



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância à Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais

Nota Técnica Nº03/2015 GEDST/DIVEP/SVS/SES-DF

Brasília, 15 de Abril de 2015.

Assunto: Atualização da prescrição e dispensação de medicamentos antirretrovirais para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV em adultos (inclui violência sexual, exposição sexual consentida e exposição ocupacional) nos serviços de Urgência, Emergência e Pronto Atendimento da SES-DF.

1. No momento as recomendações de PEP são divididas segundo o tipo de exposição, o que resulta em uma multiplicidade de esquemas de antirretrovirais para cada uma dessas circunstâncias. Com o acúmulo de novos conhecimentos e a disponibilização de drogas mais eficazes, menos tóxicas e de fácil administração, faz-se necessário atualizar estas diretrizes com intuito de simplificar a sua prescrição em serviços de urgência, emergência e pronto atendimento da SES-DF, além de facilitar a administração desses medicamentos. Dessa forma se busca diminuir o tempo para o início da profilaxia e a melhora da adesão até o seu término.
2. Assim sendo, no âmbito do Distrito Federal, o novo esquema de PEP recomendado para todos os tipos de exposição ao HIV em adultos, consiste numa composição de 4 (quatro) drogas, administradas em dose única oral diária (**anexo 1**): Tenofovir, Lamivudina, Atazanavir e Ritonavir, salientando que o Tenofovir e a Lamivudina deverão ser prescritos na sua apresentação coformulada (2 em 1).

ANTIRRETROVIRAL	APRESENTAÇÃO
Tenofovir /Lamivudina	1 comprimido
Atazanavir 300 mg	1 comprimido
Ritonavir 100 mg	1 comprimido

3. É necessário utilizar o “Fórmulaário de Solicitação de Medicamentos” para a dispensação dos antirretrovirais pelas farmácias (**anexo 2**). O formulário também poderá ser acessado no endereço eletrônico www.aids.gov.br/gerencial.

“BRASÍLIA – PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE”

Gerência de DST/AIDS/Hepatites Virais

SBN Qd 02, Bl P, Lt 04, Lj 01

Brasília/DF - CEP: 70.040-020

Telefone: 3322-1590

E-mail: dstaidssaude@gmail.com

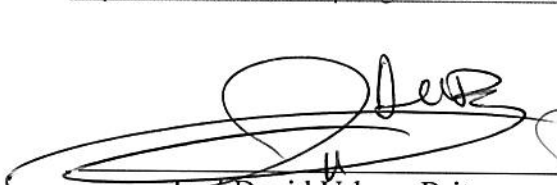


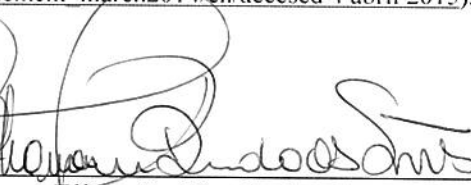
GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância à Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais

4. A classificação de risco na escala de Manchester é laranja.
5. O tempo para o início da profilaxia deve ser o mais precoce possível, idealmente, nas primeiras 2 (duas) horas com limite máximo de 72 (setenta e duas) horas após a exposição.
6. A farmácia da unidade de urgência, emergência ou pronto atendimento da SES-DF deverá dispensar o quantitativo de medicamento suficiente para 7 (sete) dias. O paciente deverá ser encaminhado para acompanhamento especializado em um dos Centros de Referência em HIV/Aids (**anexo 3**), onde receberá o restante do medicamento.
7. A duração da PEP é de 28 (vinte e oito) dias.

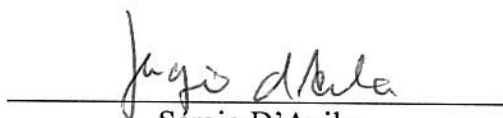
Referência Bibliográfica:

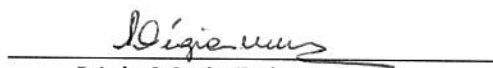
1. Benn P, Fisher M, Kulasegaram R. On behalf of the BASHH: PEPSE Guidelines Writing Group Clinical Effectiveness Group. *Inter Journal of STD & AIDS* 2011; 22: 695-708.
2. Kuhar DT, Henderson DK, Struble KA, *et al.* Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013; 34(9):875-892.
3. WHO. March 2014. Supplement to the 2013 Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection Recommendations for a Public Health Approach. *World Health Organization*, Geneve 2014.
(http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_march2014/en/ accessed 4 abril 2015).


