

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente
Transmissíveis

Manual do E-Prevenção

Brasília – DF

2025

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis

SRTV, quadra 701, via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700, 5º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: <https://cta.aids.gov.br>

E-mail: prevencao.hiv@aids.gov.br

Coordenação:

Draurio Barreira

Artur Olhovetchi Kalichman

Organização:

Agatha Alves da Silva

Aline Pilon Maurício da Silva

Carina Bernardes Sousa

Gilvane Casimiro da Silva

José Boullosa Alonso Neto

Colaboração:

Álison Bigolin

Ana Claudia Philippus

Ana Roberta Pati Pascom

Ana Monica de Mello

Amanda Alencar Cabral Morais

Artemir Coelho de Brito

Denise Aguiar Fiuza de Moraes

Fernanda Dockhorn Costa

Isabela Ornelas Pereira

José Nilton Neris Gomes

Leonor Henriette de Lannoy

Luis Eduardo da Silva

Luiz Fernando Aires Júnior

Mário Peribanez Gonzalez

Mayra Gonçalves Aragón

Nicole Menezes de Souza

Pâmela Cristina Gaspar

Rogério dos Santos Lima

Stefano Barbosa Codenotti

Vânia Camargo da Costa

Revisão textual:

Angela Gasperin Martinazzo

Diagramação:

XXX

SUMÁRIO

Apresentação	4
1 O que é o E-Prevenção?.....	5
2 Objetivos do E-Prevenção	6
3 Primeiro acesso e cadastro.....	7
3.1 Como o serviço acessa o E-Prevenção pela primeira vez?.....	7
3.2 Como o serviço cadastra outras pessoas para uso do E-Prevenção?	9
4 Uso do E-Prevenção	11
4.1 Como realizar agendamentos?.....	11
4.2 Como cadastrar novo(a) usuário(a)?.....	12
4.3 Como registrar os atendimentos individuais?.....	13
4.4 Como gerar relatórios gerenciais?	14
4.5 Como registrar apoio matricial e articulação intersetorial?.....	15
4.6 Como registrar ações informativas e educativas?.....	15
5 Formulários do E-Prevenção	16
6 Indicadores.....	17
7 Conceitos importantes	18
Referências	21
Anexos.....	22
Anexo A – Formulário de módulo cadastral.....	22
Anexo B – Formulário de atendimento individual	23
Anexo C – Formulário de testagem-índice	26

APRESENTAÇÃO

Com os avanços observados no âmbito do rastreamento, prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), hepatites virais, tuberculose, infecção pelo HIV e aids, especialmente com a introdução de medicamentos recentes, o desenvolvimento de novos testes e a concepção da Prevenção Combinada do HIV, espera-se que os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) avancem em sua posição estratégica no que diz respeito a favorecer o alcance e a oferta de acesso à saúde para as populações, sobretudo as que estão em situação de maior vulnerabilidade às infecções e doenças supracitadas, e que, em virtude de múltiplas determinações biopsicossociais, como barreiras causadas pelo estigma e discriminação, não acessam outros serviços de saúde.

Nesse sentido, os CTAs constituem-se como serviços da rede especializada de saúde capazes de viabilizar práticas de promoção, prevenção, diagnóstico oportuno e início de tratamento de ISTs, HIV, aids, hepatites virais e tuberculose, atuando em consonância com os demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Para o aprimoramento do processo de qualificação dos CTAs, é fundamental acompanhar o desenvolvimento de suas atividades, bem como os resultados alcançados no âmbito desses serviços. Para tanto, o Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi/SVSA/MS) criou o E-Prevenção, plataforma *on-line* que possibilitará o acompanhamento das informações sobre os serviços prestados pelos CTAs e sobre as populações atendidas, facilitando assim o planejamento mais efetivo das ações, com base em evidências.

O E-Prevenção foi produzido no âmbito das ações de reorganização dos CTAs, que fazem parte da agenda estratégica do Dathi/SVSA/MS, em parceria com estados e municípios, para a ampliação do cuidado integral e do acesso das populações-chave e prioritárias aos serviços de saúde.

1 O QUE É O E-PREVENÇÃO?

O E-Prevenção é uma ferramenta para registro e acompanhamento dos serviços realizados pelos CTAs, abarcando a nova configuração do Dathi/SVSA/MS.

A versão atual do E-Prevenção está em ambiente *on-line* e, por essa razão, não demanda a instalação de um programa para sua utilização e não dialoga com os dados do antigo SI-CTA¹. O E-Prevenção será ofertado pelo Ministério da Saúde aos estados e ao Distrito Federal, e a adesão a ele será voluntária. As coordenações que manifestarem interesse em utilizá-lo, a fim de aprimorar a organização e o gerenciamento dos dados produzidos pela rede de CTAs, receberão as instruções de acesso.

¹ “No início dos anos 2000, o Ministério da Saúde desenvolveu um sistema informatizado (SI-CTA) específico para a gerência do CTA e para a análise de informações epidemiológicas dos usuários atendidos. [Em] estudo publicado em 2008 verificou-se que o sistema não foi implantado, em nenhuma de suas versões, em 36,2% dos serviços do país e a versão mais atualizada, a 2.0, não era utilizada em 60,6% dos CTA [...]. O SI-CTA foi descontinuado e sem a substituição por outro sistema de informação. Desta forma, a sistematização dos dados coletados pelos serviços, o conhecimento da população atendida e o planejamento de ações futuras tornou-se um desafio, como já apontado no perfil da clientela atendida pelo CTA” (Sbibae, 2024).

2 OBJETIVOS DO E-PREVENÇÃO

O E-Prevenção visa promover o registro dos atendimentos individuais, o monitoramento das atividades, os agendamentos e a elaboração de relatórios gerenciais.

Para tanto, a ferramenta oferece a possibilidade de registro de ações intersetoriais, extramuros, de prevenção e de diagnóstico, bem como do início de tratamento da infecção pelo HIV, aids, tuberculose, hepatites virais e outras ISTs.

Vale ressaltar que o E-Prevenção não é um prontuário eletrônico; trata-se de um recurso gerencial para a sistematização dos dados em saúde produzidos pelos serviços, a caracterização das populações atendidas e o planejamento de ações futuras.

Por essa razão, também estão disponíveis na plataforma as fichas de cadastro e atendimento de usuário(a), em formato PDF, documentos esses que podem ser impressos. Os dados registrados no material físico poderão ser posteriormente inseridos no E-Prevenção. A dinâmica de preenchimento das fichas e a inserção das informações de saúde no E-Prevenção fazem parte da gestão do trabalho e da autonomia local para a organização dos fluxos em cada CTA.

Durante o atendimento, é fundamental apresentar ao(a) usuário(a) todos os serviços ofertados no âmbito de cada CTA. Isso pode ser feito com o apoio das fichas de cadastro e atendimento durante o diálogo com a pessoa, de forma a disponibilizar as informações e ofertar o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico e início de tratamento realizadas no serviço.

Cabe destacar que a utilização das fichas de cadastro e atendimento, como norteadoras do atendimento, não deve caracterizar uma ação exaustiva ou rígida. Cada profissional de saúde organiza as orientações prestadas durante o atendimento de acordo com as demandas apresentadas pelo(a) usuário(a) na medida em que são ofertados os serviços disponíveis no CTA, de forma a atender às suas necessidades de saúde.

3 PRIMEIRO ACESSO E CADASTRO

3.1 Como o serviço acessa o E-Prevenção pela primeira vez?

1º passo: acesse o endereço web do E-Prevenção: <https://cta.aids.gov.br>.

