

Dispõe sobre a PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV (PREP), PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV (PEP) E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) PELO ENFERMEIRO.

I. DA AUTONOMIA DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO E PRESCRIÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS NAS PROFILAXIAS PRÉ E PÓS EXPOSIÇÃO AO HIV E DE MEDICAMENTOS PARA IST.

Considerando:

- A Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências: Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: I - privativamente: i) consulta de enfermagem; m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; e II - como integrante da equipe de saúde: c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- Que a Portaria GM/MS nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em seus artigos, afirma:
 - o Art. 1º Fica determinado que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas situações em que seu uso é indicado;
 - o Art. 2º As indicações para administração da penicilina na Atenção Básica à Saúde devem estar em conformidade com a avaliação clínica, os protocolos vigentes e o Formulário Terapêutico Nacional/Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
 - o Art. 3º A administração da penicilina deve ser realizada pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), médico ou farmacêutico.
- A Portaria nº 675/2019 – SMS.G, que dispõe sobre as atribuições da Atenção Básica e Maternidades relacionadas à Linha de Cuidado da Sífilis no Município de São Paulo;
- A Portaria nº 676, de 1º de outubro de 2019, da Secretaria Municipal da Saúde, que estabelece a Linha de Cuidados de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids);
- A Portaria Nº 088/2020-SMS.G/PM-DST/AIDS da Secretaria Municipal da Saúde, que atribui funções aos profissionais de enfermagem para a abordagem sindrômica das infecções

sexualmente transmissíveis (ISTs) e para as Profilaxias Pré e Pós-Exposição (PrEP e PEP, respectivamente);

- A Nota Técnica Cofen/CTLN nº 03/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que deixa claro que a Penicilina Benzatina pode ser administrada por profissionais de Enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem; que os Enfermeiros podem prescrever a Penicilina Benzatina, conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, Distrito Federal ou em rotina aprovada pela instituição de saúde e conclui que a ausência do médico na unidade básica de saúde não configura motivo para não administrar oportunamente a Penicilina Benzatina por profissionais de enfermagem, em conformidade com os protocolos estabelecidos e que, dentre estes protocolos estabelecidos, deve ser elaborado e validado o fluxograma de atendimento para os casos de reação anafilática, bem como o Enfermeiro deve atuar em acordo com o estabelecido na Resolução COFEN nº 358/2009, com identificação precoce de casos suspeitos de anafilaxia;
- O Parecer de Câmara Técnica nº. 12/2020/CTAS/COFEN que esclarece sobre a Prescrição de Medicamentos para Profilaxia pós exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré-exposição ao HIV (PrEP) por Enfermeiros;
- O parecer nº 29, de 5 de julho de 2010, do COREN-SP, que estabelece a abordagem sindrômica, a prescrição de medicamentos e solicitação de exames por Enfermeiro;
- O Parecer COREN-SP 012/2018 que dispõe sobre: Administração de Penicilina Benzatina por profissionais de Enfermagem na Atenção Básica. Prescrição de Penicilina Benzatina pelo enfermeiro. Administração de Penicilina Benzatina em UBS sem a presença do médico e a Realização e leitura do Teste de Sensibilidade à Penicilina;
- O Parecer nº 33, de 23 de outubro de 2019, do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), que autoriza a prescrição de medicamentos para PrEP, PEP e IST pelo enfermeiro;
- O Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem, 2ª Edição SMS-SP, 2015: "Atribuições específicas do Enfermeiro: 1.4. Solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações conforme protocolo estabelecido nos Programas de Saúde Pública e em rotinas aprovadas pela SMS/SP";
- O Manual Gestão da Rede e dos Serviços de Saúde, publicado em 2017 pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que afirma que o enfermeiro capacitado pode realizar abordagem sindrômica das IST;
- Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para: Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV, publicado em 2022 pelo Ministério da Saúde; Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, publicado em 2021 pelo Ministério da Saúde; Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, publicado em 2015 e atualizado em 2019 pelo Ministério da Saúde, que destaca o papel da enfermagem nessa linha de cuidados;
- Os casos de Sífilis em gestantes, Sífilis congênita e Sífilis adquirida no município de São Paulo, que representam grave problema de saúde pública e que o tratamento adequado e oportuno são condutas simples e efetivas para a sua prevenção;

- A necessidade de orientar a ação dos profissionais de enfermagem no tratamento da Sífilis e na conduta diante de quadro de anafilaxia na Atenção Primária;
- Que o tratamento da sífilis adquirida e da sífilis na gestação é um problema devido à resistência de profissionais na aplicação da Penicilina Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Que a reação anafilática é um evento extremamente raro e inúmeros estudos nacionais e internacionais demonstram que as eventuais reações adversas se referem a distúrbios neurovegetativos ou reações vaso vagais, caracterizadas por ansiedade, medo e sudorese associados à dor ou a possibilidade de sensação dolorosa devido à aplicação de medicação injetável;
- Que os Protocolos Municipais de Enfermagem se encontram em fase de atualização técnica e formatação para posterior publicação.

É de competência do Enfermeiro, nos serviços de saúde que compõe a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, a avaliação clínica em consulta conforme as etapas do Processo de Enfermagem, a solicitação de exames, a prescrição e a administração de antirretrovirais nos casos de profilaxia pós-exposição ao HIV - PEP, a prescrição e administração da profilaxia pré-exposição ao HIV - PrEP e a prescrição e administração na abordagem sindrômica (ou por fluxogramas às IST), incluindo-se a prescrição de medicamentos como a Penicilina Benzatina, de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, com as Diretrizes para implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids – Manual de Assistência do Estado de São Paulo e com a Linha de Cuidados de IST/Aids do Município de São Paulo, vigentes. Ao Técnico e Auxiliar de Enfermagem, fica mantida a autorização para administração mediante supervisão e orientação do Enfermeiro. Tais prerrogativas se efetivam mediante treinamento dos fluxos vigentes.

II. DAS RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A PEP

CONSULTA INICIAL DE PEP

A avaliação da PEP constitui atendimento de urgência, uma vez que é imperativo o início precoce dos antirretrovirais para maior eficácia da profilaxia. Não há benefício na introdução da profilaxia com antirretrovirais (ARV) após 72 horas da exposição.

No acolhimento do usuário com relato de exposição ao HIV o profissional enfermeiro deve avaliar: a) o tipo de material envolvido (Quadro 1); b) o tipo de exposição (Quadro 2); c) o tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento; e d) o status sorológico da pessoa exposta. Nos serviços ambulatoriais o teste rápido para HIV deve ser realizado em todas as pessoas expostas que foram consideradas com risco para infecção pelo HIV, e a PEP está indicada se o teste rápido for NÃO REAGENTE.

Quadro 1. Tipo de material biológico envolvido na exposição

Exposição COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	Exposição SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV ^(a)
Sangue	Suor
Sêmen	Lágrima
Fluidos vaginais	Fezes
Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico)	Urina
Líquido amniótico	Vômitos
Líquor	Saliva
	Secreções nasais

Fonte: DIAHV / SVS / MS.

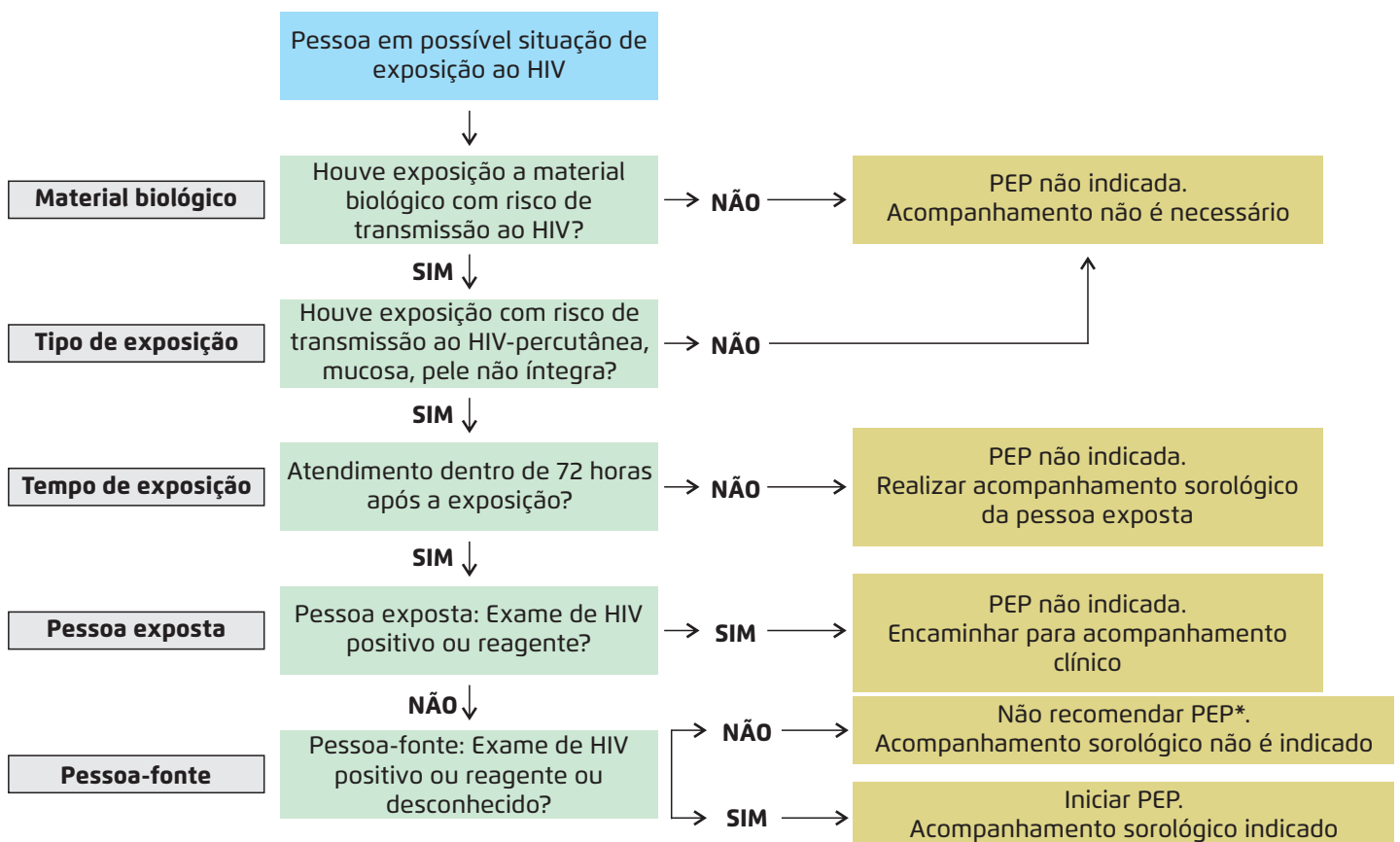
(a) A presença de sangue nessas secreções torna esses materiais potencialmente infectantes, caso em que o uso de PEP pode ser indicado.

Quadro 2. Tipo de exposição

Exposição COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	Exposição SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV
Percutânea	Cutânea em pele íntegra
Membranas mucosas	Mordedura sem a presença de sangue
Cutâneas peles não íntegras	
Mordedura com presença de sangue	

Fonte: DIAHV / SVS / MS

Fluxograma para indicação de PEP:



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

*Pep poderá ser indicada se a pessoa fonte tiver tido exposição de risco no últimos 30 dias devido a janela imunológica.

Ressalta-se que se o atendimento do usuário ocorrer após 72 horas da exposição, não está mais indicada a profilaxia ARV. Entretanto, se o material e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se:

- Realizar acompanhamento sorológico (teste de HIV com 1 e 3 meses da exposição);
- Realizar testes para sífilis, hepatites B e C;
- Avaliar e discutir com o usuário a indicação de PrEP (especialmente se há história de múltiplos usos de PEP);
- Encaminhar ou vacinar para HBV e HPV;
- Diagnosticar e tratar IST;
- Encaminhar os pacientes com hepatites virais para a referência;
- Orientar sobre sexo seguro e dispensar insumos de prevenção (preservativos masculino e feminino e gel lubrificante);
- Orientar sobre redução de danos.

ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL PARA PEP

O esquema preferencial recomendado para a PEP independe do tipo de exposição.

Quadro 3. Adultos

Apresentações e posologias de antirretrovirais preferenciais para PEP		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF(a) + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg) Na indisponibilidade da apresentação coformulada: Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x/dia Na indisponibilidade da apresentação coformulada: 1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
DTG(a)	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x/dia
Durante 28 dias		

Fonte: DCCI/SVS/MS. (a) O DTG está indicado para pessoas com idade > 6 anos e peso > 20kg.

O DTG não está recomendado em pessoas que façam uso de fenitoína, fenobarbital, oxycarbamazepina, carbamazepina, dofetilida e pilsicainida. Nesses casos, o ATV/r é a medicação alternativa.

