

**SESMA**  
Secretaria de  
Saúde



**Belém**  
Prefeitura da *noossa gente*



---

# PROTOCOLO PARA DESCENTRALIZAÇÃO DA PREP NO MUNICIPIO DE BELEM- SESMA

---

PREP



**Prefeitura Municipal de Belém**

EDMILSON BRITO RODRIGUES

EDILSON MOURA DA SILVA

**Secretaria Municipal de Saúde**

MAURÍCIO CÉSAR SOARES BEZERRA

**Coordenação**

CAMILO EDUARDO ALMEIDA PEREIRA

TAMILIS FEITOSA LEAL

VITTOR NINA DE LIMA

JULIANA LAVAREDA SALES

**Elaboração**

CARLA QUARESMA DURÃES DE SOUSA

EDUARDA BARBOSA EVANGELISTA DE SOUSA

INGRED AMANDA BRITO DA SILVA

GABRIELE DO NASCIMENTO LIMA

NAELLEM FILOCREÃO BATISTA PORTILHO GOMES

SAMYA PUREZA DA SILVA

**Revisão**

ANDRÉ VILHENA DA SILVA

EDGAR RAMOS BARRA

**Edição Geral**

JOSÉ JORGE DA SILVA GALVÃO

RAIMUNDA SILVIA GATTI NORTE

**Edição Técnica**

CHARLES VICTOR GOMES DE SOUZA

JULIANE LARISSA BARBOSA

GISELLI DE OLIVEIRA SIQUEIRA



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	04
OBJETIVO .....	05
ABRANGÊNCIA.....	05
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	05
AVALIAÇÃO CLÍNICA .....	06
TESTAGEM DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AO HIV E OUTRAS ISTS.....	07
ATENDIMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL.....	07
RETORNO.....	08
SEGUIMENTO CLÍNICO.....	09
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO.....	11
UNIDADES REFERÊNCIAS DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	12
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	12
DISPENSAÇÃO.....	12
ARMAZENAMENTO.....	13
ESQUEMA ANTIRETROVIRAIS.....	13
ESQUEMAS ESPECIAIS.....	14
ARMAZENAMENTO.....	14
ESQUEMA DE ANTIRRETROVIRAIS PARA A PREP.....	14
ESQUEMAS ESPECIAIS.....	15
ACOMPANHAMENTO.....	16
ACOMPANHAMENTOS CLÍNICO E LABORATORIAL.....	16
QUANDO INTERROMPER A PREP.....	19
ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	20
ATENDIMENTO MÉDICO.....	20
ATENDIMENTO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM.....	21
ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM E ORIENTAÇÕES EM PREP.....	21
ATENDIMENTO FARMACÊUTICO.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXO 1: FICHAS DE CADASTRO DE ATENDIMENTO.....	23
ANEXO 2: UNIDADES DE REFERÊNCIA PARA DISPENSA DA PREP.....	28
APÊNDICE 1: CARTILHA.....	32

## I- INTRODUÇÃO:

De acordo com dados epidemiológicos oficiais, entre 1980 e 2017 foram notificados 882 810 casos de Aids no Brasil, sendo 576 245 (65, 3%) em homens e 306 444 (34, 7%) em mulheres. De 2007 até 2017, foram notificados 194 217 casos de infecção pelo HIV no Brasil. No ano de 2014, a principal via de transmissão entre indivíduos com 13 anos ou mais foi a sexual, em ambos os sexos. Entre indivíduos menores de 13 anos, a quase totalidade dos casos teve como via de infecção a transmissão vertical (MELO; MAKSDUD; AGOSTINI, 2018).

Sob essa perspectiva, é notável que o número de infectados é extenso, sendo de grande relevância aplicar estratégias de controle e prevenção do HIV para inibir o aumento desses números. Para tanto, a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP, do inglês Pre-Exposure Prophylaxis), a qual consiste no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV, vem como uma estratégia adicional nova de prevenção disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de reduzir a transmissão do HIV e contribuir para o alcance das metas relacionadas ao fim da epidemia.

No Brasil, a epidemia de HIV/aids é concentrada em alguns segmentos populacionais que respondem pela maioria de casos novos da infecção, como gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans e profissionais do sexo.

Além disso, destaca-se o crescimento da infecção pelo HIV em adolescentes e jovens. Porém, o pertencimento a um desses grupos não é suficiente para caracterizar indivíduos com frequentes situações de exposição ao HIV, o que é definido por práticas sexuais ou contextos específicos que determinam mais chances de exposição ao vírus. Para esses grupos, a PrEP entra como uma das estratégias a mais para a prevenção de novos casos de HIV nesse contexto.

Contudo, para que essa estratégia seja eficaz, é necessário que a rede de saúde remova as barreiras de acesso a essas populações, acolhendo-as na sua integralidade e garantindo seus direitos à saúde de qualidade (SAÚDE, 2018). Nesse contexto, a descentralização da PrEP é demasiadamente relevante para que haja a cobertura de forma a elevar a prevenção do HIV e aumentar as formas de garantir a equidade a essa população.

Tendo em vista essas informações, é de suma importância instrumentalizar as equipes de saúde da família (ESF) e equipes de atenção primária (EAP) da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como organizar os fluxos de atendimento, no combate e prevenção à epidemia de HIV/AIDS.

## **II - OBJETIVO:**

O objetivo deste documento é, a partir da descentralização da PrEP no município de Belém, direcionar os profissionais da atenção primária à saúde da área de abrangência para atuação na redução de novos casos de HIV, mediante estratégias de profilaxia da infecção.

## **III - ABRANGÊNCIA:**

Unidades Básicas de Saúde dos distritos administrativos do município de Belém.

**LOCAL:** Toda a rede de Atenção Primária do município de Belém do Pará.

**POPULAÇÃO:** Pessoas que demonstrem interesse na profilaxia e se enquadrem nos critérios de inclusão.

## **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:**

Critérios de inclusão: A PrEP deve ser considerada para pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal igual ou superior a 35 kg, sexualmente ativas, populações-chave que apresentem risco aumentado de infecção, mas também deve ser utilizada por pessoas que apresentam contextos de risco aumentado de aquisição de HIV (quadro 2), e que demonstrem interesse pelo medicamento

Fonte: DIAHV/SVS/MS (Adaptado).

**Nota:** O pertencimento de um indivíduo a população-chave não é suficiente para caracterizá-lo com exposição frequente ao HIV, para isso é necessário observar se possui contextos de risco aumentado de aquisição do vírus.

### Quadro 2 - Contextos de risco aumentado de aquisição de HIV

Repetição de práticas sexuais anais ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo;

Frequência de relações sexuais com parcerias eventuais;

Quantidade e diversidade de parcerias sexuais;

Histórico de episódios de IST;

Busca repetida por PEP;

Contextos de relações sexuais em troca de dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia etc;

*Chemsex*: Prática sexual sob a influência de drogas psicoativas (metanfetaminas, gama-hidroxiturato – GHB, MDMA, cocaína, *poppers*) com a finalidade de melhorar ou facilitar as experiências sexuais.

Fonte: BRASIL, 2022

3.2 Critérios de exclusão: Pessoas que apresentam resultado de teste rápido de HIV positivo e Clearance de creatinina (CICr) estimado abaixo de 60 mL/min.

#### IV -AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Após as análises do profissional de saúde com relação aos critérios de inclusão e exclusão quanto ao uso da PrEP, o usuário deve seguir algumas etapas. As pessoas candidatas ao uso da PrEP devem compreender no que consiste essa estratégia e como suas práticas sexuais, tipo, frequência de parcerias, histórico de saúde sexual e reprodutiva, contexto de vulnerabilidades e exposições ao HIV, devem ser levadas em consideração para discussão sobre o gerenciamento de risco, e dessa forma avaliar sua motivação em iniciar o uso da profilaxia.

Somado a isso, os profissionais precisam esclarecer que a PrEP é um método preventivo seguro e eficaz, porém quando a adesão for efetiva, o que significa que o uso

diário e regular da medicação é fundamental para a proteção contra o HIV. Logo, faz-se necessário:

## TESTAGEM DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AO HIV E OUTRAS ISTS

Quadro 3 - Exame	Método
Teste para HIV	Teste rápido (TR) para HIV, utilizando amostra de sangue
Teste para sífilis	Teste treponêmico de sífilis (ex. teste rápido)
Identificação de outras IST	Pesquisa em urina ou secreção genital (utilizar metodologia disponível na rede.)
Teste para hepatite B	Pesquisa de HBsAg (ex. teste rápido) e Anti-HBs
Teste para hepatite C	Pesquisa de Anti-HCV (ex. teste rápido)
Função renal	Clearance de creatinina Dosagem de ureia e creatinina sérica Avaliação de proteinúria (amostra isolada de urina)
Função hepática	Enzimas hepáticas (AST/ ALT)

Fonte: BRASIL, 2017

### ATENDIMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL

Após a devida explicação de como funciona o uso da profilaxia, deve-se realizar uma avaliação inicial em relação à clínica do paciente e aos exames laboratoriais deste usuário. Neste atendimento é analisado a exposição de riscos, solicitação de exames é a avaliação clínica geral do usuário conforme o quadro abaixo:

#### Quadro 4 - Avaliação inicial

Abordagem sobre gerenciamento de risco e vulnerabilidade;
Avaliação do entendimento e motivação para início da PrEP;
Avaliação da indicação de uso imediato de PEP, em caso de exposição recente (72hs);
Exclusão da possibilidade de infecção pelo HIV;
Identificação e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST);
Testagem para hepatites virais B e C;
Vacinação para hepatite B em todos os usuários que fazem uso da prep;
Avaliação das funções renal e hepática;
Avaliação do histórico de fraturas patológicas.

Logo, o enfermeiro(a) da ESF/EAP deve ser capaz de realizar além da triagem o atendimento inicial deste usuário. Onde é de total relevância a adequada avaliação inicial nesta primeira consulta como forma de ter a real noção da condição geral de saúde do usuário além de neste momento inicial reforçar o retorno em 30 dias. demais, realiza-se a prescrição e a dispensação da PREP para 30 dias.

Nessa Perspectiva, o usuário após a avaliação inicial e triagem na ESF de sua área adstrita será direcionado à farmácia da unidade de referência de seu distrito administrativo para que possa retirar seus medicamentos. Caso haja alguma alteração nos exames esse tempo de retorno deve ser antecipado. É importante que o usuário seja esclarecido em relação aos aspectos gerais com relação à profilaxia como: cada frasco contém 30 comprimidos, o medicamento pode ser tomado com ou sem alimento, o uso de álcool não impede o uso da medicação, não há interferência na ação de anticoncepcionais, não compartilhar o uso da PrEP com outras pessoas.

## RETORNO

Etapa em que se define a adesão e a continuidade do tratamento em questão. O profissional de Enfermagem da ESF/EAP, nesta segunda consulta, irá realizar a análise dos exames laboratoriais solicitados, além de analisar a presença de possíveis efeitos adversos,

a adesão ao uso do medicamento, impacto da PrEP na rotina e no comportamento sexual. Neste momento, é importante avaliar sinais de infecção aguda pelo HIV, desinibição sexual e situações de preconceito e estigma social.

A dispensação neste segundo atendimento deve ser para 90 dias. Contudo, caso seja identificado pelo profissional de saúde sinais de fragilidade na adesão pode-se definir intervalos menores de retorno e dispensação do medicamento.

## **SEGUIMENTO CLÍNICO**

Consiste no acompanhamento regular do uso da PrEP pela equipe da estratégia de saúde da família, como forma de garantir o uso seguro da profilaxia. Logo, estas consultas devem acontecer de forma trimestral, e nesses atendimentos, em diálogo com o paciente em uso de PrEP, o enfermeiro deve avaliar sobre continuidade do uso da profilaxia, monitorar a presença de alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), analisar a adesão ao uso do medicamento e a eventuais sinais de infecção pelo HIV.

Neste contexto, muitos pacientes não irão apresentar grandes dificuldades em relação ao uso da profilaxia. Contudo, outros usuários podem enfrentar dificuldades neste seguimento clínico, seja por infecção de alguma IST ou até mesmo no que se refere a adesão ao uso da PrEP. Logo, a equipe de saúde da família, por meio de análises do seguimento clínico, pode utilizar de estratégias para identificar possíveis problemas em relação a este andamento do cuidado como: Realizar uma lista com os usuários que não compareceram aos retornos programados, e aqueles que abandonaram o acompanhamento. Identificados esses pacientes o Agente Comunitário de Saúde (ACS), poderá realizar a busca ativa deste usuário e realizar visita domiciliar juntamente com o Enfermeiro para o esclarecimento de possíveis dúvidas, além de compreender quais dificuldades o usuário está encontrando para o não seguimento clínico na unidade de saúde.

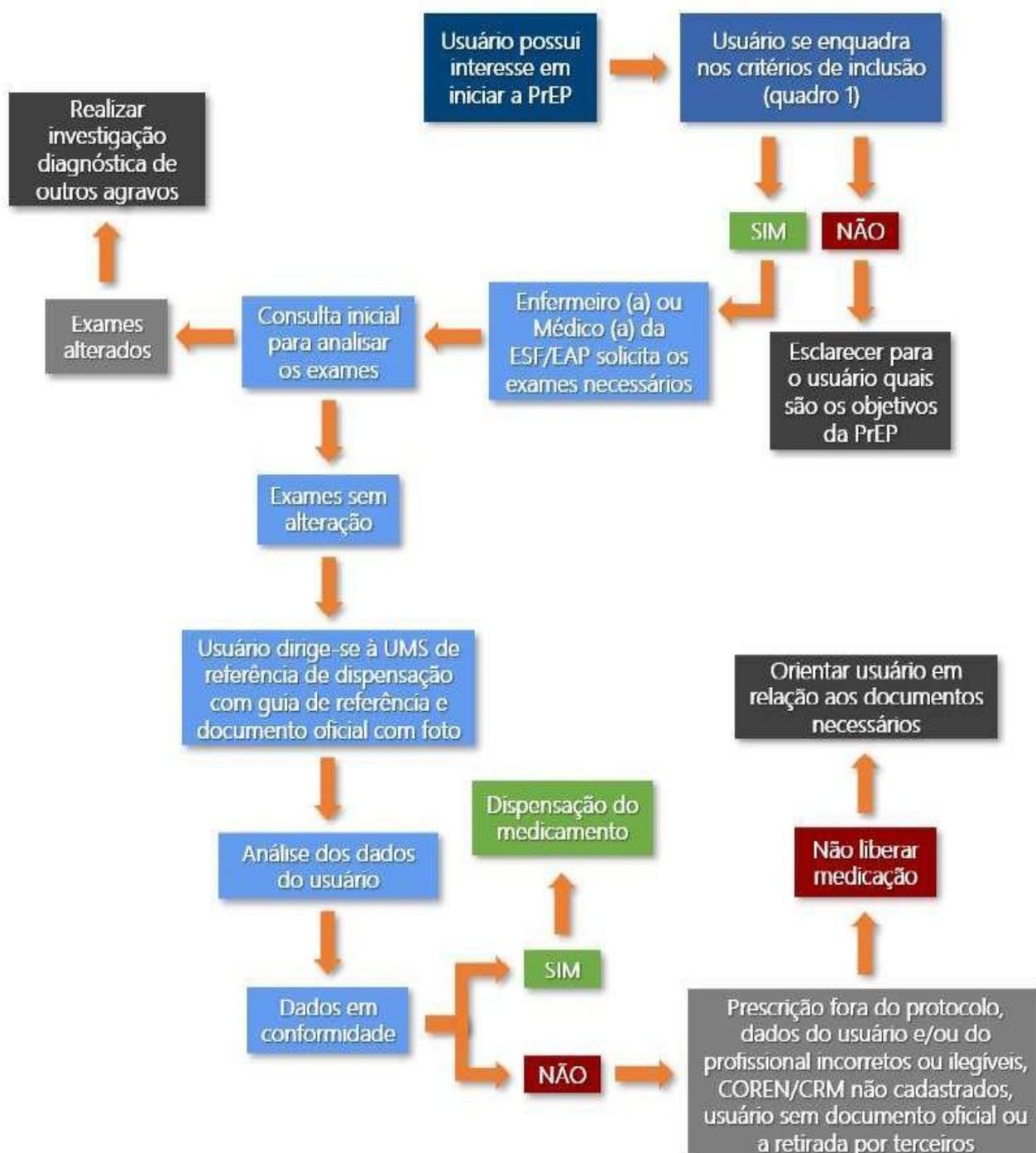
Além disso, qualquer profissional da equipe de saúde da família pode realizar monitoramento junto à unidade de referência dispensadora da medicação, em relação a dispensação da PrEP dos usuários que realizam o acompanhamento clínico na referida ESF/EAP.



Quadro 1 - Populações que apresentam risco aumentado de infecção.	Definição
Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSM)	Homens que se relacionam sexualmente e/ou afetivamente com outros homens.
Pessoas Trans	Pessoas que expressam um gênero diferente do sexo definido ao nascimento. Nesta definição são incluídos homens e mulheres transexuais, transgêneros, travestis e outras pessoas com gêneros não binários.
Profissionais do Sexo	Homens, mulheres e pessoas trans que recebem dinheiro ou benefícios em troca de serviços sexuais, regular ou ocasionalmente.
Parceiros sorodiscordantes para o HIV	Relacionamentos heterossexuais ou homossexuais nos quais uma das pessoas é infectada pelo HIV e outra não.
Pessoas que usam drogas	Indivíduos que são usuários ou dependentes de drogas.

DE ATENDIMENTO

# FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA DISPENSAÇÃO DA PREP NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PARÁ



## **UNIDADES REFERÊNCIAS DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO**

As unidades de referência para a dispensação da PrEP de acordo com cada distrito administrativo de Belém será de acordo com o que consta no anexo 2. O Centro de Atendimento e Testagem e Aconselhamento (CTA Belém) e o Centro de Atenção à Saúde nas Doenças Infecciosas Adquiridas (CASADIA), continuam como suporte às unidades de referência de dispensação de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).

## **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

O profissional farmacêutico é um aliado para ampliar o acesso à PrEP, incluindo as populações-chave e as pessoas mais vulneráveis. A atuação dos farmacêuticos inclui a dispensação e o armazenamento de medicamentos antirretrovirais para a profilaxia. Desse modo, devem receber capacitação adequada proposta pela Secretaria Municipal de Saúde de Belém, de modo a favorecer as boas práticas de cuidado humanizado, inclusivo e centrado no paciente, na perspectiva da prevenção combinada e de forma contextualizada com os usuários atendidos.

## **DISPENSAÇÃO**

Ocorre a partir do cadastro do usuário. Para isso, a implementação e utilização do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) operacional nas UMS é uma ferramenta essencial no controle de consumo e estoque dos medicamentos antirretrovirais e fonte de informações básicas de cada paciente.

É imprescindível que o sistema esteja disponível em cada unidade. Porém para facilitar a rotina de trabalho também poderá ter o prontuário físico organizado da melhor forma que a equipe desejar, por exemplo, por numeração única de cada novo paciente, desde que tenha todas as informações necessárias que o SICLOM exige nas fichas, como consta no anexo 1.

Além disso, o acesso ao sistema operacional pode ser feito pelo profissional médico, enfermeiro e farmacêutico cadastrados da UMS, sendo que na rotina de dispensação do medicamento, a responsabilidade fica principalmente com o farmacêutico. Esses profissionais podem acessar o sistema para verificarem quando foi a última dispensa do

esquema profilático de cada paciente e por quantos dias, que podem ser por 30, 60, 90 ou 120 dias, dependendo da prescrição feita pelos médicos ou enfermeiros.

Além do SICLOM operacional, há o SICLOM gerencial, o qual só o farmacêutico tem acesso para que ele registre a quantidade de pacientes que precisam de tais medicamentos, o quanto foram prescritos e dispensados no mês. Para tanto, é necessário que seja feito um boletim/relatório e um mapa de controle, os quais devem ser submetidos na plataforma gerencial em até três dias (dias 1, 2 e 3 de cada mês).

### **6.1 ARMAZENAMENTO**

Com a finalidade de garantir a segurança e qualidade dos itens até seu recebimento pelos pacientes, é importante armazenar o medicamento em temperatura ambiente (entre 15° e 30°), proteger da luz, do calor e da umidade, além de atentar-se sempre ao número de lote, data de fabricação e validade que fica anexado na embalagem.

Ademais, sob a responsabilidade do farmacêutico, devem ser armazenados em local separado e devidamente identificado. É necessário destacar que um bom controle de estoque também faz parte do sucesso da devida eficácia do esquema profilático.

### **7. ESQUEMA DE ANTIRRETROVIRAIS PARA A PrEP**

- O esquema recomendado para uso na PrEP é a combinação dos antirretrovirais fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e entricitabina (FTC), cuja eficácia e segurança foram demonstradas, com poucos eventos adversos associados a seu uso.
- Indica-se uma dose fixa combinada TDF/FTC 300/200mg, um comprimido por dia, via oral, em uso contínuo.
- Para eficácia da profilaxia em caso de relações sexuais anais, são necessários cerca de 7 (sete) dias de uso de PrEP.
- Para eficácia da profilaxia em caso de relações sexuais vaginais, são necessários aproximadamente 20 (vinte) dias de uso de PrEP.
- Portanto, é necessário orientar o usuário sobre a necessidade de uso do preservativo de barreira e/ou outros métodos de prevenção durante esse período.
- A primeira dispensa deverá ser para 30 dias e a segunda para 60 ou 90 dias.

- Uma vez caracterizada a adesão do indivíduo à estratégia, o seguimento clínico e a dispensação poderão ser trimestrais (a cada 90 dias).
- As dispensações subsequentes de antirretroviral (ARV) não serão automáticas, mas dependerão da avaliação e prescrição da profilaxia.

### 7.1 ESQUEMAS ESPECIAIS

- PrEP durante a concepção, gestação e aleitamento
- Estudos demonstram que mulheres HIV negativas, com desejo de engravidar de parceiro soropositivo ou com frequentes situações de potencial exposição ao HIV, podem se beneficiar do uso de PrEP de forma segura, ao longo da gravidez e amamentação, para se proteger e proteger o bebê.
- Sabe-se que o risco de aquisição do HIV aumenta durante a gestação, assim como também é maior o risco de transmissão vertical do HIV quando a gestante é infectada durante a gravidez ou aleitamento. Portanto, devem-se discutir individualmente os riscos e benefícios dessa estratégia para gestantes sob alto risco para infecção pelo HIV.

### 7.2 Armazenamento

Com a finalidade de garantir a segurança e qualidade dos itens até seu recebimento pelos pacientes, é importante armazenar o medicamento em temperatura ambiente (entre 15° e 30°), proteger da luz, do calor e da umidade, além de atentar-se sempre ao número de lote, data de fabricação e validade que fica anexado na embalagem.

Ademais, sob a responsabilidade do farmacêutico, devem ser armazenados em local separado e devidamente identificado. É necessário destacar que um bom controle de estoque também faz parte do sucesso da devida eficácia do esquema profilático.

### - ESQUEMA DE ANTIRRETROVIRAIS PARA A PREP

- O esquema recomendado para uso na PrEP é a combinação dos antirretrovirais fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e entricitabina (FTC), cuja eficácia e segurança foram demonstradas, com poucos eventos adversos associados a seu uso.
- Indica-se uma dose fixa combinada TDF/FTC 300/200mg, um comprimido por dia, via oral,

em uso contínuo.

- Para eficácia da profilaxia em caso de relações sexuais anais, são necessários cerca de 7 (sete) dias de uso de PrEP.
- Para eficácia da profilaxia em caso de relações sexuais vaginais, são necessários aproximadamente 20 (vinte) dias de uso de PrEP.
- Portanto, é necessário orientar o usuário sobre a necessidade de uso do preservativo de barreira e/ou outros métodos de prevenção durante esse período.
- A primeira dispensa deverá ser para 30 dias e a segunda para 60 ou 90 dias.
- Uma vez caracterizada a adesão do indivíduo à estratégia, o seguimento clínico e a dispensação poderão ser trimestrais (a cada 90 dias).
- As dispensações subseqüentes de antirretroviral (ARV) não serão automáticas, mas dependerão da avaliação e prescrição da profilaxia.

#### • Esquemas especiais

- PrEP durante a concepção, gestação e aleitamento
- Estudos demonstram que mulheres HIV negativas, com desejo de engravidar de parceiro soropositivo ou com frequentes situações de potencial exposição ao HIV, podem se beneficiar do uso de PrEP de forma segura, ao longo da gravidez e amamentação, para se proteger e proteger o bebê.
- Sabe-se que o risco de aquisição do HIV aumenta durante a gestação, assim como também é maior o risco de transmissão vertical do HIV quando a gestante é infectada durante a gravidez ou aleitamento. Portanto, devem-se discutir individualmente os riscos e benefícios dessa estratégia para gestantes sob alto risco para infecção pelo HIV.
- Recomenda-se também que o(a) parceiro(a) soropositivo(a) esteja em tratamento e com carga indetectável, durante o período de planejamento reprodutivo.

## 8. ACOMPANHAMENTO

O seguimento clínico compreende o acompanhamento regular do uso da PrEP e busca garantir o uso seguro e benéfico da profilaxia ao longo do tempo.

Nas consultas de seguimento, deve-se avaliar com o auxílio dos formulários do anexo 1:

- › Acompanhamento clínico e laboratorial;
- › Avaliação de eventos adversos ;
- › Avaliação de adesão, de exposições de risco e orientações sobre prevenção;
- › Quando interromper a PrEP.

### 8.1 Acompanhamento clínico e laboratorial

Uma vez que a PrEP é iniciada, deve-se realizar seguimento clínico e laboratorial a cada três meses.

A primeira dispensa deverá ser para 30 dias e a segunda para 60 ou 90 dias. Uma vez caracterizada a adesão do indivíduo à estratégia, o seguimento clínico e a dispensação poderão ser trimestrais (a cada 90 dias).

As dispensações subsequentes de ARV não serão automáticas, mas dependerão da avaliação médica e prescrição da profilaxia.

A realização de TR para HIV a cada visita trimestral é obrigatória.

Durante o acompanhamento clínico, deve-se atentar para a possibilidade de infecção aguda pelo HIV, alertando a pessoa quanto aos principais sinais e sintomas, e orientando-a a procurar imediatamente o serviço de saúde na suspeita de infecção.

Em caso de suspeita de infecção aguda, deve-se interromper imediatamente a PrEP e realizar a carga viral do HIV.

A função renal necessita ser regularmente avaliada, pela dosagem de creatinina sérica e urinária para o cálculo do ClCr, devido à possibilidade de dano renal associado ao TDF.

**Quadro 5 - Seguimento de usuários de PrEP**

<b>Avaliações</b>	<b>Periodicidade</b>
Sinais e sintomas de infecção aguda	Trimestral (toda consulta de PrEP)
Peso do paciente	Trimestral
Eventos adversos à PrEP	Trimestral



Exposições de risco	Trimestral
Dispensação de ARV após a prescrição	Trimestral
Continuidade de PrEP	Trimestral
<b>Exames</b>	<b>Periodicidade</b>
Teste para HIV	Após um mês do início da PrEP e a seguir trimestralmente
Teste para Sífilis	Trimestral
Identificação de outras IST	Semestral
Teste para Hepatite B	Anual, conforme avaliação inicial
Teste para Hepatite C	Trimestral, conforme avaliação inicial
Monitoramento da função renal	Anual ou semestral, em caso de comorbidades
Teste de gravidez	Trimestral (ou quando necessário)
Dispensação de ARV após a prescrição	Trimestral
Continuidade de PrEP	Trimestral

**Quadro 6 - Possíveis interações medicamentosas envolvendo a PrEP**

<b>Anti-inflamatórios</b>	
Ácido acetilsalicílico Ibuprofeno Naproxeno	Evitar
<b>Antiarrítmicos</b>	
Cloridrato de amiodarona	Cautela
<b>Anticonvulsivante</b>	
Topiramato	Evitar
<b>Antidepressivos</b>	
Carbonato de lítio	Evitar

<b>Antifúngicos</b>	
Anfotericina B	Evitar
Cetoconazol Itraconazol	Cautela
<b>Antiprotozoários</b>	
Isetionato de pentamidina Pirimetamina	Evitar
<b>Antivirais</b>	
Aciclovir	Evitar
Ledipasvir Sofosbuvir Velpatasvir	Cautela
<b>Bloqueadores de canal de cálcio</b>	
Cloridrato de verapamil	Cautela
<b>Citotóxicos</b>	
Metotrexato	Evitar
<b>Anti-hipertensivos e agentes cardiovasculares</b>	
Furosemida	Cautela
Cloridrato de hidralazina	Evitar
<b>Imunossupressores</b>	
Ciclosporina Micofenolato de mofetila	Cautela
Sirolimo Tacrolimo	

Fonte: Brasil, 2022 (Adaptado)

#### 9.4 Quando interromper a PrEP

A PrEP deverá ser interrompida nos seguintes casos:

- › Diagnóstico de infecção pelo HIV;
- › Desejo da pessoa de não mais utilizar a medicação;
- › Mudança no contexto de vida, com importante diminuição da frequência de práticas sexuais com potencial risco de infecção;
- › Persistência ou a ocorrência de eventos adversos relevantes;

› Baixa adesão à PrEP, mesmo após abordagem individualizada de adesão.

Caso tenha havido relações sexuais com potencial risco de infecção pelo HIV, recomenda-se que o usuário mantenha o uso de PrEP por um período de 30 dias, a contar da data da potencial exposição, antes de interromper seu uso.

Para usuários que interromperem o uso de PrEP, orienta-se:

› Realização de teste anti-HIV no período de 4 semanas após a interrupção da profilaxia.

Se uma pessoa usando PrEP tiver o diagnóstico de infecção pelo HIV, recomenda-se interromper imediatamente a PrEP, realizar exame de carga viral e genotipagem pré tratamento e iniciar logo que possível a TARV, conforme recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.

Indivíduos portadores de hepatite B em uso de PrEP devem ser avaliados anteriormente pelo clínico responsável pelo tratamento, antes de interromperem a profilaxia. A suspensão da PrEP em pessoas com doença hepática pelo HBV pode levar a flare das enzimas hepáticas e descompensação hepática e óbito em pacientes cirróticos.

No momento da decisão de descontinuação da PrEP, deve-se documentar o status sorológico da pessoa que estava em uso de PrEP, a adesão até então, as razões para descontinuidade do medicamento e situações de risco.

Deve-se esclarecer também a importância de o usuário utilizar outros métodos preventivos e se testar regularmente para HIV e outras IST, além da possibilidade de retomar o uso da PrEP, caso ainda ocorram ou voltem a ocorrer situações de maior chance de exposição ao HIV ou de utilizar a PEP em situações de exposições pontuais.

Se a pessoa desejar reiniciar a profilaxia após um período de interrupção, deve-se realizar novamente a abordagem inicial, verificar critérios de elegibilidade e reintroduzir o medicamento.

## **V. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:**

Poucas atividades de cuidado de usuários de PrEP são privativas de categorias profissionais, como a avaliação clínica e a prescrição do ARV. Isso possibilita que a

atribuição de responsabilidades no atendimento seja realizada de acordo com o protocolo institucional e a especificidade de cada profissional pertencente à equipe.

Frente a importância da atuação de cada um dos profissionais da equipe multidisciplinar é fundamental que todos os envolvidos com a PrEP trabalhem em prol do(a) usuário(a). Esse trabalho deve ser estabelecido na perspectiva da transdisciplinaridade, sem hierarquização, para que não haja sobreposição de tarefas nem repetição de informações ao(a) usuário(a), devendo o esforço da equipe ter como objetivo o bem-estar e a melhor adesão do indivíduo à PrEP com um atendimento mais ágil e resolutivo. A equipe deve incluir: Médico(a), Técnico de Enfermagem, Enfermeiro e Farmacêutico(a).

### **1. ATENDIMENTO MÉDICO**

Qualquer profissional médico pode prescrever a medicação utilizada na PrEP, não sendo necessário que se trate de especialista em doenças infecciosas ou em HIV/aids. O profissional é também responsável por realizar a avaliação clínica em HIV e IST, tanto nos atendimentos iniciais como durante o seguimento do(a) usuário(a) de PrEP.

### **2. ATENDIMENTO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

Os profissionais de enfermagem podem conduzir as coletas e testagens de HIV, hepatites virais e exames bioquímicos (creatinina sérica). Também podem realizar os procedimentos de verificação de sinais vitais, listar medicamentos em uso, registrar alergias e levantar as motivações e necessidades do(a) usuário(a) durante a visita. Podem, ainda, realizar as vacinações para hepatite B ou avaliação de sinais e sintomas sugestivos de IST.

### **3. ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM E ORIENTAÇÕES EM PREP**

As três finalidades centrais das orientações para o uso da PrEP e a combinação de diferentes métodos preventivos são:

1. Realizar avaliação das exposições de risco ao HIV para a escolha do método preventivo mais adequado às necessidades do(a) usuário(a);



2. Identificar e orientar as condições para aumentar a adesão à PrEP.
3. Acompanhar o uso da PrEP, incluindo atenção a potenciais efeitos adversos e auxílio para gestão de risco sexual. Em princípio, não há conteúdos fixos previamente estabelecidos. A ficha de primeiro atendimento para PrEP, disponibilizada no Siclom (Anexo 1), pode ser usada como um roteiro para a abordagem de avaliação inicial do candidato à PrEP.

#### **4. ATENDIMENTO FARMACÊUTICO**

Os profissionais farmacêuticos são responsáveis pela organização do estoque e dispensação do medicamento utilizado. Uma de suas responsabilidades em relação à PrEP consiste em assegurar que haja fornecimento contínuo da medicação e que a farmácia seja mantida dentro das normas de segurança e funcionamento, incluindo o controle de temperatura a menos de 30°C e os procedimentos-padrão de dispensação.

Além disso, espera-se que o profissional realize a atenção farmacêutica, buscando maior vínculo com o(a) usuário(a), bem como possa responder questões sobre efeitos adversos e interações medicamentosas, colaborando para a melhor adesão e o uso correto da PrEP.



## REFERÊNCIAS

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. **Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

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, 2018. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_profilaxia\\_pre\\_exposicao\\_risco\\_infeccao\\_hiv.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pre_exposicao_risco_infeccao_hiv.pdf). Acesso em: 02 set. 2022

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, 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2017/hiv-aids/pcdt-prep\\_final\\_09\\_08\\_2022\\_web.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2017/hiv-aids/pcdt-prep_final_09_08_2022_web.pdf). Acesso em: 02 set. 2022

Governo de Santa Catarina. Nota informativa conjunta nº 013/2021

MELO, Eduardo Alves; MAKSDUD, Ivia; AGOSTINI, Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no sistema único de saúde?. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 42, p. 1-5, out. 2018. Pan American Health Organization.  
<http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.151>. Disponível em:  
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e151/pt>. Acesso em: 30 ago. 2022.



**ANEXO 1 - DE FICHAS CADASTRO E ATENDIMENTO**

01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS – PrEP				AGOSTO/2021
1 - CPF*		2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde		3 - Prontuário
				4 - Identificação Preferencial do Usuário <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*				
6 - Nome Social				
7 - Nome Completo da Mãe*				
8 - Data de Nascimento*		9 - País de Nascimento*		10 - Nacionalidade*
11 - Situação do estrangeiro: <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente			12 - Residência do estrangeiro	
13 - UF*	14 - Cidade de Nascimento*		15 - Pessoa em situação de rua no momento* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	16 - Órgão Genital de Nascimento* <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e Pênis
17 - Orientação Sexual* <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual			18 - Identidade de Gênero* <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não binário	
19 - Raça/cor* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Amarela		20 - Escolaridade <input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos		21 - Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
22 - Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não				
23 - Endereço:				
24 - Bairro				25 - CEP
26 - UF*		27 - Cidade de Residência*		28 - E-mail
29 - Telefone para contato (DDD+Número)			30 - Em atendimento no serviço de saúde* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado	
31 - Responsável pelo Preenchimento Data: __/__/__			32 - Usuário SUS Data: __/__/__	
_____ (carimbo e assinatura)			_____ (assinatura)	



**02 - Ficha de Atendimento para PrEP**

FEVEREIRO/2022

1 - CPF*		2 - CNS - Cartão Nacional de Saúde		3 - Prontuário		4 - Identificação Preferencial do Usuário <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social	
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*							
6 - Nome Social							
7 - Nome Completo da Mãe*							
8 - Data de Nascimento*		9 - Exame para HIV* Tipo <input type="radio"/> Autoteste* <input type="radio"/> Teste rápido <input type="radio"/> Sorologia		Resultado <input type="radio"/> Reagente** <input type="radio"/> Não reagente		Data da realização do exame: ____/____/____	
*O autoteste não está recomendado para início da PrEP **Se reagente a PrEP não está recomendado - Iniciar TARV							
10 - Planejamento Reprodutivo?* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não		11 - Está Gestante?* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/> não se aplica		12 - Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV? * <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não		13 - Serviço de atendimento* <input type="radio"/> Atenção Primária <input type="radio"/> CTA <input type="radio"/> Serviço Especializado <input type="radio"/> Serviço Privado	
<b>AUTO RELATO DE ADESÃO</b>							
14 - Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos da PrEP você deixou de tomar? ____ nº. Comprimidos (0 a 30) <small>*se mais que 1 comprimido, preencher a questão 13</small>							
15 - Nas vezes em que você deixou de tomar os comprimidos da PrEP, qual foi o principal motivo? <input type="checkbox"/> Esquecimento <input type="checkbox"/> Viagem/Fora de casa <input type="checkbox"/> Acabou o medicamento <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Uso abusivo de álcool e/ou outras drogas <input type="checkbox"/> Outro							
<b>CONDUTA FINAL</b>							
16 - Prescrição para PrEP* TDF/FTC - apto para: <input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias				17 - Origem do acompanhamento médico:* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado			
18 - autoteste de HIV para entregar para pares/parcerias sexuais <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5							
19 - Prescritor Data: ____/____/____		CRM: _____		COREN: _____		_____ <small>(Carimbo e assinatura)</small>	
<b>20 - Retirada do medicamento</b>							
1ª dispensação Data: ____/____/____							
Dispensação para ____ dias		_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>		_____ <small>(Assinatura do usuário)</small>			
2ª dispensação Data: ____/____/____							
Dispensação para ____ dias		_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>		_____ <small>(Assinatura do usuário)</small>			
3ª dispensação Data: ____/____/____							
Dispensação para ____ dias		_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>		_____ <small>(Assinatura do usuário)</small>			
4ª dispensação Data: ____/____/____							
Dispensação para ____ dias		_____ <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>		_____ <small>(Assinatura do usuário)</small>			



**02 - Ficha de Primeiro Atendimento para PrEP**

1. Nº do Prontuário	2. Nº do Cartão SUS	3. Data: / /
4. Nome Social (quando aplicável):		5. CPF:
6. Nome Civil:		7. Data de Nascimento:
8. Qual a principal razão da sua vinda a este serviço de saúde hoje? <input type="radio"/> Vim fazer teste de HIV <input type="radio"/> Vim buscar informação/atendimento <input type="radio"/> Vim buscar PEP <input type="radio"/> Vim buscar PrEP (responder 8a e 8b)		
8a. O que o motivou a buscar PrEP? <input type="radio"/> Encaminhado por profissional de saúde/outro serviço <input type="radio"/> Sensibilizado por comunicação impressa / internet / campanha / educador de par / amigo <input type="radio"/> Fui orientado por ONG	8b. Você já usou PrEP anteriormente? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, por meio de Projeto PrEP Brasil <input type="radio"/> Sim, por iniciativa própria (responder 8c) <input type="radio"/> Sim, por meio do projeto Combina (FMUSP)	8c. Há quanto tempo você está em uso ou fez uso de PrEP? _____ meses
<b>Critérios de Elegibilidade para uso de PrEP</b>		
9. Você teve alguma exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas? Se SIM, avaliar PEP. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por relação sexual desprotegida <input type="checkbox"/> Sim, por violência sexual <input type="checkbox"/> Sim, por compartilhamento de seringa e/ou agulha <input type="checkbox"/> Sim, por acidente perfuro-cortante		10. Quantas vezes você usou PEP nos últimos 12 meses? (Inserir quantidade, inclusive se for 0): ( ) Nº de vezes
11. Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas você teve relação sexual? (Inserir a quantidade em todos os campos, inclusive se for 0) ( ) Homens ( ) Mulheres ( ) Mulheres Transexuais ( ) Travestis/ Mulheres travestis ( ) Homens Transexuais		
12. Nos últimos 3 meses, com que frequência você usou preservativo em suas relações sexuais? <input type="radio"/> Nenhuma vez <input type="radio"/> Menos da metade das vezes <input type="radio"/> Metade das vezes <input type="radio"/> Mais da metade das vezes <input type="radio"/> Todas as vezes		
13. Nos últimos 6 meses, você teve algum tipo das seguintes relações sexuais SEM preservativo? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Anal Insertivo (penetrar o ânus) <input type="checkbox"/> Anal Receptivo (ser penetrado/a no ânus) <input type="checkbox"/> Vaginal Insertivo (penetrar a vagina) <input type="checkbox"/> Vaginal Receptivo (ser penetrada na vagina) <input type="checkbox"/> Não se aplica (usou preservativo ou não teve relação sexual)		
14. Nos últimos 6 meses, você teve relação sexual SEM preservativo com parceiras (os) HIV+? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sei <input type="radio"/> Não se aplica (usou preservativo em todas as relações sexuais ou não teve relação sexual)		
15. Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
16. Nos últimos 6 meses, tem ou teve algum sintoma ou foi diagnosticado com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? (Marcar as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Feridas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Feridas no ânus <input type="checkbox"/> Verrugas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Verrugas no ânus <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas no ânus <input type="checkbox"/> Corrimento vaginal ou uretral ou retal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com sífilis <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Gonorréia/Clamídia Retal		
17. Planejamento Reprodutivo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		18. Está Gestante? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica
<b>Avaliação de outros fatores associados à infecção pelo HIV</b>		
19. Nos últimos 3 meses, você bebeu 5 ou mais doses de álcool durante um período de aproximadamente duas horas? Uma dose é o equivalente a uma lata de cerveja/copo de chopp, OU um cálice de vinho OU uma dose (30 ml) de um destilado (vodka, whisky, cachaça, licor, tequila, etc) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
20. Nos últimos 3 meses, quais das seguintes substâncias você usou? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> Cocaína/Pasta de Coca <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Club drugs (ketamina, ecstasy, LSD, GHB, sais de banho, etc) <input type="checkbox"/> Estimulantes para ereção (Sildenafil, Viagra®, Cialis®, Levitra®, Helleval®) <input type="checkbox"/> Solvente <input type="checkbox"/> Não usei nenhuma das substâncias anteriores		
21. Alguma vez você já usou drogas injetáveis? (Apenas uso sem prescrição médica) <input type="radio"/> Não, nunca <input type="radio"/> Sim, nos últimos 3 meses <input type="radio"/> Sim, mas não nos últimos 3 meses		
22. Nos últimos 3 meses você compartilhou instrumentos para uso de anabolizantes/bomba/hormônios/silicone? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
<b>Potenciais critérios de exclusão para uso de PrEP</b>		
23. Nos últimos 30 dias, você teve algum episódio de febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor no corpo ou manchas vermelhas? (Se sim, avaliar suspensão da PrEP e investigar infecção viral aguda) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
24. Tem histórico de fratura óssea não relacionada a trauma? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe		
25. Tem histórico de doença renal ou outras doenças crônicas? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe		
26. O usuário ASSINOU o termo de consentimento livre e esclarecido do protocolo ImPrEP, sobre o monitoramento da implementação da PrEP no SUS, autorizando que seus dados sejam utilizados sob anonimato e sigilo pelo estudo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica		
<b>Exame de Elegibilidade</b>		<b>Data da Coleta</b>
27. Teste Rápido de HIV realizado hoje		Resultado do Exame <input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente
28. Vacinação para Hepatite B: <input type="radio"/> Esquema Completo (3 doses em carteirinha ou Anti-Hbs reagente) <input type="radio"/> Encaminhado para vacinação <input type="radio"/> Não Realizado/Indisponível		
29. Conduta do Atendimento: <input type="radio"/> Encaminhamento para exames e para PrEP (ver lista de exames* no verso) <input type="radio"/> Encaminhamento para avaliação de PEP <input type="radio"/> Investigar possível janela imunológica <input type="radio"/> Não é elegível para PrEP <input type="radio"/> Outras condições clínicas e/ou de saúde que contraindicam uso de PrEP		
30. Prescrição: <input type="radio"/> TDF/FTC para 30 dias Data da Prescrição: ____/____/____		31. Médico: CRM: _____ Assinatura: _____
32. Assinatura do usuário(a): _____		



**03 - Ficha de Retorno 30 dias – PrEP**  
(30 dias após a 1ª Dispensação)

1. Nº do Prontuário	2. Nº do Cartão SUS	3. Data: ___/___/___
4. Nome Social (se aplicável):		5. Data de Nascimento:
6. Nome Civil:		7. CPF:
<b>POTENCIAL CRITÉRIO DE EXCLUSÃO PARA USO DE PrEP</b>		
8. Nos últimos 30 dias, você teve algum episódio de febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor no corpo ou manchas vermelhas? (Se sim, Avaliar suspensão da PrEP e investigar infecção viral aguda). <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
<b>EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PrEP</b>		
9. Desde a última visita sentiu algum mal-estar ou desconforto relacionado ao uso da PrEP? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, diarreia <input type="checkbox"/> Sim, flatulência <input type="checkbox"/> Sim, náuseas <input type="checkbox"/> Sim, vômitos <input type="checkbox"/> Sim, dor abdominal <input type="checkbox"/> Sim, outro		
9a. Se sim, esse(s) sinal(is) ou sintoma(s) persistem nesta visita? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica		
<b>AUTO RELATO DE ADESAO</b>		
10. Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos da PrEP você deixou de tomar? ( ) no. Comprimidos (0 a 30)		
11. Nas vezes em que você deixou de tomar os comprimidos da PrEP, qual foi o principal motivo? <input type="checkbox"/> Esquecimento <input type="checkbox"/> Viagem/Fora de casa <input type="checkbox"/> Acabou o medicamento <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Não deixei de tomar <input type="checkbox"/> Outro		
<b>RESULTADO DOS EXAMES DE TRIAGEM</b>		
<b>Exames</b>	<b>Data da Coleta</b>	<b>Resultado do Exame</b>
12a. Teste Treponêmico para Sífilis (Ex: TR, EQL, ELISA)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
12b. Teste Não Treponêmico para Sífilis (Ex: VDRL, RPR)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível 1/□ (Titulação)
13. Confirmado diagnóstico de Sífilis Ativa		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
14. Identificação de Clamídia		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
15. Identificação de Gonococo		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
16. Teste para Hepatite B (HBsAg)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado
17. Sorologia Anti-HBs quantitativa		<input type="radio"/> Igual ou acima de 10 UI/mL <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> Não detectável ou abaixo de 10 UI/mL
18. Teste para Hepatite C (Anti-HCV)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado
19. Avaliação de Proteinúria		<input type="radio"/> Ausência <input type="radio"/> Presença <input type="radio"/> Não realizado
20. Enzimas Hepáticas (AST/ALT)		<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado <input type="radio"/> Não realizado
<b>Exames de Segurança</b>	<b>Data da Coleta</b>	<b>Resultado do Exame</b>
21. Teste Rápido de HIV realizado hoje		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente
22. Resultado de Carga Viral do HIV		<input type="radio"/> Detectável <input type="radio"/> Não detectável <input type="radio"/> Não realizada/Indisponível
23.1. Creatinina Sérica da Triagem		
23.2. Idade (em anos completos)		_____ anos
23.3. Peso (Kg)		_____ Kg
23.4. Resultado		
23. *Cálculo do Clearance de Creatinina estimada		<input type="radio"/> < 60 ml/min <input type="radio"/> ≥ 60 ml/min <input type="radio"/> Indisponível
*Sugestão para cálculo de Creatinina = $\frac{((140 - \text{Idade}) \times \text{Peso(kg)})}{(\text{Creatinina Sérica} \times 72)}$ . Se mulher, multiplicar por 0.85. Se clearance de creatinina < 60ml/min, NÃO indicar PrEP. Há outros aplicativos que podem ser igualmente usados para fazer tal cálculo, como MDRD.		
24. Vacinação para Hepatite B: <input type="radio"/> 1ª dose <input type="radio"/> 2ª dose <input type="radio"/> Esquema Completo (3 doses em carteirinha ou Anti-HBs reagente) <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível		
<b>CONDUTA FINAL</b>		
25. O(A) usuário(a) continuará utilizando PrEP? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não, devido a teste HIV reagente <input type="radio"/> Não, devido à alteração em outros exames <input type="radio"/> Não, por baixa adesão ao medicamento <input type="radio"/> Não, devido a eventos adversos <input type="radio"/> Não, por decisão do usuário <input type="radio"/> Não, por suspeita de infecção viral aguda		
26. Prescrição para PrEP: TDF/FTC apto para <input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias		
27. Médico: Data da Prescrição: ___/___/___ CRM: _____ <small>(Carimbo e assinatura)</small>		
28. Usuário(a): Data ___/___/___ Dispensado para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small> Data ___/___/___ Dispensado para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small> Data ___/___/___ Dispensado para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>		



**04 - Ficha de Acompanhamento Clínico em PrEP**

1. N° do Prontuário:	2. N° do Cartão SUS:	3. Data: / /
4. Nome Social (se aplicável):	5. Data de Nascimento:	
6. Nome Civil:	7. CPF:	
8. Esta é uma visita de intercorrência (anterior ao prazo estabelecido para retorno)? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim (responder 8a)		
8a. Qual o motivo da visita de intercorrência? <input type="checkbox"/> Evento Adverso <input type="checkbox"/> Suspeita de Infecção Viral Aguda <input type="checkbox"/> Confirmação de Soroconversão <input type="checkbox"/> Substituição de frasco da medicação <input type="checkbox"/> IST		
<b>AVALIAÇÃO DE RISCO ASSOCIADO À INFECÇÃO PELO HIV</b>		
9. Nos últimos 30 dias, você teve algum episódio de febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor no corpo ou manchas vermelhas? (Se sim, avaliar suspensão da PrEP e pesquisa adicional de infecção viral aguda). <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
10. Nos últimos 3 meses, tem ou teve algum sintoma ou foi diagnosticado com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? (Marcar as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Feridas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Feridas no ânus <input type="checkbox"/> Verrugas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Verrugas no ânus <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas no ânus <input type="checkbox"/> Corimento vaginal ou uretral ou retal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira <input type="checkbox"/> Foi diagnosticado com sífilis <input type="checkbox"/> Foi diagnosticado com Gonorréia/Clamídia Retal		
11. Nos últimos 3 meses com quantas pessoas você teve relação sexual? (Inserir a quantidade, inclusive se for 0) ( ) Homens ( ) Mulheres ( ) Mulheres-Transsexuais ( ) Travestis/Mulheres travestis ( ) Homens Transsexuais		
12. Nos últimos 3 meses, com que frequência você usou preservativo em suas relações sexuais? <input type="radio"/> Nenhuma vez <input type="radio"/> Menos da metade das vezes <input type="radio"/> Metade das vezes <input type="radio"/> Mais da metade das vezes <input type="radio"/> Todas as vezes		
13. Nos últimos 3 meses, você teve algum tipo das seguintes relações sexuais SEM preservativo? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Anal Insertivo (penetrar o ânus) <input type="checkbox"/> Anal Receptivo (ser penetrado/a no ânus) <input type="checkbox"/> Vaginal Insertivo (penetrar a vagina) <input type="checkbox"/> Vaginal Receptivo (ser penetrada na vagina) <input type="checkbox"/> Não se aplica (usou preservativo ou não teve relação sexual)		
14. Nos últimos 3 meses, você bebeu 5 ou mais doses de álcool durante um período de aproximadamente duas horas? Uma dose é o equivalente a uma lata de cerveja/copo de chopp, OU um cálice de vinho OU uma dose (30 ml) de um destilado (vodka, whisky, cachaça, licor, tequila, etc). <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
15. Nos últimos 3 meses, quais das seguintes substâncias você usou? (Pode marcar mais de uma opção) <input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> Cocaína/Pasta de Coca <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Club drugs (ketamina, ecstasy, LSD, GHB, sais de banho, etc) <input type="checkbox"/> Solvente <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Estimulantes para ereção (Sildenafil, Viagra®, Cialis®, Levitra®, Helleva®) <input type="checkbox"/> Não usou nenhuma das substâncias		
16. Você fez uso de drogas injetáveis nos últimos 3 meses? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
<b>EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PrEP</b>		
17. Desde a última visita sentiu algum mal estar ou desconforto relacionado ao uso da PrEP? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, diarreia <input type="checkbox"/> Sim, flatulência <input type="checkbox"/> Sim, náuseas <input type="checkbox"/> Sim, vômitos <input type="checkbox"/> Sim, dor abdominal <input type="checkbox"/> Sim, outro		
17a. Se sim, esse(s) sinal(is) ou sintoma(s) persistem nesta visita? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica		
<b>AUTO RELATO SOBRE ADESÃO</b>		
18. Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos de PrEP você deixou de tomar? ( ) no. comprimidos		
19. Nas vezes em que você deixou de tomar os comprimidos de PrEP, qual foi o principal motivo? <input type="checkbox"/> Esquecimento <input type="checkbox"/> Viagem/Fora de casa <input type="checkbox"/> Acabou o medicamento <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Não deixou de tomar <input type="checkbox"/> Outro.		
<b>Exames de Seguimento</b>	<b>Data da Coleta</b>	<b>Resultados dos Exames trimestrais</b>
20a. Teste Treponêmico para Sífilis (Ex: TR, ELISA)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
20b. Teste Não Treponêmico para Sífilis (Ex: VDRL, RPR)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível 1/□ (Titulação)
21. Confirmado diagnóstico de Sífilis Ativa		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
22. Identificação de Clamídia		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
23. Identificação de Gonococo		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
24. Teste para Hepatite B (HBsAg)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado
25. Sorologia Anti-HBs quantitativa		<input type="radio"/> Igual ou acima de 10 UI/mL <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> Não detectável ou abaixo de 10 UI/mL
26. Teste para Hepatite C (Anti-HCV)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado
27. Avaliação de Proteinúria		<input type="radio"/> Ausência <input type="radio"/> Presença <input type="radio"/> Não realizado
28. Enzimas Hepáticas (AST/ALT)		<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado <input type="radio"/> Não realizado
<b>Exames de Segurança</b>		<b>Resultado do Exame</b>
29. Teste Rápido de HIV realizado hoje		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente
30.1. Creatinina Sérica		
30.2. Idade (em anos completos)		_____ anos
30.3. Peso (Kg)		_____ Kg
30.4. Resultado		
30. *Cálculo do Clearance de Creatinina estimado:		<input type="radio"/> < 60 ml/min <input type="radio"/> ≥ 60 ml/min
*Sugestão para cálculo de C <sub>Cr</sub> = [(140 - Idade) x Peso(kg)] / (Creatinina Sérica x 72). Se mulher, multiplicar por 0,85. Se menor que 60ml/min, ineligível p PrEP		
31. Vacinação para Hepatite B: <input type="radio"/> 1ª dose <input type="radio"/> 2ª dose <input type="radio"/> Esquema Completo (3 doses em carteirinha ou Anti-Hbs reagente) <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível		

**CONDUTA FINAL**

32. O(A) usuário(a) continuará utilizando PrEP? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não, devido a teste HIV reagente <input type="radio"/> Não, devido à alteração em outros exames <input type="radio"/> Não, por baixa adesão ao medicamento <input type="radio"/> Não, devido a eventos adversos <input type="radio"/> Não, por decisão do usuário <input type="radio"/> Não, por suspeita de infecção viral aguda		
33. Prescrição para PrEP: TDF/FTC apto para <input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias		
34. Médico: Data da Prescrição: / / CRM: _____ <span style="float: right;">(Assinatura e carimbo)</span>		
35. Usuário(a): Data: / / Dispensado para _____ dias <span style="float: right;">(Assinatura do usuário)</span>		



## ANEXO 2 - UNIDADES DE REFERÊNCIA PARA A DISPENSA DA PrEP



### UNIDADES DE REFERÊNCIAS DISPENSAÇÃO DA PrEP EM CADA DISTRITO DE BELÉM-PA

#### UNS TELÉGRAFO

dispensa para:

- ✓ USF Canal da Visconde
- ✓ USF Galo 1 e 2
- ✓ USF Barreiro 1 e 2
- ✓ USF CDP
- ✓ ESF Telégrafo
- ✓ USF São Joaquim
- ✓ USF Mucajá
- ✓ ESF Sacramento
- ✓ UMS Sacramento
- ✓ USF Vila da Barca
- ✓ UMS Vila da Barca
- ✓ UMS Paraíso dos Pássaros
- ✓ UMS Providência

  **Belém**  
Prefeitura da *nossa gente*



### UNIDADES DE REFERÊNCIAS DISPENSAÇÃO DA PrEP EM CADA DISTRITO DE BELÉM-PA

#### UNS GUANÁ

dispensa para:

- ✓ ESF Radional 2
- ✓ UBS Condor
- ✓ UMS Condor
- ✓ UMS Fátima
- ✓ UMS Cremação
- ✓ USF Portal da Amazônia
- ✓ UMS Jurunas
- ✓ ESF Riacho Doce

#### UNS TERRA FIRME

dispensa para:

- ✓ USF Terra Firme
- ✓ USF Parque Amazônia 1 e 2
- ✓ UMS Curió
- ✓ UMS Fátima

  **Belém**  
Prefeitura da *nossa gente*

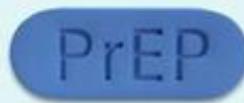


## UNIDADES DE REFERÊNCIAS DISPENSAÇÃO DA **PrEP** EM CADA DISTRITO DE BELÉM-PA

### UNMS NARANBAIA

dispensa para:

- ✓ UMS Águas Lindas
- ✓ ESF Águas Lindas
- ✓ UMS Tavares Bastos
- ✓ USF Águas Lindas
- ✓ USF Água Cristal
- ✓ ESF Souza
- ✓ USF Malvinas



### UNMS SATÉLITE

dispensa para:

- ✓ ESF Tenoné 1 e 2
- ✓ ESF Tapanã 1, 2 e 3
- ✓ ESF Parque Guajará
- ✓ UMS Tapanã
- ✓ UMS Sideral
- ✓ UMS Maguari

## UNIDADES DE REFERÊNCIAS DISPENSAÇÃO DA **PrEP** EM CADA DISTRITO DE BELÉM-PA



### UNMS BENGUI 1

dispensa para:

- |                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| ✓ ESF Pratinha 1 e 2 | ✓ ESF Carmelândia     |
| ✓ UMS Pratinha       | ✓ UMS Cabanagem       |
| ✓ UMS Bengui 1       | ✓ UMS Sideral         |
| ✓ Esf Mangueirão     | ✓ ESF Cristo Redentor |
| ✓ ESF Panorama XXI   | ✓ ESF Una             |
| ✓ ESF Parque Verde   |                       |



## UNIDADES DE REFERÊNCIAS DISPENSAÇÃO DA **PrEP** EM CADA DISTRITO DE BELÉM-PA

### UNS ICOARACI

dispensa para:

- ✓ ESF Agulha
- ✓ ESF Águas Negras
- ✓ ESF Paracuí 1 e 2
- ✓ ESF Eduardo Angelin
- ✓ ESF Quinta dos Paricas
- ✓ ESF Fidelis
- ✓ ESF Fama
- ✓ ESF Outeiro

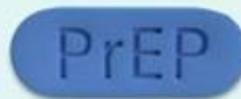


## UNIDADES DE REFERÊNCIAS DISPENSAÇÃO DA **PrEP** EM CADA DISTRITO DE BELÉM-PA

### HOSPITAL GERAL DE NOSQUEIRO

dispensa para:

- ✓ ESF Carananduba
- ✓ ESF Sucurijuquara
- ✓ ESF Baia do Sol
- ✓ UMS Baia do Sol
- ✓ ESF Furo das Marinhas



### UNS COTIJUBA

dispensa para:

- ✓ ESF Cotijuba

### UBS COMBU

dispensa para:

- ✓ Combu



## APÊNDICE 1- CARTILHA



### FICHA TÉCNICA

**Prefeitura Municipal de Belém**  
EDMILSON BRITO RODRIGUES  
EDILSON MOURA DA SILVA

**Secretaria Municipal de Saúde**  
MAURÍCIO CÉSAR SOARES BEZERRA

**Coordenação**  
CAMILO EDUARDO ALMEIDA PEREIRA  
TAMILIS FEITOSA LEAL  
VITTOR NINA DE LIMA  
JULIANA LAVAREDA SALES

**Elaboração**  
CARLA QUARESMA DURÃES DE SOUSA  
EDUARDA BARBOSA EVANGELISTA DE SOUSA  
INGRED AMANDA BRITO DA SILVA  
GABRIELE DO NASCIMENTO LIMA  
NAELLEM FILOCREÃO BATISTA PORTILHO GOMES  
SAMYA PUREZA DA SILVA

**Revisão**  
ANDRÉ VILHENA DA SILVA  
EDGAR RAMOS BARRA

**Belém**  
Prefeitura da *nossa gente*



## O QUE É PREP?

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP, do inglês Pre-Exposure Prophylaxis), consiste no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV, e vem como uma estratégia adicional nova de prevenção disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de reduzir a transmissão do HIV.

## QUEM PODE FAZER O USO DA PREP?

- ✓ Usuários que demonstram interesse pela profilaxia;
- ✓ Pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal  $\geq$  a 35kg;
- ✓ Pessoas sexualmente ativas;
- ✓ Populações-chave (quadro 1);
- ✓ Pessoas que apresentam contextos de risco aumentado de infecção por HIV.



QUADRO 1 - POPULAÇÕES-CHAVE QUE APRESENTAM RISCO AUMENTADO DE INFECÇÃO	DEFINIÇÃO
Guys e outros homens que fazem sexo com homens (GSM)	Homens que se relacionam sexualmente e/ou afetivamente com outros homens
Pessoas trans	Pessoas que expressam um gênero diferente do sexo definido ao nascimento. Nesta definição são incluídos homens e mulheres transsexuais, transgêneros, travestis e outras pessoas com gêneros não binários
Profissionais do sexo	Homens, mulheres e pessoas trans que recebem dinheiro ou benefícios em troca de serviços sexuais, regular ou ocasionalmente
Parceiros sorodiscordantes para o HIV	Parceria heterossexual ou homossexual na qual uma das pessoas é infectada pelo HIV e outra não
Pessoas que usam drogas	Indivíduos que são usuários ou dependente de drogas, exceto álcool e maconha

Nota: O pertencimento de um indivíduo a população-chave não é suficiente para caracterizá-lo com exposição frequente ao HIV, para isso é necessário observar se possui contextos de risco aumentado de aquisição do vírus.

Fonte: DIAH/SVS/MS (Adaptado).

#### QUADRO 2 - CONTEXTOS DE RISCO AUMENTADO DE AQUISIÇÃO DE HIV

Repetição de práticas sexuais anais ou vaginais com penetração sem o uso do preservativo
Frequência de relações sexuais com parcerias eventuais
Quantidade e diversidade de parcerias sexuais
Histórico de episódios de IST
Busca repetida por PEP
Contextos de relações sexuais em troca de dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia etc.
Chemsex: prática sexual sob a influência de drogas psicoativas (metanfetaminas, gama-hidroxi-butilato – GHB, MDMA, cocaína, poppers)
com a finalidade de melhorar ou facilitar as experiências sexuais

Fonte: Brasil, 2022



## CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pessoas que apresentem resultado de teste de HIV positivo e Clearance de creatinina (ClCr) estimado abaixo de 60 mL/min.



## QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS DA PrEP?

A PrEP é eficaz e oferece um grau de proteção contra a infecção pelo HIV superior a 90%, quando tomada regularmente. É segura, a maioria dos usuários não apresenta reações adversas e, quando apresentam, estas tendem a desaparecer com o tempo.

### ATENÇÃO!

A PrEP não protege de outras infecções sexualmente transmissíveis (tais como sífilis, clamídia e gonorreia), mas o preservativo pode preveni-las.

Desse modo, a pessoa terá mais proteção contra o HIV e outras infecções sexuais se tomar a PrEP diariamente e usar preservativos durante as relações sexuais.



## AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

AVALIAÇÃO INICIAL
Abordagem sobre gerenciamento de risco e vulnerabilidade
Avaliação do entendimento e motivação para início da PrEP
Avaliação da indicação de uso imediato de PrEP em caso de exposição recente (72hs)
Exclusão da possibilidade de infecção pelo HIV
Identificação e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST)
Testagem para hepatites virais B e C
Vacinação para hepatite B
Avaliação das funções renal e hepática
Avaliação do histórico de fraturas patológicas

Fonte: DIAHV/SVS/MS





## AVALIAÇÃO LABORATORIAL INICIAL

EXAMES DE TRIAGEM	
EXAME	MÉTODO
Teste para HIV	Teste rápido (TR) para HIV, utilizando amostra de sangue
Teste para sífilis	Teste treponêmico de sífilis (ex. teste rápido)
Identificação de outras Ist's	Pesquisa em urina ou secreção genital (utilizar metodologia disponível na rede. Ex. cultura)
Teste para hepatite B	Pesquisa de HBsAg (ex. teste rápido) e Anti-HBs
Teste para hepatite C	Pesquisa de Anti-HCV (ex. teste rápido)
Função renal	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

## ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL PARA PrEP

Os candidatos clinicamente elegíveis à PrEP poderão iniciá-la após o teste negativo para HIV, realizado preferencialmente no mesmo dia de início da profilaxia.

O esquema disponível no SUS para uso da PrEP é a combinação de tenofovir associado a entricitabina, em dose fixa combinada TDF/FTC 300/200mg, um comprimido por dia, via oral, em uso contínuo.

Para relações anais, são necessários cerca de 7 (sete) dias de uso de PrEP para alcançar a proteção. Para relações vaginais, são necessários aproximadamente 20 (vinte) dias de uso. Nesse período é indispensável a utilização de barreira de proteção.





## QUANDO INTERROMPER A PrEP?

A PrEP deverá ser interrompida nos seguintes casos:

- ✓ Diagnóstico de infecção pelo HIV;
- ✓ Desejo da pessoa de não mais utilizar a medicação;
- ✓ Mudança no contexto de vida, com importante diminuição da frequência de práticas sexuais com potencial risco de infecção;
- ✓ Persistência ou a ocorrência de eventos adversos relevantes;
- ✓ Baixa adesão à PrEP, mesmo após abordagem individualizada de adesão;
- ✓ Caso tenha havido relações sexuais com potencial risco de infecção pelo HIV, recomenda-se que o usuário mantenha o uso de PrEP por um período de 30 dias, a contar da data da potencial exposição, antes de interromper seu uso.

## FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA DISPENSAÇÃO DA PrEP NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PARÁ





## REFERÊNCIAS

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. 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, 2018. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_profilaxia\\_pre\\_exposicao\\_risco\\_infeccao\\_hiv.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pre_exposicao_risco_infeccao_hiv.pdf). Acesso em: 02 set. 2022

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. 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, 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2017/hiv-aids/pcdt-prep\\_final\\_09\\_08\\_2022\\_web.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2017/hiv-aids/pcdt-prep_final_09_08_2022_web.pdf). Acesso em: 02 set. 2022

**SESMA**  
Secretaria de  
**Saúde**



**Belém**  
Prefeitura da *nossa gente*