro do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (HCSVP) ou no Hospital Particular, com o qual mantenha convênio;
- Preenchimento da ficha SINAN em 02 (duas) vias. A ficha original deverá ser enviada ao CEREST em até 7 (sete) dias corridos da data do acidente, SOMENTE após preenchimento de todos os campos, inclusive com os resultados das sorologias do paciente acidentado e do paciente-fonte, quando houver, bem como a conduta tomada;
- O acompanhamento clínico e a alta deverão ser realizados pelo Serviço de Segurança e Medicina Ocupacional (SESMT) do Hospital;
- Cabe ao SESMT do Hospital comunicar ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) o término do acompanhamento do paciente e a evolução do caso.

FUNCIONÁRIOS DA PREFEITURA DE JUNDIAÍ

- A Unidade de Saúde (onde o funcionário que se acidentou trabalha) deverá realizar o preenchimento da ficha SINAN em 02 vias;
- A chefia imediata deverá preencher a **ficha de notificação Pré-CIAT**, conforme Manual de Gerenciamento de Frequência dos Servidores Públicos da Administração Direta, anexo ao Decreto nº 26.915, de 27 de abril de 2017, que traz novidades no procedimento para abertura da Comunicação Interna de Acidente de Trabalho (CIAT) + a ficha de **Abono de Faltas**.
- Após comunicar ao paciente-fonte do acidente ocorrido, proceder com o preenchimento do termo de autorização para coleta de exames sorológicos em 03 (três) vias. Uma via ficará com o paciente-fonte, outra com o Hospital que prestar atendimento ao funcionário e a outra ficará no prontuário do funcionário acidentado no SESMT da Prefeitura (DESMT);
- Realizar o Teste Rápido Diagnóstico para HIV no **paciente-fonte e laudar**;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

- Realizar coleta de sangue em dois tubos secos, grandes, com tampa vermelha do **paciente-fonte**, para o processamento das seguintes sorologias: Anti-HIV, Anti-HCV, Anti-HBc Total, HBsAg e VDRL;
- É necessário realizar o preenchimento de impresso próprio para solicitação de exames laboratoriais (SAD) para os exames do paciente-fonte;
- É necessário também etiquetar os tubos com nome completo do paciente, escrito a caneta;
- O funcionário acidentado levará as amostras e o SAD para o Pronto-Socorro (público ou no qual mantenha convênio de saúde), em caixa própria, fornecida pelo CEREST, às Unidades de Saúde. A caixa para transporte deverá ser de uso exclusivo para este fim;
- O funcionário acidentado deverá levar as 02 (duas) vias da ficha SINAN + termos de autorização de coleta do paciente-fonte (quando houver fonte conhecida) + resultado (laudo) do teste rápido realizado (da fonte) para avaliação do plantonista do Pronto-Socorro do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo ou Hospital Particular com o qual mantenha convênio (opção do funcionário);
- O hospital irá dar sequência ao protocolo em caso de acidente com exposição a material biológico - realização dos exames do funcionário acidentado: **Anti-HIV, Anti-HCV, Anti-HBS, HBsAg e VDRL**, outros que julgar necessário;
- O médico plantonista deverá preencher as duas fichas SINAN no campo “Conduta”, carimbar, assinar e devolver ao funcionário acidentado;
- Em caso de prescrição do esquema antirretroviral, o Hospital que prestou o atendimento deverá fornecer medicação **para 5 (cinco) dias - uma dose** no momento do acidente, o mais rápido possível (tempo ouro de 2 (duas) horas, podendo ser realizado em até 72 (setenta e duas) horas, conforme protocolo do Ministério da Saúde) e mais **quatro doses** para o paciente acidentado tomar em casa. Deve, também, orientar o funcionário acidentado a retirar o **restante do esquema**, portando a devida **prescrição + formulário específico de solicitação de medicamentos - profilaxia** (23 dias), no Ambulatório de Moléstias Infecciosas (AMI) de Jundiaí, cito na Rua Conde de Monsanto, nº 480, Vianelo Telefone: (11) 4586-8311 - Horário: das 08h às 17h, de 2ª a 6ª feira;
- O acidentado deverá comparecer ao SESMT da Prefeitura (DESMT) após avaliação do plantonista, mediante agendamento prévio na Medicina Ocupacional, pelo telefone (11) 4589-8810, portando as duas fichas de SINAN com a conduta preenchida + termo de autorização de coleta do paciente-fonte (quando houver fonte conhecida) +



