



Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778
Nº 5, volume 5, artigo nº 126, Julho/Dezembro 2019
D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v5n5a126>
Edição Especial

PROXILAFIA PREP: PREVENÇÃO DO HIV-AIDS E SEUS IMPACTOS, ATRAVÉS DE AÇÕES DE ESTÍMULOS.

Rafaela Maria de Oliveira¹

Graduanda em Enfermagem - UniRedentor

Raony Nunes Carvalho²

Graduando em Enfermagem – UniRedentor

Aline Cunha Gama Carvalho³

Professora, Msc. - UniRedentor

Resumo

Este estudo terá como objetivo conhecer como é feita a prevenção do HIV através do uso medicamentoso da PrEP que consiste no uso de antirretrovirais para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV. Assim descrevendo o HIV de modo geral em relação ao mecanismo bioquímico do medicamento estudado; Além de analisar alguns pacientes que já usaram ou usam tal droga, a fim de conhecer a preparação do paciente e os registros documentais de todo o processo de profilaxia; analisar condições clínicas e psicológicas do paciente e os sintomas ou efeitos colaterais após o uso do medicamento. A pesquisa classificada como documental será realizada através de questionários e fichas de pacientes de uma UBS no estado do Espírito Santo. Espera-se obter detalhadamente todas as fases do processo de estímulo a profilaxia através do medicamento PrEP.. Conclui-se que a profilaxia PrEP que é definida como uma estratégia de prevenção ao HIV deve ser usada sob cuidados adequados e uma rotina de acompanhamento do serviço de saúde em que se oferta o tratamento, ressaltando a importância de realizar os exames rotineiros. Especificando ainda que o público alvo seja pessoas mais vulneráveis ao vírus, sendo gays e HSH, pessoas que fazem o uso de drogas, profissionais do sexo, transexuais e pessoas em parcerias soro discordantes para o HIV. Além dos efeitos benéficos no organismo contra o vírus, o medicamento em questão apresenta efeitos colaterais nos quais não interferem na permanência ou abandono do tratamento dos pacientes que usaram. Ressalta-se que a profilaxia PrEP deve ser estimulada para que se torne um método usado e bem aceito na

sociedade, gerando menos gastos na área da saúde com portadores de HIV.

¹Centro Universitário Redentor, Enfermagem, Itaperuna-RJ, rafaelam.oliveira@hotmail.com

Palavra-chave: Prep., HIV, Profilaxia Prep

Abstract

This study will aim to know how HIV prevention is done through the use of PrEP medicines, which do not use antiretrovirals to reduce the risk of HIV infection. Thus, describing or HIV in general in relation to the biochemical mechanism of the drug studied. In addition to analyzing some patients who have already used or use such a drug, an end to know the patient preparation and documented records of the entire prophylaxis process; analyze patients' clinical and psychological conditions and symptoms or effects after medication use. A research selected as documentary will be conducted through questionnaires and patient records of a UBS in the state of Espírito Santo. All stages of the profile estimation process are expected to be obtained in detail through drug preparation. In addition to its beneficial effects on the body against the virus, this prophylaxis has side effects that do not interfere with the permanence or abandonment of treatment. It should be emphasized that PrEP prophylaxis should be encouraged to become a widely used and accepted method in society, generating less health spending for people with HIV.

Keywords: Prep., HIV, Prep Prophylaxis

INTRODUÇÃO

A AIDS é a manifestação clínica avançada decorrente de um quadro de imunodeficiência causado pelo vírus HIV-human immunodeficiency vírus, que é transmitido pelas vias sexual, parenteral ou vertical. O HIV diferencia-se em dois tipos, sendo o HIV-1 o mais patogênico e mais prevalente no mundo. Já o HIV-2 é mais endêmico encontrado na região da África ocidental e disseminado pela Ásia. A sua principal característica é a supressão profunda da imunidade mediada por células T, que torna o indivíduo suscetível às infecções oportunistas. (LAZAROTTO *et al*, 2010).

De acordo com o ministério da saúde (2002), a AIDS teve o seu reconhecimento no ano de 1981 nos EUA, a partir de um alto número de pacientes do sexo masculino que apresentavam um sarcoma de Kaposi e comprometimento do sistema imune, levando a conclusão que seria o aparecimento de uma nova doença com sua etiologia infecciosa e transmissível, porém não classificada.