2º passo: clique em “Solicitar cadastro de unidade”:

E-Prevenção

Faça login para continuar

000.000.000-00

Senha

Esqueci minha senha

Entrar

Solicitar cadastro de unidade

O E-Prevenção foi desenvolvido para promover o fortalecimento da gestão e produção de conhecimento relacionado ao HIV/aids, IST e hepatites virais. O preenchimento adequado dos campos da Ficha de Atendimento e a digitação correta dos dados no sistema são fundamentais para a análise dos indicadores e o monitoramento e avaliação da estratégia.

Contamos com o compromisso de cada CTA parceiro nesse processo.

3º passo: preencha as informações solicitadas e clique em “Salvar”. Após esse passo, a solicitação de cadastro será avaliada pela equipe técnica do Dathi, que autorizará o cadastro da nova unidade. Você receberá um retorno da solicitação por e-mail:

Cadastro de unidade

Unidade

CNES *

Nome da unidade *

UF *

Selecione

Cidade *

Selecione

Responsável pela unidade

CPF *

000.000.000-00

Nome *

E-mail *

[← Voltar](#) [Salvar](#)

4º passo: após a autorização de cadastro da unidade, você poderá acessar o E-Prevenção por meio de login e senha:

E-Prevenção

Faça login para continuar

000.000.000-00 

Senha 

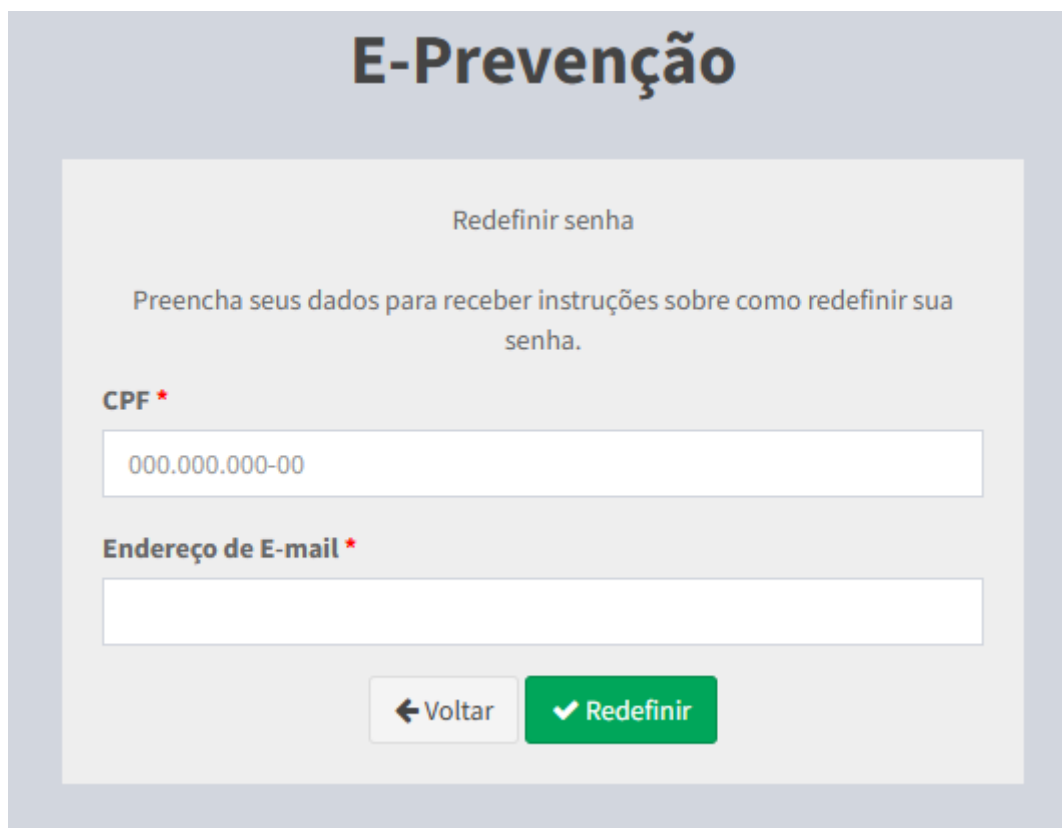
[Esqueci minha senha](#) [Entrar](#)

[Solicitar cadastro de unidade](#)

O E-Prevenção foi desenvolvido para promover o fortalecimento da gestão e produção de conhecimento relacionado ao HIV/aids, IST e hepatites virais. O preenchimento adequado dos campos da Ficha de Atendimento e a digitação correta dos dados no sistema são fundamentais para a análise dos indicadores e o monitoramento e avaliação da estratégia.

Contamos com o compromisso de cada CTA parceiro nesse processo.

Obs.: caso não se lembre da sua senha de acesso, você poderá clicar em “Esqueci minha senha”, informar o CPF e e-mail cadastrados, e em seguida clicar em “Redefinir”:



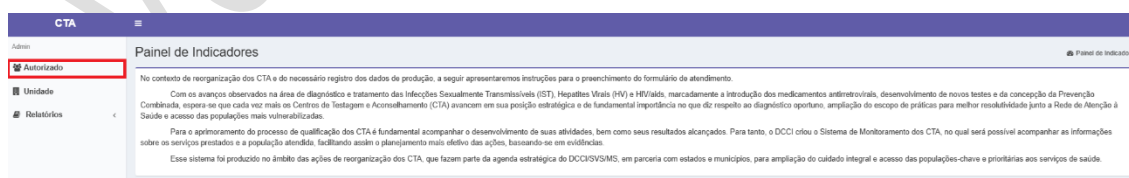
The image shows a web form titled "E-Prevenção" with a sub-header "Redefinir senha". Below the sub-header, there is a prompt: "Preencha seus dados para receber instruções sobre como redefinir sua senha." The form contains two input fields: "CPF *" with a placeholder "000.000.000-00" and "Endereço de E-mail *". At the bottom, there are two buttons: "Voltar" (with a left arrow) and "Redefinir" (with a checkmark).

3.2 Como o serviço cadastra outras pessoas para uso do E-Prevenção?

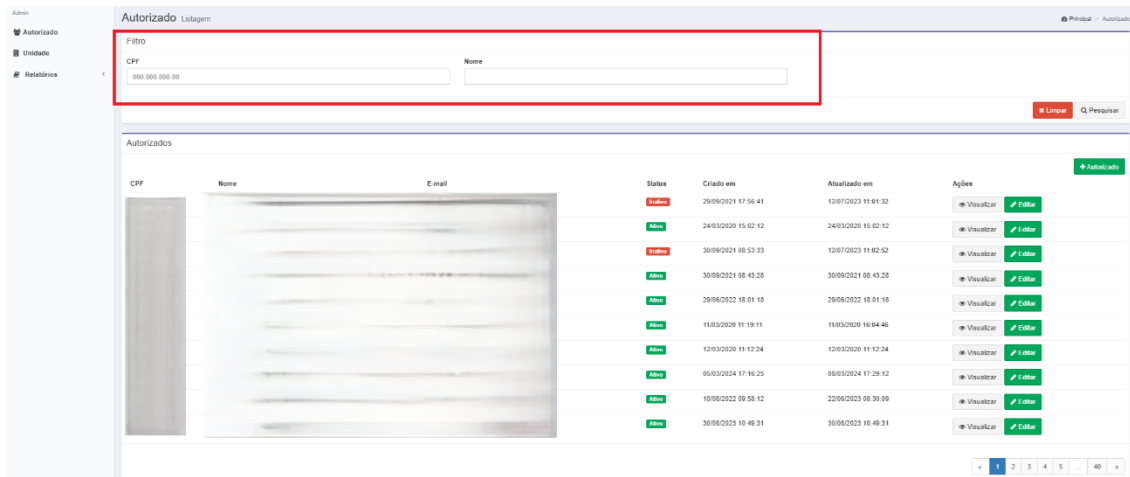
1º passo: o serviço deverá ter uma pessoa cadastrada com o perfil de administrador.