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

resultado/laudo do teste rápido realizado da fonte, se houver, + ficha de notificação Pré-CIAT + Abono de Faltas;

- A abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho, o acompanhamento clínico e a alta deverão ser realizados pelo Serviço de Segurança e Medicina Ocupacional da Prefeitura;
- O SESMT da Prefeitura deverá enviar a ficha SINAN original ao CEREST em até 10 (dez) dias corridos da data do acidente, SOMENTE após preenchimento de todos os campos, inclusive com os resultados das sorologias do paciente acidentado e do paciente-fonte, quando houver, bem como a conduta tomada;
- Cabe ao SESMT da Prefeitura comunicar ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) o término do acompanhamento do paciente e a evolução do caso, para fechamento da ficha de SINAN.

FUNCIONÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ADMINISTRADOS POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL, POR EXEMPLO: AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES, UPA DO VETOR OESTE, HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ E GRENDAACC

- O serviço de saúde (onde o funcionário que se acidentou trabalha) deverá realizar o preenchimento da ficha SINAN, em 02 (duas) vias;
- Caso haja possibilidade de coleta dos exames do paciente-fonte, preencher o termo de autorização para coleta de exames sorológicos em 03 (três) vias (uma via fica com o paciente-fonte, uma no hospital que prestou atendimento e a outra vai para o SESMT do serviço de saúde em questão);
- Atendimento de urgência no Pronto-Socorro do HCSVP ou hospital com o qual mantenha convênio. O Hospital Regional fará o atendimento de seus colaboradores.
- A abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho, o acompanhamento clínico e a alta deverão ser realizados pelo Serviço de Segurança e Medicina Ocupacional (SESMT) do Serviço de Saúde em questão;
- O SESMT do Serviço de Saúde deverá enviar a ficha SINAN original ao CEREST em até 7 (sete) dias corridos da data do acidente, SOMENTE após preenchimento de todos



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

os campos, inclusive com os resultados das sorologias do paciente acidentado e do paciente-fonte, quando houver, bem como a conduta tomada;

- Cabe ao SESMT do Serviço de Saúde comunicar ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) o término do acompanhamento do paciente e a evolução do caso, para fechamento da ficha de SINAN.

OUTROS PROFISSIONAIS - Alunos e estagiários da área da saúde e outros profissionais de empresas que não possuem SESMT ou profissionais autônomos/liberais que tenham sofrido acidente com exposição a material biológico.

- Atendimento de urgência no Pronto-Socorro do HCSVP ou hospital com o qual mantenha convênio;
- Preenchimento da ficha SINAN em 02 (duas) vias. A ficha original deverá ser enviada ao CEREST em até 7 (sete) dias corridos da data do acidente, SOMENTE após preenchimento de todos os campos, inclusive com os resultados das sorologias do paciente acidentado e do paciente-fonte, quando houver, bem como a conduta tomada;
- O Hospital deverá **entregar papeleta com endereço e telefone do CEREST** e orientar o paciente a entrar em contato com o CEREST, no mesmo dia ou próximo dia útil, para realizar o agendamento da consulta - **entregar papeleta com endereço e telefone do CEREST**;
- Em caso de prescrição do esquema antirretroviral, o Hospital que prestou o atendimento deverá fornecer medicação **para 5 (cinco) dias – uma dose** no momento do acidente, o mais rápido possível (tempo ouro de 2 (duas) horas, podendo ser realizado em até 72 horas, conforme protocolo do Ministério da Saúde) e mais **quatro doses** para o paciente acidentado tomar em casa. Deve também orientar o funcionário acidentado a retirar o **restante do esquema**, portando a devida **prescrição + formulário específico de solicitação de medicamentos - profilaxia** (23 dias), no Ambulatório de Moléstias Infecciosas (AMI) de Jundiaí, cito na Rua Conde de Monsanto, nº 480, Vianelo Telefone: (11) 4586-8311 - Horário: das 08h às 17h, de 2ª a 6ª feira.

