

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

Profilaxia Pré-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV

Implantação: 11/2021	Edição: 01/2026	Codificação: POP N° 025
Vigência: 2026-2028	Revisão: 01	Página: 1 a 22
Elaboração	Revisão	Aprovação
Suziane P. Pereira (psicóloga-DVE)	Dalva T. Lisboa (enfermeira-Gerente do CEREDI) Isabella P. S. R. do Amaral (farmacêutica- CEREDI) Jamille R. Cardoso (enfermeira-DVE) Leticia Z. Oliveira (médica-CEREDI) Nathanny C. A. A. Nawate (enfermeira-CEREDI)	Ana Paola B. de Medeiros (enfermeira-DAS) Clarice Maria Spech (enfermeira-Diretora da DAS) Juliana C. Fernandez (médica-DVE) Kaethe L. Hesse (farmacêutica-DAS) Roberta B. S. dos Santos (enfermeira-DAS)

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

1. Objetivo

Sendo norteado pelas orientações do “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV” (BRASIL, 2025) e pelo “Guia para implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à infecção pelo HIV na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2024), esta versão revisada do documento tem como objetivo descrever e organizar o atendimento, prescrição e dispensação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) no município de Itajaí-SC, visando a descentralização da PrEP, que até o momento se dava apenas no CEREDI (Centro de Referência em Doenças Infecciosas), expandindo para a Atenção Primária à Saúde (APS) e demais serviços da rede municipal de saúde, ampliando a possibilidade de prescrição e atendimento da PrEP para médicos, enfermeiros e farmacêuticos, desde que devidamente capacitados, de toda a rede municipal.

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
	Data Emissão JAN/2026		

2. Responsabilidades

Diretoria de Atenção à Saúde (DAS): coordenar a implementação da PrEP na APS e demais serviços de saúde sob sua direção; organizar fluxos e manter os profissionais atualizados e capacitados.

Diretoria de Vigilância epidemiológica (DVE): manter dados municipais sobre PrEP atualizados; colaborar com a DAS para a implementação da PrEP nos diversos serviços de saúde municipais, organização de fluxos, atualização e capacitação de profissionais.

CEREDI: realizar atendimento para PrEP com equipe capacitada; matricular e atender questões específicas encaminhadas da rede municipal.

Todos os profissionais: incentivar e orientar sobre os métodos de prevenção combinada; acolher o usuário que procura a PrEP, informar sobre os fluxos do processo de trabalho e encaminhar para atendimento do profissional capacitado; orientar sobre a importância da adesão e uso contínuo do medicamento.

Enfermeiro/Médico/Farmacêutico capacitado em prescrição de PrEP: realizar atendimento para PrEP; testar para IST; levantar as motivações e necessidades do usuário; avaliar as exposições de risco ao HIV e definir em conjunto com o usuário os melhores métodos preventivos; identificar e orientar critérios e situações que aumentem a adesão à PrEP; prescrever a PrEP; acompanhar uso e intercorrências relacionadas à PrEP.

Técnico de Enfermagem ou pessoa capacitada em testes rápidos: realizar a coleta de testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis (IST), sob supervisão.

Médicos: realizar avaliação clínica em caso de alterações nos exames.

Farmacêuticos: receber, organizar, controlar e acondicionar os medicamentos; assim como dispensar para os usuários; garantir fornecimento contínuo; manter a farmácia dentro das normas de segurança; orientar quanto ao uso correto da medicação, reações adversas e importância da adesão.

Gerente de Unidade: realizar gestão da equipe e implementação do fluxo da PrEP; fornecer suporte para equipe multiprofissional frente às dificuldades e adversidades no

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>		Fluxo 25	Revisão 01
				Data Emissão JAN/2026

processo de trabalho; analisar dados estatísticos do uso da PrEP sob sua gerência; coordenar e desenvolver estratégias para maior adesão da PrEP pelos usuários junto à equipe multiprofissional.

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

3. Indicação

A PrEP pode ser indicada para pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal igual ou superior a 35 kg e que estejam em contexto de vulnerabilidade para a aquisição da infecção pelo HIV

Médicos, enfermeiros e farmacêuticos capacitados podem prescrever a PrEP. É importante que todo profissional de saúde questione e oriente os usuários sobre sua saúde sexual com frequência e fique atento aos indicativos para uso de PrEP:

- Solicitação ou desejo de usar PrEP (independente da existência dos fatores a seguir).
- Repetição de práticas sexuais anais ou vaginais com penetração sem uso ou com uso irregular de preservativo.
- Frequência de relações sexuais com parcerias eventuais.
- Quantidade e diversidade de parcerias sexuais.
- Histórico de episódios de IST.
- Busca repetida por PEP (Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV).
- Parceria(s) vivendo com HIV com carga viral detectável.
- Contextos de relações sexuais em troca de dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia, dentre outros.
- Prática de sexo com o uso de substâncias químicas (*chemsex*).
- Compartilhamento de agulhas, seringas ou outros equipamentos para injetar drogas.
- Parceria(s) com situação desconhecida para o HIV e que apresente(m) qualquer um dos fatores acima.

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

4. Esquema de uso da PrEP

O esquema disponível para PrEP são comprimidos com a associação em dose fixa combinada dos antirretrovirais fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) 300 mg e entricitabina (FTC) 200 mg. Atualmente, existem duas modalidades de PrEP oral: a diária e a sob demanda.

O tempo para o início da proteção da PrEP no organismo depende da concentração do medicamento no sangue e em outros tecidos. Esse período apresenta variações relacionadas ao sexo biológico (de nascimento), ao tipo de exposição e ao uso de hormônios à base de estradiol, sendo necessário orientar a pessoa a utilizar medidas adicionais de prevenção antes do início da proteção.

Assim, o tempo necessário de uso inicial da PrEP para proteção, considerando as variações, é:

- Pessoas designadas como mulher ao nascer (sejam cis¹, não binárias² ou homens trans³) e qualquer pessoa em uso de hormônio a base de estradiol: 7 dias.

- Pessoas designadas como homem ao nascer (sejam cis, não binárias, travestis ou mulheres trans) que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol: 2 horas.

A PrEP é eficaz APENAS contra o vírus HIV. Outras IST, como sífilis, gonorréia, clamídia, hepatites virais, assim como gravidez não planejada, não possuem proteção garantida com uso regular da PrEP. Logo, a PrEP deve ser considerada uma **PREVENÇÃO ADICIONAL**, não substituindo o **USO DE PRESERVATIVOS**, o profissional deve orientar a prevenção combinada em todas as consultas.

4.1) PrEP oral diária:

Indicação:

- Homens e mulheres, a partir de 15 anos e >35kg.
- Única possibilidade de PrEP indicada para pessoas designadas como mulher ao nascer (sejam cis, não binárias ou homens trans) e qualquer pessoa em uso de hormônio a base de estradiol.

¹ Cis: cisgênero, pessoa que se identifica com o sexo e gênero de nascimento.

² Não binárias: pessoas que não seguem padrões sociais tradicionais de identificação com gênero “masculino” ou “feminino”, mesclando características, fluindo entre os gêneros ou andróginos, por exemplo.

³ Trans: transgênero, pessoa que se identifica com sexo e/ou gênero oposto ao do nascimento, mulher trans: homem que se identifica como mulher ou gênero feminino; homem trans: mulher que se identifica como homem ou gênero masculino.

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

Posologia:

- 2 (dois) comprimidos de TDF/FTC no primeiro dia, seguidos de 1 (um) comprimido de TDF/FTC diariamente. A adesão é importante para garantir o sucesso e eficácia da PrEP, sendo necessário seu uso diário e consistente.

Ingestão mínima de comprimidos e interrupção:

- Pessoas designadas como mulher ao nascer (sejam cis, não binárias ou homens trans) e qualquer pessoa em uso de hormônio a base de estradiol: pelo menos 6 (seis) comprimidos por semana. A interrupção segura nestes casos se dá mantendo a medicação por 7 (sete) dias após a última exposição.
- Pessoas designadas como homem ao nascer (sejam cis, não binárias, travestis ou mulheres trans) que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol: pelo menos 4 (quatro) comprimidos por semana. A interrupção segura nestes casos se dá mantendo a medicação por 2 (dias) dias após a última exposição.

4.2) PrEP oral sob demanda ou “orientada para eventos”:

Indicação:

- Pessoas a partir de 15 anos e >35kg, designadas como homem ao nascer (sejam cis, não binárias, travestis ou mulheres trans) que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol, e que tenham habitualmente relações sexuais um dia por semana ou menos, e consigam planejar o uso do esquema pelo menos duas horas antes da relação sexual.

Posologia:

- Esquema (2 + 1 + 1) é: dose inicial de 2 (dois) comprimidos de 2 a 24 horas antes da relação sexual + 1 (um) comprimido 24 horas após a dose inicial + 1 (um) comprimido 24 horas após a segunda dose.

Ingestão mínima de comprimidos e interrupção:

- A ingestão mínima é dos 4 (quatro) comprimidos do esquema corretamente. A interrupção segura nestes casos se dá mantendo a medicação por 2 (dois) dias após a última exposição, exemplificando: caso após o início da PrEP sob demanda a pessoa demore mais de 24 horas para ter a relação ou tenha mais relações nos dias seguintes, a interrupção segura se dá sempre mantendo a medicação por 2 (dois) dias após a última exposição.

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

4.3) Informações Adicionais

Efeitos colaterais:

- Náuseas/vômitos, flatulência/diarréia/dor abdominal, cefaléia e prurido. Normalmente ocorrendo de forma leve/autolimitada. Caso esses sintomas se apresentem de forma persistente ou intensa, orientar o paciente procurar atendimento nos serviços de saúde e não descontinuar o tratamento sem avaliação do profissional. Para reduzir os efeitos colaterais supracitados, o usuário deve ser orientado a utilizar o medicamento da PrEP junto com alguma refeição ou alimento, à noite ou próximo da hora de dormir.

Interações:

- É possível fazer uso do medicamento da PrEP em jejum ou não.
- O uso de álcool ou outras drogas não interfere na ação da PrEP.
- Importante orientar que a pessoa em uso da PrEP evite o consumo exacerbado de produtos que possam acarretar sobrecarga renal (anti-inflamatórios e suplementos proteicos).
- Não há interação entre a PrEP e contraceptivos que alterem na eficácia de ambos.

Outras informações:

- Para auxiliar na adesão, estimule o usuário a relacionar a tomada do comprimido com alguma atividade diária, usando porta comprimidos, alarmes ou outras estratégias que facilitem e assegurem o uso contínuo. Parcerias sorodiferentes⁴ podem combinar de fazer o uso da medicação no mesmo horário, estimulando um ao outro no tratamento e prevenção.
- No caso da presença de sintomas de infecção aguda pelo HIV (febre, perda de peso, mal estar, dor de cabeça/no corpo/de garganta, feridas/aftas na boca, rash, náuseas/vômitos, linfonodos aumentados) o usuário DEVE procurar atendimento prontamente.
- Não é preciso acondicionamento especial para guarda do medicamento.
- A PrEP é de uso individual e intransferível, não devendo OFERECER, DAR, VENDER e/ou COMPARTILHAR com outras pessoas.

⁴ Parcerias sorodiferentes: quando um parceiro vive com HIV e o outro não.

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

5. Fluxo de atendimento

Os fluxos dos processos de trabalho abrangem os agendamentos, retornos, procedimentos durante as consultas e orientações quanto ao uso, adesão e interrupção da PrEP.

Profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos capacitados de toda a rede de saúde, poderão prescrever a PrEP, enfermeiros e farmacêuticos devem referenciar-se a um médico em caso de alterações em exames e demandas específicas.

O CEREDI continuará atendendo PrEP e será referência de especialidade e matriciamento para todo município.

5.1) Agendamentos

Cada serviço será responsável por organizar sua agenda de PrEP, bem como seu fluxo interno de acolhimento da pessoa, de forma a facilitar o acesso do usuário de forma rápida, lembrando que o Ministério da Saúde (MS) orienta que a disposição da PrEP seja o mais próximo possível à manifestação de interesse da pessoa. Os serviços devem divulgar com transparência as formas de agendamento e horários, para toda população.

O usuário deve ser orientado que o primeiro atendimento dura de 40 minutos há 1 hora e a comparecer com a carteira de vacinação.

5.2) Primeira Consulta para PrEP

A consulta pode ser realizada por médico, enfermeiro ou farmacêutico capacitados. O profissional deve preencher a “Ficha de atendimento para PrEP” (anexo 1), a pessoa deve realizar o teste rápido (TR) para HIV⁵, lembrando que o único exame imprescindível para início da PrEP é o de HIV; preferencialmente realizar os TR para Sífilis⁶ e Hepatites B e C⁷. O profissional deve investigar se houve exposição ao HIV nas últimas 72h, em caso positivo iniciar o Protocolo da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de acordo com o caso, seguindo os fluxos municipais para exposição em relação consentida, violência sexual ou acidente com material perfurocortante. No atendimento

⁵ Pode ser considerado para início de PrEP laudo de exame de HIV (seja teste rápido, laboratorial ou autoteste supervisionado) de até 7 dias anteriores, não sendo necessário repetir o teste dentro deste tempo.

⁶ Se o exame sífilis for reagente, continuar acompanhamento na própria unidade.

⁷ Se o exame de Hepatites B ou C for reagente: notificar e encaminhar ao CEREDI para seguimento.

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

a mulheres, investigar a possibilidade de gestação, solicitar exame se necessário: teste rápido, se disponível, e/ou Beta-hCG.

Não havendo necessidade de PEP e o resultado do TR for **Não Reagente para HIV⁸**, o profissional realizará avaliação clínica, principalmente de risco recente de exposição ao HIV, buscado sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV⁹, orientará atenção a estes sintomas e janela imunológica do teste. Em caso de suspeita de infecção aguda pelo HIV, deve-se solicitar a Carga Viral do HIV na guia específica (anexo 2) e encaminhar para coleta no Laboratório Municipal, ficando o profissional responsável por encerrar esta investigação, neste caso posterga-se o início da PrEP, confirmada a infecção por HIV agenda-se abertura de prontuário no CEREDI, através de contato telefônico ou e-mail. Não havendo indícios de infecção por HIV, fará a prescrição da PrEP e fornecerá informações e orientações quanto ao uso, esquema indicado, posologia, adesão, interrupção segura e demais informações pertinentes.

Na primeira consulta é importante avaliar o histórico e fatores de risco para doença renal, como presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes, uso concomitante de medicamentos com potencial nefrotóxico e história conhecida de insuficiência ou lesão renal, a dosagem de creatinina sérica e do cálculo do *clearance* de creatinina (ClCr) deve ser solicitada para pessoas de idade igual ou superior a 30 anos ou presença de fatores de risco para redução da função renal, e será opcional para idade inferior a 30 anos e sem fatores de risco para redução da função renal.

Também avaliar o histórico de fraturas patológicas, pois o tenofovir é conhecido por diminuir a massa óssea, recomenda-se que as pessoas candidatas a PrEP com histórico de fratura óssea por fragilidade patológica ou fatores de risco significativos para osteoporose sejam encaminhadas para avaliação e acompanhamento médico e laboratorial específico, não sendo este um motivo para atrasar o início da PrEP.

Avaliar a situação vacinal e encaminhar para atualização das vacinas programáticas, se necessário. Realiza-se solicitação de imunoespecial para HPV para usuários com idade até 45 anos, que não tenham a vacinação ou tenham incompleta, deve-se preencher o “Formulário de Prescrição de Imunizantes” (anexo 3), preferencialmente de forma digitada¹⁰, e orientar a pessoa procurar uma sala de vacinação com formulário e o documento pessoal em mãos.

Investigar o perfil imunológico para as hepatites virais, que deve ser documentado em todas as pessoas com indicação de PrEP, além dos testes rápidos para Hepatite B

⁸ Se o exame de HIV for reagente: notificar e encaminhar ao CEREDI para seguimento.

⁹ Febre, Mal-estar, Cefaleia, Fadiga, Faringite, Exantema, Linfadenopatia cervical/submandibular/axilar, Mialgias ou artralgias, Ulcerações mucocutâneas, Hepatoesplenomegalia.

¹⁰ Disponível em: https://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/prescricao_de_imunizantes_MAIO2025-B_DIGITAVEL.pdf

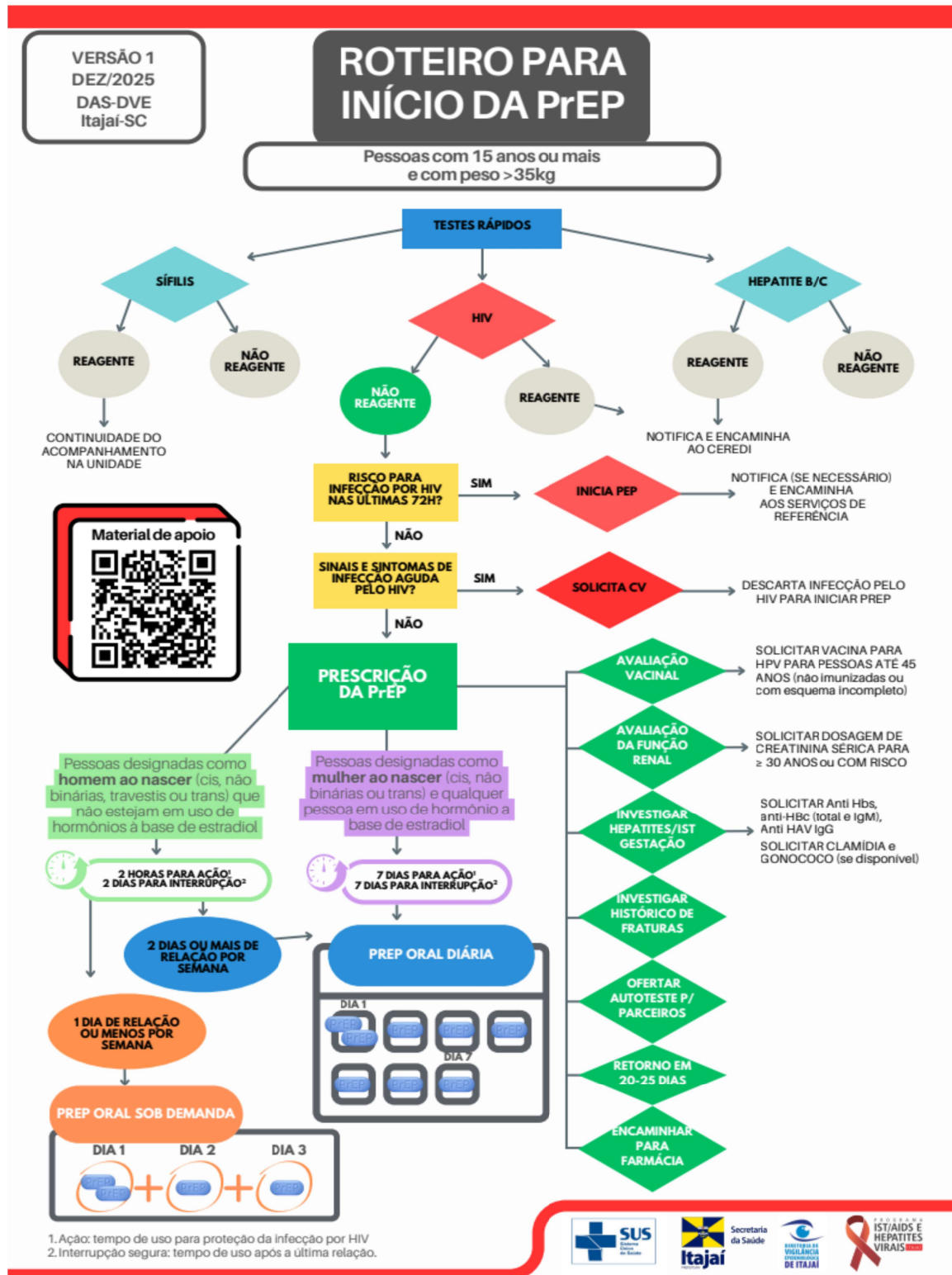
 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

e C, deve solicitar anti-HBs e anti-HBc (total e IgM) e anti-HAV IgG. Encaminhar para coleta no Laboratório Municipal e/ou em laboratórios da rede conveniada (observar o fluxo municipal vigente no momento). A infecção pelo HBV ou pelo HCV não é contraindicação para o uso de PrEP oral diária, casos de hepatite viral B crônica devem ser referenciadas para avaliação no CEREDI. O seguimento dos indivíduos que já realizaram o tratamento para hepatite C e que obtiveram a resposta virológica sustentada (RVS) deve ser realizado por meio da dosagem semestral de alanina aminotransferase (ALT) e coleta de amostra para realização de carga viral (HCV-RNA), este último nas seguintes situações: se houver alteração de ALT; a cada 12 meses, mesmo que não haja alteração de ALT; em situações de exposição de risco à infecção pelo HCV.

Se disponível, solicitar exames para Gonococo e Clamídia. Oferecer autoteste de HIV para as parcerias sexuais, até 5 (cinco), por retirada de medicação.

Orientar agendamento de retorno entre 20-25 dias. Preencher o “Formulário de Cadastramento de Usuário SUS – PrEP” (anexo 4) e encaminhar para retirada do medicamento nas farmácias municipais dispensadoras de PrEP disponíveis, com a “Ficha de atendimento para PrEP” e “Formulário de Cadastramento de Usuário SUS – PrEP” em mãos.

Segue roteiro auxiliar para a primeira consulta para PrEP:



 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

5.3) Primeira Dispensação da PrEP

No momento da primeira dispensação da medicação pela farmácia, o usuário deve ser registrado nos devidos sistemas de controle de dispensação, devem ser reforçadas informações sobre posologia, reações adversas, interações medicamentosas e periodicidade da retirada dos medicamentos.

A liberação da medicação é feita exclusivamente mediante apresentação e retenção da “Ficha de atendimento para PrEP” (anexo 1). A medicação fornecida na primeira consulta corresponde a um frasco de 30 (trinta) comprimidos. A dispensação da medicação precisa ocorrer no máximo em 7 (sete) dias do teste de HIV, passando este prazo, o teste deve ser repetido (pode ser teste rápido ou autoteste assistido), não é necessária nova consulta dentro de um mês. Realiza-se a entrega dos autotestes para parceiros.

É importante salientar ao usuário que o frasco da PrEP tem validade de 30 dias, sendo assim, mesmo na indicação de PrEP sob demanda, ele precisará retirar a medicação para cada mês como prescrito.

O Consultório na Rua terá a medicação disponibilizada pela farmácia do CEREDI para início imediato, preencherá e reterá a “Ficha de atendimento para PrEP” (anexo 1) e “Formulário de Cadastramento de Usuário SUS – PrEP” (anexo 4), que devem ser encaminhadas ao CEREDI imediatamente.

5.4) Segunda Consulta para PrEP (20-25 dias após início)

A segunda consulta deve ser agendada entre 20-25 dias após o início da PrEP, pelo mesmo profissional que fez o primeiro atendimento, sempre que possível. Devem ser realizados TR para HIV, Sífilis, Hepatites B e C. Investigar efeitos colaterais/adversos, adaptação e adesão à PrEP oral.

Avaliar os exames solicitados, em caso de Anti-hbs não reagente, encaminhar para vacinação de Hepatite B, em casos de HbsAg e/ou anti-HCV reagentes notificar e encaminhar ao Programa de Hepatites no CEREDI (pela manhã). Caso a pesquisa dos anticorpos (anti-HAV IgG e anti-HAV total) seja não reagente, deve-se recomendar a vacinação da pessoa suscetível através do “Formulário de Prescrição de Imunizantes” (anexo 3).

Para as pessoas que realizaram o exame de dosagem de creatinina sérica, deve ser calculado o *clearance* de creatinina (CICr), podem ser utilizadas as fórmulas de Cockcroft-Gault ou o CK-EPI atualizado, sugere-se utilizar a Calculadora Virtual de CICr, preferencialmente CKD-EPI, disponível em:

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

<<https://www.sbn.org.br/profissional/utilidades/calculadoras-nefrologicas>>.

Para qualquer indivíduo com um CICr estimado igual ou superior a 60 mL/minuto, pode-se prescrever com segurança a PrEP oral contendo tenofovir. Em caso de alteração deve-se seguir as recomendações do “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV” (Ministério da Saúde, 2025), se for enfermeiro ou farmacêutico que esteja realizando o atendimento, deve compartilhar a consulta com um profissional médico, a equipe também pode solicitar orientação ao CEREDI.

Sem impedimentos e com resultado **Não Reagente para HIV**, são reforçadas as informações e orientações sobre o uso da PrEP, deve preencher a “Ficha de atendimento para PrEP” (anexo 1), realizar a prescrição para até 120 dias e orientar retorno no mesmo período, ofertar autotestes para HIV para parceiros. Encaminha-se a pessoa às farmácias de dispensação de PrEP e à sala de vacinação, se necessário.

5.5) Demais Dispensações da PrEP

A partir da segunda dispensação da medicação pela farmácia, reforçam-se as orientações iniciais, verificam-se possíveis reações adversas que ocorreram durante os primeiros dias do uso da PrEP, dispensa-se a medicação por até 180 dias (neste caso sem nem um dia de atraso nas retiradas dos medicamentos por um ano), de acordo com a prescrição, e os autotestes para parceiros. A dispensação da medicação precisa ocorrer no máximo em 7 dias do teste de HIV, passando este prazo, o teste deve ser repetido (pode ser teste rápido ou autoteste assistido), não é necessária nova consulta dentro de um mês.

5.6) Demais consultas de acompanhamento

As consultas subsequentes devem ocorrer em até 120 dias para quem está no primeiro ano da PrEP ou faz uso irregular, podendo ser ampliadas para 180 dias após um ano de uso regular (sem nem um dia de atraso nas retiradas dos medicamentos por um ano). Em todas as consultas são realizados TR para HIV, Sífilis, Hepatites B e C, deve-se investigar efeitos colaterais/adversos, adaptação e adesão à PrEP oral. Se houver alterações de exames, efeitos adversos persistentes ou queixas de IST ou outras situações importantes, a consulta realizada por enfermeiro ou farmacêutico deve ser compartilhada com um médico, a equipe pode solicitar orientações ao CEREDI.

Sem impedimentos e com resultado **Não Reagente para HIV**, são reforçadas as informações e orientações sobre o uso da PrEP, preencher a “Ficha de atendimento para PrEP” (anexo 1), realizar a prescrição para até 120 ou 180 dias e orientar retorno

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

no mesmo período, ofertar autotestes para HIV para parceiros. Encaminha-se a pessoa às farmácias de dispensação de PrEP. É importante realizar exames no acompanhamento da PrEP de acordo com a recomendação a seguir:

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

MONITORAMENTO E EXAMES - PREP		
Exames	Método	Periodicidade
Teste para HIV	Sorologia ou TR para HIV, utilizando amostra de sangue total, soro ou plasma. Autoteste (sangue ou fluido oral).	Após um mês do início da PrEP e a seguir quadrimestral/semestral (em toda consulta de PrEP)
Teste para sífilis	Teste treponêmico de sífilis (ex.: TR ou ELISA) ou não treponêmico (ex.: VDRL ou RPR ou TRUST).	Quadrimestral/semestral
Identificação de outras ISTs (clamídia e gonococo)	Testagem por biologia molecular em urina, secreção genital e/ou extragenital (pesquisa de acordo com prática sexual).	Semestral (ou mais frequente em caso de sintomatologia)
Teste para hepatite B	Pesquisa de HBsAg (ex.: TR) e anti-HBs.	Anual, conforme avaliação inicial
Teste para hepatite C	Pesquisa de anti-HCV (ex.: TR).	Quadrimestral/semestral conforme avaliação inicial
Monitoramento da função renal	Clearance de creatinina e dosagem de creatinina sérica.	A cada 6 ou 12 meses (descrito a seguir)
Teste de gravidez		Quadrimestral/semestral (ou quando necessário)

Fonte: MS/2025.

A reavaliação da função renal deve ser realizada conforme a faixa etária da pessoa em uso de PrEP e a avaliação inicial da função renal:

- Indivíduos com idade inferior a 50 anos, sem comorbidades, com avaliação inicial da função renal normal (CICr igual ou superior a 90 mL/minuto): a cada 12 meses.
- Indivíduos com idade superior a 50 anos OU com história de comorbidades, tais como HAS e diabetes, OU com estimativa inicial do CICr inferior a 90 mL/ minuto: a cada seis meses.

Outras situações não contempladas neste POP devem ser consultadas no **“Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV”**, vigente no momento, ou direcionadas para matriciamento da equipe do CEREDI.

5.7) Interromper o uso da PrEP

É importante que a pessoa seja orientada a conversar com a equipe de saúde sobre a descontinuidade da PrEP. Caso tenha havido relações sexuais com potencial

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

risco de infecção pelo HIV, recomenda-se, antes da interrupção da PrEP, que a pessoa mantenha o uso da profilaxia pelo período indicado a seguir:

- Para pessoas designadas como mulher ao nascer (sejam cis, não binárias ou homens trans) e qualquer pessoa em uso de hormônio a base de estradiol, a interrupção segura se dá mantendo a medicação por 7 (sete) dias após a última exposição.
- Já para pessoas designadas como homem ao nascer (sejam cis, não binárias, travestis ou mulheres trans) que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol, a interrupção segura se dá mantendo a medicação por 2 (dias) dias após a última exposição.

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

6. Referências

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. **Guia para implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à infecção pelo HIV na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

ANEXO 1¹¹

SUS		02 - Ficha de Atendimento para PrEP		Fevereiro/2025
Cadastro Serviço	1. Serviço de atendimento* <input type="radio"/> Atenção Primária <input type="radio"/> OCTA <input type="radio"/> Serviço Especializado <input type="radio"/> Extramuros <input type="radio"/> Serviço de urgência/emergência <input type="radio"/> Teleatendimento		2. Origem do acompanhamento:* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado	
			3. CNES do Serviço de Atendimento	
Cadastro Usuário	5. CPF*		6. CNS – Cartão Nacional de Saúde	
	9. Nome Completo do Usuário - Civil*		7. Identificação Preferencial do Usuário* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social	
	10. Nome Social		8. Prontuário	
	11. Nome Completo da Mãe*			
Concluída	13. Você é ou foi participante de estudo de vacina contra o HIV? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		13a. Carga Viral do HIV Data do resultado: ___/___/___ Resultado: <input type="radio"/> Detectável <input type="radio"/> Não detectável	
	14. Exame para HIV* <input type="radio"/> Autoteste <input type="radio"/> Teste rápido <input type="radio"/> Sorologia		Data do resultado do exame não reagente: ___/___/___	
	15. O uso de PrEP está relacionado a: * <input type="radio"/> Planejamento reprodutivo <input type="radio"/> Gestação <input type="radio"/> Amamentação <input type="radio"/> Não se aplica		16. Nos últimos 3 meses, você tem ou teve algum sinal/sintoma ou foi diagnosticado(a) com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)?* (Marcar as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Feridas/úlceras 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 uretral ou anal ou vaginal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira <input type="checkbox"/> Suspeita de Mpx <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Mpx <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Sífilis <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Gonorreia/Clamídia <input type="checkbox"/> Não	
	17. Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		18. Nos últimos 3 meses, você fez uso de droga injetável ou "slam"? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
	19. Nos últimos 3 meses, você fez uso de substâncias psicoativas antes ou durante o sexo para possibilitar, potencializar ou prolongar as interações sexuais? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
	20. Desde a última dispensa, em média, como você tomou a PrEP? * <input type="radio"/> Esquema diário <input type="radio"/> Esquema sob demanda <input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Eu não tomei			
Prescrição	21. Essa prescrição é para a modalidade de: * <input type="radio"/> PrEP diária <input type="radio"/> PrEP sob demanda		22. Número de autoteste de HIV para entregar para pares e parceiras <input type="radio"/> 00 <input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04 <input type="radio"/> 05	
	23. Este formulário é para o fornecimento de * <input type="radio"/> 30 comprimidos <input type="radio"/> 60 comprimidos <input type="radio"/> 90 comprimidos <input type="radio"/> 120 comprimidos <input type="radio"/> 180 ¹ comprimidos		¹ Usuários com mais de um ano em uso de PrEP e adesão regular	
24. Prescritor* Tipo de conselho: _____ UF do conselho: _____ Data: ___/___/___ N° do conselho: _____ (Carimbo e assinatura)				
DISPENSA DE TDF/FTC				
25 – Retirada do medicamento				
Fumarato de tenofovir desoproxila + entricitabina (TDF/FTC - 300 mg + 200 mg)				
1ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação de ___ comprimidos (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)				
2ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação de ___ comprimidos (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)				
3ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação de ___ comprimidos (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)				
4ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação de ___ comprimidos (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)				
5ª dispensação Data: ___/___/___ Dispensação de ___ comprimidos (Assinatura do farmacêutico) (Assinatura do usuário)				

¹¹ Disponível em: <<https://azt.aids.gov.br/>>, visitado em 26/05/2025.