2º passo: o administrador acessa a plataforma conforme o processo descrito na seção 3.1.

3º passo: o administrador acessa o menu “Autorizado”:



4º passo: o administrador verifica se a pessoa a ser cadastrada já possui um registro no E-Prevenção. Para isso, poderá pesquisar pelo CPF ou nome, e em seguida clicar na opção “Pesquisar”:



5º passo: caso a pessoa não possua um cadastro, o administrador clica na opção “+ Autorizado”. O E-Prevenção apresentará os campos para o preenchimento do cadastro:

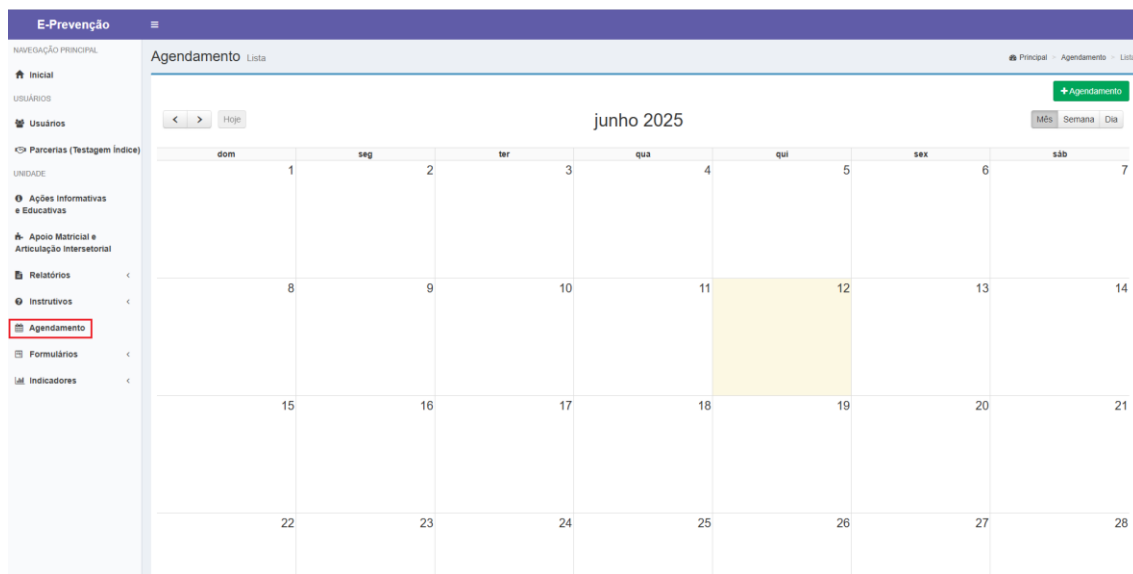


6º passo: o administrador seleciona a opção “Usuário”, em “Tipo do Autorizado”; preenche o CPF, nome e e-mail, indica o status e, por fim, seleciona a unidade a que a pessoa que está sendo cadastrada terá acesso. Após o preenchimento, é só clicar em “Salvar”.

4 USO DO E-PREVENÇÃO

4.1 Como realizar agendamentos?

Para realizar agendamentos, é necessário acessar o módulo “Agendamento”, localizado no canto esquerdo da tela e clicar no ícone “+ Agendamento”:



Nesse módulo, é possível inserir a data, o horário, o tipo de agendamento e o nome da pessoa que fará o atendimento, bem como registrar informações mais detalhadas sobre o seu objetivo:

Novo Agendamento
✕

Data *

Horário *

Tipo de Agendamento *

Entrega Compromisso

Título *

Funcionário *

Descrição

Executado em

Observações

Resultado

✕ Cancelar
Salvar

4.2 Como cadastrar novo(a) usuário(a)?

Para cadastrar um novo(a) usuário(a) do serviço, clique no ícone “Usuários”, localizado na barra lateral esquerda. Faça uma busca para verificar se o(a) usuário(a) já possui cadastro, inserindo uma ou mais informações, como nome, CPF, Cartão Nacional do SUS (CNS), unidade de atendimento e tipo de atendimento. Caso o(a) usuário(a) não possua cadastro nessa unidade, clique no ícone “+Usuário”, localizado no canto direito da tela:

E-Prevenção
Principal - Usuário

Usuário Listagem

Filtro

Nome

CPF

CNS - Cartão Nacional de Saúde

Unidade

Tipo de ficha de atendimento

✕ Limpar 🔍 Pesquisar

#	Nome Completo do Usuário	CPF	Data de Nascimento	Unidade	Ações
					+Usuário

Em seguida, preencha o formulário de cadastro de novo(a) usuário(a) com os dados de identificação e perfil. Para concluir a ação, é necessário clicar no ícone “Finalizar”. Caso o cadastro inicial não tenha sido completamente preenchido, você poderá salvar essas informações clicando no ícone “Salvar”, ao final da página. Para finalizar o cadastro e permitir o preenchimento da ficha de atendimento, será necessário completar todos os campos obrigatórios, marcados com asterisco, e clicar em “Finalizar”:

E-Prevenção

Usuário Novo

Principal - Usuário - Novo

Usuário

Dados do Usuário

Identificação

1 - CNS - Cartão Nacional de Saúde

Identificação Preferencial *

Nome Social Nome Civil

2 - Nome Social:

3 - Nome Completo - Civil *

4 - Nome da Mãe: *

5 - Data de Nascimento: *

6 - CPF: *

000.000.000-00

Não apresentou o documento

7 - Possui ocupação? *

Sim Não

8 - Recebe algum tipo de benefício/auxílio social? *

Sim Não

9 - Nacionalidade: *

10 - País de Residência: *

11 - Situação do Estrangeiro: *

Residente Não Residente Em trânsito/Turista Habitante de fronteira Não se aplica

Contato

12 - Cep: *

13 - Endereço Completo: *

14 - Bairro: *

4.3 Como registrar os atendimentos individuais?

Após finalizar o cadastro inicial do(a) novo(a) usuário(a), para registrar os atendimentos, clique no ícone “+Atendimento” localizado no canto direito da tela:

E-Prevenção

Atendimento Listagem

Principal - Atendimento

Filtro

Status

Selecione...

Limpar Pesquisar

Atendimentos

#	Data do Atendimento	Nome Completo do Usuário - Civil	Exame aguardando retorno	Status	Ações
---	---------------------	----------------------------------	--------------------------	--------	-------

+Atendimento

Você será direcionado(a) para o registro de atendimento novo. Caso os dados do atendimento ainda não tenham sido completamente preenchidos, você poderá salvar essas informações clicando no ícone “Salvar”, ao final da página. Para finalizar o registro do atendimento, será necessário preencher todos os campos obrigatórios, marcados com asterisco, e clicar em “Finalizar”:

The screenshot displays the 'Atendimento Novo' form in the 'E-Prevenção' system. The form is titled 'TRIAGEM E AVALIAÇÃO' and is divided into several sections:

- Data do atendimento ***: A date input field.
- Profissional ***: A dropdown menu for selecting a professional.
- Tipo de ação do serviço ***: Radio buttons for 'Interno' and 'Extra muro'.
- Demanda de atendimento ***: A section with three columns of checkboxes:
 - Testagem ***: HIV, Sífilis, HBV, HCV, TB, outras IST.
 - Testagem após janela imunológica ***: HIV, HBV, HCV, Sífilis.
 - Vacinas ***: HPV, Hepatite B, Hepatite A, Outras.
 - Outras demandas ***: Seroconversão de IST, Busca de informações / orientações relacionadas à prática sexual e prevenção, Retirada de preservativos, Retirada de auto-teste de HIV, Questões / orientações sobre hepatite A, Outras.
- Perfil do usuário**:
 - Pertence a uma dessas populações? ***: Em situação de rua, Privados de liberdade, Indígenas, Populações do Campo e da Floresta, Trabalhador(es) do sexo, Não pertence a nenhuma dessas populações.
 - Já teve relação sexual? ***: Sim, Não.
- Exposições de risco**: A section for reporting risk exposures.

4.4 Como gerar relatórios gerenciais?

Para gerar relatórios gerenciais, basta clicar no ícone “Relatórios”, localizado na coluna lateral esquerda. Indique o período referente ao relatório que você deseja emitir, bem como o tipo de atendimento, convencional ou extramuros:

The screenshot displays the 'Relatório de Atendimento' form in the 'E-Prevenção' system. The form is titled 'Relatório de Atendimento' and includes a 'Filtro' section and a table of reports.

Filtro

- De**: A date input field.
- à**: A date input field.
- Tipo de Atendimento**: Radio buttons for 'Convencional' and 'Extra Muro'.

Relatórios

#	Data	Status	Solicitado por	Filtros	Ações

4.5 Como registrar apoio matricial e articulação intersetorial?

Para registrar apoio matricial e articulação intersetorial, clique no ícone “Apoio matricial e articulação intersetorial”, localizado na coluna lateral esquerda:

A captura de tela mostra a interface do sistema E-Prevenção. No topo, há uma barra de navegação com o título "E-Prevenção" e um ícone de menu. À esquerda, há um menu lateral com opções como "Inicial", "USUÁRIOS", "Usuários", "Parcerias (Testagem Índice)", "UNIDADE", "Ações Informativas e Educativas", "Apoio Matricial e Articulação Intersetorial" (destacado com um retângulo vermelho), "Relatórios", "Instrutivos", "Agendamento", "Formulários" e "Indicadores". O conteúdo principal da tela é o formulário "Apoio Matricial e Articulação Intersetorial". O formulário contém o seguinte conteúdo:

- Título: Apoio Matricial e Articulação Intersetorial
- Subtítulo: Apoio Matricial
- Questão: Realiza apoio matricial com/para outros pontos da RAS? *
 Sim Não
- Subtítulo: Articulação Intersetorial
- Questão: Articulação intersetorial? *
 Sim Não
- Botões: Cancelar (em vermelho) e Salvar (em verde)

4.6 Como registrar ações informativas e educativas?

Para registrar ações informativas e educativas, clique no ícone “Ações Informativas e Educativas”, localizado na coluna lateral esquerda. Assinale as opções que correspondem às ações realizadas na rotina do serviço:

A captura de tela mostra a interface do sistema E-Prevenção. No topo, há uma barra de navegação com o título "E-Prevenção" e um ícone de menu. À esquerda, há um menu lateral com opções como "Inicial", "USUÁRIOS", "Usuários", "Parcerias (Testagem Índice)", "UNIDADE", "Ações Informativas e Educativas" (destacado com um retângulo vermelho), "Apoio Matricial e Articulação Intersetorial", "Relatórios", "Instrutivos", "Agendamento", "Formulários" e "Indicadores". O conteúdo principal da tela é o formulário "Ações Informativas e Educativas". O formulário contém o seguinte conteúdo:

- Título: Ações Informativas e Educativas
- Questão: Na rotina do seu serviço, a equipe realiza acolhimento da demanda e identificação da necessidade do usuário(a)? *
 Sim Não
- Questão: Na rotina do seu serviço, a equipe realiza aconselhamento para gestão de risco? (pode marcar mais de uma opção)
 Na revelação do diagnóstico Na indicação de PEP Na indicação de PrEP Para adesão à TARV Para outras IST Nas abordagens sobre saúde sexual e saúde reprodutiva Para prevenção da Transmissão Vertical Para a vinculação dos casos positivos de HIV, sífilis e/ou hepatites B e C Para oferta de tratamento de sífilis e outras IST Para o encaminhamento em relação a outras comorbidades, como tuberculose Outras possibilidades
- Questão: Apoio a ações de prevenção extramuros (pode marcar mais de uma opção)
 Educação entre pares Atividades de educação em saúde em instituições, por exemplo, escolas, instituições de base comunitárias, empresas, presídios, entre outros Testagem para o HIV, sífilis e hepatites virais em espaços de sociabilidade Outras ações, a serem definidas de acordo com a realidade do serviço
- Questão: Ações de Redução de Danos (pode marcar mais de uma opção)
 Trabalho de campo de redução de danos Articulação com CAPS ou outros serviços das RAS Oferta de insumos de redução de danos para pessoas que usam álcool, outras drogas, silicone industrial e hormônios
- Questão: Desenvolvimento de trabalho de formação em serviço (educação permanente) (pode marcar mais de uma opção)
 Ações de formação com serviços da APS Ações de formação com serviços de outros pontos da RAS Ações de capacitação e educação permanente da equipe Oficinas sobre uso de preservativos masculino, feminino e gel lubrificante
- Questão: Número de preservativos masculinos distribuídos: *
- Questão: Número de preservativos femininos distribuídos: *
- Botões: Cancelar (em vermelho) e Salvar (em verde)

5 FORMULÁRIOS DO E-PREVENÇÃO

Para acessar os formulários de cadastro, atendimento e testagem índex em formato PDF (Anexos A, B e C), basta clicar no ícone “Formulários”, localizado no canto esquerdo da tela:



Destaca-se que os formulários buscam apoiar a condução e o registro do atendimento, constituindo apenas um roteiro. O seu preenchimento deve ocorrer conforme a dinâmica de interação com o(a) usuário(a) e o fluxo de organização do serviço, que devem ser centrados na pessoa e suas demandas.

7 CONCEITOS IMPORTANTES

A seguir, apresentaremos alguns conceitos importantes para auxiliar o(a) profissional de saúde que conduzirá os atendimentos e preencherá as informações de saúde dos(as) usuários(as) do serviço no E-Prevenção.

Raça/cor: “O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pesquisou as cores mais declaradas pela população e definiu um sistema de classificação com cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena.

O Ministério da Saúde, por meio da sua Portaria n.º 344, de 1º de fevereiro de 2017, adota o critério da autodeclaração, ou seja, o(a) próprio(a) usuário(a) define qual é a sua raça/cor, com exceção dos casos de recém-nascidos e óbitos ou diante de situações em que a pessoa estiver impossibilitada, cabendo aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou pertencimento étnico-racial.

Os(as) usuários(as) devem ser orientados(as) quanto ao método de classificação utilizado pelo IBGE e respeitados diante de sua autodeclaração. A autodeclaração remete à percepção de cada pessoa em relação à sua raça/cor, o que implica considerar não somente seus traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos socioculturais e a construção subjetiva do sujeito” (Brasil, 2017a, p. 9).

Identidade de gênero: “é a percepção íntima de gênero que uma pessoa tem de si, como ela se descreve e como deseja ser reconhecida, o que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento” (Brasil, 2024, p. 10).

Cisgênero: “pessoas que se identificam com o gênero atribuído ao nascimento. Também podem ser chamadas de ‘mulheres cis’ e ‘homens cis’” (Brasil, 2024, p. 10).

Transgênero/transexuais: “pessoas que não se identificam com o gênero atribuído ao nascimento. Homens e mulheres transexuais, também chamados(as) de “mulheres trans” ou “homens trans”, podem ou não manifestar a necessidade de realizar modificações corporais por meio de hormonização e intervenções médico-cirúrgicas, com o intuito de alinhar seus atributos físicos (inclusive genitais, como a cirurgia de redesignação sexual) à sua identidade de gênero” (Brasil, 2024, p. 11).

Mulheres trans: “pessoas que se identificam com o gênero feminino, embora tenham sido designadas ao nascer como do gênero masculino” (Brasil, 2024, p. 11).

Homens trans: “pessoas que se identificam com o gênero masculino, embora tenham sido designadas ao nascer como do gênero feminino” (Brasil, 2024, p. 11).

Travestis: “pessoas que se identificam com o gênero feminino, embora tenham sido designadas ao nascer como do sexo masculino. Assim, não há diferença significativa, entre mulheres trans e travestis, que seja marcada por aspectos genitais, corporais, hormonais ou outros, mas apenas a autoidentificação. A decisão de se reconhecer travesti (ou transexual) cabe à própria pessoa. Hoje, a designação “travesti” também é usada como uma forma de militância. Ressalta-se que o termo travesti tem uma conotação feminina e, por isso, o pronome utilizado é o feminino: ‘a’ travesti” (Brasil, 2024, p. 11).

Não binárias: “pessoas que se identificam com algo além dos dois gêneros feminino e masculino, habitualmente reconhecidos na nossa cultura. A não binaridade pode ser entendida como um termo ‘guarda-chuva’, englobando diversas identidades: agênero (pessoas que não se identificam com gênero algum); gênero fluido (pessoas cuja identidade de gênero muda ou varia); gênero neutro (pessoas que não se identificam como “homem” ou “mulher”); entre outros” (Brasil, 2024, p. 11). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).

Sexo atribuído ao nascimento: perguntar ao(à) usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento.

Orientação sexual: é a atração afetiva e sexual de uma pessoa por outros indivíduos, que podem ser de mesmo gênero (nesse caso, a pessoa é homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou de ambos os gêneros (bissexual); ainda, a pessoa pode se declarar sem atração afetiva e sexual por outros indivíduos (assexual). Deverá ser marcada uma das opções de orientação sexual, ou a opção “não sabe” caso a pessoa não saiba informar sua orientação. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do(a) profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).

Pessoa em situação de rua: “considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos

familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória" (Brasil, 2009, s.p.).

Pessoa privada de liberdade: são as pessoas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciadas para cumprimento de pena privativa de liberdade (nos regimes fechado, semiaberto ou aberto) ou em medida de segurança (Brasil, 2014).

População do campo e da floresta: “são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Nesse contexto estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo e, ainda, as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas, bem como as populações atingidas por barragens, entre outras” (Brasil, 2013, p. 8).

Trabalhadoras(es) do sexo: “são pessoas adultas que exercem a troca consensual de serviços, atividades ou favores sexuais por dinheiro, bens, objetos ou serviços que tenham valor (seja de cunho monetário ou não), a qual pode assumir as mais variadas formas e modalidades. A prostituição pode ser realizada pela(o) profissional de forma ocasional ou regular (independentemente da frequência ou esporadicidade), e nos mais diversos espaços e situações. Pode envolver a intermediação de uma terceira pessoa ou a negociação direta entre profissional e cliente.

O que define a prostituição é, sobretudo, o consentimento das partes engajadas na transação entre os serviços sexuais e as variadas formas de pagamento” (Brasil, 2017b, p. 36).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed.; 1. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia para oferta de prevenção combinada ao HIV, com foco em PrEP e PEP, para pessoas trans, travestis e não binárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União: Seção 1**, Brasília, DF, p. 16, 24 dez. 2009.

BRASIL. Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União: Seção 1**, Brasília, DF, p. 18-21, 3 jan. 2014.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **CUIDA-CTA: Rede de prevenção e cuidado integral de doenças e condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis**. Projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). São Paulo, SP: Sbibae, Ministério da Saúde, 2024.

ANEXOS

Anexo A – Formulário de módulo cadastral

Formulário de Atendimento		05/2024
Dados do Atendimento - Módulo cadastral		
SERVIÇO	Data do atendimento*	
	Unidade:*	CNES:
IDENTIFICAÇÃO	1 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	
	Identificação Preferencial do Usuário* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social	
	2 - Nome Social	
	3 - Nome Completo - Civil*	
	4 - Nome da mãe*	
	5 - Data de nascimento*	6 - CPF* <input type="checkbox"/> Não apresentou documento <input type="checkbox"/> Não possui
	7 - Possui ocupação? Se sim, qual? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
	8 - Recebe algum tipo de benefício/auxílio social? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	9 - Nacionalidade*
	10 - País de residência*	
	11 - Situação do estrangeiro: <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Não residente <input type="radio"/> Em trânsito/Turista <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não se aplica	
CONTATO	12 - CEP:	13 - Endereço completo:
	14 - Bairro:	
	15 - UF de Residência	16 - Município de Residência
	17 - Autoriza contato? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	18 - Telefone de contato:
	19 - E-mail de contato:	
PERFIL	20 - Visita domiciliar? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
	21 - Raça/cor* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena	22 - Escolaridade* <input type="checkbox"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="checkbox"/> De 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> De 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> De 8 a 11 anos <input type="checkbox"/> De 12 a mais anos <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não informado
	23 - Identidade de Gênero* <input type="checkbox"/> Mulher CIS <input type="checkbox"/> Não binária <input type="checkbox"/> Homem CIS <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Mulher trans <input type="checkbox"/> Não informado <input type="checkbox"/> Homem trans <input type="checkbox"/> Travesti	
	24 - Sexo atribuído ao Nascimento* <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Intersexo	
	25 - Orientação Sexual* <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Assexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sabe	
ORIENTAÇÕES GERAIS		
<ul style="list-style-type: none"> Os campos com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório. As alternativas com ícone <input type="radio"/> indicam que uma única resposta é possível. As alternativas com ícone <input type="checkbox"/> indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha) 		
DETALHAMENTO DOS CAMPOS		
<p>1. CNS - Cartão Nacional de Saúde: número a ser preenchido de acordo com o cartão SUS</p> <p>2. Nome social: de acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.</p> <p>3. Nome Completo - Civil: preencher com o nome completo de registro civil do(a) usuário(a).</p> <p>4. Nome da mãe: nome completo da mãe sem qualquer abreviação. O nome da mãe é importante para diferenciação em caso de homônimos.</p> <p>5. Data de Nascimento: inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa.</p> <p>6. CPF: inserir o número do Cadastro de Pessoa Física do(a) usuário(a). A não apresentação deste documento não deve representar uma barreira de acesso ao serviço, principalmente para pessoas em situação de rua e população indígena. Na ausência do CPF, marcar a opção "não apresentou documento" ou "não possui".</p> <p>7. Ocupação: aquilo com o que o usuário(a) se ocupa em seu seu dia a dia de trabalho. Se o(a) usuário(a) afirmar que possui uma ocupação, informar o nome da atividade por extenso.</p> <p>8. Recebe algum tipo de benefício/auxílio social: preencher se beneficiário de programa de transferência de renda do governo federal, estadual ou municipal</p> <p>9. Nacionalidade: mencionar o país em que o(a) usuário(a) nasceu.</p> <p>10. País de residência: mencionar o país que o(a) usuário(a) reside.</p> <p>11. Situação do estrangeiro: Se o(a) usuário(a) não for brasileiro(a), marcar se é residente ou não residente no Brasil, se está em trânsito/turista ou se é habitante na região de fronteira com o Brasil. Se a nacionalidade do(a) usuário(a) for brasileiro(a), a pergunta não se aplica.</p> <p>12. CEP: inserir o Código de Endereçamento Postal correspondente ao endereço de residência do(a) usuário(a).</p> <p>13. Endereço completo: inserir o endereço conforme comprovante de residência. Na ausência desse documento, registrar conforme informações passadas pelo(a) usuário. A não apresentação do comprovante de residência não deve representar uma barreira de acesso ao serviço, o atendimento deverá ser garantido, à exemplo de pessoas em situação de rua, e poderá ser registrado algum ponto de referência ou de localização frequente da pessoa, para facilitar eventual abordagem da equipe em ações extramuros.</p> <p>14. Bairro: inserir o bairro onde a pessoa reside ou, no caso de pessoas em situação de rua, aquele em o(a) usuário(a) mais se encontra ou frequenta.</p> <p>15. UF de residência: inserir a Unidade da Federação de residência do(a) usuário(a).</p> <p>16. Município de residência: inserir o nome do município ou Região Administrativa (no caso do DF) em que o(a) usuário(a) reside.</p> <p>17. Autorização para contato: registrar se houve ou não autorização expressa do(a) usuário(a) para realização de contato. O contato deve ser autorizado pelo(a) usuário(a) e realizado somente em casos de necessidade, como busca ativa, vinculação e seguimento. Seguido de todos os cuidados éticos de sigilo e confidencialidade.</p> <p>18. Telefone de contato: registrar o número informado pelo(a) usuário(a).</p> <p>19. E-mail para contato: registrar o endereço de e-mail informado pelo(a) usuário(a).</p> <p>20. Visita Domiciliar: registrar se o(a) usuário(a) autoriza ou não o recebimento visita domiciliar.</p> <p>21. Raça/cor: é a percepção que uma pessoa tem de sua própria raça/cor. A resposta para esse item é autodeclarada, isto é, o(a) profissional deverá solicitar ao(a) usuário(a) declare a sua raça/cor.</p> <p>22. Escolaridade: marcar o intervalo correspondente ao número de anos que o(a) usuário(a) completou de escolaridade, se não teve acesso a escolaridade formal ou se o campo foi ignorado.</p> <p>23. Identidade de Gênero: é a percepção de gênero que uma pessoa tem de si, como ela se descreve e como deseja ser reconhecida. A resposta para esse item é autodeclarada, isto é, o(a) profissional deverá solicitar ao(a) usuário(a) que declare a sua identidade de gênero.</p> <p>24. Sexo atribuído ao nascimento: perguntar ao(a) usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento.</p> <p>25. Orientação Sexual: por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente. A resposta para esse item é autodeclarada, isto é, o(a) profissional deverá solicitar ao(a) usuário(a) que declare a sua orientação sexual.</p>		

Anexo B – Formulário de atendimento individual

Formulário de Atendimento Individual		Abril/2025
TRIAGEM E AVALIAÇÃO		
Demanda de Atendimento	1. Data do atendimento:*	
	2. Demanda de atendimento:*(pode ser mais de um)	
	TESTAGEM <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> outras IST	TESTAGEM APÓS JANELA IMUNOLÓGICA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Sífilis
	MOTIVO DE TESTAGEM <input type="checkbox"/> Busca espontânea de testagem após exposição de risco. <input type="checkbox"/> Encaminhado por serviço de saúde <input type="checkbox"/> Testagem após autoteste de HIV reagente <input type="checkbox"/> Conhecimento de status sorológico <input type="checkbox"/> Testagem de parceria de pessoas em PrEP <input type="checkbox"/> Encaminhado(a) por Educador(a) de Pari/Organização da Sociedade Civil <input type="checkbox"/> Testagem a partir de um caso índice	
VACINAS <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Hepatite A <input type="checkbox"/> Outras	PROFILAXIAS <input type="checkbox"/> PEP HIV <input type="checkbox"/> Seguimento de PEP HIV <input type="checkbox"/> Imunoglobulina (IGHAIB) <input type="checkbox"/> PrEP <input type="checkbox"/> Seguimento de PrEP <input type="checkbox"/> Profilaxia para IST após violência sexual	
ACOMPANHAMENTO/TRATAMENTO <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Outras IST		
Perfil do usuário	OUTRAS DEMANDAS <input type="checkbox"/> Sintomas/suspeita de IST <input type="checkbox"/> Retirada de autoteste de HIV <input type="checkbox"/> Busca de informações / orientações relacionadas à prática sexual e prevenção para mim: <input type="checkbox"/> 1 para pares e parcerias sexuais: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Retirada de preservativos <input type="checkbox"/> Queixas / orientações sobre hepatite A <input type="checkbox"/> Outros	
	3. Pertence a uma destas populações?*	
	4. Já teve relação sexual?*	
	5. Tipo de parceria sexual (marcar todas as aplicáveis):*	
Exposições de Risco	6. Está gestante?*	
	7. Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não*	
	8. Teve alguma exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas?*(Se sim, avaliar PEP)	
	9. Nos últimos 6 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"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
IST	10. Nos últimos 3 meses, você fez uso de droga injetável ou "slam"? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	11. No momento da consulta, foi observado/relatado estar com alguma síndrome clínica de IST? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Hepatitis Virais	12. Se sim, foi observado:*	
	13. Situação vacinal para hepatite B: *	
HIV	14. Já fez testagem para hepatites?*	
	15. Resultado do último teste para hepatites:*	
Tuberculose	16. Caso tenha sido diagnosticado com HCV, fez/faz tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
	17. Caso tenha sido diagnosticado com HBV, está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
18. Já fez teste para HIV?*		
19. Resultado do último teste para HIV:*		
20. Caso tenha sido diagnosticado com HIV, está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
21. Está com algum dos seguintes sintomas e/ou situações? *		
<input type="checkbox"/> Tosse por mais de 3 semanas ou mais <input type="checkbox"/> Tosse de qualquer duração se PVHA, profissionais de saúde, situação de rua, privados de liberdade, indígenas, pac com neoplasia ou outra vulnerabilidade <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Suores noturnos <input type="checkbox"/> Perda de peso sem causa aparente <input type="checkbox"/> Contato de pessoa com tuberculose <input type="checkbox"/> Iniciou e parou tratamento de tuberculose <input type="checkbox"/> Nenhum		

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

Abril/2025

1. **Data de Atendimento:** Inserir a data de atendimento no formato dd/mm/aaaa.
2. **Demanda de Atendimento (pode ser mais de um):** assinalar os motivos relatados pelo(a) usuário(a) para sua ida ao serviço na presente data.
Testagem: caso a demanda seja por testagem na presente data, assinalar quais testes são realizados na presente data.
Testagem após janela imunológica: caso a demanda seja por testagem, solicitada após um período de janela imunológica, assinalar quais testes serão realizados na presente data.
Vacinas: caso a demanda seja por vacinação, assinalar as vacinas buscadas.
Profilaxias: caso a demanda seja por profilaxias pré ou pós-exposição, assinalar conforme opções buscadas.
Acompanhamento/Tratamento: caso a demanda seja o acompanhamento ou tratamento de agravo já diagnosticado previamente, assinalar as opções que o (a) usuário(a) demandou.
Outras demandas: assinalar as outras demandas que o (a) usuário(a) informou, conforme opções.
Caso assinalar a opção "Retirada de autoteste de HIV": registre a quantidade de autotestes, conforme opções.
3. **Pertence a uma destas populações:** caso o(a) usuário(a) pertença a algum dos grupos populacionais listados neste momento, mais de uma opção poderá ser assinalada. Caso o(a) usuário(a) não pertença a nenhum dos grupos populacionais listados, assinalar a opção "não pertence a nenhuma das populações listadas".
4. **Já teve relação sexual:** assinalar a resposta declarada pelo(a) usuário(a).
5. **Tipo de parceria sexual:** deverão ser assinaladas todas as opções aplicáveis e de acordo com a identidade de gênero de parceria(s) sexual(is), que podem ser contatos ocasionais ou parceria(s) fixa(s).
6. **Esta gestante:** Informar, conforme opções, se a pessoa atendida encontra-se gestante.
7. **Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços:** assinalar a resposta declarada pelo(a) usuário(a).
8. **Teve alguma exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas:** assinalar o campo adequado a resposta do(a) usuário(a).
9. **Nos últimos 6 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 cerviçapopo de chopp, OU um cálice de vinho OU uma dose (30 ml) de um destilado (vodka, whisky, cachaça, licor, tequila, etc):** assinalar a resposta declarada pelo(a) usuário(a).
10. **Nos últimos 3 meses, você fez uso de droga injetável ou "slam?":** assinalar a resposta declarada pelo(a) usuário(a).
11. **No momento da consulta, foi observado/relatado estar com alguma síndrome clínica de IST:** assinalar presença ou ausência de sinais ou sintomas de possível infecção sexualmente transmissível, seja por observação direta do profissional durante o atendimento e/ou relatado pelo(a) usuário(a).
12. **Se sim, foi observado:** assinalar a opção conforme observação direta por profissional de saúde durante o atendimento.
13. **Situação vacinal para hepatite B:** assinalar uma das opções, de acordo com a resposta do(a) usuário(a).
14. **Já fez testagem para hepatites:** assinalar uma das opções, de acordo com a resposta do(a) usuário(a).
15. **Resultado do último teste para hepatites:** assinalar uma das opções, de acordo com a resposta do(a) usuário(a).
16. **Caso tenha sido diagnosticado com HCV, fez/faz tratamento:** assinalar uma das opções, de acordo com a resposta do(a) usuário(a).
17. **Caso tenha sido diagnosticado com HBV, está em tratamento:** assinalar uma das opções, de acordo com a resposta do(a) usuário(a).
18. **Já fez teste para HIV:** assinalar uma das opções, de acordo com a resposta do(a) usuário(a).
19. **Resultado do último teste para HIV:** este campo só deverá ser respondido se no campo 14 a opção assinalada for "sim". Neste caso, assinalar uma das opções, de acordo com a resposta do(a) usuário(a).
20. **Caso tenha sido diagnosticado com HIV, está em tratamento:** assinalar a opção de acordo com a resposta do(a) usuário(a).
21. **Está com algum dos seguintes sintomas e/ou situações:** assinalar as opções de acordo com o relato do(a) usuário(a).
- Lembrete: nas questões 18 a 36, tenha atenção para a legenda pois ela varia de uma questão para outra.**
22. **HIV testes rápidos (teste inicial):** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status do teste rápido inicial (T1). É necessário inserir a data da realização do teste.
23. **HIV testes rápidos (teste complementar):** caso o resultado do teste rápido inicial (T1) seja reagente, complemente a testagem do HIV com a realização do segundo teste rápido (T2) para conclusão diagnóstica, de acordo com fluxograma estabelecido. Em seguida, preencha o resultado ou status do segundo teste rápido (T2), de acordo com a legenda. É necessário inserir a data da realização do teste.
24. **HIV Testes Laboratoriais:** preencha o resultado ou o status de realização do fluxograma laboratorial de HIV, de acordo com a legenda. É necessário inserir a data da realização do teste.
25. **HEPATITE B (teste inicial):** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status do teste rápido HBsAg ou laboratorial HBsAg. É necessário inserir a data da realização do teste.
26. **HEPATITE B (complementar):** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status do teste. É necessário inserir a data da realização do teste.
27. **HEPATITE C (teste inicial):** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status do teste rápido Anti-HCV, laboratorial Anti-HCV. É necessário inserir a data da realização do teste.
28. **HEPATITE C (complementar):** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status da Carga Viral HCV. É necessário inserir a data da realização do teste.
29. **SIFILIS (teste inicial):** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status do teste rápido treponêmico, laboratorial treponêmico ou laboratorial não treponêmico. É necessário inserir a data da realização dos testes.
30. **SIFILIS (complementar):** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status do teste rápido treponêmico, laboratorial treponêmico (ex: FTA-Abs, TPHA, EQL) ou laboratorial não treponêmico (ex: VDRL, RPR). É necessário inserir a data da realização dos testes.
31. **SIFILIS (em caso de discordância):** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status do teste rápido treponêmico ou laboratorial treponêmico (ex: FTA-Abs, TPHA, EQL). É necessário inserir a data da realização dos testes.
32. **Se laboratorial não treponêmico reagente, na diluição:** preencha com a titulação demonstrada no resultado do teste laboratorial não treponêmico (ex: VDRL, RPR) realizado. Marque apenas uma opção.
33. **Interpretação resultados (sífilis):** assinalar a conclusão diagnóstica para sífilis a partir dos resultados dos campos 25, 26, 27 e 28 em associação com sinais e sintomas clínicos, histórico de infecção passada e exposição recente.
34. **IST - Teste de Biologia Molecular:** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status do teste de biologia molecular para detecção de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*. Se outros patógenos, descrever quais.
35. **Teste rápido molecular para TB (TRM-TB):** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status do teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), realizado em amostra para diagnóstico.
36. **TB: Baciloscopia (diagnóstico):** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status da baciloscopia de escarro realizada em amostra para diagnóstico. A opção "não se aplica" destina-se aos casos em que não está recomendada a realização do teste ou quando foi realizado o TRM-TB.
37. **TB Cultura:** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status da cultura (qualquer material) para *M. Tuberculosis* realizada em amostra para diagnóstico.
38. **TB LF-LAM:** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status do LF-LAM (teste de fluxo lateral para detecção do antígeno liparabinomano), realizado em amostra de urina para diagnóstico de TB em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA).
39. **TB: Interferon Gamma Assay (IGRA):** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status do IGRA, realizado em amostra de sangue para apoio à detecção de casos de ILTB em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), com contagem de linfócitos T-CD4+ > 350 células/mm³; crianças contatos de casos de TB ativa, entre 2 e 10 anos de idade, e pessoas candidatas a transplante de células-tronco ou órgãos sólidos; e pessoas em uso de imunossupressores e/ou imunobiológicos. A opção "não se aplica" deverá ser marcada se a pessoa apresenta sinais e sintomas de TB ativa.
40. **TB: Prova Tuberculínica (PT):** preencha, de acordo com a legenda, o resultado ou status da leitura da PT. A opção "não se aplica" deverá ser marcada se a pessoa apresenta sinais e sintomas de TB ativa.
41. **Prescrição de PEP - HIV:** preencha somente 1(uma) opção. Caso o(a) usuário(a) tenha iniciado o uso da PEP, informe a data de início e de conclusão do uso da profilaxia.
42. **Prescrição de PrEP:** preencha somente 1(uma) opção. Caso o(a) usuário(a) tenha iniciado o uso da PrEP no CTA, informe a data de início e de retorno para acompanhamento do uso da profilaxia.
43. **Em caso de esquema vacinal incompleto, sem histórico de vacinação ou necessidade de revacinação, foi iniciado/completado o esquema vacinal para Hepatite B no CTA:** assinalar apenas uma das opções.
44. **Foi realizada vacinação para HPV:** assinalar apenas uma das opções.
45. **Foi realizada vacinação para HVA:** assinalar apenas uma das opções.
46. **Tratamento para sífilis e outras IST (exceto HIV e HV):** assinalar apenas uma das opções.
47. **Se sífilis (infecção ativa), o tratamento realizado em andamento:** registrar a data de aplicação da 1ª dose/dose única de penicilina em dd/mm/aaaa. Conforme o caso do(a) usuário(a), registrar a aplicação de cada dose e informar a data no formato dd/mm/aaaa.
- Se diagnóstico de HIV confirmado:**
48. **Realizou CD4:** assinalar apenas uma das opções.
49. **Realizou carga viral:** assinalar apenas uma das opções.
50. **Iniciou tratamento:** assinalar apenas uma das opções.
51. **Realizou carga viral de HBV:** assinalar apenas uma das opções.
52. **Realizou carga viral de HCV:** assinalar apenas uma das opções.
53. **Iniciou tratamento para HCV:** assinalar apenas uma das opções.
54. **Confirmação diagnóstico de TB:** assinalar apenas uma das opções.
55. **Se diagnóstico confirmado, tratamento para TB:** assinalar apenas uma das opções.
56. **Necessário articulação com outro ponto da Rede de Atenção à Saúde e/ou da Rede Intersetorial para o cuidado integral do usuário:** assinalar todas as opções necessárias e que se adequem ao caso do(a) usuário(a) atendido(a).

Anexo C – Formulário de testagem-índice

Formulário de Atendimento		062/0022	
DADOS DO ATENDIMENTO			
Unidade			CNES*
Identificação	1. CNS – Cartão Nacional de Saúde		2. Nome Social
	3. Nome Completo - Civil*		
	4. Nome da mãe*		
	5. Data de nascimento*	6. CPF* <input type="checkbox"/> Não apresentou documento	7. Ocupação
8. País de Nascimento		9. Nacionalidade	10. Situação do estrangeiro <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Não residente
11 - Nº Registro Nacional Migratório			
Contato	12. Endereço completo		13. Bairro
	14. CEP		
	15. UF de Residência	16. Município de Residência	17. Telefone/e-mail
Autorização para contato <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Perfil	18. Raça/cor* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena	19. Escolaridade* <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> De 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> De 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> Não informada <input type="checkbox"/> De 8 a 11 anos <input type="checkbox"/> De 12 a mais anos	20. Identidade de Gênero* <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Homem transsexual <input type="checkbox"/> Não binário <input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Mulher transsexual <input type="checkbox"/> Homem
	21. Órgão Genital de Nascimento* <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Pênis <input type="checkbox"/> Vagina e Pênis	22. Orientação Sexual* <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Assexual	
Formulário específico Estratégia Testagem a partir de caso índice (Index testing)			
Informações do(a) paciente índice			
23. Data*	24. Pessoa em situação de rua no momento* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	25. Pessoa privada de liberdade no momento* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	26. É trabalhado(a) do sexo ?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
27. Está gestante ?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica		idade gestacional (semanas) _____	
28. Tipo de parceria sexual* <small>(marcar todas as opções)</small> <input type="checkbox"/> Mulher cis* <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Homem transsexual* <input type="checkbox"/> Outros(as) <input type="checkbox"/> Homem cis* <input type="checkbox"/> Mulher transsexual* <input type="checkbox"/> Não binário* <input type="checkbox"/> Nenhuma <small>*Pessoa cis é aquela cuja identidade de gênero corresponde ao sexo definido ao nascimento *Pessoa transsexual é aquela cuja identidade de gênero difere do sexo definido ao nascimento *Pessoa não binário é aquela cuja identidade de gênero não é nem inteiramente masculina nem inteiramente feminina</small>			
29. Data do diagnóstico de HIV*	30. Está em tratamento para HIV?*	31. Telefone de contato () _____ Whatsapp? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32. Telefone de alternativo () _____ Whatsapp? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
33. Tem filhos(as) menores de 15 anos não testados para o HIV? * <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <small>Em caso afirmativo, sugere-se que liste o(a) filho(a) para testagem</small>			
Informações de parcerias/filhos(as) (informações dadas pelo(a) paciente índice)			
34. Tipo de parceria* <input type="checkbox"/> Parceria sexual <input type="checkbox"/> Parceria de uso de drogas injetáveis <input type="checkbox"/> Filho(a) biológico(a)			Preencher pelo menos um campo identificador (36,36 e/ou 37)
35. Nome (Registro Civil)			
36. Nome Social			
37. Apellido			
Ferramenta de triagem para violência de parceiro (essa abordagem deve ser feita com muita delicadeza; lembre-se sempre que é muito difícil abordar esse assunto, portanto, essas perguntas devem ser feitas entendendo o contexto da pessoa abordada; o tom de voz pode até ser modificado para que a pergunta não seja sentida de forma agressiva)			
AVALIAÇÃO DE RISCO DE VIOLÊNCIA			
38. A sua parceria já bateu, chutou, esbofetou ou agrediu fisicamente você de alguma outra forma?*			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
39. A sua parceria já ameaçou agredir você?*			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
40. A sua parceria alguma vez o forçou a fazer algo sexualmente que o fez se sentir desconfortável?*			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
41. A sua parceria já ameaçou você de outras maneiras, como divórcio, expulsão de casa, falta de apoio, firmando o acesso aos seus filhos ou outras ameaças?*			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
42. O seu parceiro já lhe causou dano emocional, diminuição da sua autoestima, degradou ou controlou suas ações, seus comportamentos, suas crenças ou suas decisões?*			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p style="text-align: center;">Caso qualquer uma das respostas acima seja afirmativa, não continuar com o preenchimento. Essa parceria deve ser excluída da estratégia, por apresentar risco de violência ao(a) paciente índice.</p>			
43. Apesar da avaliação de risco de violência e a orientação de não prosseguir, o paciente índice manifestou claramente o desejo de inclusão da parceria			<input type="checkbox"/> Sim, manifestou

As questões a seguir devem ser preenchidas apenas para parcerias que **NÃO** apresentarem risco de violência

<p>44. Plano de abordagem escolhido*</p> <p><input type="radio"/> Contato pelo caso índice <input type="radio"/> Contato em dupla</p> <p><input type="radio"/> Contato pelo profissional de saúde</p> <p><input type="radio"/> Contato por acordo</p>		<p>45. Em caso de contato pelo caso índice ou contato por acordo, levou autoteste para essa parceria?*</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>46. Em caso de contato por acordo, data estipulada*</p> <p>____/____/____</p> <p><small>Se as parcerias não acessarem o serviço de saúde até esta data, o profissional entrará em contato com o caso índice a confirmar se pode avançar no contato com as parcerias. Prazo sugerido: 7 a 14 dias</small></p>
<p>47. Em caso de contato em dupla, data estipulada*</p> <p>____/____/____</p>	<p>48. Telefone de contato da parceria*</p> <p>() _____</p> <p>Whatsapp? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei</p>	<p>49. Endereço de email da parceria*</p>	<p>50. Usuário de rede social (instagram, facebook, etc) da parceria*</p>

* Se plano de abordagem escolhido for "Contato pelo profissional de saúde" OU "Contato por acordo", obrigatório o preenchimento de pelo menos um campo de contato (48,48 e/ou 50).

Informações após contato/tentativa de contato com parcerias listadas

Para planos de abordagem 'pelo profissional de saúde', 'por acordo' ou 'em dupla'

<p>51. Data da 1ª tentativa de contato*</p> <p>____/____/____</p>	<p>53. Data da 2ª tentativa de contato</p> <p>____/____/____</p>	<p>55. Parceria aceitou testagem?*</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>57. Conclusão diagnóstica da parceria*</p> <p><input type="radio"/> Reagente (encaminhar para TARV)</p> <p><input type="radio"/> Não reagente (avaliar encaminhar para PEP)</p>
<p>52. Contato 1 realizado?*</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não, dificuldade de contato</p>	<p>54. Contato 2 realizado?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não, dificuldade de contato</p>	<p>56. Data da testagem*</p> <p>____/____/____</p>	<p>58. Parceria foi vinculada a esse serviço? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
<p>59. Finalização do contato</p> <p><input type="radio"/> Não foi possível realizar o contato com a parceria <input type="radio"/> Não foi possível identificar se a parceria realizou a testagem</p> <p><input type="radio"/> Não foi possível obter informação sobre a vinculação ao serviço <input type="radio"/> Parceria identificada como PVHIV pelo serviço ou durante o contato</p> <p><input type="radio"/> Não foi possível obter informação sobre a conclusão diagnóstica da parceria <input type="radio"/> Parceria elencada e/ou contactada anteriormente pelo serviço</p>			

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Os campos com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.
- As alternativas com ícone indicam que uma única resposta é possível.
- As alternativas com ícone indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)

Versão preliminar