OBSERVAÇÃO 1: Para as Unidades de Saúde da Prefeitura que não possuem o teste rápido diagnóstico e/ou não têm a possibilidade de coleta de exame laboratorial, o



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

funcionário que se acidentar deverá comparecer ao Pronto-Socorro do HCSVP ou hospital com o qual mantenha convênio, para realização dos exames, avaliação e conduta. Neste caso, o **paciente-fonte** deverá acompanhar o funcionário acidentado (se houver fonte). Após atendimento no Pronto-Socorro, o funcionário acidentado deverá comparecer ao SESMT da Prefeitura, mediante agendamento, para seguimento do caso. **Os Pronto-Atendimentos da Prefeitura** devem seguir o fluxo constante da Observação 1, podendo realizar a coleta dos exames da fonte, quando possível, e os demais procedimentos conforme o fluxo dos funcionários da Prefeitura de Jundiaí.

OBSERVAÇÃO 2: Os funcionários da Prefeitura ou outros profissionais atendidos no Pronto-Socorro do HCSVP terão seus exames devidamente etiquetados pelo laboratório AFIP e os exames poderão ser solicitados pelo SESMT da Prefeitura e pelo CEREST, viabilizando desta forma o seguimento do acompanhamento do funcionário acidentado. **Os funcionários de serviços de saúde administrados por organização social atendidos no Pronto-Socorro do HCSVP** poderão retirar seus resultados de exames, em até 7 (sete) dias, no Laboratório AFIP - Unidade Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, ou conforme fluxo especificado pelo serviço em questão.

OBSERVAÇÃO 3: Os funcionários da Prefeitura, funcionários de serviços de saúde administrados por organização social ou outros profissionais atendidos nos Prontos Socorros dos Hospitais Particulares deverão ser orientados a retornar ao local onde foram atendidos, em até 5 (cinco) dias, para retirar os resultados dos exames sorológicos realizados (acidentado e fonte) para que possam entregar os exames no SESMT da Prefeitura, empresa ou CEREST e desta forma viabilizar o seguimento do seu acompanhamento.

OBSERVAÇÃO 4: Em caso de **trabalhadores terceirizados que atuam nos serviços de saúde ou trabalhadores de outros serviços que possuam riscos para acidente com exposição a material biológico (não contemplados acima)**, o atendimento inicial deverá ser prestado pelo Pronto-Socorro do Hospital em que o funcionário trabalha, ou em caso de unidade



de saúde ou outro serviço (não hospital) no PS do Hospital de Caridade São Vicente ou hospital particular, com o qual mantenha convênio.

O paciente que possui convênio e optar por realizar seu acompanhamento com infectologista, deverá ter seu primeiro atendimento agendado pelo hospital que prestou atendimento, em até 14 (quatorze) dias. Cabe ressaltar ainda mais, neste caso, a importância do hospital que prestou o atendimento anotar o contato telefônico atualizado do paciente.

O acompanhamento do paciente SUS, cuja empresa não possua SESMT, será realizado pelo CEREST; para tanto, o Hospital deverá **entregar papeleta com endereço e telefone do CEREST** e orientar o paciente a entrar em contato com o CEREST, no mesmo dia ou próximo dia útil, para realizar o agendamento da consulta - **entregar papeleta com endereço e telefone do CEREST**.

