

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

Triagem para Risco Substancial e Elegibilidade para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

Objetivo: Determinar a elegibilidade para a PrEP

Para quem: Clientes com teste HIV-negativo

Quando usar: Depois de aconselhar os clientes HIV-negativos sobre métodos de prevenção do HIV, incluindo a PrEP

Pessoal responsável: Qualquer profissional de saúde que faz a triagem do cliente para a PrEP

Documento fonte: preenchido com o cliente

DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

O formulário de Triagem para Risco Substancial e Elegibilidade para PrEP é preenchido com o cliente.

1. INFORMAÇÕES DA UNIDADE

- **Nome da unidade:** nome do local
- **Data da Consulta Inicial do Cliente:** data em que o cliente passou por triagem para a PrEP; dia (dd), mês (mm), e ano (aaaa), ex. 30/04/2018
- **Pessoa que preencheu o formulário:** nome e sobrenome do profissional da saúde que fez a triagem do cliente para a PrEP

2. INFORMAÇÕES DO CLIENTE

- **Nome:** Primeiro nome do cliente
- **Segundo nome:** nome(s) do meio do cliente (se houver)
- **Sobrenome:** Sobrenome ou nome da família do cliente
- **Endereço:** Endereço atual do cliente (onde o cliente mora atualmente)
- **Telefone:** telefone principal do cliente
- **ID do Cliente:** Número atribuído ao cliente no registro clínico

3. DADOS DEMOGRÁFICOS DO CLIENTE

- **Qual foi seu sexo no nascimento?** Sexo do cliente ao nascimento. Assinalar Masculino, Feminino, Outro (especificar no espaço fornecido), ou Sem resposta.
- **Qual é seu gênero atual?** Gênero atual autoidentificado pelo cliente, independentemente do sexo do cliente no nascimento. Se o cliente for transgênero,

marque Transgênero masculino para feminino ou feminino para masculino. Se Outro, especifique no espaço fornecido. Se o cliente não responder, marque Sem resposta.

- **Qual a sua idade?** idade do cliente no aniversário mais recente, em anos, por ex. 25

4. TRIAGEM PARA RISCO SUBSTANCIAL DE INFECÇÃO POR HIV

- **1) Se o cliente é sexualmente ativo em uma população com alta prevalência de HIV E informa QUALQUER uma das alternativas abaixo nos últimos 6 meses:** Use os exemplos de perguntas para determinar se o cliente teve algum dos itens a seguir e marque a(s) alternativa(s) apropriada(s).
 - Relata relação sexual vaginal ou anal sem preservativos com mais de um parceiro
 - Tem um parceiro sexual com um ou mais riscos de HIV
 - Histórico de infecção sexualmente transmissível (IST) (com base em autorrelato, teste de laboratório, tratamento sintomático de IST)
 - Histórico de uso de profilaxia pós-exposição (PEP)
- **2) Se o cliente relatar histórico de compartilhamento de material ou equipamento de injeção nos últimos 6 meses:** Use o exemplo de pergunta para determinar se o cliente compartilhou material de injeção com outras pessoas. Em caso afirmativo, marque a resposta.
- **3) Se o cliente relata ter tido um parceiro sexual nos últimos 6 meses que seja HIV-positivo E que não esteja recebendo tratamento eficaz* contra o HIV:** Use os exemplos de pergunta para determinar. *Se um parceiro sexual nos últimos 6 meses estiver em TARV há menos de 6 meses ou tiver aderência inconsistente ou desconhecida à TARV, marque a resposta.

5. ELEGIBILIDADE PARA PrEP

- **HIV-negativo:** Complete as informações do teste na coluna à direita. Em seguida, marque a alternativa se os resultados do teste de HIV do cliente forem negativos. Informações da coluna à direita:
 - **Data do teste do cliente:** data do teste de HIV do cliente; dia (dd), mês (mm), e ano (aaaa), ex. 30/04/2018
 - **Data em que o cliente recebeu os resultados do teste:** dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa); ex. 30/04/2018
 - **Resultado do teste:** Assinale Negativo, Positivo ou Inconclusivo. Se o cliente for HIV-positivo, encaminhar para tratamento médico de HIV. Se o teste for inconclusivo, repetir o teste após 2 semanas.
 - **Tipo de teste usado:** Assinale a alternativa apropriada: Determine, Unigold,

ELISA ou Outro (especificar no espaço fornecido).

- **Em risco substancial de HIV:** Assinale a alternativa se pelo menos um item/risco na seção 4 do formulário estiver marcado, ou seja, o cliente está em risco substancial de infecção pelo HIV. Siga os procedimentos da unidade e do país para determinar o risco substancial de HIV.
- **Não tem sinais/sintomas de infecção aguda pelo HIV:** Use o exemplo de pergunta na seção 6 do formulário (Exposição Recente ao HIV) para determinar se o cliente teve exposição recente ao HIV e/ou sinais ou sintomas de infecção aguda pelo HIV. Se o cliente responder "Não" às duas perguntas da seção 6, marque a alternativa "não tem sinais de infecção aguda pelo HIV". Se o cliente responder "Sim" ou "Não sabe" a uma ou ambas as perguntas da seção 6, consulte as instruções da seção 6 abaixo.
- **Tem clearance da creatinina (TFGe) >60 ml/min:** Escreva o clearance de creatinina calculado (TFGe) e a data em que o teste de creatinina sérica foi realizado, dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa).
- **Se todas as alternativas da Seção 5 estiverem marcadas, ofereça PrEP:** Se as 4 alternativas da seção 5 estiverem marcadas - HIV-negativo, com risco substancial de HIV, não apresenta sinais/sintomas de infecção aguda pelo HIV e tem clearance de creatinina (TFGe) >60 ml/min - ofereça ao cliente PrEP e prossiga para seção 7 (Serviços Recebidos pelo Cliente).

6. EXPOSIÇÃO RECENTE AO HIV

- Esta seção foi usada anteriormente, durante o preenchimento da seção 5, para determinar se o cliente tem sinais de infecção aguda pelo HIV. Assinale as alternativas apropriadas. Se o cliente responder "Não" a ambas as perguntas, ofereça PrEP conforme indicado na seção 5. Se o cliente responder "Sim" ou "Não sei" a uma ou ambas as perguntas, avalie como descrito na opção abaixo das perguntas (* e **). Se o cliente relatar exposição potencial ao HIV nas últimas 72 horas, NÃO ofereça a PrEP. Siga os procedimentos da unidade para avaliar mais a fundo ou encaminhar o cliente para profilaxia pós-exposição (PEP).

7. SERVIÇOS RECEBIDOS PELO CLIENTE

Preencha esta seção se o cliente for elegível para a PrEP (ou seja, todas as alternativas da seção 5 estiverem marcadas), ou se for encaminhado para o teste de HIV de acompanhamento, ou PEP.

- **PrEP oferecida:** Se a PrEP foi oferecida ao cliente na seção 5, marque a alternativa.
- **PrEP aceita:** Se o cliente aceitar a PrEP, marque a alternativa.
- **PrEP recusada:** Se o cliente recusar a PrEP, marque a alternativa.
- **Motivos para recusar a PrEP:** Se o cliente recusar a PrEP, pergunte a ele "Por que você não quer receber a PrEP? O que preocupa você?" Assinale todos os motivos dados

pelo cliente: Não há necessidade de PrEP; Não deseja tomar uma medicação diária; Preocupações sobre os efeitos colaterais; Preocupações sobre o que os outros podem pensar; Preocupações sobre o tempo necessário para o acompanhamento clínico; Preocupações sobre a segurança da medicação; Preocupações sobre a eficácia da medicação; Outro (especificar no espaço fornecido.)

- **Data da elegibilidade:** Dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa) em que o cliente é elegível para a PrEP com base na triagem, usando este formulário
- **Data de início:** Dia (dd), mês (mm) e ano (aaaa) em que o cliente **inicia** a PrEP. O início no mesmo dia é recomendado, mas a data de início pode ser diferente da data de elegibilidade em alguns casos.
- **Encaminhado para avaliação de PEP:** Se o cliente foi encaminhado ou avaliado para PEP, assinale a alternativa.
- **Encaminhado para teste PCR/HIV Ag ou reteste de HIV de acompanhamento (em caso de suspeita de infecção aguda pelo HIV):** Se o cliente tiver sido encaminhado por suspeita de infecção aguda pelo HIV (seção 6), assinale a alternativa.