José David Urbaez Brito
Médico Infectologista (CRM 9728)
Matrícula 140510-1


Eliana L. Bicudo dos Santos
Médica Infectologista (CRM 6162)
Matrícula 128298-6

De acordo,


Sérgio D'Ávila
Gerência de DST - Gerente
Matrícula 1434725-3


Lígia Maria Paixão da Silva
DIVEP - Diretora
Matrícula 119715-0



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância à Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais

Anexo 1 - Nota Técnica N°03/2015 GEDST/DIVEP/SVS/SES-DF

RECEITUÁRIO

QUIMIOPROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV PARA ADULTOS

Nome: _____

Registro: _____

Tenofovir 300 mg e Lamivudina 300 mg (2 em 1): Tomar 1 comprimido, via oral, ao dia.

Atazanavir 300 mg: Tomar 1 comprimido, via oral, ao dia.

Ritonavir 100 mg: Tomar 1 comprimido, via oral, ao dia.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

Observações:

1. O esquema único deverá ser utilizado em todas as situações: exposição ocupacional, exposição sexual consentida ou violência sexual.
2. A profilaxia antirretroviral deverá ser iniciada, idealmente, nas primeiras 2 horas ou até 72 horas após a exposição.
3. A classificação de risco é laranja.
4. O profissional deverá encaminhar o usuário para o Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids para o acompanhamento pós-exposição e para completar o tratamento que deve ser de 28 dias.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância à Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais

Anexo 2- Nota Técnica N°03/2015 GEDST/DIVEP/SVS/SES-DF

Fórmulário de Solicitação de Medicamentos

“BRASÍLIA – PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE”

Gerência de DST/AIDS/Hepatites Virais

SBN Qd 02, Bl P, Lt 04, Lj 01

Brasília/DF - CEP: 70.040-020

Telefone: 3322-1590

E-mail: dstaidssaude@gmail.com

1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)

2 - Nº de Prontuário

3 - Este formulário vale para:

☐ 1 dispensa de 30 dias☐ 2 dispensas de 30 dias

Obs: Conforme disponibilidade de estoque da farmácia.

☐ 1 dispensa de 60 dias ☐ 1 dispensa de 90 dias

4 - Categoria do Usuário

☐ Gestante HIV+☐ Recém-nascido☐ de mãe HIV+☐ Parturiente☐ HIV/AIDS - Adulto☐ HIV/AIDS - Criança

Semanas de

gestação

- Profilaxia Pós-exposição

☐ Ocupacional☐ Violência Sexual☐ Exposição Sexual Ocasional☐ Reprodução☐ Outros

Data da exposição

/ /

Nº de dias

para dispensa

5 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV)

☐ Falha terapêutica☐ Falta de medicamento☐ Coinfecção com tuberculose☐ Gestação (contra-indicação do esquema ARV em uso)☐ Reação(ões) adversa(s) a (os) ARV:

sigla(s) do(s)

medicamento(s)

☐ Outro - especificar:

6 - Início de Tratamento?

☐ Não☐ Sim

7 - Peso

() 35 kilos ou + () - de 35 kilos

8 - Genotipagem:

☐ Não☐ Sim

9 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Exposto

10 - Esquema de terapia inicial de 1ª linha para pacientes virgens de tratamento e com peso ≥ 35 kg:☐ TDF +3TC + EFZ11 - Esquema de terapia inicial de 1ª linha para pacientes pediátricos virgens de tratamento e com peso < 35 kg:NVP: Crianças < 3 anos EFZ: Crianças ≥ 3 anos☐ AZT +3TC + ITRNN

12 - Para contraindicação do esquema de 1ª linha para início de terapia, ver detalhamento no verso e justificar abaixo:

13 - Retirou o medicamento?

1ª Dep. 2ª Dep.

☐ Sim ☐ Não

14 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)

Abacavir - ABC	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg/dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 20mg/mL /dia
Atazanavir - ATV	<input type="checkbox"/>	caps. de 200mg/dia	<input type="checkbox"/>	caps. de 300 mg /dia
Darunavir - DRV	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg/dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg /dia
Didanosina - ddi	<input type="checkbox"/>	caps. de 250mg/dia	<input type="checkbox"/>	caps. de 400mg /dia
Efavirenz - EFZ	<input type="checkbox"/>	comp. de 600 mg/dia	<input type="checkbox"/>	caps. de 200 mg /dia
Enfuvirtida - T-20	<input type="checkbox"/>	frascos-amp. de 90 mg/mL/dia		
Estavudina - d4T	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 1mg/mL/dia
Etravirina - ETR	<input type="checkbox"/>	comp. de 100mg/dia		
Fosamprenavir - FPV	<input type="checkbox"/>	comp. de 700mg/dia	<input type="checkbox"/>	mL de suspensão oral 50mg/mL/dia
Lamivudina - 3TC	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg/dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 10mg/mL/dia
Lopinavir + ritonavir - LPV/r	<input type="checkbox"/>	comp. de 200mg + 50 mg/dia	<input type="checkbox"/>	Comp. de 100mg + 25mg/dia
Maraviroque - MVQ	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg/dia		
Nevirapina - NVP	<input type="checkbox"/>	comp. de 200mg/dia	<input type="checkbox"/>	mL de suspensão oral 10mg/mL /dia
Raltegravir - RAL	<input type="checkbox"/>	comp. de 400 mg/dia		
Ritonavir - RTV	<input type="checkbox"/>	caps. de 100mg/dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 100mg/dia
Saquinavir - SQV	<input type="checkbox"/>	caps. mole de 200mg/dia		
Tenofovir - TDF	<input type="checkbox"/>	comp. de 300 mg/dia		
Tenofovir + Lamivudina	<input type="checkbox"/>	300mg + 300mg/dia		
TDF + 3TC	<input type="checkbox"/>			
Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz - TDF+3TC+EFZ	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia		
Tipranavir - TPV	<input type="checkbox"/>	caps. de 250mg/dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 100mg/mL/dia
Zidovudina+Lamivudina - AZT + 3TC	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg +150mg/dia		
Zidovudina - AZT	<input type="checkbox"/>	caps. de 100mg/dia	<input type="checkbox"/>	Solução injetável 10 mg/mL/dia
			<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 10mg/mL /dia

15 - Medicamentos para tratamento de Tuberculose (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)

Etambutol - E	<input type="checkbox"/>	comp. de 400mg/dia	<input type="checkbox"/>	Rifampicina - R	<input type="checkbox"/>	caps. de 300mg/dia
Isoniazida - H	<input type="checkbox"/>	comp. de 100mg / dia	<input type="checkbox"/>	Rifampicina+isoniazida - RH	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg+75mg/dia
Pirazinamida - PZA	<input type="checkbox"/>	comp. de 500mg/dia	<input type="checkbox"/>	Rifampicina+isoniazida+Pirazinamida+ Etambutol - RHZE (4 em 1)	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg+75mg+400mg+275mg/dia
Rifabutina - RFB	<input type="checkbox"/>	caps. de 150mg / dia				

Em esquema com IP deverá ser utilizado RIFABUTINA, ao invés de Rifampicina

16 - Médico

Data / / CRM : _____

(carimbo e assinatura)

17 - Farmacêutico responsável

Data / / CRF : _____

(carimbo e assinatura)

17 - Farmacêutico responsável

Data / / CRF : _____

(carimbo e assinatura)

18 - 1ª dispensa - Recebi em / /

(assinatura do usuário)

18 - 2ª dispensa - Recebi em / /

(assinatura do usuário)

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.
2. A prescrição de medicamentos a base de substâncias anti-retrovirais (lista "C4"), só poderá ser feita por médico e será aviada ou dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, em formulário próprio estabelecido pelo Departamento de DST/AIDS, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um receituário médico com informações sobre seu tratamento.

ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".

Versão Novembro – 2014

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

01 - Nome Completo do Usuário: Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.

02 - Número de Prontuário: Número do Prontuário do Usuário SUS.

03 - Este formulário vale para: Para 1 dispensa de 30 dias ou para 2 dispensas de 30 dias ou 1 dispensa de 60 dias ou 1 dispensa de 90 dias. O formulário poderá valer para duas dispensas em meses subsequentes quando selecionado 2 dispensas de 30 dias. Lembrando que a farmácia tem autonomia para dispensar o número de dias (30, 60, 90) conforme seu estoque, mesmo em discordância do número de dias/dispensas solicitado no formulário

04 - Categoria de Usuário: GESTANTE HIV+; RN de Mãe HIV+; PARTURIENTE; HIV/AIDS ADULTO E CRIANÇA; EXPOSIÇÃO(OCUPACIONAL, VIOLÊNCIA SEXUAL, EXPOSIÇÃO SEXUAL OCASIONAL, FINS REPRODUTIVOS E OUTROS). No caso da gestante HIV+ informar as semanas de gestação referida pela mulher. No caso das exposições informar data da exposição e o número de dia para dispensa.

05 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral: Toda mudança de tratamento deverá possuir uma justificativa. Poderá ser: Falha clínica, Falha virológica, Coinfecção com tuberculose, Gestação, Reações adversas e Outros.

Número de dias para dispensa de exposição: Para todas as exposições é obrigatório o preenchimento da quantidade de dias de tratamento.

06 - Início de tratamento? Corresponde ao Usuário SUS Adulto com HIV/AIDS/criança e Gestantes HIV+ que iniciaram tratamento ARV no referido mês. Neste caso não considerar parturientes e exposições como início de tratamento, visto não terem sua soropositividade confirmada e não serem considerados usuários cadastrados no sistema.

07 - Peso: Peso do usuário SUS.

08 - Genotipagem: Se o esquema do usuário SUS for orientado por genotipagem deverá ser marcado para liberar as críticas do consenso.

09 - Data de Nascimento: Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do RN e do exposto(todos os tipos de exposição deverá ser informada a data de nascimento).