Embora a infecção pelo vírus não tenha cura, a TARV é uma terapia que tem sido utilizada sendo um conjunto de medicamentos para tratar as infecções causadas pelo HIV.

Tais medicamentos não matam o vírus, apenas reduz seu crescimento, reduzindo também as complicações por ele causadas. (PEREIRA *et al*, 2015). Assim, considerada pelo Ministério da Saúde (2018) uma nova estratégia para conter o número de novas infecções, a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV é um novo método de prevenção à infecção pelo vírus. Ela começou a ser ofertada no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e está disponível gratuitamente para as populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), a PrEP consiste no uso de antirretrovirais para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV e se torna altamente eficaz quando utilizada corretamente. A prevalência da infecção pelo HIV, na população geral no Brasil encontra-se em 0,4%, enquanto alguns segmentos populacionais demonstram prevalências de mais elevadas, são eles gays e outros HSH, pessoas que usam drogas, profissionais do sexo, transexuais e pessoas em parceria soro discordantes para o HIV. Portanto, devido a vulnerabilidades específicas, estão sob maior risco e devem ser alvo prioritário para o uso de PrEP.

O grande desafio do Brasil agora, é ampliar a oferta para que a PrEP chegue às populações mais vulneráveis ao HIV além de impulsionar a luta contra a discriminação e a garantia de acesso à saúde e à cidadania para essas populações (Ministério da saúde, 2018).

PREPARO DO PACIENTE PARA INÍCIO DA PrEP

Segundo o Ministério da Saúde (2017), se o profissional dá um aval de que a PrEP irá ajudar o paciente a se prevenir, para iniciar o uso medicamentoso é necessário a realização do teste anti-HIV, exames para verificar se há alguma IST e além disso checar a situação dos rins e fígado através de exames sanguíneos. Tendo as taxas esperadas, o paciente está pronto para utilizar a profilaxia.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, para realizar o uso medicamentoso é preciso fazer visitas ao serviço de saúde específico, realizar os exames de acompanhamento para verificar a reação do organismo ao efeito do medicamento e a cada três meses procurar o centro de referência para retirar o medicamento. O medicamento deve ser ingerido todos os dias como prescrito e o profissional de saúde deve orientar o paciente a não esquecer de tomá-lo.

É necessário que durante todo o tempo de uso do medicamento o paciente faça as testagens regulares do HIV. Segundo Guimarães (2017), pois se neste período houver uma

infecção é necessário realizar a interrupção da terapia e iniciar o tratamento com os antirretrovirais para evitar que o vírus fique mais resistente às drogas do tratamento.

“Se a pessoa tomar e não souber que está infectada, o vírus pode ficar resistente, porque o tratamento tem uma terceira droga (além das duas que estão no Truvada)” (GUIMARAES, 2017).

PRINCIPAIS SINTOMAS E EFEITOS COLATERAIS

De acordo com a secretaria do estado de saúde de São Paulo, nos estudos da PrEP os efeitos colaterais mais frequentes foram dor de cabeça, dor de estômago, perda de apetite, náuseas, flatulência, vômitos, tonturas, fadiga, dor nas costas e aumento leve de transaminases (enzimas presentes no fígado). Não foram observados outros efeitos adversos graves. Além disso, há efeitos colaterais de longo prazo. Houveram casos raros em estudos em que a PrEP causou danos aos rins. Nessas situações, o uso do medicamento foi suspenso para que os rins voltassem a funcionar normalmente. Por isso, para prevenir efeitos renais mais graves, os usuários de PrEP devem realizar exames de urina periodicamente.

Ainda segundo a secretaria de saúde de São Paulo, há dados que mostram que uma das drogas usadas na PrEP, o tenofovir, pode enfraquecer os ossos nas pessoas que o utilizam para tratamento do HIV. No entanto, nenhum estudo demonstrou que as pessoas que o usam para PrEP tenham problemas com fraturas patológicas (quando o osso quebra em situações em que não deveria quebrar) não sendo necessários exames de ossos. Portanto ao iniciar a PrEP, o paciente deve informar o médico sintomas de forma grave ou não se não passarem e realizar acompanhamento mensal.

Os efeitos colaterais geralmente aparecem após o início da ingestão diária do Truvada (combinação dos antirretrovirais tenofovir e entricitabina) o medicamento utilizado na PrEP e tendem a desaparecer em até três meses. O artigo *Symptoms, Side Effects and Adherence in the iPrEx Open-Label Extension* (Sintomas, efeitos colaterais e adesão no estudo de fase aberta do IPrEX), publicado em janeiro de 2016 e escrito com a colaboração de diversos pesquisadores, investiga se estes efeitos colaterais, recorrentes entre usuários da PrEP, interferem na permanência ou abandono do tratamento. Segundo o artigo, cerca de 16% dos usuários apresentaram algum tipo de efeito colateral após iniciar a PrEP. Além disso, apenas 56, ou seja, 5% dos participantes relataram ter interrompido a PrEP por ter sentido algum efeito colateral. Por serem os sintomas comuns em qualquer fase da vida, o artigo

concluiu também que muitos usuários da PrEP nem mesmo atribuíram os sintomas sentidos ao Truvada. (PREP BRASIL, 2016)

O desafio é entender e conhecer como é feita a prevenção do HIV através do uso da PrEP. A principal característica da AIDS que é a de tornar o indivíduo suscetível às infecções oportunistas, hoje é tratada pela TARV que é uma terapia em que os medicamentos não matam o vírus, apenas reduzem seu crescimento. Assim, nota-se a importância do estudo da PrEP, uma nova estratégia de prevenção à infecção pelo vírus.

Alguns segmentos populacionais (gays e outros HSH, pessoas que usam drogas, profissionais do sexo, transexuais e pessoas em parceria soro discordantes para o HIV) como são mais susceptíveis à contaminação tem maior indicação para o uso da PrEP, fazendo com que o medicamento seja usado em casos específicos para prevenção e não para tratamento. Não se tratando de uma simples droga, percebe-se que para começar o uso do medicamento além de indicação e consultas medicas é necessário fazer o teste anti-HIV, realizar exames de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e checar se rins e fígado estão funcionando bem, por meio de um exame de sangue. É necessário também acompanhamento nos serviços de saúde, exames para ver como o organismo está reagindo aos medicamentos e buscar a medicação a cada três meses.

Nota-se que os efeitos colaterais mais frequentes aos usuários da PrEP Aparecem após o início do uso e desaparecem cerca de três meses, além disso, são em maioria gastrointestinais como dor de estômago, perda de apetite, náuseas, vômitos. Observa-se no estudo que também há efeitos colaterais de longo prazo e raros como danos aos rins e enfraquecimento dos ossos que apesar de conhecido nenhum estudo mostrou fraturas ósseas em participantes de pesquisas que utilizaram o método de prevenção.

Conclui-se que a profilaxia PrEP é uma estratégia de prevenção ao HIV que deve ser usada sob cuidados adequados e acompanhamento nos serviços de saúde para que se torne eficaz e não se torne um problema maior de saúde. Por isso a importância de exames regularmente. A oferta prioritária para as populações consideradas vulneráveis ao vírus HIV pode impulsionar a luta contra a discriminação e garantir acesso à saúde a essas populações para que sintam confiança nos serviços de saúde e falem do assunto.

Apesar de efeitos colaterais, e todo processo de profilaxia ser regulado, podemos concluir que entre usuários da PrEP estudados tais fatos não interferem na permanência ou abandono do tratamento. Portanto a profilaxia PrEP deve ser estimulada para que se torne um método usado e conhecido gerando menos gastos na área de saúde com portadores de

HIV.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, PrEp. **Sintomas, efeitos colaterais e adesão no estudo iPrEX.** Disponível em <https://prepbrasil.com.br/efeitos-colaterais-e-a-persistencia-no-tratamento-da-prep/>. Acesso em 10 de setembro de 2019.
2. GUIMARAES, Keila. **O que você precisa saber sobre a terapia que previne o HIV, que começará a ser oferecida no Brasil.** Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-42176243>. Acesso em 10 de setembro de 2019
3. LAZZAROTTO, Alexandre. **HIV/AIDS e Treinamento Concorrente: a Revisão Sistemática.** Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922010000200015. Acesso em 08 de setembro de 2019.
4. SAUDE, Ministério. **"Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento" Unidade de Assistência.** Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf. Acesso em 08 de setembro de 2019.
5. SAUDE, Ministério. **Mais de 2,5 mil brasileiros já utilizam a PrEP para prevenir o HIV.** Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/mais-de-25-mil-brasileiros-ja-utilizam-prep-para-prevenir-o-hiv>. Acesso em 08 de setembro de 2019.
6. SAUDE, Ministério. **PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PrEP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV.** Disponível em http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_PrEP_2017_final_NI9.pdf. Acesso em 08 de setembro de 2019.
7. SAUDE, Ministério. **Como posso começar a PrEP?.** Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/como-posso-comecar-prep>. Acesso em 10 de setembro de 2019
8. SAUDE, SECRETARIA DE ESTADO. **Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP.** Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidsp/homepage/aceso-rapido/informacoes-sobre-prep>. Acesso em 10 de setembro de 2019.
9. PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática.** 2. ed. São Paulo: Papyrus, 1997.
10. Pereira, Oliveira e Silva. **Faculdade Santo Agostinho.** Rev. Saúde em foco, Teresina, v. 2, n. 1, art. 7, p. 93-112, jan./jul. 2015

Sobre os Autores

Rafaela Maria de Oliveira: Aluno graduando do curso de enfermagem da IES Uniredentor.
E-mail: rafaelam.oliveira@outlook.com

Raony Nunes Carvalho: Aluno graduando do curso de enfermagem da IES Uniredentor. E-mail: raonynunes@hotmail.com

Aline Cunha Gama Carvalho: Professora no curso de enfermagem da IES Uniredentor. Mestre em Terapia Intensiva pela Sociedade brasileira de Terapia Intensiva (concluído em 2011), especialização em Terapia Intensiva UFF (concluído em 2004), MBA em gestão acadêmica e universitária - Carta Consulta (concluído em 2015), pós graduação em Gestão Educacional em IES, área de conhecimento educação (concluído em 2015), pós graduação em Saúde da Família, área de conhecimento e bem estar social (concluído em 2016), curso de capacitação em serviço para portadores de Diploma do nível superior (concluído em 2007). E-mail: alinecgcarvalho@yahoo.com

ANEXO A

01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS - PrEP

1. Número de Prontuário		2. CNS - Cartão Nacional de Saúde		3. Identificação Preferencial do Usuário <input type="radio"/> Nome Social <input type="radio"/> Nome Civil	
4. Nome Completo do Usuário - Civil					
5. Nome Social					
6. Nome completo da Mãe					
7. Data de Nascimento			8. CPF		
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 de Nascimento		14. Cidade de Nascimento		15. Pessoa em situação de rua <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"/> Homem <input type="radio"/> Mulher <input type="radio"/> Mulher Transexual <input type="radio"/> Travesti / Mulher Travesti <input type="radio"/> Homem Transexual					
19. Raça/Cor <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena			20. Escolaridade <input type="radio"/> Nenhuma/Sem Educação Formal <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> De 12 e mais anos		
21. Permite contato* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		22. Tipo de contato <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> E-mail			
*Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autorizo este serviço de saúde entrar em contato comigo, respeitando o meu direito de privacidade e sigilo das informações. Somente preencher os dados de endereço se o usuário autorizar o contato.					
23. Endereço					
24. Bairro				25. CEP	
26. Cidade de Residência (Cidade / UF)			27. E-mail para contato		
28. Telefone para Contato (DDD + Número)			29. Acompanhamento médico <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado		
30. Responsável pelo Preenchimento Data: ____/____/____			31. Usuário SUS Data: ____/____/____		

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="checkbox"/> Vim fazer teste de HIV <input type="checkbox"/> Vim buscar informação/atendimento <input type="checkbox"/> Vim buscar PEP <input type="checkbox"/> Vim buscar PrEP (responder 8a e 8b)					
8a. O que o motivou a buscar PrEP? <input type="checkbox"/> Encaminhado por profissional de saúde/outra serviço <input type="checkbox"/> Sensibilizado por comunicação impressa / internet / campanha / educador de par / amigo <input type="checkbox"/> Foi orientado por ONG		8b. Você já usou PrEP anteriormente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por meio do Projeto PrEP Brasil <input type="checkbox"/> Sim, por iniciativa própria (responder 8c) <input type="checkbox"/> Sim, por meio do projeto Combina (FMUSP)		8c. Há quanto tempo você está em uso ou fez uso de PrEP? _____ meses	
Critérios de Elegibilidade para uso de PrEP					
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 Transsexuais () Travestis/ Mulheres travestis () Homens Transsexuais					
12. Nos últimos 3 meses, com que frequência você usou preservativo em suas relações sexuais? <input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Menos da metade das vezes <input type="checkbox"/> Metade das vezes <input type="checkbox"/> Mais da metade das vezes <input type="checkbox"/> 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 Insejivo (penetrar o ânus) <input type="checkbox"/> Anal Receptivo (ser penetrado no ânus) <input type="checkbox"/> Vaginal Insejivo (penetrar a vagina) <input type="checkbox"/> Vaginal Receptivo (ser penetrada na vagina) <input type="checkbox"/> Não se aplica (usuário preservativo ou não teve relação sexual)					
14. Nos últimos 6 meses, você teve relação sexual SEM preservativo com parceira(s) HIV+? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Não se aplica (usuário 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="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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 vaginal/no pênis <input type="checkbox"/> Feridas no ânus <input type="checkbox"/> Verrugas na vaginal/no pênis <input type="checkbox"/> Verrugas no ânus <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas na vaginal/no pênis <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas no ânus <input type="checkbox"/> Comimento 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 Gonorreia/Clamídia Retal					
17. Planejamento Reprodutivo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		18. Está Gestante? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica			
Avaliação de outros fatores associados à infecção pelo HIV					
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="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
20. Nos últimos 3 meses, quais das seguintes substâncias você usou? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Proppers <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®, Heleval®) <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="checkbox"/> Não, nunca <input type="checkbox"/> Sim, nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 3 meses					
22. Nos últimos 3 meses você compartilhou instrumentos para uso de anabolizantes/bomba/hormônios/silicone? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
Potenciais critérios de exclusão para uso de PrEP					
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="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
24. Tem histórico de fratura óssea não relacionada a trauma? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sabe					
25. Tem histórico de doença renal ou outras doenças crônicas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica					
Exame de Elegibilidade		Data da Coleta		Resultado do Exame	
27. Teste Rápido de HIV realizado hoje				<input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente	
28. Vacinação para Hepatite B:		<input type="checkbox"/> Esquema Completo (3 doses em carteirinha ou Anti-Hbs reagente)		<input type="checkbox"/> Encaminhado para vacinação <input type="checkbox"/> Não Realizado/Indisponível	
29. Conduta do Atendimento: <input type="checkbox"/> Encaminhamento para exames e para PrEP (ver lista de exames* no verso) <input type="checkbox"/> Encaminhamento para avaliação de PEP <input type="checkbox"/> Investigar possível janela imunológica <input type="checkbox"/> Não é elegível para PrEP <input type="checkbox"/> Outras condições clínicas e/ou de saúde que contraindicam uso de PrEP					
30. Prescrição: <input type="checkbox"/> 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. N.º do Prontuário		2. N.º do Cartão SUS		3. Data: ____/____/____	
4. Nome Social (se aplicável):				5. Data de Nascimento:	
6. Nome Civil:				7. CPF:	
POTENCIAL CRITÉRIO DE EXCLUSÃO PARA USO DE PrEP					
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="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PrEP					
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(s) ou sintoma(s) persistem nesta visita? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica					
AUTO RELATO DE ADESAO					
10. Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos de PrEP você deixou de tomar? () no. Comprimidos (0 a 30)					
11. 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 deixei de tomar <input type="checkbox"/> Outro					
RESULTADO DOS EXAMES DE TRIAGEM					
Exames		Data da Coleta		Resultado do Exame	
12a. Teste Treponêmico para Sífilis (Ex: TR, EQL, ELISA)				<input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não realizado/Indisponível	
12b. Teste Não Treponêmico para Sífilis (Ex: VDRL, RPR)				<input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não realizado/Indisponível 1/1 (Titulação)	
13. Confirmado diagnóstico de Sífilis Ativa				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não realizado/Indisponível	
14. Identificação de Clamídia				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não realizado/Indisponível	
15. Identificação de Gonococo				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não realizado/Indisponível	
16. Teste para Hepatite B (HbsAg)				<input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não realizado	
17. Sorologia Anti-HBs quantitativa				<input type="checkbox"/> Igual ou acima de 10 UI/mL <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Não detectável ou abaixo de 10 UI/mL	
18. Teste para Hepatite C (Anti-HCV)				<input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não realizado	
19. Avaliação de Proteinúria				<input type="checkbox"/> Ausência <input type="checkbox"/> Presença <input type="checkbox"/> Não realizado	
20. Enzimas Hepáticas (AST/ALT)				<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Não realizado	
Exames de Segurança		Data da Coleta		Resultado do Exame	
21. Teste Rápido de HIV realizado hoje				<input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente	
22. Resultado de Carga Viral do HIV				<input type="checkbox"/> Detectável <input type="checkbox"/> Não detectável <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> < 60 ml/min <input type="checkbox"/> ≥ 60 ml/min <input type="checkbox"/> Indisponível	
*Sugestão para cálculo de Creatinina = [(140 - idade) x Peso(kg)] / [(Creatinina Sérica x 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="checkbox"/> 1ª dose <input type="checkbox"/> 2ª dose <input type="checkbox"/> Esquema Completo (3 doses em carteirinha ou Anti-Hbs reagente) <input type="checkbox"/> Não realizado/Indisponível			
CONDUTA FINAL					
25. O(A) usuário(a) continuará utilizando PrEP? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, devido a teste HIV reagente <input type="checkbox"/> Não, devido à alteração em outros exames <input type="checkbox"/> Não, por baixa adesão ao medicamento <input type="checkbox"/> Não, devido a eventos adversos <input type="checkbox"/> Não, por decisão do usuário <input type="checkbox"/> Não, por suspeita de infecção viral aguda					
26. Prescrição para PrEP: TDF/FTC apto para <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/> 60 dias <input type="checkbox"/> 90 dias <input type="checkbox"/> 120 dias					
27. Médico: Data da Prescrição: ____/____/____ CRM: _____					
28. Usuário(a): Data ____/____/____ Dispensado para ____ dias _____ (Instituição de saúde) Data ____/____/____ Dispensado para ____ dias _____ (Instituição de saúde) Data ____/____/____ Dispensado para ____ dias _____ (Instituição de saúde)					

04 - Ficha de Acompanhamento Clínico em PrEP

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:	
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					
AVALIAÇÃO DE RISCO ASSOCIADO À INFECÇÃO PELO HIV					
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"/> Feridas 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 Insejivo (penetrar o ânus) <input type="checkbox"/> Anal Receptivo (ser penetrado/a no ânus) <input type="checkbox"/> Vaginal Insejivo (penetrar a vagina) <input type="checkbox"/> Vaginal Receptivo (ser penetrado/a na vagina) <input type="checkbox"/> Não se aplica (usuário 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/coopo 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"/> Mescalina <input type="checkbox"/> Estimulantes para ereção (Sildenafil, Viagra®, Cialis®, Levitra®, Helleval®) <input type="checkbox"/> Não usei nenhuma das substâncias					
16. Você fez uso de drogas injetáveis nos últimos 3 meses? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim					
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PrEP					
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(s) ou sintoma(s) persistem nesta visita? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica					
AUTO RELATO SOBRE ADESAO					
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.					
Exames de Seguimento		Data da Coleta		Resultados dos Exames trimestrais	
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 Proteína				<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	
Exames de Segurança				Resultado do Exame	
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 do CIC = ((140 - idade) × Peso(kg)) / (Creatinina Sérica × 72). Se mulher, multiplicar por 0,85. Se menor que 60ml/min, ineligível a 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					

05 - Ficha de Intercorrência PrEP

1. N.º do Prontuário:		2. N.º 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"/> Dispensa até consulta <input type="checkbox"/> Evento Adverso <input type="checkbox"/> Suspeita de Infecção Viral Aguda <input type="checkbox"/> Confirmação de Soroc conversão <input type="checkbox"/> Substituição de frasco da medicação <input type="checkbox"/> IST					
AVALIAÇÃO DE RISCO ASSOCIADO À INFECÇÃO PELO HIV					
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"/> Corrimento 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/lopo 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®, Hellen®, etc) <input type="checkbox"/> Não usei nenhuma das substâncias					
16. Você fez uso de drogas injetáveis nos últimos 3 meses? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim					
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A PrEP					
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(s) ou sintoma(s) persistem nesta visita? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica					
AUTO RELATO SOBRE ADESAO					
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					
Exames de Seguimento		Data da Coleta		Resultados dos Exames trimestrais	
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 t/ <input type="checkbox"/> (Tritulação)	
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 Proteína				<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	
Exames de Segurança				Resultado do Exame	
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 ClCr = [(140 - idade) x Peso(kg)] / (Creatinina Sérica x 72). Se mulher, multiplicar por 0,85. Se maior que 60ml/min, ineficaz o PrEP					
31. Vacinação para Hepatite B: <input type="radio"/> 1ª dose <input type="radio"/> 2ª dose <input type="radio"/> Esquema Completo (3 doses em cartinha ou Anti-Hbs reagente) <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível					