

Novos fluxos de oferta de PrEP

Secretaria de Vigilância
em Saúde - SVS | Ministério
da Saúde

Departamento de Doenças de Condições
Crônicas e Infecções Sexualmente
Transmissíveis (DCCI)

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
15 de Novembro de 1889

Cenário Atual

- 40 mil novas infecções/ano (41.919 em 2019)
- 100 mil não conhecem sua condição sorológica
- 666.115 PVHIV em TARV¹
- 57.127 GAP de Tratamento²
- 39.653 PVHIV com CV detectável²
- 120.473 PVHIV em abandono acumulado de TARV²
- 926 GVHIV com CV detectável²
- 920 mil pessoas vivendo com HIV no Brasil

O que é SEXO SEGURO?

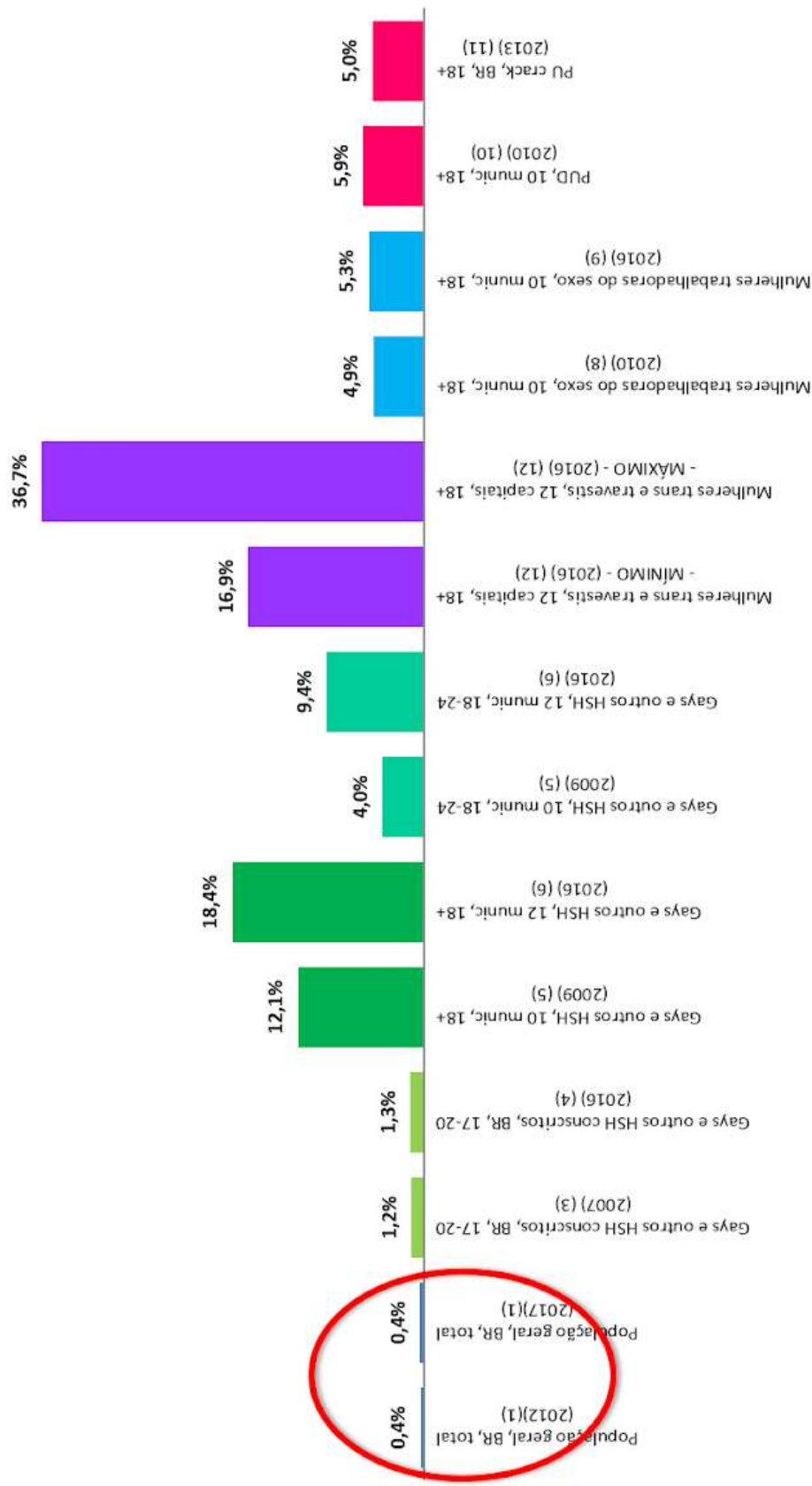
Sexo seguro

- ✓ Usar preservativo e gel lubrificante
- ✓ Imunização
- ✓ Conversar com a(s) parceria(s) sobre a sorologia
- ✓ Testar regularmente para HIV e IST
- ✓ Tratamento do HIV como Prevenção
- ✓ Preventivo colo de útero
- ✓ Conhecimento e acesso à anticoncepção e concepção planejada
- ✓ Profilaxia Pré-exposição (PrEP)
- ✓ Profilaxia Pós-exposição (PEP)
- ✓ Sexo consentido e sem violência

O melhor sexo
com o menor
risco possível!

PrEP

Prevalência de HIV População Chave. Brasil, 2007-2016



Sources: (1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Brasília, 2016; (2) Pereira et al. Transitioning from antenatal surveillance surveys to routine HIV testing: a turning point in the mother-to-child transmission prevention programme for HIV surveillance in Brazil. BMC Infect Dis. 2017 Jul 5;17(1):469; (3) Swarcwald et al. Práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV entre jovens brasileiros do sexo masculino. 2007. Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, suppl.1, pp.s19-s26; (4) Sperhake et al. Apresentação realizada no Departamento de DST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, 2017; (5) Kerr et al. HIV among MSM in a large middle-income country. AIDS. 2013 Jan 28;27(3):427-35; (6) Kerr et al. Comportamento, atitudes e prevalência de HIV e Siphilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 12 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, 2017; (7) Bastos et al., "Pesquisa Divas: Diversidade e Valorização da Saúde. Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes e prevalência de HIV, Siphilis e Hepatites B e C entre travestis e mulheres trans", Apresentação realizada em março de 2018; (8) Damascena et al. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. J Acquir Immune Defic Syndr. 2011 Aug;57 Suppl 3:S144-52; (9) Swarcwald et al. Comportamento, atitudes e prevalência de HIV e Siphilis entre mulheres profissionais do sexo em 12 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, 2017; (10) Bastos et al. Taxas de infecção de HIV e Siphilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2010; (11) Bastos et al. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro; 2014. 224 p.

Populações e critérios para indicação de PrEP

SEGMENTOS POPULACIONAIS	DEFINIÇÃO	CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DE PrEP
Guys e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)	Homens que se relacionam sexualmente e/ou afetivamente com outros homens	Relação sexual anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo, nos últimos seis meses
	Pessoas que expressam um gênero	
Profissionais do sexo	Profissionais do sexo que recebem dinheiro ou outros benefícios em troca de serviços sexuais, regular ou ocasionalmente	Uso repetido de Profilaxia Pós-Exposição (PEP)
Parcerias sorodiferentes	Parceria sexual na qual uma das pessoas é infectada pelo HIV e a outra não	Relação sexual anal ou vaginal com uma pessoa infectada pelo HIV sem uso de preservativo

Fonte: BRASIL, 2017.

O simples pertencimento a uma dessas populações não é suficiente para caracterizar indivíduos com exposição frequente ao HIV.

Esquema antirretroviral para PrEP



Indica-se para a PrEP a combinação de Tenofovir associado a Emtricitabina, em dose fixa combinada TDF/FTC 300/200mg, um comprimido por dia, via oral, em uso contínuo.

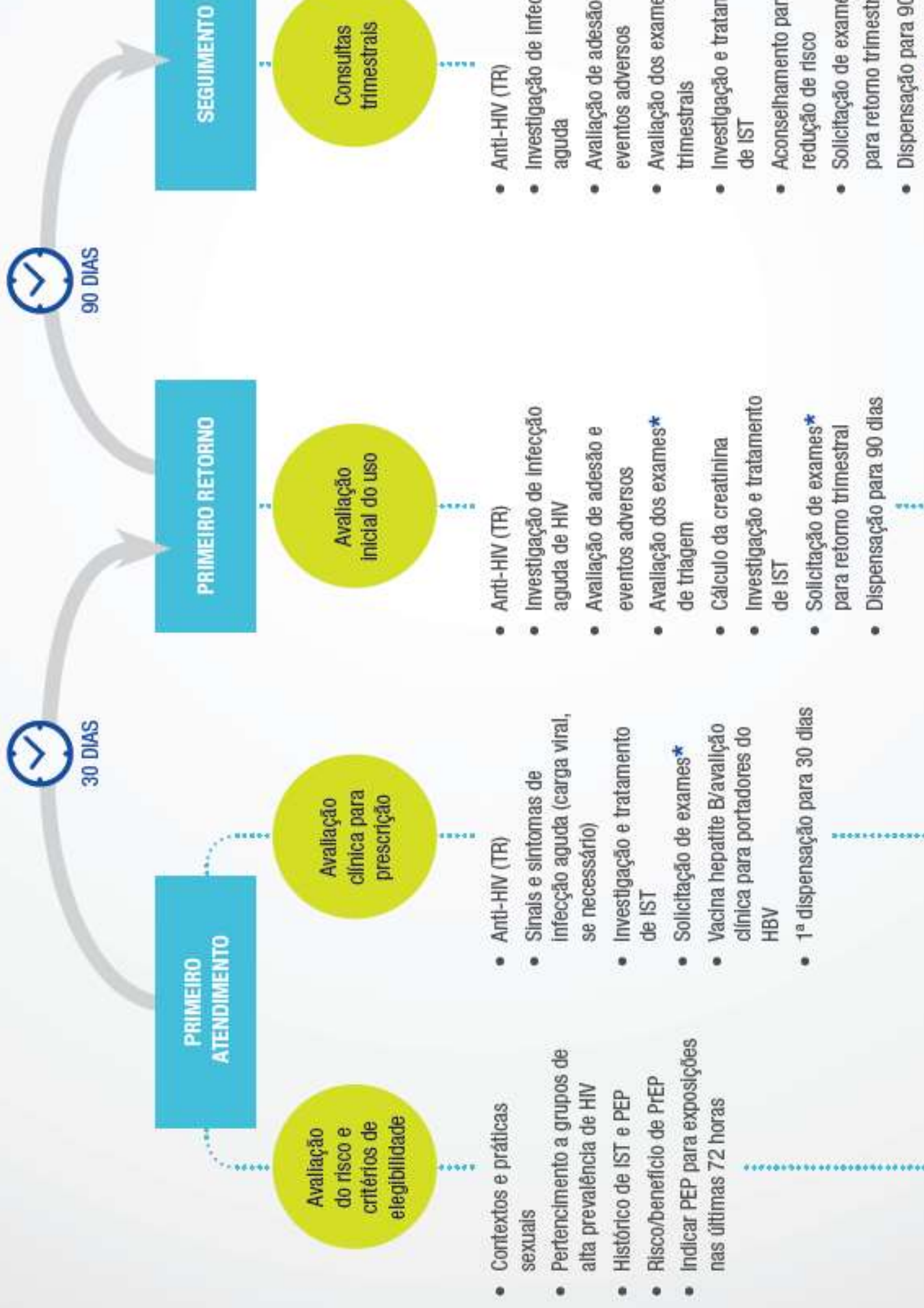
*Fontes: Patterson KB et al, 2011; Anderson PL, 2011; Anderson PL, 2012.



90 DIAS



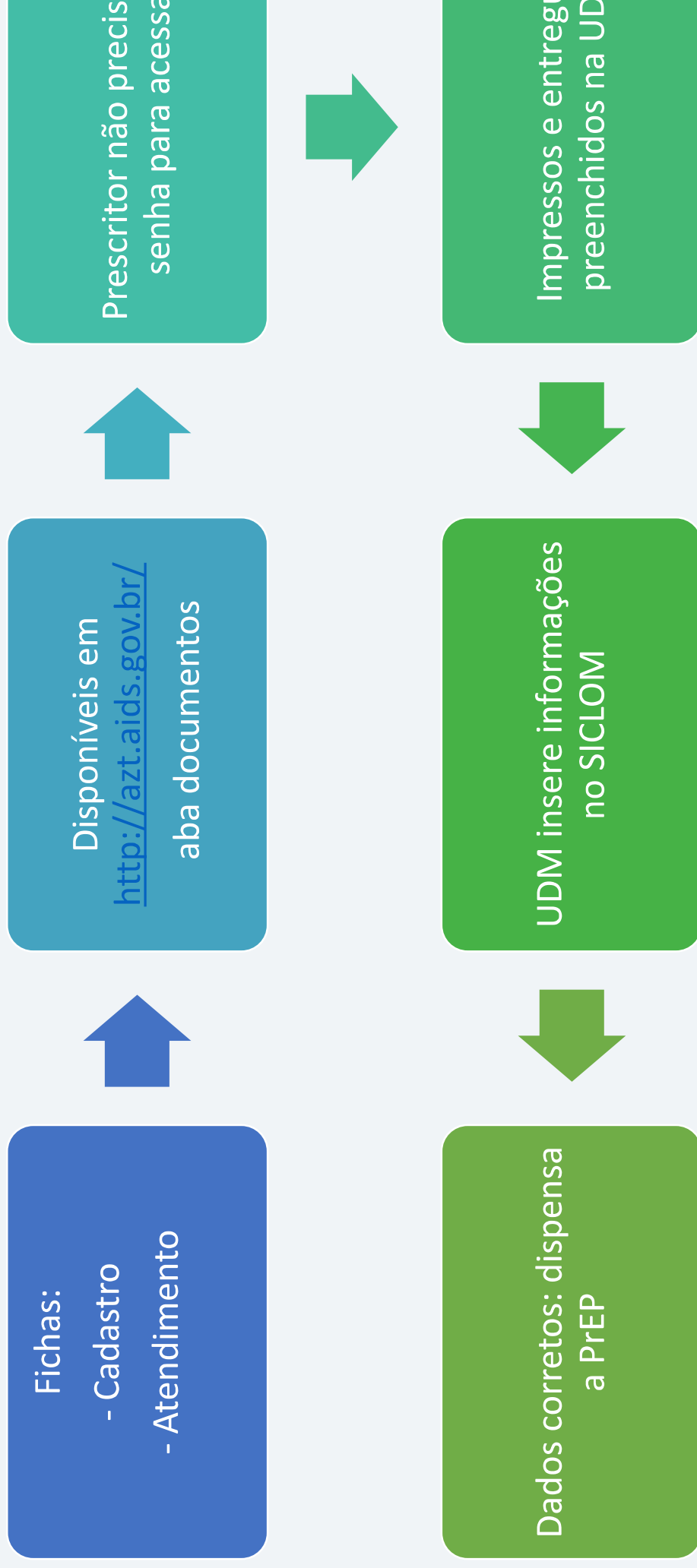
30 DIAS



Ampliação automática da validade dos formulários

- Pandemia da covid-19
- Objetivo de reduzir a circulação de pessoas nos serviços de saúde reduzir barreiras de adesão
- Possibilidade de dispensa para 120 dias

Fluxo atendimento PrEP – Novas fichas



Novas fichas PrEP - SICLOM

← → ↻ Não seguro | azt.aids.gov.br

SICLOM
GERENCIAL

Geral

- Principal
- Conceito
- Situação atual das UDMs
- Acompanhamento
- Consulta uma UDM
- Consultar uma MATIURE
- Documentos

Formulário de Solicitação de Medicamentos - ESTRANGEIRO (Digitável)

Formulário de Cadastro de Usuário SUS - JULHO/2020

Formulário de Transferência de Usuário SUS

Formulário de Óbito de Usuário SUS

Formulário de Solicitação e Autorização de Antirretrovirais de Uso Restrito

Formulário de Solicitação e Autorização de Antirretrovirais de Uso Restrito (Digitável)

Planilha de Acompanhamento de Autorizações de ARV de uso restrito (para estados com análise descentralizada)

Formulário de Solicitação de Medicamentos AZT para HTLV - DEZ2018

SISCEL - Contagem de Linfócitos T CD4+ / CD8+ - Impressão

SISCEL - Contagem de Linfócitos T CD4+ / CD8+ - Preenchimento Eletrônico

SISCEL - Quantificação de Ácido Nucléico - Carga viral do HIV - Impressão

SISCEL - Quantificação de Ácido Nucléico - Carga viral do HIV - Preenchimento Eletrônico

SISGENO - Formulário para Solicitação de Exame de Genotipagem de HIV - Impressão

SISGENO - Formulário para Solicitação de Exame de Genotipagem de HIV - Preenchimento Eletrônico

SISGENO - Tipificação do alelo HLA-B*5701 - Impressão

SISGENO - Tipificação do alelo HLA-B*5701 - Preenchimento Eletrônico

SICLOM - Questionário de Farmacovigilância do Dolu-tegravir

SICLOM - Cadastro Paciente PrEP

SICLOM - Ficha Primeiro Atendimento PrEP

SICLOM - Ficha Retorno Mensal PrEP

SICLOM - Ficha Monitoramento PrEP

SICLOM - Ficha Intercorrência PrEP

SICLOM - PrEP RESUMIDA - Cadastro Paciente PrEP

SICLOM - PrEP RESUMIDA - Ficha Atendimento PrEP

SICLOM - PrEP RESUMIDA - Cadastro Paciente PrEP(Digitável)

SICLOM - PrEP RESUMIDA - Ficha Atendimento PrEP(Digitável)

GESTANTE HEPATITE B - Cadastro Paciente Profilaxia

GESTANTE HEPATITE B - Solicitação Medicamentos Profilaxia

Ficha de cadastro

01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS - PREP

1 - CPF*	2 - CNS - Cartão Nacional de Saúde	3 - Prontuário	4 - Identificação do Usuário Nome
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 da 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
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	19 - Raça/cor* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Preta <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 12 a mais anos
21 - Você faz trabalho sexual? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	22 - Nos últimos 12 meses, você usou drogas?	23 - Endereço:	24 - Bairro
25 - CEP	26 - E-mail	27 - Cidade de Residência*	28 - UF*
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)	

Ficha de atendimento

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* 	Resultado <input type="radio"/> Reagente** <input type="radio"/> Não reagente	Data da resultudo do exame: / /	*O autolteste 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		
AUTO RELATO DE ADESAO			
12 - Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos da PrEP você deixou de tomar? * _____ n°. Comprimidos (0 a 30) *Se mais que 1 comprimido, preencha a questão 13			
13 - 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			
CONDIÇÃO FINAL			
14 - 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			
15 - Origem do acompanhamento médico.* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado			
16 - autolteste de HIV para entregar para parcerias sexuais <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5			
17 - Prescritor Data: / / CRM: _____ COREN: _____ Código e inscrição: _____			
18 - Retirada do medicamento			
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> _____			

Serviços de Referência de PrEP SUS - SAE/CTA/Referência secundária/Ambulatórios trans (médico ou enfermeiro*)

*Prescrição médica de qualquer profissional com CRM. Prescrição de enfermagem mediante protocolos locais.



Profissional da assistência

Paciente novo:

Preencher ficha de cadastro disponível em

http://azt.aids.gov.br/documentos/prep_resumida_ficha_cadastro_paciente_digitavel.pdf

+

Preencher ficha de atendimento disponível em

http://azt.aids.gov.br/documentos/prep_resumida_ficha_de_atendimento_digitavel.pdf

Imprimir, carimbar e assinar as duas fichas e entregar para o paciente.

Em caso de teleatendimento, incluir assinatura digital com certificado ICP Brasil

Paciente já em acompanhamento:

Preencher ficha de atendimento disponível em

http://azt.aids.gov.br/documentos/prep_resumida_ficha_de_atendimento_digitavel.pdf

Imprimir, carimbar e assinar e entregar para o paciente.

Em caso de teleatendimento, incluir assinatura digital com certificado ICP Brasil



UDM - SUS

Primeira dispensa: Verificar validade de até 1 semana do teste de HIV (teste rápido ou teste sorológico) -> digitar cadastro e ficha de atendimento -> dispensar PrEP

Dispensas subsequentes: Verificar validade de até 1 semana do teste de HIV (teste rápido, ~~autoteste~~ ou teste sorológico) -> digitar a ficha de atendimento -> dispensar PrEP

Atenção Primária à Saúde SUS (médico ou enfermeiro*)

*Prescrição médica de qualquer profissional com CRM/RMS. Prescrição de enfermagem mediante protocolos locais



Profissional da assistência

Paciente novo:

Preencher ficha de cadastro disponível em http://azt.aids.gov.br/documentos/prep_resumida_ficha_cadastro_paciente_digitavel.pdf