10 e 11 - Casos Excepcionais: Para os casos de indivíduos com peso maior ou igual a 35 kg em que o esquema TDF + 3TC + EFZ (OU Nevirapina - 1º OPÇÃO AO EFZ) esteja contraindicado, deve-se proceder da seguinte maneira:

Contra-indicação ao uso do TDF:

	Utilizar	Situação
1ª opção	AZT	Contraindicação ao TDF
2ª opção	ABC	Contraindicação ao TDF e AZT
3ª opção	ddl	Contraindicação ao TDF, AZT e ABC

Contra-indicação ao uso do EFZ:

	Utilizar	Situação
1ª opção	NVP	Contraindicação ao EFZ
2ª opção	LPV/r	Contraindicação ao EFZ e NVP
3ª opção	ATV/r (a partir de 6 anos)	Contraindicação ao EFZ, NVP e LPV/r
4ª opção	FPV/r (a partir de 2 anos)	Contraindicação ao EFZ, NVP, LPV/r e ATV/r

A dispensação de AZT, ABC, ddl, ATV/r e FPV/r está condicionada ao fornecimento de justificativas relativas às situações de contraindicação.

12 – Para contraindicação CLÍNICA/LABORATORIAL do esquema de 1ª linha para início de terapia, ver detalhamento no verso e justificar abaixo: Para esquemas iniciais diferentes do preconizado, o médico deverá justificar

13 - Retirou o medicamento: O responsável pela dispensação deverá informar se o Usuário SUS retirou o medicamento. O preenchimento desse campo é importante para a construção do Mapa mensal e o do Boletim Mensal para Avaliação do uso do medicamento.

14 – Medicamentos - Antirretroviral: Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O Médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário.

15 - Medicamentos para tratamento da tuberculose - Lista dos medicamentos para tuberculose (esquema básico - adultos) oferecidos pelos SUS. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário.

Esquema básico para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes (≥10 anos)

Fases do tratamento	Fármacos	Faixa de Peso	Unidade/dose
Intensiva (2 meses) (2RHZE ^a)	RHZE 150/75/400/275mg comp.	20 a 35kg	2 comprimidos
		36 a 50kg	3 comprimidos
		>50kg	4 comprimidos
Manutenção (4 meses) (4RH ^b)	RH 150/75mg comp.	20 a 35kg	2 comprimidos
		36 a 50kg	3 comprimidos
		>50kg	4 comprimidos

^a RHZE: combinação de rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) e etambutol (E).

^b RH: combinação de rifampicina (R) e isoniazida (H).

16 – Médico: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

17 - Farmacêutico responsável: Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensa. No caso do formulário ser válido para duas dispensas o farmacêutico responsável pela dispensa deverá assinar em cada dispensa.

18 - Dispensa: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa. No caso do formulário ser válido para duas dispensas, o usuário deverá assinar duas vezes o formulário, sendo uma em cada dispensa.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância à Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais

Anexo 3- Nota Técnica N°03/2015 GEDST/DIVEP/SVS/SES-DF

Centros de Referência em HIV/Aids no Distrito Federal

Serviço	Endereço	Telefone
Ambulatório de Especialidades do Hospital Regional de Ceilândia	QNM 17 – Área Especial nº 1	3372-4191
Centro de Saúde nº 01 de Planaltina	Entre vias WL4 e NS1, Área Hospitalar	3388-1629 3388-9645
Centro de Saúde nº 01 de Sobradinho	Quadra 14 – Área Especial nº 22/23	3591-1635 3591-2779
Centro de saúde nº 02 do Guará	QE 17, AE	3567-3055 3381-7555
Centro de Saúde nº 05 do Gama	Q.38 – Área Especial Setor Central – Lado leste	3385-2329 3556-6478
Centro de Saúde nº 11 de Brasília	SGAN – Quadra 905 Módulo D – Asa Norte	3349-0873
Hospital Universitário de Brasília – HUB – Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias	SGAN 605 – L2 Norte	3448-5416
Unidade Mista – Regional Sul – Hospital Dia	EQS – 508/509 – Asa Sul	3244-9324 34434796
Unidade Mista Taguatinga	C 12 – Área Especial nº 01 Taguatinga Centro	3353-8341 3563-3270
Ambulatório de HIV/Aids e HV de Samambaia	QS 614 conjunto “C” lotes 01 e 02	3039-1830 3039-1833
Ambulatório de HIV/Aids e HV de Paranoá	Quadra 02 Área Especial	3369-9800 3369-9988

“BRASÍLIA – PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE”

Gerência de DST/AIDS/Hepatites Virais

SBN Qd 02, Bl P, Lt 04, Lj 01

Brasília/DF - CEP: 70.040-020

Telefone: 3322-1590

E-mail: dstaidsaude@gmail.com