As mulheres que estejam amamentando devem ser orientadas sobre os potenciais riscos de transmissão do HIV pelo leite materno.

Em tais situações, deve-se orientá-las no sentido da interrupção temporária da amamentação. Durante o período de janela imunológica, pode-se realizar extração e descarte do leite. Exame de controle (12ª semana após início da PEP) com resultado HIV não reagente autoriza a reintrodução do aleitamento materno.

Quadro 4. Crianças:

Esquema para PEP em crianças e adolescentes de acordo com faixa etária		
Faixa etária	Esquema preferencial	Medicações alternativas
0 – 14 dias	AZT + 3TC + NVP ^(a)	-
14 dias – 2 anos	AZT + 3TC + LPV/r	Impossibilidade do uso de LPV/r: NVP
2 anos – 12 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/r
Acima de 12 anos seguir as recomendações para adultos		

Fonte: DIAHV / SVS / MS.

(a) Consultar também o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes”, disponível em www.aids.gov.br/pcdt.

Posologia das medicações ARV na população pediátrica.	
Raltegravir (RAL)*	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)	<u>Solução oral: 80 /20mg / mL</u> ≥ 14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m ² 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
	<u>Comprimido infantil: 100mg / 25mg</u> 10kg a 13,9kg: 2cp de manhã e 1 à noite 14kg a 19,9kg: 2cp de manhã e 2 à noite 20kg a 24,5kg: 3cp de manhã e 2 à noite 25kg a 29,5kg: 3cp de manhã e 3 à noite >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/m ² 1x/dia por 14 dias, depois: 200mg/m ² 12/12h

Fonte: DIAHV / SVS / MS.

*RAL está indicado para crianças acima de 2 anos e com mais de 14kg.

Para mais informações sobre avaliação do tipo de material biológico envolvido, tipo de exposição, tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento, status sorológico da pessoa exposta e da pessoa-fonte, e esquema antirretroviral consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>).

III. DAS RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A PrEP

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) consiste no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV. A eficácia e a segurança da PrEP já foram demonstradas em diversos estudos clínicos e subpopulações, e sua efetividade foi evidenciada em estudos de demonstração.

A PrEP deve ser considerada para pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal igual ou superior a 35 kg, sexualmente ativas e que apresentem contextos de risco aumentado de aquisição da infecção pelo HIV. Para os adolescentes, deve-se garantir o acesso a serviços, orientações e consultas de saúde sem a necessidade de presença ou autorização de pais ou responsáveis, com direito à privacidade e sigilo, salvo em situações de necessidade de internação ou de risco de vida, conforme o Estatuto da Criança e Adolescente.

CONSULTA INICIAL DE PREP

a. Avaliação clínica - Na anamnese o enfermeiro deve:

- Abordar gerenciamento de risco, contextos de vulnerabilidades e de exposição ao HIV. A discussão sobre as diferentes formas de prevenção considerando as práticas sexuais do usuário fortalece as escolhas e o gerenciamento de risco e é estratégico para a prevenção combinada.
- Orientar uso de preservativos, esclarecendo que a PrEP não previne as demais IST ou hepatites virais.
- Avaliar indicação de uso imediato de PEP, em caso de exposição recente ao HIV (menos de 72h). veja no tópico específico.
- Excluir a possibilidade de infecção pelo HIV (por meio de testagem e avaliação de sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV). O teste rápido sempre deve ser realizado antes da introdução da PrEP, mesmo que o usuário traga à consulta um teste prévio com resultado negativo. O usuário só deverá iniciar a PrEP se a amostra for não reagente para o HIV.

Caso seja confirmada infecção pelo HIV, a PrEP não está indicada e o usuário deve ser vinculado a um SAE para iniciar o tratamento o mais rápido possível. O teste rápido HIV deve ser realizado em todas as consultas, tanto na inicial quanto nas de acompanhamento.

- Identificação e tratamento das IST por abordagem sindrômica (também denominada abordagem por fluxogramas) de acordo com o Manual da Linha de Cuidados em IST/Aids.
- Avaliar história de fraturas patológicas. Caso presente, o usuário deve ser encaminhado para

avaliação do especialista antes de iniciar a PrEP.

- Investigar antecedentes mórbidos, histórico de uso de medicamentos, uso de álcool e outras drogas, fatores socioeconômicos.
- Informar sobre os potenciais efeitos colaterais dos antirretrovirais a serem prescritos.

b. Solicitação de exames:

- Solicitar sorologia para sífilis.
- Solicitar sorologia para Hepatite A (anti-HAV IgG ou anti-HAV total) e se o resultado for **não reagente**, encaminhar para vacinação para hepatite A.
- Solicitar sorologia para Hepatite B e C. Encaminhar os reagentes para serviços de tratamento de hepatites. Vacinar para hepatite B os que apresentam resultado **não reagente**.
- Avaliação das funções renal e hepática: solicitar creatinina, com cálculo de clearance de creatinina estimado, TGO, TGP. Todos os exames encontram-se descritos no Quadro 3.

Quadro 5. Exames que devem ser solicitados na triagem para PrEP

Exames	Método
Teste para HIV	Teste rápido (TR) para HIV, utilizando amostra de sangue
Teste para sífilis	Teste treponêmico (TR, ELISA, FTA-abs, TPPA) e Teste não treponêmico (VDRL ou RPR ou Trust)
Teste para hepatite A	Pesquisa de anti-HAV IgG ou anti-HAV total
Teste para hepatite B ^(a)	Pesquisa de HBsAg e Anti-HBs
Teste para hepatite C	Pesquisa de Anti-HCV (ex. teste rápido)
Função renal ^(b)	Clearance de creatinina Dosagem de ureia e creatinina sérica Avaliação de proteinúria (amostra isolada de urina)
Função hepática	Enzimas hepáticas (AST/ ALT)

Fonte: DIAHV/SVS/MS, PCDT PrEP 2019, adaptado.

Consultar PCDT PrEP disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>> .

(a) Nos pacientes vacinados para HBV, avaliar a soroconversão (Solicitar Anti-HBs quantitativo) na consulta de retorno. Se for confirmada a soroconversão (presença de Anti-HBS positivo), não há

(b) Necessidade de repetir os exames para hepatite B.

(c) Caso a pessoa apresente algum fator de risco para doença renal, como hipertensão arterial ou diabetes mellitus, outros exames devem ser solicitados para avaliação da função renal, tais como urinanálise para avaliação de proteinúria.

c. Prescrição do esquema antirretroviral:

Na PrEP o esquema recomendado é a associação dos antirretrovirais fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e entricitabina (FTC), em dose fixa combinada TDF/FTC 300/200mg um comprimido por dia, via oral, em uso contínuo.

A eficácia e segurança deste esquema para PrEP já estão bem documentadas nos ensaios clínicos, com poucos eventos adversos (náusea, cefaleia, flatulência e edemas), transitórios, de resolução no primeiro mês de uso, com boa resposta ao uso de medicação sintomática.

Dados demonstram que são necessários alguns dias de uso contínuo das medicações para que as drogas atinjam altos níveis de concentração celular na região anal e na vagina. São necessários sete (7) dias de uso contínuo da PrEP para a proteção nas relações anais e aproximadamente 20 (vinte) dias de uso da PrEP para proteção nas relações vaginais.

A fim de diminuir o número de doses diárias necessárias para atingir níveis protetores do medicamento na mucosa anal, este PCDT-PrEP passa a recomendar o início da profilaxia com uma dose de ataque de 2 (dois) comprimidos de TDF/FTC no primeiro dia de uso, seguidos de 1 (um) comprimido diário nos próximos dias. Diante dessa alteração, que impacta a quantidade de comprimidos para o primeiro mês de PrEP, é necessário que o primeiro retorno se dê antes dos 30 dias do início da profilaxia. Para tanto, sugere-se que esse retorno ocorra entre o 20º e o 25º dia.

O usuário deve ser orientado sobre a utilização de preservativos neste período (sete dias para relações sexuais anais e 20 dias para relações sexuais vaginais).

A primeira dispensação do esquema antirretroviral deverá ser para 30 dias e a segunda para 60 ou 90 dias, dependendo da avaliação do enfermeiro sobre a adesão do usuário. As prescrições posteriores sempre serão trimestrais.

PrEP SOB DEMANDA

É a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) na modalidade “sob demanda”, como alternativa para homens cisgêneros e pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol e que tenham uma frequência menor de relações sexuais, nos seguintes termos:

- Tenham habitualmente relação sexual com frequência menor do que 2 (duas) vezes por semana;
- Consigam planejar quando a relação sexual ocorrerá e/ou possam antecipar (ou retardar) a relação sexual, para permitir o uso da dose inicial recomendada entre 2 a 24 horas antes da relação sexual;
- Para indivíduos desses grupos que tenham práticas sexuais mais frequentes, segue sendo recomendado o uso de PrEP oral diária.

O esquema de PrEP sob demanda não deve ser prescrito nos seguintes casos:

- Para qualquer pessoa que não seja homem cisgênero ou pessoa trans designada como sexo masculino ao nascer;
- Para pessoas do grupo elegível que estejam em uso de hormônios à base de estradiol;

- Para pessoas do grupo elegível que tenham dificuldade em compreender ou gerir o regime posológico 2+1+1, uma vez que pode ser mais complexo que o de uso diário;
- Utilizando a associação de tenofovir alafenamida + entricitabina (TAF/FTC), uma vez que o uso dessa associação no regime posológico 2+1+1 não foi estudado até o momento. Essa associação de antirretrovirais atualmente não se encontra disponível no SUS.

Para usuários com infecção crônica por Hepatite B sem indicação de tratamento específico, há um baixo risco de reativação inflamatória hepática grave (hepatite fulminante) com o uso e interrupção da PrEP, seja ela diária ou sob demanda. Dessa forma, recomenda-se uma avaliação individual entre o risco de se infectar pelo HIV e o benefício do uso da PrEP, visto que a chance de ocorrer hepatite fulminante é considerada baixa.

Nos casos em que se considera indicada a PrEP, recomenda-se preferencialmente a PrEP oral diária, pela possibilidade de indução de resistência do vírus da Hepatite B ao tenofovir com uso intermitente do mesmo. Também, reitera-se a importância de avaliar a indicação de tratamento para Hepatite B quando se aventa a possibilidade de interrupção de PrEP, com monitoração de uma possível reativação do HBV e crises hepáticas. Por fim, é de suma importância a orientação aos usuários de PrEP com infecção crônica para Hepatite B sobre esses riscos, para ciência no caso de uma interrupção por conta própria e também para que possa sinalizar ou recorrer aos serviços em caso de sintomas sugestivos de reativação da hepatite (2, 3).

Posologia e esquema de PrEP sob demanda.

Considerando os resultados dos estudos clínicos conduzidos, os usuários elegíveis para uso de PrEP sob demanda devem ser orientados a tomar os comprimidos da seguinte forma:

Dose inicial de 2 (dois) comprimidos de 2 a 24 horas antes da relação sexual.

+ 1 (um) comprimido 24 horas após a dose inicial de dois comprimidos.

+ 1 (um) comprimido 24 horas após a segunda dose.

Resumo com as informações sobre dose inicial, doses subsequentes e interrupção da PrEP oral com segurança.

População	Dose Inicial da PrEP oral	Doses subsequentes da PrEP oral	Interrupção segura da PrEP oral
Homens cisgêneros e pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer que: a) Tenham exposição sexual, E b) Que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol.	Tomar 2 (dois) comprimidos (de 2 a 24h) antes da relação sexual.	Tomar 1 (um) comprimido 24h após dose inicial e mais 1 (um) comprimido 24h após a segunda dose.	Tomar 1 (um) comprimido por dia por 2 (dois) dias, após a última prática sexual.

População	Dose Inicial da PrEP oral	Doses subsequentes da PrEP oral	Interrupção segura da PrEP oral
Mulheres cis, pessoas trans designadas como sexo feminino ao nascer, ou homens cisgêneros e pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer que façam uso de hormônios à base de estradiol.	Tomar 2 (dois) comprimidos no primeiro dia, seguidos de 1 comprimido por dia até completar 7 dias, antes do potencial exposição.	Tomar 1 (um) comprimido por dia.	Tomar 1 (um) comprimido por dia por 2 (dois) dias, após a última prática sexual.

Fonte: Traduzido e adaptado do documento técnico de atualização do guia PrEP OMS (2).

CONSULTAS DE RETORNO:

Após o primeiro retorno (em 15 ou 30 dias), as demais consultas de retorno devem ser realizadas a cada três meses para acompanhamento clínico e laboratorial. Durante o seguimento é importante avaliar a ocorrência de infecção aguda pelo HIV, orientando o usuário quanto aos principais sinais e sintomas. Na suspeita, deve-se discutir o caso com o médico avaliando a interrupção da PrEP e realização da carga viral HIV.

NO PRIMEIRO RETORNO:

- Avaliação dos exames. Encaminhamento dos susceptíveis para vacinação de hepatites A e B; Encaminhamento dos eventuais casos positivos para serviços de tratamento de hepatite B e/ou C;
- Avaliação da adesão, dos efeitos adversos e de exposições de risco;
- Reforço da prevenção combinada e gerenciamento de risco;
- Realização do teste rápido para HIV (caso este retorno ocorra em pelo menos 30 dias do teste realizado anteriormente);
- Avaliação da interrupção da PrEP.
- Prescrição de antirretrovirais.

Quadro 6. Seguimento clínico e laboratorial de pessoas em uso de PrEP

Seguimento de PrEP		
Avaliações	Periodicidade	
Avaliação de sinais e sintomas de infecção aguda	Trimestral (toda consulta de PrEP)	
Peso do paciente (em quilogramas)	Trimestral	
Avaliação de eventos adversos a PrEP	Trimestral	
Avaliação de adesão	Trimestral	
Avaliação de exposições de risco	Trimestral	
Avaliação de outras ISTs	Trimestral	
Dispensação de ARV após prescrição ^(a)	Trimestral ^(a)	
Avaliação da continuidade de PrEP	Trimestral	
Exames	Método	Periodicidade
Teste para HIV	Teste rápido para HIV, utilizando amostra de sangue total, soro ou plasma	Trimestral (toda consulta de PrEP)
Teste para sífilis	Teste treponêmico de sífilis (ex. teste rápido ou ELISA) ou não treponêmico (ex. VDRL ou RPR ou Trust)	Trimestral
Identificação de outras IST (clamídia e gonococo)	Pesquisa em urina ou secreção genital (utilizar metodologia disponível na rede. Ex.: biologia molecular)	Semestral (ou mais frequente em caso de sintomatologia)
Teste para hepatite B ^(b) , em caso de não soroconversão da vacina	Pesquisa de HBsAg (ex. TR) e Anti-HBs ^(b)	A depender da soroconversão da vacina para HBV
Teste para hepatite C	Pesquisa de Anti-HCV (ex. TR)	Trimestral
Monitoramento da função renal ^{(c),(d)}	<i>Clearance</i> de creatinina; Dosagem de ureia e creatinina sérica; Avaliação de proteinúria (amostra isolada de urina).	Trimestral
Monitoramento da função hepática	Enzimas hepáticas (AST/ ALT)	Trimestral
Teste de gravidez		Trimestral (ou quando necessário)

Fonte: DIAHV/SVS/MS, PCDT PrEP 2019.

Notas:

(a) 1ª dispensação para 30 dias, 2ª dispensação para 60 ou 90 dias e então trimestralmente.

(b) Nos pacientes vacinados para HBV, avaliar a soroconversão (Anti-HBs) na consulta de retorno. Após a soroconversão, não há necessidade de repetir os exames para hepatite B.

(c) Caso a pessoa apresente algum fator de risco para doença renal, como hipertensão arterial ou diabetes mellitus, outros exames devem ser solicitados para avaliação da função renal, tais como urinálise para avaliação de proteinúria.

(d) O aumento de creatinina sérica não é razão para suspensão de tratamento, desde que o $ClCr \geq 60 \text{ mL/min}$.

PREP NA CONCEPÇÃO, GESTAÇÃO E ALEITAMENTO

Mulheres HIV negativas podem se beneficiar do uso da PrEP de forma segura ao longo da gravidez e amamentação, para se proteger e proteger ao bebê (PCDT PrEP). A PrEP pode ser interrompida (à critério da usuária), após a detecção de gravidez. Recomenda-se que o parceiro se mantenha em TARV e com carga viral indetectável durante o planejamento reprodutivo. Consultar o PCDT de Transmissão Vertical para mais informações*.

SOROCONVERSÃO EM USO DE PREP

O usuário com suspeita de soroconversão para o HIV deve ser encaminhado a um serviço de referência, realizar exames de carga viral e genotipagem e, após a coleta desses exames, iniciar TARV o mais brevemente possível, mesmo que de maneira preventiva, até a confirmação diagnóstica e de acordo com o esquema recomendado no “PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos”

IV - DAS RECOMENDAÇÕES DO ESTADO E DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO PARA AS IST

Sendo a Atenção Básica a porta de entrada no SUS, no atendimento inicial às pessoas com queixas de IST é necessário que o enfermeiro siga os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde, do Estado e do Município de São Paulo. (PCDT-IST, 2019; SES, 2016; SES, 2017; SMS, 2018).

As ações de controle das IST na Rede de Atenção Básica que envolvem o enfermeiro são:

- Diagnóstico e tratamento das IST para população geral;
- Oferta e realização de testagem para HIV, HBV, HCV e sífilis para pessoas com IST, gestantes e seus parceiros e pessoas vivendo com tuberculose;
- Testagem para HIV, HBV, HCV e sífilis para população geral;
- Dispensação de insumos de prevenção;
- Acompanhamento das crianças diagnosticadas com sífilis congênita; entre outras.

* Disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>

As principais queixas nas manifestações sintomáticas das IST e seus fluxogramas para o manejo, são:

- Corrimento uretral;

([https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids%20Finalizada\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids%20Finalizada(1).pdf)) pag. 70.

- Úlceras genitais;

([https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids%20Finalizada\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids%20Finalizada(1).pdf)) pag. 74.

- Corrimentos vaginais;

([https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids%20Finalizada\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids%20Finalizada(1).pdf)) pag. 77.

- Desconforto e dor pélvica

([https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids%20Finalizada\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids%20Finalizada(1).pdf)) pag. 81.

- Verrugas genitais

([https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids%20Finalizada\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids%20Finalizada(1).pdf)) pag. 84.

O manejo de IST sintomáticas é preconizado com uso de fluxogramas, que podem utilizar testes laboratoriais, se disponíveis.

Para o diagnóstico da sífilis, considera-se o Quadro 7 abaixo:

Quadro 7 - Diagnóstico da Sífilis, segundo a fase clínica e resultado de testes treponêmico e não treponêmico

Fase clínica	Tipo de lesão mais frequente	Resultado do Teste não treponêmico (VDRL)	Resultado do Teste treponêmico
Sífilis Recente			
Sífilis primária	Ulceração ou erosão	Pode ser reagente ou não reagente	Pode ser reagente ou não reagente
Sífilis secundária	Manchas eritematosas, roséolas, pápulas eritematosas-escamosas (sífilides papulosas), pápulas hipertróficas, condilomas planos, alopecias, placas mucosas	Reagente	Reagente
Sífilis latente precoce	Assintomático - até 1 ano de infecção	Reagente	Reagente

Fase clínica	Tipo de lesão mais frequente	Resultado do Teste não treponêmico (VDRL)	Resultado do Teste treponêmico
Sífilis Tardia			
Sífilis latente tardia	Assintomático - mais de 1 ano de infecção	Reagente (pode apresentar títulos baixos)	Reagente
Sífilis terciária	Lesão de órgão alvo	Reagente (pode apresentar títulos baixos)	Reagente
Sífilis latente com duração Indeterminada*	Assintomático	Reagente (pode apresentar títulos baixos)	Reagente

Nota: *A grande maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis é assintomática (fase latente ou indeterminada).

Para o tratamento da sífilis adquirida no adulto a droga de escolha é sempre a Penicilina G benzatina* conforme descrito nos Quadro 8 e 9, para não gestantes e gestantes, respectivamente.

Quadro 8 Esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em adultos não gestantes e seguimento ambulatorial pós-tratamento

Sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano do contato)		
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões de UI, IM, dose única (1,2 milhão de UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, VO, 12/12 horas, por 15 dias ou Ceftriaxone 1g, IV ou IM, 1vez/dia, por 8 a 10 dias	Se tratado com penicilina: teste não treponêmico (VDRL) a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6 meses no segundo ano. Se tratado com outra medicação: teste não treponêmico (VDRL) a cada 60 dias e avaliar a necessidade de retratamento se houver elevação de títulos em duas diluições em relação ao último exame, p.ex. de 1:16 para 1:64 (provável de falha terapêutica)
Sífilis latente tardia (mais de 1 ano do contato) ou latente com duração ignorada ou sífilis terciária		
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões de UI, IM, semanal, sendo 1,2 milhão de UI em cada glúteo, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI	Doxiciclina 100mg, VO, 12/12 horas, por 30 dias ou Ceftriaxone 1g, IV ou IM, 1vez/dia, por 8 a 10 dias	Se tratado com penicilina: teste não treponêmico (VDRL) a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6 meses no segundo ano. Se tratado com outra medicação: teste não treponêmico (VDRL) a cada 60 dias e avaliar a necessidade de retratamento se houver elevação de títulos em duas diluições em relação ao último exame, p.ex. de 1:16 para 1:64 (provável de falha terapêutica)

Fonte: São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria de IST/Aids, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica. Protocolo de prevenção da transmissão vertical da sífilis e da sífilis congênita. São Paulo, 2021.

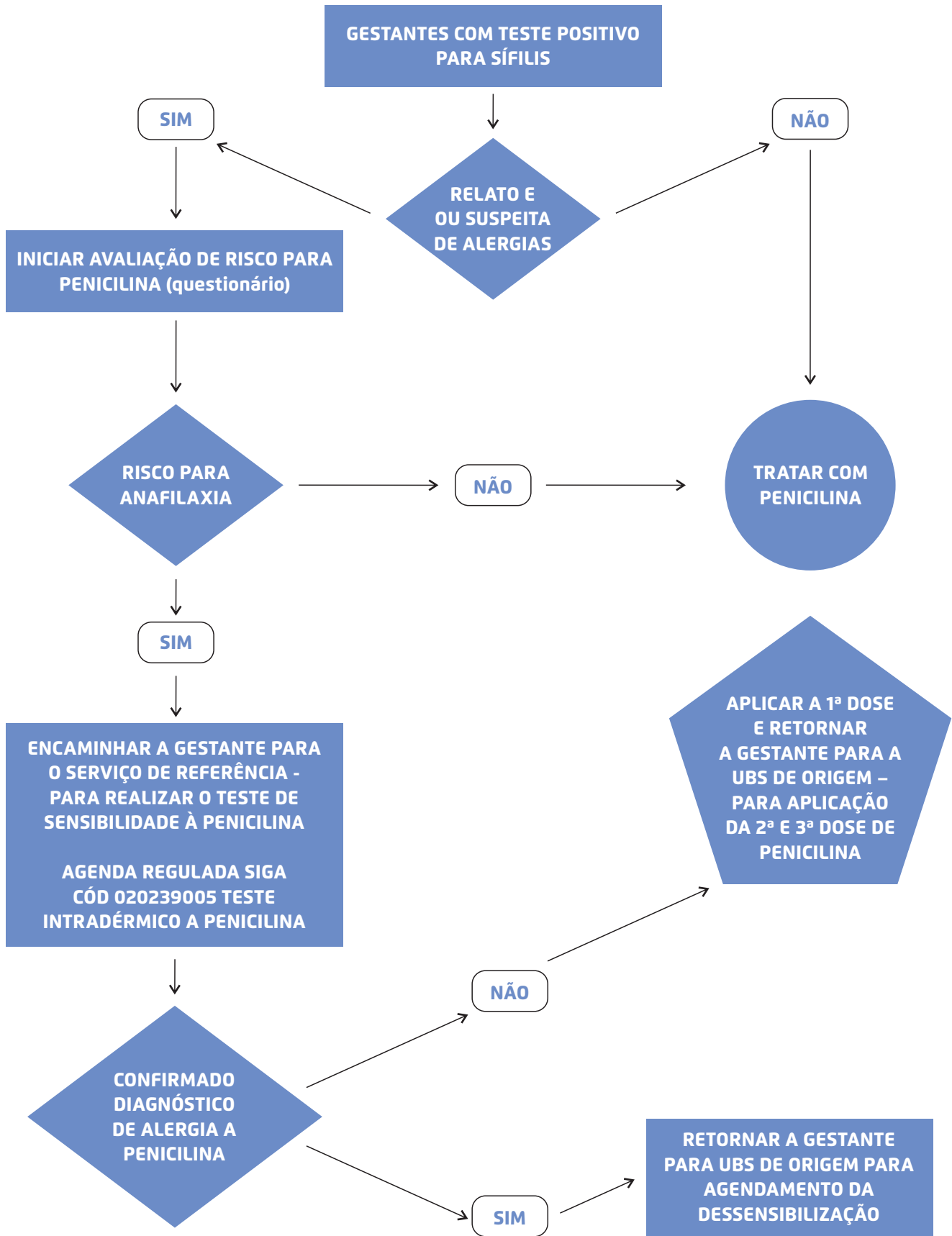
* Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids%20Finalizada\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids%20Finalizada(1).pdf), pag. 91.

Quadro 9. Esquemas terapêuticos para sífilis em gestante e seguimento ambulatorial pós-tratamento

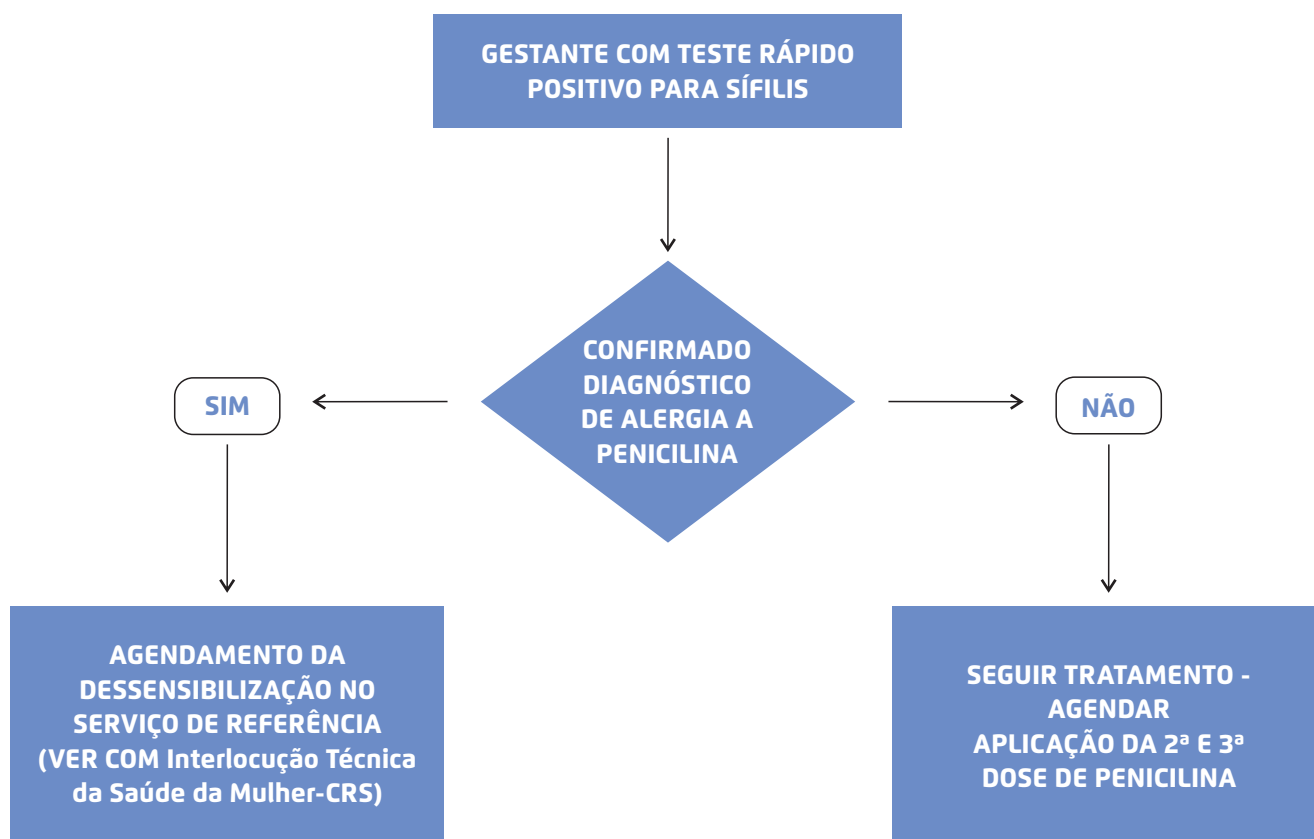
Sífilis Primária, Secundária e Latente Recente	
Esquema terapêutico	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões de UI, IM, semanal, sendo 1,2 milhão de UI em cada glúteo, por 2 semanas. Dose total: 4,8 milhões UI	Seguimento mensal com testes não treponêmico (VDRL)
Sífilis latente tardia (mais de 1 ano do contato) ou latente com duração ignorada ou sífilis terciária	
Esquema terapêutico	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões de UI, IM, semanal, sendo 1,2 milhão de UI em cada glúteo, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI	Seguimento mensal com testes não treponêmico (VDRL)

Fonte: São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria de IST/Aids, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica. Protocolo de prevenção da transmissão vertical da sífilis e da sífilis congênita. São Paulo, 2021.

Fluxo para gestante com suspeita de alergia/anafilaxia a Penicilina Benzatina



Fluxo para gestante com suspeita de alergia à Penicilina Benzatina Atendimento na UBS



- Agendar o TESTE de sensibilidade via agenda regulada SIGA no serviço de referência.
- Orientar a gestante para levar a Ficha de Avaliação de Risco para sensibilidade à penicilina e Ficha de Referência e Contra Referência.
- Orientar para o NÃO USO de medicações antialérgicas nos dias que antecedem ao teste de sensibilidade.
- Acompanhar seguimento dos atendimentos realizados e transcrever as anotações em prontuário e cartão do pré-natal, garantindo registros do tratamento realizado.
- Orientar continuidade do tratamento e agendar a aplicação das doses (2ª e 3ª) restantes.
- Realizar busca ativa para resgatar as gestantes que não retornou com a Ficha da Contra Referência, principalmente quando iniciado o tratamento.
- Agendar DESSENSIBILIZAÇÃO no Serviço de referência para o território e orientar à gestante para levar as Fichas de Avaliação e Referência/contra referência.
- Monitorar o seguimento e registrar os atendimentos realizados, junto ao prontuário da usuária, para controle e segurança.

Questionário de Avaliação de Risco de Anafilaxia

NOME:	Endereço/telefone
CNS :	UBS:
Data: / /	
1- ANAMNESE	
IG: _____ DPP / /	
G P A Alguma gestação com desfecho negativo: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM :	
Histórico de Saúde/ Comorbidades	
<input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrose Cística <input type="checkbox"/> Doença Autoimune : _____ <input type="checkbox"/> Leucemia Linfóide aguda	
<input type="checkbox"/> Atopia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Outras : _____	
2- HISTORICO DE ALERGIA A PENICILINA	
Relato e/ou relatório médico de alergia a penicilina <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Já usou Penicilina <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual o nome/tipo de Penicilina : _____	
Qual foi a via de administração <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Endovenoso <input type="checkbox"/> Não sabe	
Quando foi usada (informar data ou idade que foi usada) :	
Qual o motivo?	
3- OCORRENCIA DE REAÇÃO ALÉRGICA	
Relato e/ou relatório médico de reação alérgica? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
QUAIS OS SINAIS/SINTOMAS:	
<input type="checkbox"/> 1- Urticária – reação dermatológica	
<input type="checkbox"/> 2- Angioedema	
<input type="checkbox"/> 3- Hipotensão	
<input type="checkbox"/> 4- Edema de laringe	
<input type="checkbox"/> 5- Broncoespasmo	
<input type="checkbox"/> 6- Choque	
<input type="checkbox"/> 7- Outros :	
<input type="checkbox"/> Doença do soro	
<input type="checkbox"/> Steven Johnson Para essas patologias é CONTRAINDICADO realizar dessensibilização	
<input type="checkbox"/> Necrólise Epidérmica tóxica	
Foi necessário uso de medicação para tratar reação alérgica? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> Anti-histamíco	
<input type="checkbox"/> Descongestionante	
<input type="checkbox"/> Adrenalina e/ou Epinefrina	
<input type="checkbox"/> Corticóides	
<input type="checkbox"/> Broncodilatador	
Uso de medicação contínua para doenças crônicas <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
Descrever:	
DOENÇAS ALÉRGICAS	
<input type="checkbox"/> Dermatite atópica <input type="checkbox"/> Alergia alimentar : _____ <input type="checkbox"/> Alergia a picada/veneno de inseto	
<input type="checkbox"/> Alergia a látex <input type="checkbox"/> Outras alergias:	
OUTRAS REAÇÕES ALÉRGICAS	
Reação medicamentosa durante cirurgia prévia <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Descreva: _____	
Reação à imunobiológico/vacina: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> História de anafilaxia grave:	

Realizou teste intradérmico de sensibilidade à Penicilina anteriormente?	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM .Resultado :	
CONCLUSAO (AVALIAR RISCO DE ALERGIA A PENICILINA)	
<input type="checkbox"/> Risco habitual: relato de reação alérgica leve sem necessidade de intervenção hospitalar	
<input type="checkbox"/> Alto risco: reação grave (mais de um item marcado no quadro 3) ou outro histórico de anafilaxia encaminhar para dessensibilização em ambiente hospitalar	
Descrever avaliação:	

Responsável pelo preenchimento:	

MANEJO DE REAÇÕES ALÉRGICAS NA UNIDADE DE SAÚDE

Reação alérgica é uma resposta exagerada do sistema imunológico após exposição a um alérgeno, com sensibilização prévia em indivíduos predispostos geneticamente.

As reações alérgicas podem se dividir em:

- **Tardia:** ocorrem em qualquer período após 1 hora da dose inicial do medicamento, mesmo vários dias depois de ter iniciado e o tratamento é a retirada da medicação suspeita e encaminhar para avaliação médica;
- **Imediata:** poucos minutos na primeira hora após a última administração do medicamento (muitas vezes na 1ª administração de um novo curso de tratamento);

Sintomas: Broncoespasmo, Diarreia e Vômito, Coriza e espirros, Rash cutâneo, Urticária, Angioedema (Lábios, olhos e glote), Hipotensão, Anafilaxia.

Anafilaxia:

- Reação alérgica aguda grave (5 a 30 minutos);
- Início súbito e evolução rápida;
- Diagnóstico é clínico;
- Potencialmente fatal, se o tratamento não for instituído de forma imediata.

Critérios diagnóstico:

I - Início súbito de sintomas envolvendo pele, mucosas ou ambos e mais um dos seguintes:

- Acometimento de vias respiratórias; Hipotensão ou disfunção orgânica.

II - Dois ou mais dos seguintes:

- Envolvimento de pele/mucosas;
- Acometimento de vias respiratórias;
- Hipotensão ou sintomas de hipotensão;
- Sintomas gastrointestinais persistentes.

III - Hipotensão após exposição a um alérgeno conhecido do paciente.

- Tratamento:

Agente	Dose e via de administração	Observações
Sinais Vitais	Checar A (Vias aéreas), B (respiração), C (Circulação) e M (mente sensório)	Manter MMII elevados. Não permitir que o paciente se levante ou deite subitamente.
Adrenalina 1:1000 1mg/ml	Adultos e adolescentes: 0,5 ml, IM, vasto lateral da coxa	Administrar imediatamente e repetir se necessário a cada 5-15 minutos. Monitorar frequência cardíaca.

Aplicar imediatamente Adrenalina 1:1000 (1mg/ml), 0,5ml, IM, Vasto Lateral da coxa

Oxigênio (O ²)	Cânula Nasal ou Mascara	Manter saturação de O ₂ Se a Sat < 95% avaliar nova dose de adrenalina.
----------------------------	-------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

No município de São Paulo a dosagem mínima em gestantes é de 4.800.000ui.

ENCAMINHAR O PACIENTE PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA APÓS INSTITUIR O TRATAMENTO.

Antialérgicos e corticoides **NÃO** substituem a adrenalina.

O uso de pré-medicação não previne reações anafiláticas.

Aos serviços de saúde, para providências.

São Paulo, 26 de janeiro de 2023.

AT Enfermagem/Coordenadoria de Atenção Básica/SMS.G

AT Saúde da Mulher/Coordenadoria de Atenção Básica/SMS.G

Coordenadoria de IST/AIDS/SMS.G

BIBLIOGRAFIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 52 p. : il. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 98p. : il. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. - Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 248 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 412 p. : il. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Diretrizes para implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids - Manual de Assistência, 1ª. edição. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2017. 415p. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes-download/diretrizes_para_implementacao_da_rede_de_cuidados_em_ist_hiv_aids_-_vol_iii_-_manual_de_assistencia.pdf

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP. Guia de bolso para o manejo de sífilis em gestante e sífilis congênita. 2a Edição. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes-download/guadebolsodasifilis-2edicao2016.pdf>

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. Linha de Cuidados em IST/Aids. 1ª. edição, São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde. 2018. 166p. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids_%20Finalizada\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids_%20Finalizada(1).pdf).

São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria de IST/Aids, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica. Protocolo de prevenção da transmissão vertical da sífilis e da sífilis congênita. São Paulo, 2021. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Protocolo%20TV%20s%C3%ADfilis%20e%20SC_SMS_revis%C3%A3o_23jul-site.pdf.



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE