



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Resolução 329/2024

Dispõe sobre a aprovação do Protocolo de Exposição a Materiais Biológicos.

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e Lei Municipal 1980 de 09 de junho de 1992.

Considerando o Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Lorena realizado tricentésima sexagésima sexta reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Lorena, realizada na data de 03/04/2024.

Resolve:

Art. 1º - Dispõe sobre a aprovação a aprovação do Protocolo de Exposição a Materiais Biológicos.

Art. 2º - Essa Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art.3º - Revogam-se as disposições em contrário.


Adailton José Pinto
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Lorena e
Secretário Municipal de Saúde

Lorena, 08 de abril de 2024.

Homologo essa resolução em 10/04 de 2024.


Sylvio Ballerini
Prefeito Municipal

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LORENA

SECRETARIA DE SAÚDE DE LORENA

LORENA-SP



PROTOCOLO DE EXPOSIÇÃO A MATERIAIS BIOLÓGICOS

1. PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP)
2. FLUXO PARA ACIDENTE OCUPACIONAL COM MATERIAIS BIOLÓGICOS



ADAILTON JOSÉ PINTO
SECRETÁRIO DE SAÚDE DE LORENA

ADRIANI DE FREITAS
DIRETORA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
SECRETARIA DE SAÚDE DE LORENA

PEDRO HENRIQUE IBARRA
ARTICULADOR MUNICIPAL EM ISTs/HIV/AIDS
SECRETARIA DE SAÚDE DE LORENA

INTRODUÇÃO:

Este instrumento permite o atendimento aos profissionais que sofram exposição a material biológico com risco de soroconversão (HIV, HBV e HCV), estabelecendo conduta de atendimento inicial, orientação e seguimento dos trabalhadores acidentados, uso de quimioprofilaxia e notificação de casos pela Atenção Básica de Lorena.

De forma clara, este Protocolo Municipal tem como objetivo:

- Orientar aos profissionais quanto à Profilaxia pós-exposição (PEP), sexual ou por acidentes ocupacionais com materiais biológicos seu manejo clínico e o fluxo municipal
- Fluxo para acidentes ocupacionais com materiais biológicos
- Respaldar a prescrição dos Antirretrovirais com vistas à PEP por enfermeiros.



1. Prescrição de Medicamentos para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP) por Enfermeiros.

Este protocolo respalda enfermeiros(as) do município de Lorena, quanto à prescrição de Pep.

A Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem, a qual descreve em seu artigo 11, inciso II, alínea "c", a prescrição de medicamentos por enfermeiro em programas de saúde pública aprovada pela instituição de saúde, e no Decreto nº 94.406/1987, que ratifica tal atribuição.

O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

[...]

II – como integrante da equipe de saúde:

- a) participação na programação de saúde; planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde [...] (BRASIL, 1986).

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL 2017) e estabelece, entre outras atribuições específicas do Enfermeiro, a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, solicitação de exames complementares, prescrição de medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão.

O Parecer Cofen nº 259/2016 conclui que o enfermeiro tem competência técnica e legal para a realização do exame, aconselhamento pré-teste e pós-teste rápido para diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, emissão de laudo, realização ou solicitação de exame para confirmação diagnóstica, encaminhamentos, agendamentos e eventos que necessitem de sua supervisão ou orientação.

Prescrição de Medicamentos para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP) por Enfermeiros.

A Resolução Cofen nº 564/2017 que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) e estabelece, em seu Capítulo I – Dos Direitos, que cabe ao profissional de enfermagem:

Art. 1º Exercer a enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, com autonomia e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos [...]

Por fim, o PARECER DE CÂMARA TÉCNICA Nº 12/2020/CTAS/COFEN, que dispõe sobre a Prescrição de Medicamentos para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP) por Enfermeiros, conclui:

Considerando os demais fatos expostos, principalmente o disposto na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, fica claro que é permitido ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, prescrever medicamentos, desde que estejam estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

2. EPIDEMIOLOGIA

As exposições ocupacionais a materiais biológicos potencialmente contaminados são um sério risco aos profissionais em seus locais de trabalho. Estudos desenvolvidos nesta área mostram que os acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos correspondem às exposições mais frequentemente relatadas (MONTEIRO; RUIZ; PAZ, 1999; ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY, 1998; CARDO et al., 1997; BELL, 1997; HENRY; CAMPBELL, 1995; CANINI et al., 2002; JOVELEVITHS; SCHNEIDER, 1996).

Os ferimentos com agulhas e material perfurocortante, em geral, são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes (COLLINS; KENNEDY, 1987), sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B e o da hepatite C, os agentes infecciosos mais comumente envolvidos (BELTRAMI et al., 2000; ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY, 1998; WERNER; GRADY, 1982; HENRY; CAMPBELL, 1995). Evitar o acidente por exposição ocupacional é o principal caminho para prevenir a transmissão dos vírus das hepatites B e C e do vírus HIV.

Entretanto, a imunização contra hepatite B e o atendimento adequado pós-exposição são componentes fundamentais para um programa completo de prevenção dessas infecções e elementos importantes para a segurança no trabalho (RAPPARINI; VITÓRIA; LARA, 2004; WERNER, GRADY, 1982; RISCHITELLI et al., 2001; BRASIL, 2003; JOVELEVITHS et al., 1998; JOVELEVITHS et al., 1999). O risco ocupacional após exposições a materiais biológicos é variável e depende do tipo de acidente e de outros fatores, como gravidade, tamanho da lesão, presença e volume de sangue envolvido, além das condições clínicas do paciente-fonte e uso correto da profilaxia pós-exposição (CARDO et al., 1997)

O risco de infecção por HIV pós-exposição ocupacional percutânea com sangue contaminado é de aproximadamente 0,3% (CARDO et al., 1997; BELL, 1997) e, após exposição de mucosa, aproximadamente 0,09% (CARDO et al., 1997). No caso de exposição ocupacional ao vírus da hepatite B (HBV), o risco de infecção varia de seis a 30%, podendo chegar até a 60%, dependendo do estado do paciente-fonte, entre outros fatores (WERNER; GRADY, 1982; BRASIL, 2003).

Quanto ao vírus da hepatite C (HCV), o risco de transmissão ocupacional após um acidente percutâneo com paciente-fonte HCV positivo é de aproximadamente 1,8% (variando de 0 a 7%) (RAPPARINI; VITÓRIA; LARA, 2004; RISCHITELLI et al., 2001; HENDERSON, 2003). Apesar de todos estes riscos, a falta de registro e notificação destes acidentes é um fato concreto. Alguns trabalhos demonstram aproximadamente 50% de sub-notificação das exposições (HENRY; CAMPBELL, 1995) de um conjunto estimado em aproximadamente 600 mil a 800 mil exposições ocupacionais, anualmente, nos Estados Unidos (NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH, 1999). Mais recentemente, esta estimativa foi reavaliada e se mostrou ser da ordem aproximada de 385 mil acidentes percutâneos por ano (PANILILIO et al., 2004)

No Brasil, de acordo com dados publicados em anais de congressos, o cenário dos acidentes ocupacionais envolvendo material biológico é semelhante aos observados em outros países, quando comparamos a incidência de acidentes e de sub-notificação (SANTOS; MONTEIRO; RUIZ, 2002; DESTRA et al., 2002; NEVES; SOUZA, 1996; MARINO et al., 2001; CANINI et al., 2002).

Outro dado nacional preocupante está relacionado à taxa de abandono do tratamento dos profissionais que, inicialmente, procuraram assistência e notificaram seus acidentes. Um levantamento de um hospital público de ensino de São Paulo, aponta para uma taxa de abandono de 45% em 326 acidentes notificados (GRIANELLI; RIETRA, 2002); já em um hospital público de ensino em Porto Alegre, esta taxa foi de 36% em 241 acidentes notificados (CARVALHO et al., 2002).

3. PROFILAXIA AO HIV APÓS ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

No atendimento inicial, após a exposição ao HIV, é necessário que o(a) profissional avalie como, quando e com quem ocorreu a exposição. Didaticamente, quatro perguntas direcionam o atendimento para decisão da indicação ou não da PEP.

Quadro 1 – Os quatro passos da avaliação da PEP

1. O tipo de material biológico é de risco para transmissão do HIV?
2. O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV?
3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?
4. A pessoa exposta é **não reagente** para o HIV no momento do atendimento?



Se todas as respostas forem SIM, a PEP para HIV está indicada.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

O status sorológico da pessoa-fonte, quando conhecido, contribui para avaliação de PEP e é melhor discutido no item 3.6

3.1 Tipo de material biológico

Existem materiais biológicos sabidamente infectantes e envolvidos na transmissão do HIV. Assim, a exposição a esses materiais constitui situação na qual a PEP está recomendada.

Quadro 2 – Tipo de material biológico

Materiais biológicos COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	Materiais biológicos SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV^(a)
<ul style="list-style-type: none">› Sangue› Sêmen› Fluidos vaginais› Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico)› Líquido amniótico› Líquor	<ul style="list-style-type: none">› Suor› Lágrima› Fezes› Urina› Vômitos› Saliva› Secreções nasais

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) A presença de sangue nessas secreções torna esses materiais potencialmente infectantes, caso em que o uso de PEP pode ser indicado.

3.2 Tipo de exposição

Existem exposições com risco de infecção envolvidas na transmissão do HIV. Assim, a exposição constitui situação na qual a PEP está recomendada.

Quadro 3 – Tipo de exposição

Exposição COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	Exposição SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV
<ul style="list-style-type: none">› Percutânea› Membranas mucosas› Cutâneas em pele não íntegra› Mordedura com presença de sangue	<ul style="list-style-type: none">› Cutânea em pele íntegra› Mordedura sem a presença de sangue

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Exposição com risco de transmissão do HIV:

- » **Percutânea** – Exemplos: lesões causadas por agulhas ou outros instrumentos perfurantes e/ou cortantes;
- » **Membranas mucosas** – Exemplos: exposição sexual desprotegida; respingos em olhos, nariz e boca;
- » **Cutâneas envolvendo pele não íntegra** – Exemplos: presença de dermatites ou feridas abertas;
- » **Mordeduras com presença de sangue** – Nesses casos, os riscos devem ser avaliados tanto para a pessoa que sofreu a lesão quanto para aquela que a provocou.

Exposição sem risco de transmissão do HIV:

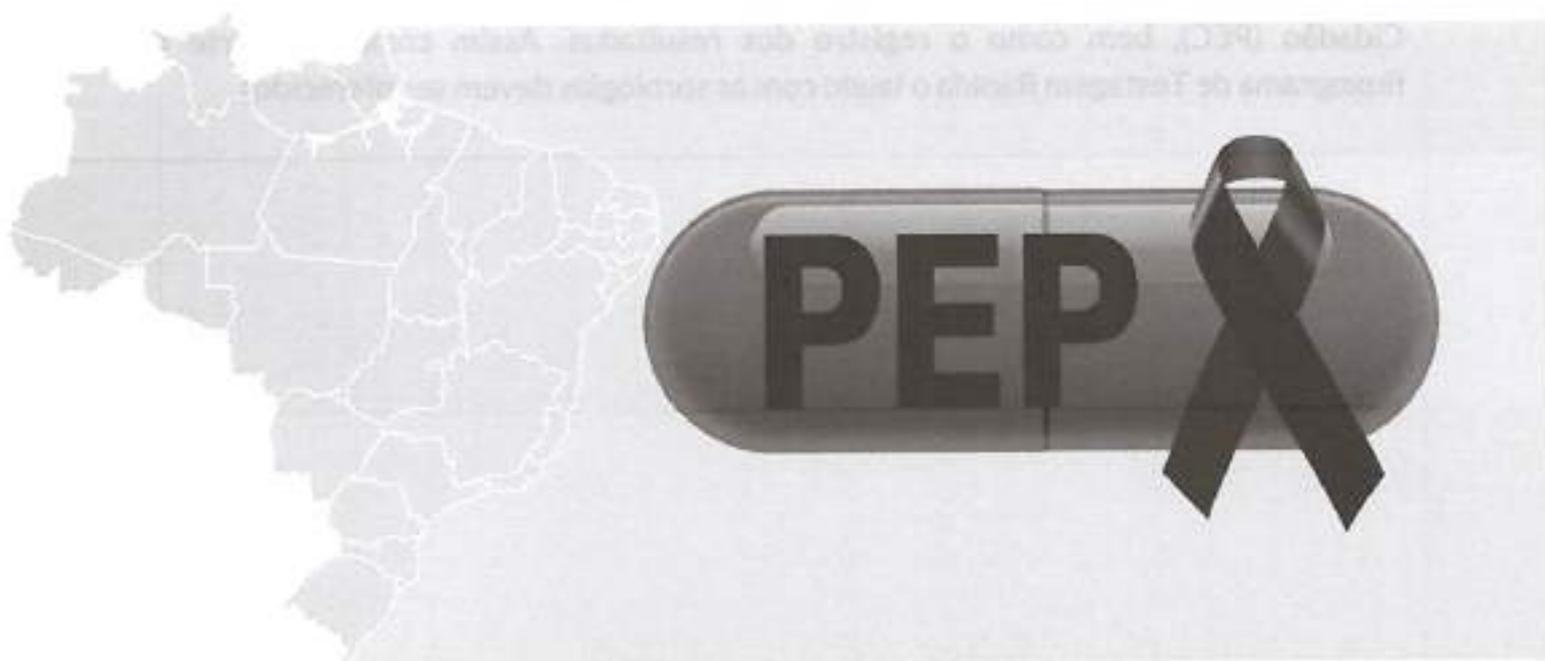
- » **Cutâneas**, exclusivamente, quando a pele exposta se encontra íntegra;
- » **Mordedura** sem a presença de sangue.

3.3 Tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento

O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição.

As situações de exposição ao HIV constituem atendimento de urgência, em função da necessidade de início precoce da profilaxia para maior eficácia da intervenção. Não há benefício da profilaxia com ARV após 72 horas da exposição (TSAI et al., 1995; TSAI et al., 1998; OTTEN et al., 2000).

Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, não está mais indicada a profilaxia ARV.



3.4 UTILIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS

Considerando que, quanto mais cedo se inicia a profilaxia, maior sua eficácia, o uso de testes rápidos (TR) para diagnóstico da infecção pelo HIV na avaliação da indicação de PEP é fundamental.

O TR é um dispositivo de uso único que não depende de infraestrutura laboratorial, pode ser executado na presença do indivíduo e produz resultado em tempo igual ou inferior a 30 minutos.

Dessa forma, como em Lorena todo serviço que for ofertar PEP oferece o TR, este deverá considerar a provisão dos seus insumos e condições de armazenamento.

Deve-se realizar a testagem inicial com um teste rápido (TR1). Caso o resultado seja não reagente, o status sorológico estará definido como negativo. Caso seja reagente, deverá ser realizado um segundo teste rápido (TR2), diferente do primeiro. **Caso este também seja reagente, estabelece-se o diagnóstico da infecção pelo HIV.**

É importante que o Teste Rápido seja inserido no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), bem como o registro dos resultados. Assim como faz parte do fluxograma de Testagem Rápida o laudo com as sorologias devem ser oferecidos.

3.5 STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA EXPOSTA

A indicação ou não de PEP irá depender do status sorológico para HIV da pessoa exposta, que deve sempre ser avaliado por meio de testes rápidos (TR) em situações de exposições consideradas de risco:

Amostra não reagente (TR1 não reagente): a PEP está indicada pois a pessoa exposta é suscetível ao HIV.

Amostra reagente (TR1 e TR2 reagentes): a PEP não está indicada. A infecção pelo HIV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e a pessoa deve ser encaminhada para o SAE LORENA

Amostra com resultados discordantes (TR1 reagente e TR2 não reagente): não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Refazer o fluxograma de testagem rápida (repetir ambos os testes), não continuidade de divergência encaminhar ao SAE Lorena imediatamente.

A decisão de iniciar ou não a profilaxia deve ser avaliada conforme critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta. É direito da pessoa recusar a PEP ou outros procedimentos indicados após a exposição (por exemplo, coleta de exames laboratoriais).

Nesses casos, registre no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), com documentação da recusa e explicitação de que no atendimento foram fornecidas informações sobre os riscos da exposição, assim como a relação entre o risco e o benefício das intervenções

3.6 STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA-FONTE

Esse critério é o **único não obrigatório**, pois nem sempre a pessoa-fonte está presente e disponível para realizar a testagem. Portanto, é fundamental o acolhimento na situação de comparecimento em conjunto aos serviços, a oferta de testagem rápida e as orientações pertinentes.

Não se deve atrasar e nem condicionar o atendimento da pessoa exposta à presença da pessoa-fonte

Amostra não reagente (TR1 não reagente): a PEP não está indicada. Contudo, a PEP poderá ser indicada para a pessoa exposta quando a pessoa-fonte tiver história de exposição de risco nos últimos 30 dias, devido à possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos de diagnóstico (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica.

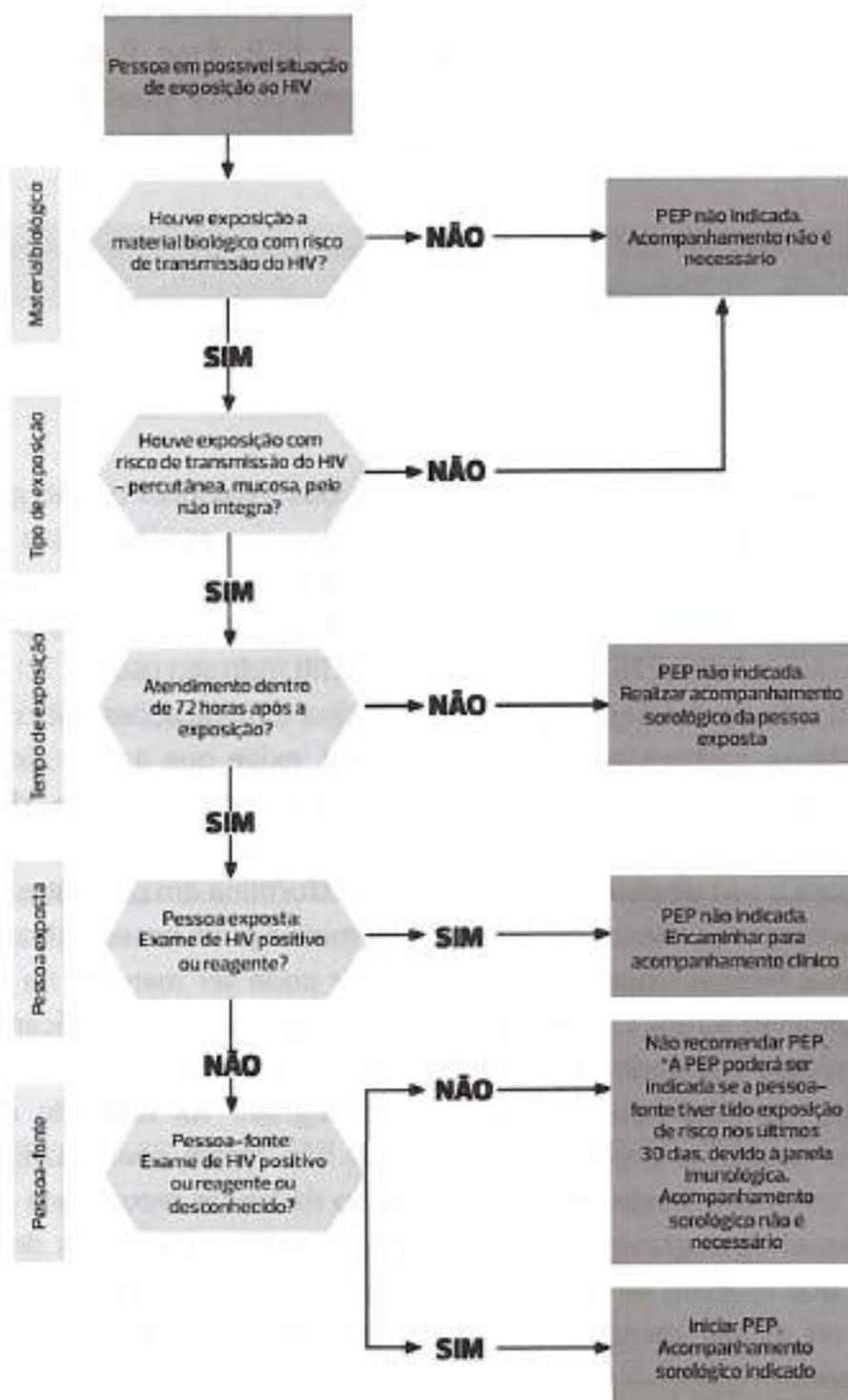
Amostra reagente (TR1 e TR2 reagentes): a PEP está indicada para a pessoa exposta. Se o status sorológico da fonte era previamente desconhecido, a pessoa-fonte deve ser comunicada individualmente sobre os resultados da investigação diagnóstica e encaminhada para acompanhamento clínico e início da TARV.

Se desconhecido: avaliar caso a caso. Nos casos envolvendo acidentes com fonte desconhecida (ex.: agulha em lixo comum, lavanderia, coletor de material perfurocortante) ou fonte conhecida com sorologia desconhecida (ex.: pessoa-fonte que faleceu ou que não se apresenta ao serviço para testagem), a decisão sobre instituir a PEP deve ser individualizada.

Deve-se considerar a gravidade da exposição e a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HIV naquela exposição (área de alta prevalência para HIV, pacientes internados com infecção pelo HIV naquele ambiente, etc.). Existem muitos casos em que a PEP não está indicada, em função do risco extremamente baixo de transmissão do HIV.

3.7 FLUXOGRAMA PARA INDICAÇÃO DE PEP AO HIV

Figura 2 – Fluxograma para indicação de PEP ao HIV



Fonte: DCCI/SVS/M5.

3.8 ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL PARA PEP

Atualmente, o Ministério da Saúde recomenda o uso do comprimido coformulado de **tenofovir/lamivudina (300/300mg)** associado ao **dolutegravir 50mg**, ambos uma vez ao dia, como esquema preferencial para a PEP. Esse é o mesmo esquema recomendado como primeira linha para o tratamento do HIV atualmente. A duração da PEP é de 28 dias, independentemente do esquema antirretroviral prescrito.

1 comprimido coformulado de tenofovir /lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg +
1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50mg ao dia.

A duração da PEP é de 28 dias.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

1. O dolutegravir é um medicamento da classe dos inibidores de integrase que tem elevada potência contra o HIV, além de alta barreira genética. Isso significa mais facilidade na eliminação do vírus e maior resistência ao desenvolvimento de mutações, o que aumenta a eficácia do tratamento. Apresenta poucos efeitos adversos e baixa interação medicamentosa, facilitando seu uso.
2. O uso conjunto de dolutegravir com rifampicina e medicações anticonvulsivantes, como fenitoína, carbamazepina e fenobarbital, exige que a dose de dolutegravir seja aumentada para 50mg a cada 12 horas, em virtude de interações medicamentosas que reduzem o nível sérico de dolutegravir. Deve-se ter atenção também para o uso de dolutegravir junto à metformina em pacientes diabéticos, já que este aumenta os níveis séricos de metformina e pode desencadear episódios de hipoglicemia. Nessas situações, o dolutegravir pode ser mantido na dose habitual de 50mg uma vez ao dia, com monitoramento mais frequente da glicemia.
3. Estudos iniciais realizados na África apontaram potencial risco de defeitos de fechamento do tubo neural quando o dolutegravir foi utilizado antes da 12ª semana de gestação, porém esses achados não foram confirmados em estudo realizado no Brasil. Sendo assim, o Ministério da Saúde recomenda que mulheres com potencial de engravidar e também as gestantes com menos de 12 semanas, mulheres que estejam em processo de engravidar, que apresentem sintomas de gravidez ou atraso menstrual recebam o esquema padrão da PEP contendo dolutegravir.

3.8 ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL PARA PEP

4. O atazanavir é um medicamento da classe dos inibidores da protease, utilizado junto a pequenas doses do ritonavir, o qual funciona como um potencializador do seu efeito antirretroviral. Essa combinação é a escolha nos casos em que o dolutegravir não puder ser usado, pela facilidade da administração em dose única diária. Ocorre, com frequência, a elevação de bilirrubinas, às custas da fração indireta, inclusive com icterícia de esclera nos pacientes em uso de atazanavir. Essa alteração é consequência de inibição enzimática, sendo reversível com a suspensão da medicação, mas pode causar incômodo devido à alteração estética.

5. O uso prolongado de atazanavir também foi associado à litíase renal. Pessoas em uso de inibidores de bomba de prótons, como omeprazol, não devem fazer uso associado ao atazanavir, uma vez que essa medicação interfere na absorção do antirretroviral. Outras medicações que interferem na acidez gástrica, como os antagonistas de receptores H₂ (como ranitidina e cimetidina), podem ser administradas desde que se respeite um intervalo de 12 horas entre a sua administração e o uso do atazanavir. Nas situações em que tanto o dolutegravir quanto o atazanavir forem contraindicados, a droga recomendada será o darunavir na dose de 800mg, também associado ao ritonavir 100mg uma vez ao dia. Além das classes de medicamentos descritas, a Nevirapina (NVP), que pertence à classe dos inibidores da transcriptase reversa não análogos ao nucleosídeo - ITRNN, está indicada como esquema alternativo para crianças recém-nascidas com idade gestacional abaixo de 37 semanas.

6. Em relação às demais drogas que compõem o esquema preferencial da PEP, a lamivudina apresenta excelente perfil de tolerabilidade e baixa toxicidade; já o tenofovir pode exibir toxicidade renal em alguns casos, especialmente em pessoas com fatores de risco para doença renal, como diabetes e hipertensão arterial de longa data ou mal controladas, ou outras doenças renais preexistentes.

7. Nesses casos e em pacientes com taxa de filtração glomerular menor que 50mL/min, considerar o uso da combinação de AZT/lamivudina, em vez de tenofovir/lamivudina. Como a nefrotoxicidade associada ao tenofovir é reversível e o uso do medicamento se dará por um curto período de tempo (28 dias), convém avaliar cada caso individualmente quanto à indicação da substituição. Evita-se essa substituição porque a combinação AZT/lamivudina precisa ser administrada duas vezes ao dia (12/12 horas), o que dificulta a adesão ao esquema da PEP. O AZT também está associado à mielotoxicidade, podendo causar anemia

2.8 ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL PARA PEP

ESQUEMAS ALTERNATIVOS PARA PEP

Quadro 6 – Esquemas alternativos para PEP

Impossibilidade de TDF: AZT/3TC + DTG
Impossibilidade de DTG: TDF/3TC + ATV + RTV
Impossibilidade de ATV + RTV: TDF/3TC + DRV + RTV
A duração da PEP é de 28 dias.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Quadro 7 – Apresentações e posologias de antirretrovirais alternativos para PEP

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
AZT/3TC	Comprimido coformulado (AZT 300mg + 3TC 150mg)	1 comprimido VO 2x/dia
TDF	Comprimido 300mg	1 comprimido VO 1x/dia
ATV + RTV	ATV: Comprimido 300mg RTV: Comprimido 100mg	1 comprimido VO 1x/dia 1 comprimido VO 1x/dia
DRV + RTV	DRV: comprimido 600mg RTV: Comprimido 100mg	1 comprimido VO 2x/dia 1 comprimido VO 2x/dia

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Existe um formulário específico para a prescrição da PEP (ANEXO 1) que é utilizado pela farmácia para o preenchimento das informações no sistema de controle logístico de medicamentos do Ministério da Saúde (SICLOM), que já traz a indicação dos principais esquemas utilizados na PEP com dosagem e posologia. Nesse formulário, devem ser respondidas perguntas sobre orientação sexual, identidade de gênero, sexo atribuído ao nascimento, circunstância em que ocorreu a exposição que levou à indicação de PEP, data da exposição, uso de álcool e outras drogas, troca de sexo por dinheiro ou objetos de valor, gestação, se há contraindicação ao esquema preferencial e se a pessoa-fonte é multiexperimentada. Todos os dados devem ser preenchidos com atenção, pois são importantes para o planejamento das ações específicas do Ministério da Saúde.

Além do Formulário de Dispensação de ARV- PROFILAXIA – PEP, disponível também em azt.aids.gov.br, deve ser fornecido ao paciente um receituário simples, que pode ser feito no PEC, com a prescrição da medicação, orientando a respeito da posologia e da duração do tratamento.

3.9 PARCERIAS SORODIFERENTES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou um resumo de política, "O papel da supressão viral do HIV na melhoria da saúde individual e na redução da transmissão", na 12ª Conferência da IAS, realizada recentemente em Brisbane, Austrália. De acordo com a OMS, as pessoas que vivem com HIV que têm uma carga viral indetectável e estão com boa adesão ao tratamento antirretroviral **têm risco zero de transmitir o HIV** para suas parcerias.

Pela primeira vez, a OMS afirmou explicitamente que o risco zero de transmissão do HIV é possível por meio da adesão ao tratamento adequado para o HIV e que os sistemas e respectivas equipes de saúde devem reforçar a mensagem que indetectável é igual a intransmissível (I=I) e não há risco de transmissão.

Pessoas vivendo com HIV em TARV e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmitem HIV por meio de relações sexuais (indetectável = intransmissível) (COLLINS, 2016; RODGER et al., 2018). Para a oferta ou não de PEP como mais uma medida de Prevenção Combinada a ser oferecida para as parcerias sorodiferentes, deve-se considerar:

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

No que se refere à parceria que **não vive com HIV**, é fundamental reforçar a autonomia em relação ao seu corpo, às suas práticas preventivas e ao grau de exposição a que deseja se submeter, considerando que esta não é responsável pelas condutas da outra pessoa, por exemplo, no que se refere à tomada regular da medicação

4 - ADESÃO A PEP

Deve-se esclarecer à pessoa exposta sobre a menor toxicidade dos atuais esquemas de ARV.

A adesão das pessoas para completar os 28 dias de uso dos ARV é essencial para a maior efetividade da profilaxia. Todavia, os estudos publicados mostram baixas proporções de pessoas que completaram a PEP (OLDENBURG et al., 2014), principalmente entre adolescentes e aqueles que sofreram violência sexual (CHACKO et al., 2012; FORD et al., 2014)

A pessoa exposta deve ser orientada quanto aos objetivos da PEP, de modo a observar rigorosamente as doses, os intervalos de uso e a duração da profilaxia antirretroviral. Algumas estratégias de acompanhamento e adesão podem incluir os seguintes métodos alternativos: mensagens pelo celular, uso de aplicativos, alarmes, diários, porta-pílulas, tabelas, mapas de doses e ligações telefônicas.

Recomenda-se a dispensação do esquema completo de PEP (28 dias), uma vez que essa estratégia tem um impacto positivo na adesão (IRVINE et al., 2015).

4.1 - ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E LABORATORIAL

O acompanhamento clínico-laboratorial da pessoa exposta em uso de PEP deve levar em consideração:

- Avaliação de medos e expectativas pós-exposição de risco ao HIV;
- Toxicidade dos ARV;
- Testagem para HIV;
- Avaliação laboratorial;
- Manutenção de medidas de Prevenção Combinada do HIV.

	PRIMEIRO ATENDIMENTO ^(a)	PARA INVESTIGAÇÃO DE EFEITOS ADVERSOS	4-6 SEMANAS APÓS A EXPOSIÇÃO	12 SEMANAS APÓS A EXPOSIÇÃO
Creatinina ^(a)	Para pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal	X		
ALT, AST		X		
Amilase		X		
Glicemia	Em caso de pessoas expostas com diabetes mellitus	X		
Hemograma ^(b)	Em caso de indicação de PEP com AZT	X		
Teste de HIV ^(c)	X		X	X

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) Para cálculo do clearance de creatinina.

^(b) Para pacientes com suspeita de anemia. O exame não deve atrasar o início da PEP.

^(c) Não se recomenda a utilização de teste de fluido oral.

^(d) Antes do início da PEP.

O Teste de HIV deve ser feito preferencialmente por meio do Teste Rápido na própria unidade de saúde. Não há necessidade de coletar sorologia convencional para HIV, tão pouco outras bioquímicas.

Todas as pessoas potencialmente expostas ao HIV devem ser orientadas sobre a necessidade de repetir a testagem quatro a seis semanas e 12 semanas após a exposição, mesmo depois de completada a profilaxia com ARV.

4.2 - AVALIAÇÃO DA TOXICIDADE DOS ARV

As pessoas expostas que iniciam a PEP devem ser orientadas a procurar atendimento caso surjam quaisquer sinais ou sintomas clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa grave.

Os esquemas atuais apresentam baixa toxicidade e menos efeitos adversos. Quando presentes, os sintomas em geral são inespecíficos, leves e autolimitados, tais como efeitos gastrointestinais, cefaleia e fadiga.

As alterações laboratoriais são geralmente discretas, transitórias e pouco frequentes. Na presença de intolerância medicamentosa, a pessoa exposta deve ser reavaliada para adequação do esquema terapêutico.

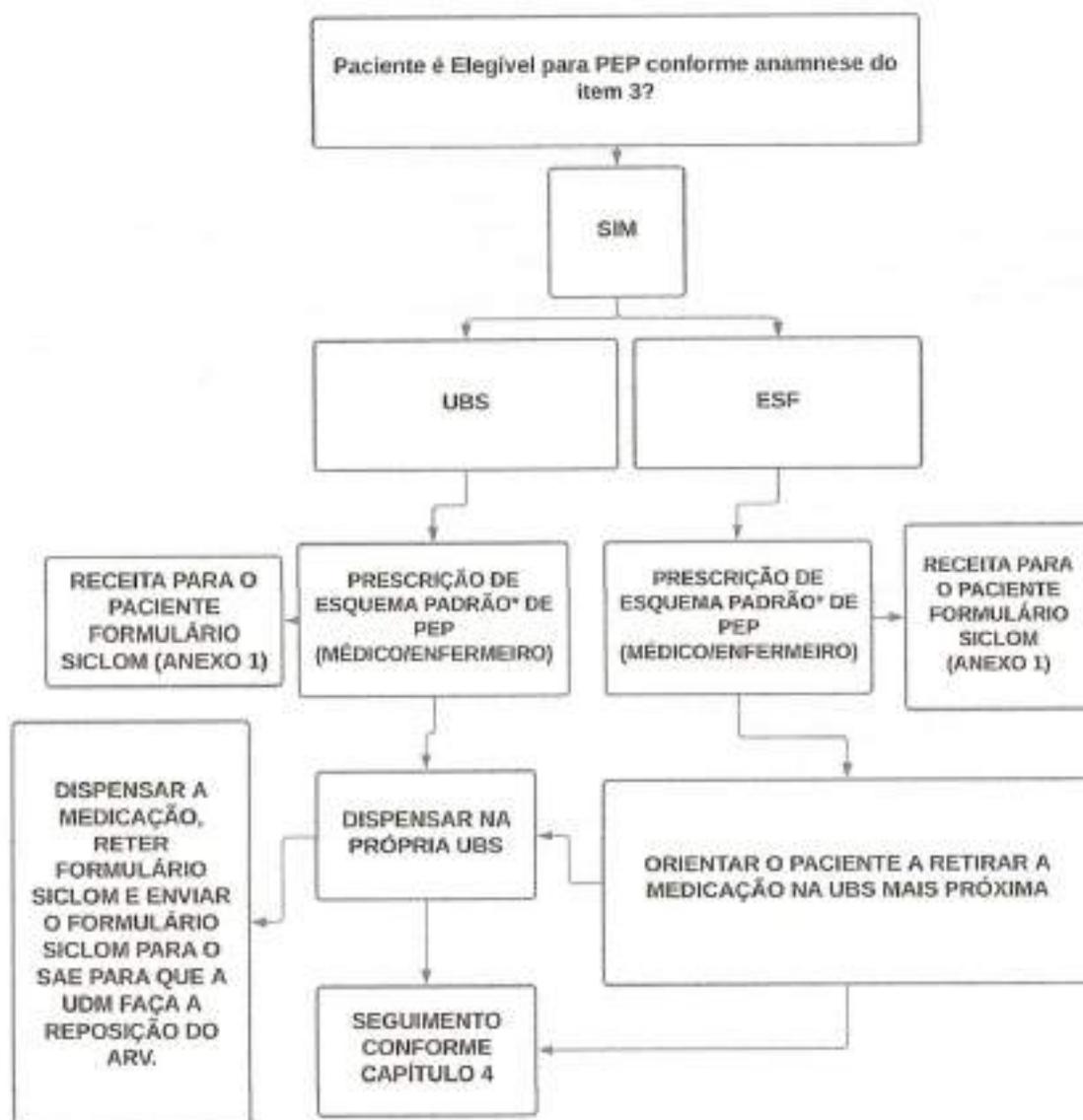
Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia, resolvendo-se a intolerância com a utilização de medicações sintomáticas, que podem ser prescritas pelo próprio clínico da Unidade de Saúde.

Em caso de suspeita de toxicidade ou sintomas intensos a unidade de saúde pode realizar contato com o SAE para avaliação do infectologista.

5 - FLUXOGRAMA DE PEP PARA RELAÇÃO SEXUAL CONSENTIDA

O fluxograma de atendimento de PEP em Lorena é baseado na logística de medicação, atualmente somente as UBS possuem os ARV. Sendo assim, uma vez que a ESF prescrever deve encaminhar o usuário à UBS mais próxima.

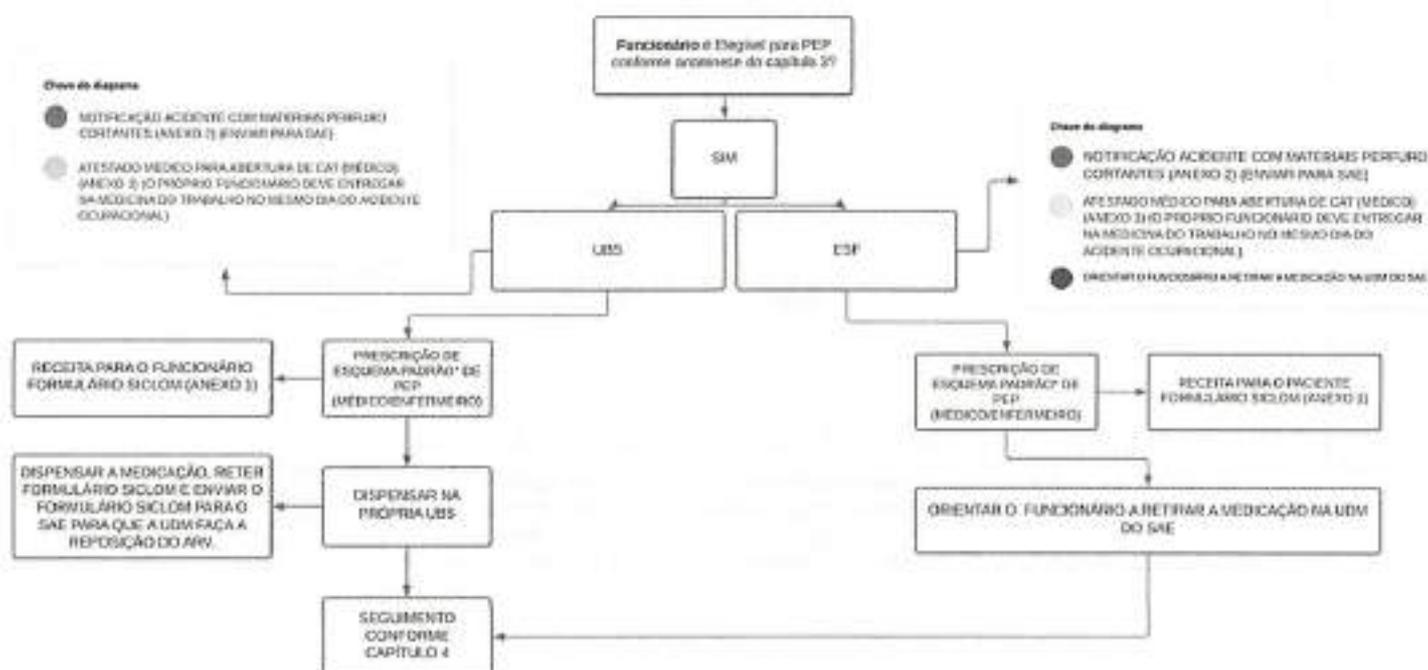
As UBS podem dispensar PEP prescritas por médicos particulares, desde que o usuário /paciente tenha o Formulário preenchido pelo médico prescritor. A prescrição de PEP por enfermeiros no município de Lorena está condicionado aos enfermeiros funcionários da Secretaria de Saúde de Lorena.



* Na impossibilidade de esquema padrão o SAE pode ser acionado

6- FLUXOGRAMA DE PEP PARA EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO DEVIDO ACIDENTE OCUPACIONAL

A PEP pode ser ofertada para qualquer trabalhador alocado na Secretaria de Saúde de Lorena, incluem-se qualquer categoria da área da saúde. E profissionais de serviço terceirizado. O fluxograma de atendimento de PEP em Lorena é baseado na logística de medicação, atualmente somente as UBS possuem os ARV. Sendo assim, uma vez que a ESF prescrever deve-se encaminhar o usuário à UBS mais próxima.



* Na impossibilidade de esquema próprio o SAE pode ser atendido

7 - ABUSO SEXUAL

O abuso sexual é uma forma de violência que envolve a imposição de atos sexuais não consentidos ou indesejados a uma pessoa. O abuso sexual pode ocorrer em diferentes contextos, como na família, na escola, no trabalho, na comunidade ou em situações de conflito armado.

O abuso sexual pode ter consequências graves para a saúde física, mental e social das vítimas, afetando sua autoestima, sua capacidade de relacionamento, seu desempenho acadêmico ou profissional e sua qualidade de vida.

O abuso sexual também pode aumentar o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, aborto inseguro, depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, abuso de substâncias e ideação suicida. Por isso, é fundamental que os profissionais da saúde estejam preparados para identificar, acolher e encaminhar adequadamente as vítimas de abuso sexual, respeitando seus direitos e sua autonomia.

Não é recomendável o manejo de casos de abuso sexual com tempo inferior há 72 horas na Atenção Básica, o caso deve ser acolhido de forma respeitosa e pontual e ser encaminhado ao Pronto Socorro Municipal de Lorena, na Santa Casa de Lorena.

Recentemente (outubro/2023), o fluxograma de atendimento à vítimas de abuso sexual passou por uma adequação que garante um atendimento em tempo mais ágil.

Quadro 15 – Tratamento para profilaxia das IST em situação de violência sexual

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) ⁽¹⁾	50.000 UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Infecção por <i>N. gonorrhoeae</i> e <i>C. trachomatis</i>	Ceftriaxona	500mg, 1 ampola, IM, dose única	Ceftriaxona: 125mg, IM, dose única
	MAIS Azitromicina	MAIS 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	MAIS Azitromicina: 20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Tricomoníase	Metronidazol ⁽²⁾	2g, VO, dose única	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

Fonte: DCC/ SVS/MS.

⁽¹⁾ Como profilaxia e em caso de sífilis recente, deve ser prescrito em dose única.

⁽²⁾ Não deve ser prescrito no primeiro trimestre de gestação.

⁽³⁾ Deverá ser postergado em caso de uso de contracepção de urgência ou ARV.

8 - PROFILAXIA DE ISTS

O tratamento preemptivo para profilaxia das IST somente é recomendado para pessoas vítimas de violência sexual, uma vez que muitas perdem o seguimento, e o tratamento baseado no diagnóstico etiológico nem sempre é possível (RAMBOW et al., 1992; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

Para pessoas com exposição sexual consentida, a realização de investigação laboratorial e seguimento clínico é o procedimento mais recomendável, devido ao risco de desenvolvimento de resistência bacteriana com o tratamento preemptivo (BOLAN et al., 2015; MOLINA et al., 2017)

9 - PROFILAXIA DAS HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais são causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático. Podem se apresentar como infecções agudas ou crônicas, além de constituírem uma das maiores causas de transplantes hepáticos no mundo (CDC, 2014, LAVANCHY, 2011).

No âmbito da Prevenção Combinada, toda situação de exposição deve ser também avaliada quanto ao risco de exposição às hepatites virais.

Neste PCDT, serão abordadas as formas de profilaxia pós-exposição aos vírus das hepatites B e C.

9.1 - PROFILAXIA DA HEPATITE B

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

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

A hepatite B é uma infecção de transmissão parenteral, sexual e vertical. A transmissão desse vírus pode ocorrer por solução de continuidade (pele e mucosas), via parenteral (compartilhamento de agulhas, seringas, material de manicure e pedicure, lâminas de barbear e depilar, tatuagens, piercings, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos que não atendam às normas de biossegurança, entre outros) e relação sexual desprotegida. Esta última via é o principal mecanismo de transmissão dessa infecção no Brasil.

Os líquidos orgânicos, como sangue, sêmen, secreção vaginal e exsudato de feridas podem conter o vírus e representam importantes fontes de infecção.

Quando da utilização da PEP para HIV, é importante avaliar se a pessoa exposta não está previamente infectada pelo vírus da hepatite B, no sentido de investigar a presença de HBsAg e antecedente de tratamento para essa infecção. Os antirretrovirais TDF e 3TC (medicamentos utilizados para a PEP do HIV) são ativos em relação ao HBV e uma eventual suspensão desses medicamentos (quando da suspensão da PEP) pode ocasionar um flare das enzimas hepáticas, ou mesmo quadros de descompensação da doença hepática prévia (CDC, 2008; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

A triagem da infecção pelo HBV é realizada por meio de testes rápidos de detecção do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg). Os TR são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou digital. Devido à rapidez e segurança do resultado, este é o exame mais indicado.

9.1 - PROFILAXIA DA HEPATITE B

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B PARA PEP

A prevenção dessa infecção ocorre por meio da vacinação, testagem e do uso eventual de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB).

VACINAÇÃO PARA HEPATITE B

Três doses de vacina contra a hepatite B induzem títulos protetores de anticorpos (anti-HBs maior ou igual a 10UI/mL) em mais de 90% dos adultos e dos jovens saudáveis, e em mais de 95% dos lactentes, das crianças e dos adolescentes.

Recomenda-se imunizar todas as pessoas expostas não previamente vacinadas, ou sem documentação de vacinação prévia, e sem indícios de infecção por HBV (HBSAg não reagente), independentemente da idade.

Se possível, a primeira dose da vacina deve ser administrada no momento do primeiro atendimento e, preferencialmente, dentro de 24 horas da exposição naqueles com indicação, conforme o Quadro 16. As demais doses deverão seguir as recomendações vigentes do PNI, podendo ser aplicadas na unidade básica de saúde mais próxima do local de residência da pessoa.

UTILIZAÇÃO DE IGHAHB

O conhecimento do status sorológico da pessoa-fonte em relação à hepatite B é importante para a decisão sobre a utilização ou não da IGHAHB. Diferentemente do que ocorre na exposição ao HIV, para a hepatite B a indicação da IGHAHB dependerá do tipo de exposição (vítimas de acidentes com material biológico infectado ou fortemente suspeito de infecção por HBV; comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B; vítimas de violência sexual; imunodeprimidos após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados), conforme indicação do Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), disponível em <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/11/manual-centros-referencia-imunobiologicos-especiais-5ed.pdf>

9.1 - PROFILAXIA DA HEPATITE B

A IGHAHB deve ser administrada em dose única de 0,06mL/kg, IM, em extremidade diferente da que recebeu a vacina para HBV, com dose máxima de 5mL. A IGHAHB pode ser administrada, no máximo, até 14 dias após a exposição sexual (para exposições percutâneas, o benefício é comprovado, no máximo, até sete dias), embora se recomende preferencialmente o uso nas primeiras 48 horas a contar da exposição. A IGHAHB está disponível nos CRIE (Quadro 16).

Quadro 16 – Recomendações de profilaxia de hepatite B para indivíduos com HBsAg não reagente 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 + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ⁽¹⁾
Vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação ⁽¹⁾
Resposta vacinal conhecida e adequada (anti-HBs maior ou igual 10UI/mL)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHAHB + primeira dose da segunda série vacinal para hepatite B ⁽²⁾	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) ⁽¹⁾
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAHB (2x) ⁽³⁾	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x) ⁽³⁾
Com resposta vacinal desconhecida	<p>Testar o(a) profissional de saúde</p> <p>Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica</p> <p>Se resposta vacinal inadequada: IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B ou IGHAHB (2x) se dois esquemas vacinais prévios</p>	<p>Testar o(a) profissional de saúde</p> <p>Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica</p> <p>Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação ou nenhuma medida específica se dois esquemas vacinais prévios</p>	<p>Testar o(a) profissional de saúde</p> <p>Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica</p> <p>Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação⁽¹⁾ ou nenhuma medida específica se dois esquemas vacinais prévios</p>

Fonte: BRASIL, 2019b.

⁽¹⁾ 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.

⁽²⁾ IGHAHB (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.

9.1 - PROFILAXIA DA HEPATITE C

Apesar de o risco de transmissão do HCV estar mais relacionado às exposições percutâneas, a transmissão sexual desse vírus é possível, principalmente em se tratando de práticas sexuais traumáticas, presença de doença ulcerativa genital e proctites relacionadas a IST. Grupos específicos, como homens que fazem sexo com homens, PVHIV e pessoas com outras imunodeficiências também têm risco acrescido de contágio pela via sexual (DIONNE e BODOM et al., 2009; HAGAN et al., 2015; MEDLAND et al., 2017).

Mesmo não existindo medida específica eficaz para a redução do risco de infecção pelo HCV após a exposição, a testagem da pessoa-fonte e da pessoa exposta é recomendada para permitir o diagnóstico precoce de uma possível infecção.

A investigação inicial da infecção pelo HCV é feita com a pesquisa por anticorpos contra o vírus (anti-HCV) por meio de TR ou testes laboratoriais. No entanto, a detecção do anti-HCV isoladamente indica apenas exposição ao HCV, havendo necessidade de detecção da CV-HCV para definição de um caso de infecção ativa. M

Quadro 17 – Seguimento da pessoa exposta quando a fonte for reagente para hepatite C

TEMPO PÓS-EXPOSIÇÃO	TESTAGEM LABORATORIAL			COMENTÁRIO
	ANTI-HCV	HCV-RNA	ALT	
Fonte				
Imediatamente (≤48 horas)	Sim	Testar se anti-HCV reagente	Não	Pode-se avaliar a utilização de HCV-RNA mesmo com sorologia negativa em pacientes com imunossupressão grave
Exposto				
Imediatamente (≤48 horas)	Sim ⁽¹⁾	Testar se anti-HCV reagente	Sim	Não há necessidade de seguimento se fonte não apresentar infecção ativa pelo HCV. Entretanto, a testagem basal do exposto é aconselhável
4–6 semanas	Sim ⁽²⁾	Sim ⁽³⁾	Considerar	Não utilizar o teste molecular isoladamente, devido as variações na viremia durante infecções agudas
4–6 meses	Sim ⁽³⁾	Sim ⁽³⁾	Sim	-

Fonte: DCCV/SVS/MS.

⁽¹⁾ Anti-HCV reagente no 1º atendimento; **pessoa previamente exposta**; portanto, teve contato com o HCV antes da exposição que motivou o atendimento. Deve ser encaminhada para confirmação laboratorial do caso e para acompanhamento clínico.

⁽²⁾ A soroconversão do anti-HCV e/ou detectabilidade do HCV-RNA após a primeira consulta do indivíduo exposto indica infecção aguda pelo HCV, devendo o paciente ser encaminhado para tratamento da infecção e acompanhamento clínico.

10. ANEXOS

1- ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

2 - FORMULÁRIO SLICOM

3 - ATESTADO MÉDICO PARA A ABERTURA DE CAT



SAE-

Serviço de Atendimento
Especializado em ISTs/
HIV/AIDS/HEPATITES VIRAIS
LORENA-CE

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

366ª Reunião Ordinária do COMUS Lorena realizada em 03/04/2024

Pauta	<ul style="list-style-type: none">-Balancete do mês de janeiro/2024;-Balancete do mês de fevereiro/2024;-Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde etapa municipal;-Termos aditivos dos convênios firmados com a Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Lorena;Termos aditivos dos convênios firmados com a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE;-Convênio com o Centro Universitário Teresa D'Ávila-UNIFATEA;-Associação Educacional e Assistencial Bethânia (Comunidade Bethânia);-Relatório Anual de Gestão-2024;-Programação Anual de Metas-PAM;-Protocolo de Profilaxia pós-exposição-PEP;-Arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika Vírus);-Breves comentários;-Pleitos e adesões;-Informes.
Presentes	Representante do Gestor: Adailton José Pinto; Alan Willian Leonio da Silva; Representante dos Usuários: Antônio Marcos da Silva; Inez Manzara Pinta; Cláudia Maria Prado Costa Noronha; Soeli Marques; Maria Luzia Aparecida dos Santos; Sílvia de Fátima Jerônimo Gonçalves. Representante dos Trabalhadores Públicos e Privado: Elaine Cristina Virginio Borges; Bruno Guedes Fonseca; Simone Aparecida dos Santos Silva; Ana Carolina de Carvalho Souza.
Ausentes	Representantes do Gestor: João Marcio de Faria; Maria da Glória Marcondes Evangelista Gomes; Carla Auxiliadora Margarido; Alceu Moreira da Cunha Junior. Representante dos Usuários: Dyelly Harumy Yokozawa Salvador; Kátia Cilene Martins Vieira da Silva; Andreza Aparecida Guimarães; Deliane Fieto Batista da Silva; Eliane Emine Salomão Assumpção; Renato Alexandre Pinheiro. Representante dos Trabalhadores Públicos e Privados: Patrícia Fernanda de Oliveira e Souza Freitas; Márcio Rangel de Mello.

Aos três dias do mês de abril de dois mil e vinte e quatro, às nove horas, na sede da Secretaria Municipal de Saúde de Lorena, situada à R. Benedito Marcondes de Moura Sobrinho, 38, São Roque, Lorena – SP, os membros do COMUS reuniram-se para realizar tricentésima sexagésima sexta (366ª) reunião ordinária de acordo com a pauta acima citada. O Presidente deu abertura aos trabalhos, verificando se havia quórum. Passando para a pauta referente aos balancetes dos meses de janeiro e fevereiro de 2024, que foi enviado previamente por e-mail aos conselheiros. Sendo aberta a palavra. Sem questionamentos. Colocado em votação. Aprovado por unanimidade. Passando para a pauta referente a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde etapa municipal, o conselheiro Alan Willian explicou que ocorrerá a 4ª Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Estado de São Paulo, com o tema central:

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Democracia e Educação na Saúde Para o Desenvolvimento: Gente que faz o SUS Acontecer. E vai ocorrer a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com o tema central: Democracia e Educação na Saúde Para o Desenvolvimento: Gente que faz o SUS Acontecer. Sendo que a etapa municipal ocorrerá em 20 de junho do corrente ano em local a ser definido. Passado para a pauta referente ao Relatório Anual de Gestão-RAG, que foi previamente enviado aos conselheiros por e-mail. Sendo aberta a palavra. Sem questionamentos. Colocado em votação. Aprovado por unanimidade. Sendo exarado seguinte parecer: 1. O Conselho Municipal de Saúde de Lorena - SP, em atendimento às exigências legais, notadamente no Art. 41, da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e normas do Ministério da Saúde, para fins da Prestação de Contas, do exercício de 2022, do Fundo Municipal de Saúde de Lorena-SP, analisou os documentos constantes da Prestação de Contas, relativas aos meses de janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho, julho, agosto, setembro, outubro, novembro e dezembro de 2023, apresentadas pelo município, composto por balancetes mensais. 2. Após análise, discussão, foi constatada que a prestação de contas obedeceu aos fins que se destinava, bem como os dispositivos legais, emite o parecer conclusivo FAVORÁVEL, à aprovação das contas do executivo, relativas à Saúde, referente ao exercício de 2023, portanto encontrando-se o processo em condição de ser submetido ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. 3. A opinião supra está consubstanciada nos resultados do acompanhamento periódico, na apreciação dos seguintes documentos, Balancetes Mensais e Relatório de Gestão do 1º; 2º e 3º quadrimestres do ano de 2023, relativamente ao exercício financeiro, conduzidos pelo Conselho Municipal da Saúde segundo o planejamento definido para o período, observando as competências legais do Conselho. 4. A opinião supra não elide nem respalda irregularidades não detectadas nos trabalhos desenvolvidos, nem isenta dos encaminhamentos administrativos e legais que o caso ensejar. É o nosso parecer. Passando para a pauta referente ao Termo aditivo do Convênio nº 01/2021 firmado com a Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Lorena, para Pronto Atendimento Dengue. Sendo que foi previamente enviado aos conselheiros o Plano Operativo por e-mail. Sendo aberta a palavra. Sem questionamentos. Colocado em votação. Aprovado por unanimidade. Passando para a pauta referente ao Termo aditivo do Convênio nº 01/2021 firmado com a Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Lorena, para atendimento ambulatorial (AMBULATÓRIO-SUS). Sendo que foi previamente enviado aos conselheiros o Plano Operativo por e-mail. Sendo aberta a palavra. Sem questionamentos. Colocado em votação. Aprovado por unanimidade. Passando para a pauta referente ao Plano de Trabalho da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Lorena-APAE, para atendimento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista-TEA, sendo informados aos Conselheiros que esse Plano de Trabalho se refere apenas a alteração de rubrica, não havendo alteração de valores e atendimentos realizados. Passando para a de pauta referente ao Plano de Trabalho da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Lorena-APAE, estimulação precoce, sendo explicado aos presentes que esse Plano de Trabalho se refere a utilização do saldo remanescente do ano de 2023, sendo que o Plano de Trabalho foi enviado para o e-mail dos Conselheiros previamente. Sendo aberta a palavra. Sem questionamentos. Colocado em votação. Aprovado por unanimidade. Passando para a pauta referente ao convênio com o Centro Universitário Teresa D'Ávila-UNIFATEA, o conselheiro Alan Willian, explicou que no ano de 2022, foi discutido pelo Conselho a celebração deste mesmo convênio, sendo aprovado, mas não foi efetivado devido a problemas com a documentação da instituição, sendo que esse problema já foi solucionado, assim o UNIFATEA apresentou um Plano de Trabalho, para celebração de Convênio para atendimento de pacientes acometidos de feridas, sendo que o Plano de Trabalho está sendo analisado pela equipe técnica da Secretaria de Saúde e será encaminhado aos Conselheiros em momento oportuno. Sendo aberta a palavra. O