O paciente, cujo empregador possua SESMT, será acompanhado até sua alta pelo SESMT da empresa. Cabe ao SESMT da empresa comunicar ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) o término do acompanhamento do paciente e a evolução do caso, para fechamento da ficha de SINAN.

OBSERVAÇÃO 5: quando o paciente-fonte for **recém-nascido ou lactente até 18 (dezoito) meses** - realizar coleta de exames sorológicos da mãe, no momento do acidente.

Notas:

1. O acompanhamento do funcionário acidentado se dará conforme preconizado pelos protocolos do Ministério da Saúde:
 - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais;
 - Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C;
 - Exposição a materiais biológicos - Saúde do Trabalhador: protocolos de complexidade diferenciada.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

2. O tratamento com antirretroviral seguirá as Recomendações para Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP), encaminhada pela Coordenação do Programa Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais, em março de 2019 (**Anexo I**).
3. Ficha SINAN de acidente de trabalho com exposição a material biológico (**Anexo II**).
4. Termo de Consentimento para coleta de exames laboratoriais (**Anexo III**).
5. Ficha Pré-CIAT (**Anexo IV**).
6. Abono de Falta (**Anexo V**).



ANEXO I

RECOMENDAÇÕES PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV (PEP)

MARÇO/2019

O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma **emergência médica**. A **PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível**, idealmente nas **primeiras 2 horas** após a exposição, tendo como **limite as 72 horas** subsequentes a exposição.

ATENDIMENTO INICIAL - AVALIAR RISCO DE EXPOSIÇÃO

1. TIPO DE EXPOSIÇÃO

- ✓ **Percutâneas:** provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes, como agulhas
- ✓ **Cutâneas:** contato com pele não íntegra como dermatites e feridas
- ✓ **Mucosas:** contato com olho, nariz e boca
- ✓ **Mordeduras humanas:** com a presença de sangue.
- ✓ **Sexual:** anal, vaginal e oral (com ejaculação)

2. TIPO DE MATERIAL BIOLÓGICO

- ✓ **com risco:** sangue, sêmen, secreção vaginal, líquido, tecidos, exsudatos inflamatórios, cultura de células e outros líquidos;
- ✓ **sem risco:** urina, fezes, escarro, vômitos, suor, lágrima, secreções nasais e saliva (sem sangue).

3. TEMPO TRANSCORRIDO ENTRE EXPOSIÇÃO E ATENDIMENTO

- ✓ quando ocorreu a exposição

ATENÇÃO exposição há mais de 72 horas: sem indicação de PEP

4. CONDIÇÃO SOROLÓGICA DA PESSOA EXPOSTA E DA PESSOA FONTE

- ✓ **EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL (ACIDENTE DE TRABALHO)**

- **PESSOA EXPOSTA:** colher sorologias convencionais para HIV, Hepatite B e Hepatite C
- **PESSOA FONTE:** realizar teste rápido para HIV* e colher sorologias convencionais para HIV, Hepatite B e Hepatite C
- **PEP INDICADA QUANDO:**
 - ❖ **PESSOA FONTE DESCONHECIDA**
 - ❖ **PESSOA FONTE COM TESTE RÁPIDO POSITIVO PARA HIV**
 - ❖ **PESSOA FONTE POSSÍVEL JANELA IMUNOLÓGICA** - exposição de risco nos últimos 30 dias - mesmo com HIV negativo no momento da exposição



- ✓ **EXPOSIÇÃO NÃO OCUPACIONAL (VIOLÊNCIA SEXUAL, EXPOSIÇÃO SEXUAL CONSENTIDA, OUTRAS SITUAÇÕES)**
 - **PESSOA EXPOSTA:** realizar teste rápido para HIV*
 - ❖ se teste rápido **positivo**, não está indicada a PEP
 - ❖ a pessoa deverá ser encaminhada ao CTA por escrito para confirmação diagnóstica (realização de 2 testes rápidos) e acolhimento
 - **PESSOA FONTE:** quando possível, realizar teste rápido para HIV*
 - **PEP INDICADA QUANDO:**
 - ❖ **PESSOA EXPOSTA COM TESTE RÁPIDO PARA HIV NEGATIVO**
 - ❖ **PESSOA FONTE DESCONHECIDA**
 - ❖ **PESSOA FONTE COM TESTE RÁPIDO POSITIVO PARA HIV**
 - ❖ **PESSOA FONTE EM POSSÍVEL JANELA IMUNOLÓGICA** - exposição de risco nos últimos 30 dias - mesmo com HIV negativo no momento da exposição

ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL

ESQUEMA PREFERENCIAL PARA PEP - ADULTOS

Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG)
A duração da PEP é de 28 dias.

ESQUEMA PREFERENCIAL PARA PEP - MULHERES EM IDADE FÉRTIL

Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Atazanavir/ritonavir (ATV/r)
A duração da PEP é de 28 dias.



ESQUEMAS ALTERNATIVOS PARA PEP EM ADULTOS

- **DTG contra-indicado:** Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Atazanavir/ritonavir (ATV/r)
 - ***para mulheres em idade fértil pelo risco do uso de DTG em período pré-concepção (risco de mal-formação fetal)**
 - ***pacientes em uso de fenitoina, fenobarbital, oxicarbamazepina, carbamazepina**
- **TDF contra-indicado:** Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir ***pacientes com história de alteração renal**
- **ATV/r contra-indicado:** Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Darunavir/ritonavir (DRV/r) ***pacientes em uso de omeprazol** (interação medicamentosa com redução eficácia ATV/r)

APRESENTAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

- Tenofovir + Lamivudina 300+300mg 1 cp VO 1x/dia
- Dolutegravir 50mg 1 cp VO 1x/dia
- Zidovudina + Lamivudina 300+150mg 1 cp VO 12/12 horas
- Atazanavir 300mg 1 cap VO 1x/dia + Ritonavir 100mg 1 cp VO 1x/ dia
- Darunavir 600mg 1 cp VO 12/12h + Ritonavir 100mg 1 cp VO 12/12h

ESQUEMAS PARA PEP EM GESTANTES

- **PREFERENCIAL:**
 - Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL)
 - RAL está indicado a partir de 14 semanas de gestação
- **ALTERNATIVOS:**
 - Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Atazanavir/ritonavir (ATV/r)
 - uso antes das 14 semanas de gestação

 - Outras drogas conforme PEP para adultos (Zidovudina e Darunavir)

ESQUEMAS PARA PEP EM CRIANÇAS

- **CONFORME FAIXA ETÁRIA:**
 - 0 – 14 dias: Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Nevirapina (NVP)
 - 14 dias – 2 anos: Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Lopinavir/r (LPV/r)
 - 2 anos – 12 anos: Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL)
 - Acima de 12 anos: recomendações de adultos
- **ALTERNATIVOS:**
 - Impossibilidade de LPV/r – NVP
 - Impossibilidade de RAL – LPV/r
- **APRESENTAÇÕES E DOSES: CONSULTAR PCDT PEP 2017**



FORNECIMENTO DA MEDICAÇÃO

- a medicação deve ser fornecida pela Farmácia do Hospital e administrada em sequência do atendimento mediante receita médica e formulário de antirretrovirais (específico para PEP);

ENCAMINHAMENTO / SEGUIMENTO

- **EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL:**
 - encaminhar profissional para seguimento conforme protocolo vigente;
- **EXPOSIÇÃO NÃO OCUPACIONAL:**
 - **VIOLÊNCIA SEXUAL**
 - anticoncepção de emergência (levonorgestrel 0,75mg 2cp DU);
 - tratamento preemptivo de ISTs: benzetacil 2.400.00U IM (sífilis), ceftriaxone 500mg IM DU (gonorréia), azitromicina 1g VO DU (infecção por clamídia), metronidazol 2g VO DU (tricomoníase).
 - encaminhamento ao Ambulatório de Saúde da Mulher onde será realizado o acompanhamento e seguimento do caso (por escrito).
 - **EXPOSIÇÃO SEXUAL CONSENTIDA**
 - considerar anticoncepção de emergência (levonorgestrel 0,75mg 2cp em DU)
 - não há indicação de tratamento preemptivo para IST (avaliação no acompanhamento/evolução)
 - encaminhamento ao CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) para seguimento da PEP e orientações (por escrito e receita médica).
 - **OUTRAS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO**
 - encaminhamento ao AMI (Ambulatório de Moléstias Infecciosas) para avaliação e seguimento.

COORDENAÇÃO PROGRAMA MUNICIPAL DE IST/AIDS E HEPATITES VIRAIS

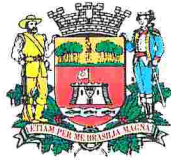
AMBULATÓRIO DE MOLÉSTIAS INFECCIOSAS - R.CONDE DE MONSANTO, 480, TÉRREO - VIANELO

TELEFONE: 4527-3760 – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: DE SEGUNDA A SEXTA, DAS 7H ÀS 17H.

CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO - R.CONDE DE MONSANTO, 480, 1º ANDAR - VIANELO

TELEFONE: 4527-3770 – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: DE SEGUNDA A SEXTA, DAS 7H ÀS 17H.

FONTES: 2018 - PCDT PROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO À INFECCÇÃO PELO HIV (WWW.AIDS.GOV.BR) E 2016 NOTA TÉCNICA CRT – DST/AIDS



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

ANEXO II

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

Nº

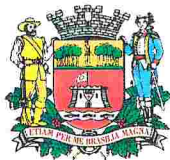
Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.
Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual				
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data de Notificação			
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor		
	14 Escolaridade					
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Ocupação					
	Antecedentes Epidemiológicos	32 Situação no Mercado de Trabalho				
33 Tempo de Trabalho na Ocupação						
Dados da Empresa Contratante						
34 Registro/ CNPJ ou CPF		35 Nome da Empresa ou Empregador				
36 Atividade Econômica (CNAE)		37 UF	38 Município	Código (IBGE)		
39 Distrito		40 Bairro	41 Endereço			
42 Número		43 Ponto de Referência		44 (DDD) Telefone		
45 O Empregador é Empresa Terceirizada						



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

Acidente com material biológico	46 Tipo de Exposição 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Percutânea <input type="checkbox"/> Pele íntegra <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Mucosa (oral/ ocular) <input type="checkbox"/> Pele não íntegra				
	47 Material orgânico 1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros: _____				
	48 Circunstância do Acidente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01 - Administ. de medicação endovenosa 09 - Lavanderia 02 - Administ. de medicação intramuscular 10 - Lavagem de material 03 - Administ. de medicação subcutânea 11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante 04 - Administ. de medicação intradérmica 12 - Procedimento cirúrgico 05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue 13 - Procedimento odontológico 06 - Punção venosa/arterial não especificada 14 - Procedimento laboratorial 07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo 15 - Dextro 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc... 16 - Reencape 98 - Outros 99 - Ignorado				
	49 Agente <input type="checkbox"/> 1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado				
	50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> LUVAs <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Proteção facial <input type="checkbox"/> Bota				
	51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses) <input type="checkbox"/> 1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado		52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO) 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HCV		
	Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente) 53 Paciente Fonte Conhecida? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado		54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos? 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Hbs Ag <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-HCV		
	55 Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Sem indicação de quimioprofilaxia <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Indinavir <input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B <input type="checkbox"/> Recusou quimioprofilaxia indicada <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Neftinavir <input type="checkbox"/> Outro Esquema de ARV Especifique _____ <input type="checkbox"/> AZT+3TC <input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)				
	Concluído	56 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo 4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado			
		57 Se Óbito, Data _____		58 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado	
Informações complementares e observações					
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Assinatura		
	Função				



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE-FONTE PARA COLETA E ANÁLISE DE SANGUE EM CASO DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

Eu, _____,
fui devidamente esclarecido da importância de colher os exames de sorologia para HIV, hepatites B e C e VDRL para que possam ser tomadas as devidas providências em caso de exposição a material biológico.

Declaro que:

() Autorizo a coleta da amostra para análise.

() Não autorizo a coleta.

Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do funcionário acidentado. A equipe médica será informada sobre os resultados dos exames, ficando os mesmos arquivados em seu prontuário.

Assino este termo em 3 (três) vias, ficando uma cópia retida no serviço de saúde, uma no laboratório (em caso de local de atendimento diferente do serviço de saúde em que o acidentado trabalha) e outra comigo.

_____, ____/____/____
(Local) (Data)

Assinatura do paciente-fonte:

Assinatura do Representante Legal:

Assinatura do profissional da Unidade:

(profissional que orientou o paciente-fonte)



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

ANEXO IV

Ficha de Notificação Pré-CIAT (Comunicação Interna de Acidente de Trabalho)

Para abertura da CIAT o servidor acidentado comparecerá à DEST, na data e hora agendada, com esta ficha completamente preenchida e assinada pela chefia imediata ou mediata e, se o caso, pelas testemunhas, juntamente com comprovante de atendimento médico e abono de faltas completamente preenchido, exceto o campo de afastamentos (campo motivo do abono deverá constar "acidente de trabalho").

Acidentado - Identificação *

Nome:			
Cargo:			
Código:		Tel. Contato:	

Ocorrência *

Breve descrição conforme relato do acidentado e/ou testemunhas

Data:

Hora:

--

Testemunha (s) - Caso não existam testemunhas oculares deixar esses campos em branco:

1	Nome:			
	Código:		Tel. Contato:	

2	Nome:			
	Código:		Tel. Contato:	

Chefia imediata ou mediata - Caso não existam testemunhas oculares, a chefia constará como testemunha circunstancial da ocorrência, ou seja, está ciente e informada sobre os fatos *

Nome:			
Código:		Tel. Contato:	

Assinaturas

*

Jundiaí, ____ / ____ / ____

Testemunha 1

Testemunha 2


Chefia imediata ou mediata

* Campos obrigatórios



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

ANEXO V

 JUNDIAÍ PREFEITURA GOVERNANÇA, FINANÇAS E TRANSPARÊNCIA 1952 - 1 DE ABRIL DE 2000		
Jundiaí, _____ de _____ de 201__		
ABONO DE FALTAS		<input type="checkbox"/> C.L.T. <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO <input type="checkbox"/> VARIÁVEL <input type="checkbox"/> C.C.
NOME: _____		
CÓDIGO: _____	CARGO: _____	
ENDEREÇO: _____		
FONE RESID./RECADO: _____		FONE CELULAR: _____
ATESTADO DE:		
() DIA(S)	QUANTIDADE DE DIA(S): _____	A PARTIR DE _____ / _____ / _____
() HORA(S)	DATA: _____ / _____ / _____	INÍCIO: _____ HS FIM: _____ HS
	DATA: _____ / _____ / _____	INÍCIO: _____ HS FIM: _____ HS
	DATA: _____ / _____ / _____	INÍCIO: _____ HS FIM: _____ HS
	DATA: _____ / _____ / _____	INÍCIO: _____ HS FIM: _____ HS
	DATA: _____ / _____ / _____	INÍCIO: _____ HS FIM: _____ HS
LOCAL DE TRABALHO: _____		
HORÁRIO DE TRABALHO: _____		
COMPROVANTE: _____		
MOTIVO: _____		
Ciente: _____	P. Deferimento	
_____ Chefia Imediata (carimbo / nome legível)	_____ Servidor(a)	