ANEXO 2¹²

Laudo Médico para Emissão de BPA-I Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV			
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*		2. CNES	
INFORMAÇÕES BÁSICAS			
3. CPF*	<small>Na indisponibilidade do CPF, informar a exceção</small> <input type="checkbox"/> 1- Recém-nascido/criança (até 5 anos) <input type="checkbox"/> 2- Estrangeiro 3- Pessoa em situação de rua <input type="checkbox"/> 4- Pessoa privada de liberdade 5- Indígena		4. CNS – Cartão Nacional de Saúde*
6. Nome Completo do(a) Usuário(a) - Civil*		5. Identificação Preferencial do(a) Usuário(a)* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social	
7. Nome Social			
8. Data de Nascimento*	9. Sexo ao Nascimento*	10. País de Nascimento*	12. UF de Nascimento*
<input type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Intersexo			
13 - Identidade de Gênero		14 - Orientação Sexual	
<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		<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica	
15. Raça/cor*	16. Escolaridade	17. Gestante*	18. Idade Gestacional*
<input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena - Etnia <input type="checkbox"/> 6- Não informada <input type="checkbox"/> 7- Ignorada	<input type="checkbox"/> 1- Nenhuma <input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3- De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4- De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5- De 12 e mais <input type="checkbox"/> 6- Não informado <input type="checkbox"/> 7- Ignorado	<input type="checkbox"/> 8- Sim <input type="checkbox"/> 9- Não	<input type="checkbox"/> 10- Sim <input type="checkbox"/> 11- Não
19. Telefone do Usuário SUS	19. Nome do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)		
20. Prontuário	21. Nome da mãe*		
22. CPF do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)		23. Nome da mãe*	
24. Endereço do usuário SUS*			
25. Bairro*	26. CEP*	27. Município de residência do usuário SUS*	28. UF de residência*
DADOS DA SOLICITAÇÃO			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO			
29. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*		30. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem*	
<input type="radio"/> 28.1. Investigação de infecção viral aguda pelo HIV <input type="radio"/> 28.2. Diagnóstico <input type="radio"/> 28.3. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral <input type="radio"/> 28.4. Avaliação de pessoas em perda de seguimento		Foi solicitado o exame de genotipagem na mesma data? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <small>Em caso de preenchimento da opção "Sim", o laboratório executor deverá priorizar a execução do exame de CV-HIV visto que o resultado será critério de inclusão/exclusão para realização do exame de genotipagem.</small>	
31. CID 10* B24		<input type="radio"/> Outro: _____	
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
32. Nome do Profissional Solicitante*		33. Assinatura e Carimbo*	
34. Registro no Conselho Profissional* <small>Conselho/UF/IN*</small>	35. Data da Solicitação		
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA			
36. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*		37. Data da coleta*	38. Hora da coleta*
39. Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem*		<small>Em caso de preenchimento da opção "Sim", o laboratório executor deverá priorizar a execução do exame de CV-HIV visto que o resultado será critério de inclusão/exclusão para realização do exame de genotipagem.</small>	
Coleta de amostra para o exame de genotipagem na mesma data? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE			
40. Código/Nome do Procedimento* <input type="radio"/> 02.02.03.107-1 / Quantificação do RNA HIV-1 <input type="radio"/> 02.13.01.078-0 / DETECÇÃO RÁPIDA DA CARGA VIRAL DO HIV			
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)		42. CNES	43. Data do recebimento
			44. Hora do recebimento
45. Nº Solicitação exame	46. Identificador da amostra	47. Responsável	
48. Data do resultado	49. Condições de chegada da amostra		
<input type="checkbox"/> 1- Amostra adequada; <input type="checkbox"/> 2- Amostra hemolisada; <input type="checkbox"/> 3- Amostra em frasco inadequado; <input type="checkbox"/> 4- Amostra mal identificada; <input type="checkbox"/> 5- Amostra mal acondicionada; <input type="checkbox"/> 6- Amostra liofilizada; <input type="checkbox"/> 7- Outros; <input type="checkbox"/> 8- Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT; <input type="checkbox"/> 9- Ignorada; <input type="checkbox"/> 10- Amostra Coagulada; <input type="checkbox"/> 11- Amostra com volume inadequado			
50. Material Biológico <input type="radio"/> Sangue <input type="radio"/> Plasma	51. Quantidade de cópias/mL	52. Log	53. Volume da amostra
		54. Técnica utilizada	

*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/aid/pt-br> (Janeiro/2025)

¹² Disponível em: <https://www.gov.br/aid/pt-br/sistemas-de-informacao/siscel/quantificacao-de-acido-nucleico-2013-carga-viral-do-hiv_janeiro_2025.pdf>, visitado em 07/11/2025.

ANEXO 3¹³

Versão: Abril/2025

Formulário de Prescrição de Imunizantes	
1 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	2 - CPF
3 - Nome Completo do Usuário - Civil*	
4 - Nome Social	
5 - Indicação: <input type="radio"/> Usuário PrEP <input type="radio"/> Usuário de TARV	
6 - Imunizante(s) Prescrito(s)	
Usuário PrEP	
Imunizante Prescrito	Recomendação
<input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B	Usuários suscetíveis à hepatite B*: 3 doses (0, 2, 6 meses)
<input type="checkbox"/> Hepatite A	Sem comprovação vacinal: Duas doses (0, 6 meses) Com comprovação vacinal (uma dose): Complementar o esquema com mais uma dose 15 a 17 anos: vacina pediátrica na dose de 0,5 mL. ≥ 18 anos: vacina adulto na dose de 1,0 mL.
<input type="checkbox"/> Vacina contra HPV	15 a 45 anos: 3 doses (0, 2, 6 meses) - Não vacinar na gestação
*(HBsAg não reagente, anti-HBc total não reagente, anti-HBs não reagente)	
Usuário TARV	
Imunizante Prescrito	Recomendação
<input type="checkbox"/> Hepatite B	Usuários suscetíveis à hepatite B*: 4 doses - dose dobrada de acordo com fabricante - (0, 1, 2 e 6 meses)
<input type="checkbox"/> HPV	9 a 45 anos: 3 doses (0, 2 e 6 meses) - Não vacinar na gestação
<input type="checkbox"/> Hepatite A	Duas doses, com intervalo de 6 a 12 meses, em indivíduos suscetíveis à hepatite A (anti-HAV não reagente)
<input type="checkbox"/> Dupla do tipo adulto (dT)	Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos. Gestantes: Uma ou duas doses a qualquer momento da gestação se vacinação incompleta do tétano e difteria.
<input type="checkbox"/> dTpa	Gestantes: aplicar uma dose de dTpa a cada gestação a partir da 20ª semana, independente de vacinação anterior
<input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	Duas doses com intervalo de 8 a 12 semanas, independentemente da idade
<input type="checkbox"/> Pneumo 13 (VPC13)	Uma dose. Após intervalo de 2 meses, aplicar pneumo 23. No caso de vacinação anterior com pneumo 23, aplicar uma dose de pneumo 13 com intervalo de 12 meses entre as vacinas
<input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae (23-valente)	Duas doses com intervalo de cinco anos, independentemente da idade. Observar um ano de intervalo entre a pneumo 23 e a pneumo 13.
<input type="checkbox"/> Vacina influenza inativada (INF3)	Uma dose anual
<input type="checkbox"/> MenACWY ou Meningo C	Duas doses com intervalo de 8 a 12 semanas e revacinar a cada 5 anos.
<input type="checkbox"/> Febre amarela (vírus vivo atenuado)	Individualizar o risco/benefício conforme a condição imunológica do paciente e a situação epidemiológica da região. Vacinar quando LTCD4+ acima de 200 células/mm ³ há pelo menos 6 meses. Contraindicada em gestantes – avaliar risco benefício de acordo com a situação epidemiológica
<input type="checkbox"/> Tríplice viral (SRC) (vírus vivo atenuado)	Duas doses para qualquer idade observando a categoria imunológica
<input type="checkbox"/> Varicela (VZ) (vírus vivo atenuado)	Duas doses com intervalo de três meses em suscetíveis(a), com LT-CD4+ acima de 200 células/mm ³ há pelo menos 6 meses.
*(HBsAg não reagente, anti-HBc total não reagente, anti-HBs não reagente)	
7 - Prescritor	
Data: ___/___/___	Tipo de conselho: _____
	UF do conselho: _____
	Nº do conselho: _____ (carimbo e assinatura)
<p>Categories imunológicas para vacinas com vírus atenuados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Maior ou igual a 350 células/mm³: Indicar o uso. 200 a 350 células/mm³ (15%-19%): Avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para a tomada de decisão . Abaixo de 200 células/mm³: não vacinar . Contraindicadas durante a gestação. 	

¹³ Disponível em <<https://azt.aids.gov.br/>>, aba documentos, visitado em 29/05/2025.

 Itajaí Prefeitura Secretaria da Saúde	<h1>POP</h1> <h2>Procedimento Operacional Padrão</h2>	Fluxo 25	Revisão 01
	Data Emissão JAN/2026		

ANEXO 4¹⁴

01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS – PrEP MAIO/2023

1 - CPF*		2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde		3 - Prontuário		4 - Identificação Preferencial do Usuário* <small>Selecione uma opção</small>	
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: <small>Selecione uma opção</small>		12 - Habitante de fronteira <small>Selecione uma opção</small>		13 - UF de Nascimento*		14 - Município de Nascimento*	
15 - Pessoa em situação de rua no momento* <small>Selecione uma opção</small>		16 - Pessoa privada de liberdade no momento* <small>Selecione uma opção</small>		17 - Sexo ao Nascimento* <small>Selecione uma opção</small>		18 - Orientação Sexual* <small>Selecione uma opção</small>	
19 - Identidade de Gênero* <small>Selecione uma opção</small>							
20 - Raça/cor* <small>Selecione uma opção</small>							
21 - Escolaridade* <small>Selecione uma opção</small>							
22 - Endereço							
23 - Bairro						24 - CEP	
25 - UF de Residência*		26 - Município de Residência*				27 - E-mail	
28 - Telefone para contato (DDD+Número)				29 - Em atendimento no serviço de saúde* <small>Selecione uma opção</small>			
30 - Responsável pelo Preenchimento* Data: __/__/__				31 - Usuário SUS* Data: __/__/__			
_____ (carimbo e assinatura)				_____ (assinatura)			

¹⁴ Disponível em <<https://azt.aids.gov.br/>>, aba documentos, visitado em 29/05/2025.