+

Preencher ficha de atendimento disponível em http://azt.aids.gov.br/documentos/prep_resumida_ficha_de_atendimento_digitavel.pdf

Imprimir, carimbar e assinar as duas fichas e entregar para o paciente.
Em caso de teleatendimento, incluir assinatura digital com certificado ICP Brasil

Paciente já em acompanhamento:

Preencher ficha de atendimento disponível em http://azt.aids.gov.br/documentos/prep_resumida_ficha_de_atendimento_digitavel.pdf

Imprimir, carimbar e assinar e entregar para o paciente.
Em caso de teleatendimento, incluir assinatura digital com certificado ICP Brasil



UDM - SUS

Primeira dispensa: Verificar validade de até 1 semana do teste de HIV (teste rápido ou teste sorológico) -> digitar cadastro e ficha de atendimento -> dispensar PrEP

Dispensas subsequentes: Verificar validade de até 1 semana do teste de HIV (teste rápido, autoteste ou teste sorológico) -> digitar ficha de atendimento -> dispensar PrEP

3) Serviços privados (médico*)

*Prescrição médica de qualquer especialidade, desde que profissional com CRM ativo. Neste primeiro momento, somente estados do piloto: SP, RJ, PR, SC, DF, BA, PE e AM



Profissional da assistência

Paciente novo:

Preencher ficha de cadastro disponível em

http://azt.aids.gov.br/documentos/prep_resumida_ficha_cadastro_paciente_digitavel.pdf

+

Preencher ficha de atendimento disponível em

http://azt.aids.gov.br/documentos/prep_resumida_ficha_de_atendimento_digitavel.pdf

Imprimir, carimbar e assinar as duas fichas e entregar para o paciente.

Em caso de teleatendimento, incluir assinatura digital com certificado ICP Brasil

Paciente já em acompanhamento:

Preencher ficha de atendimento disponível em

http://azt.aids.gov.br/documentos/prep_resumida_ficha_de_atendimento_digitavel.pdf

Imprimir, carimbar e assinar e entregar para o paciente.

Em caso de teleatendimento, incluir assinatura digital com certificado ICP Brasil



UDM - SUS

Primeira dispensa: Verificar validade de até 1 semana do teste de HIV (teste rápido ou teste sorológico) -> digitar cadastro e ficha de atendimento -> dispensar PrEP

Dispensas subsequentes: Verificar validade de até 1 semana do teste de HIV (teste rápido, ~~autoteste~~ ou teste sorológico) -> digitar ficha de atendimento -> dispensar PrEP

Outras informações clínicas

- Apesar de não conter na ficha, os exames gerais e monitoramento avaliação de outras ISTs continuam sendo indicados, conforme PCDE
- Informações devem ser registradas no prontuário dos serviços

Testagem para HIV

- O primeiro teste realizado deve ser feito através de teste rápido de HIV ou anti-HIV laboratorial. O usuário tem até 7 dias após realização do teste para retirar a PrEP na UDM (preferencialmente o mais breve possível). Se o usuário chegar após esse prazo, a testagem de HIV precisará ser refeita no serviço de origem.
- O autoteste pode ser utilizado pelo usuário nas consultas de seguimento, enquanto situação excepcional
- Além disso, a UDM pode dispensar até 5 autotestes para usuários PrEP

E o autoteste para o acompanhamento de PrEP...

OFÍCIO CIRCULAR Nº 7/2021/.DCCI/SVS/MS

Na impossibilidade de realização do teste rápido presencialmente, o serviço de saúde pode optar pela indicação do autoteste de HIV que utiliza amostras de fluido oral. Ressaltamos que a amostra de fluido oral possui menor quantidade de anticorpos anti-HIV que uma amostra de sangue total, o que pode influenciar a sensibilidade do teste. Portanto, é preciso ter atenção para casos de suspeita de infecção recente

Prescrição PrEP



Profissional médico com CRM
Não exclusivo para Infectologista



Enfermeiros (as)
Nova ficha consta o campo para informar o COREN



Atenção Primária

Expansão PrEP

- Simplificação das fichas de atendimento
- Não obrigatoriedade de UDM no local
- Profissional prescriptor não necessita de cadastro no SICLOM
 - Médico (a)
 - Enfermeiro (a)
- Expansão para outros serviços da rede de saúde
- Em breve: digitação direta no sistema