

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº DOCUMENTO	DATA
		POP.FARM.006	03/2024
		REVISÃO	PÁGINAS
		03/2026	1/9

DISPENSÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. REFERÊNCIAS
5. DEFINIÇÕES E SIGLAS
6. EXIGÊNCIAS
7. RESPONSABILIDADES
8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
 - 8.1. Atendimento inicial
 - 8.2. Orientação após 72h de exposição
 - 8.3. Dispensação do Kit
9. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
10. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
11. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
12. ANEXOS
 - 12.1. Anexo I - Formulário de Solicitação de Medicamentos - PEP

RESUMO DE REVISÕES

MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓX. REVISÃO
03/2024	Emissão inicial	03/2026
00	Primeira revisão	

APROVAÇÕES

ELABORAÇÃO	CHEFIA/DIVISÃO	QUALIDADE	PRESIDÊNCIA/DIREÇÃO
Bárbara Rottas Maria Augusta Xavier	Robert Grossi Rafael Alvim Gustavo Dias	Zorahyde Pires Cristiane Pacheco	Dr. Daniel da Mata

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº DOCUMENTO	DATA
		POP.FARM.006	03/2024
		REVISÃO	PÁGINAS
		03/2026	2/9
DISPENSÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO			

1. INTRODUÇÃO

A PEP (Profilaxia Pós Exposição) é uma medida de prevenção de urgência à infecção pelo HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), que consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como: violência sexual; relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha); e acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico).

O KIT PEP para HIV está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1999. Atualmente, é uma tecnologia inserida no conjunto de estratégias da Prevenção Combinada, cujo principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV.

Os medicamentos antirretrovirais constantes no KIT para HIV devem ser tomados durante 28 dias, sem interrupção, sob orientação médica após avaliação do risco. O início desse tratamento deve ser iniciado, preferencialmente, nas primeiras duas horas após a exposição de risco e no máximo 72 horas.

2. OBJETIVO

Padronizar a dispensação de medicamentos antirretrovirais de acordo com a portaria MS 344/98 para profilaxia pós-exposição (acidente ocupacional, exposição sexual consentida e violência sexual), para usuários e profissionais da unidade.

3. ABRANGÊNCIA

Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e Coordenação de Emergências Regionais geridos pela RIOSAÚDE.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº DOCUMENTO	DATA
		POP.FARM.006	03/2024
		REVISÃO	PÁGINAS
		03/2026	3/9
DISPENSÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO			

4. REFERÊNCIAS

- PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV). Ministério da Saúde. Disponível em: [http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv-0#:~:text=A%20PEP%20%C3%A9%20uma%20medida,infec%C3%A7%C3%B5es%20sexualmente%20transmiss%C3%ADveis%20\(IST\).](http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv-0#:~:text=A%20PEP%20%C3%A9%20uma%20medida,infec%C3%A7%C3%B5es%20sexualmente%20transmiss%C3%ADveis%20(IST).)

5. DEFINIÇÕES E SIGLAS

ARV - Antirretroviral

HIV - Imunodeficiência Humana

PEP - Profilaxia Pós Exposição

UDM - Unidade Dispensadora de Medicamentos

6. EXIGÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV, IST E HEPATITES VIRAIS. Brasília - DF 2021.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº DOCUMENTO	DATA
		POP.FARM.006	03/2024
		REVISÃO	PÁGINAS
		03/2026	4/9
DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO			

7. RESPONSABILIDADES

ATIVIDADE	RESPONSABILIDADE
7.1. Realização dos testes rápidos	Equipe de Enfermagem
7.2. Prescrição do KIT PEP através do preenchimento do Formulário de Solicitação de Medicamentos PEP	Médico
7.3. Conferência do formulário e dispensa do KIT PEP	Farmacêutico/Técnico de farmácia
7.4. Solicitação de reposição do KIT dispensado	Farmacêutico

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

8.1. Atendimento Inicial

No atendimento inicial, após a exposição ao HIV, é necessário que o (a) profissional avalie como, quando e com quem ocorreu a exposição. Didaticamente, quatro informações direcionam o atendimento para decisão da indicação ou não da PEP: se o material biológico é de risco para transmissão do HIV; se o tipo de transmissão é de risco para a transmissão; se o tempo transcorrido entre a exposição e atendimento é menor que 72 horas; e se a pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº DOCUMENTO	DATA
		POP.FARM.006	03/2024
		REVISÃO	PÁGINAS
		03/2026	5/9

DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO

1. O tipo de material biológico é de risco para transmissão do HIV?
2. O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV?
3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?
4. A pessoa exposta é **não reagente** para o HIV no momento do atendimento?



Se todas as respostas forem SIM, a PEP para HIV está indicada.

Quadro 1: Os quatro passos da avaliação para PEP. Fonte: DCCI/SVS/MS.

Não se deve atrasar e nem condicionar o atendimento da pessoa exposta à presença da pessoa-fonte. Quando recomendada a PEP, independentemente do tipo de exposição ou do material biológico envolvido, o esquema antirretroviral preferencial indicado para homens e mulheres deve ser 1 (um) frasco de Tenofovir/Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) e 1 (um) frasco de Dolutegravir 50mg (DTG). O esquema preferencial de PEP inclui combinações de três ARV, sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN) associados a outra classe (inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo – ITRNN, inibidores da protease com ritonavir – IP + RTV ou inibidores da integrase – INI) (WHO, 2016).

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº DOCUMENTO	DATA
		POP.FARM.006	03/2024
		REVISÃO	PÁGINAS
		03/2026	6/9
DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO			

8.2. Orientação após 72h de exposição

Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, não está mais indicada a profilaxia ARV. Entretanto, se o material e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se acompanhamento sorológico na atenção primária.

8.3. Dispensação do Kit

O KIT é disponibilizado para usuários, inclusive profissionais da unidade, que forem expostos às situações citadas.

A dispensação do KIT é feita a partir da entrega do Formulário de Solicitação de Medicamentos (Formulário I), devidamente preenchido, na farmácia.

O farmacêutico ou técnico de farmácia deverá conferir todas as informações preenchidas no formulário.

A dispensa será feita em conjunto com o esclarecimento de todas as dúvidas do usuário relacionadas à administração do mesmo.

Após a dispensa, o farmacêutico deverá seguir o fluxo de reposição do KIT dispensado conforme fluxo definido pela Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) da região.

Vale ressaltar que, há esquemas alternativos para PEP, porém o KIT disponível nas unidades abrangidas neste documento é o esquema preferencial (Tenofovir/Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) e 1 (um) frasco de Dolutegravir 50mg (DTG)).

 RIO PREFEITURA RIOSAUDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº DOCUMENTO	DATA
		POP.FARM.006	03/2024
		REVISÃO	PÁGINAS
		03/2026	7/9

DISPENSÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO

9. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS

Anexo I - Formulário de Solicitação de Medicamentos - PEP

10. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

Tipo Documental	Código de Classificação	Série Documental	Classificação de Acesso	Prazo de Guarda		Destinação
				Arquivo Corrente	Arquivo Intermediário	
7.1 - Testes rápidos (INTEGRA)	18.01.01.012	Expediente de registros de sistematização da assistência de Enfermagem	Restrito	A vigência esgota-se com o último registro	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de janeiro de 2022)
11.1. Anexo I - Formulário de Solicitação de Medicamentos - PEP	18.03.01.003	Formulário de solicitação de antirretrovirais	Restrito	A vigência esgota-se ao final de cada ano	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de janeiro de 2022)

11. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

Não se aplica.

DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO

12. ANEXOS

12.1. Anexo I - Formulário de Solicitação de Medicamentos - PEP

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia				
1 - Nome Completo do Usuário - Civil*				
2 - Nome Social				
3 - CPF*	4 - Data de Nascimento*	5 - Órgão Genital de Nascimento <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e pênis		
6 - Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual	7 - Identidade de Gênero <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Não binário	8 - Circunstância da Exposição: <input type="radio"/> Acidente com Material Biológico <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual	Transmissão Vertical: <input type="radio"/> Parturiente <input type="radio"/> RN de mãe infectada pelo HIV <input type="radio"/> Profilaxia lactente exposto ao HIV	
9 - Pessoa fonte multiexperimentada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	10 - Gestante IG: _____ Semanas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Suspeita de gestação	11 - Contraindicação ao esquema preferencial: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	12 - Uso de álcool e outras drogas nos últimos 3 meses: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
13 - Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	14 - Data da exposição*	15 - Origem do acompanhamento médico.* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado		
16 - Esquemas Preferencias				
Faixa etária/Critério	Esquemas terapêuticos/posologias			
6 anos OU mais OU gestantes >12 semanas	<input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) <small>Acima de 35 kg Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp./dia)</small>			
0 a < 2 anos	<input type="radio"/> Zidovudina (AZT) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia <input type="radio"/> Lamivudina (3TC) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia <input type="radio"/> Raltegravir (RAL) _____ mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado)			
	<input type="radio"/> Zidovudina (AZT) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia <input type="radio"/> Lamivudina (3TC) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia <input type="radio"/> Raltegravir (RAL) _____ comp 100mg/dia			
≥ 2 a 6 anos	<input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Atazanavir 300mg (ATZ) / Ritonavir 100mg (RTV) <small>Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + ATV (1 comp./dia) + RTV (1 comp./dia)</small>			
Gestante ≤ 12 semanas OU suspeita de Gestação	<input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) <small>Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp. 12/12 horas)</small>			
Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital	<input type="radio"/> Zidovudina (AZT) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia <input type="radio"/> Lamivudina (3TC) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia <input type="radio"/> Raltegravir (RAL) _____ mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado)			
Profilaxia para lactente exposto ao HIV por amamentação - 0 a 2 anos	<input type="radio"/> Zidovudina (AZT) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia <input type="radio"/> Lamivudina (3TC) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia <input type="radio"/> Raltegravir (RAL) _____ mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado)			
17 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)				
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (NRTI/RTN)	Tenofovir + Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/dia		
	Zidovudina + Lamivudina	comp. de 300mg + 150mg/dia		
	Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia	mL de sol. oral 20mg/mL/dia	
	Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg/dia	mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/dia	mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia	solução injetável 10 mg/mL/dia	mL de sol. oral 10mg/mL/dia
Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (NINI)	Nevirapina - NVP			
Inibidores de Protease (IP)	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia		
	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 150mg/dia	comp. de 75mg/dia
	Lopinavir + ritonavir - LPV/r		comp. de 100mg + 25mg/dia	mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL/dia
	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia	envelope/dia	
Inibidores de Integrase	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia		
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia	
Medicamentos de uso restrito	Enfuvirtida - T-20	Frasco-amp. de 90mg/mL/dia		
	Etravirina - ETR	comp. de 100mg/dia	comp. de 200mg/dia	
	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia		
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia	Sachês/dia (granulado)
	Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/dia		
18 - Médico Data ____/____/____ UF: ____ CRM: _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>	19 - Farmacêutico responsável Data ____/____/____ CRF: _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>		20 - Recebi em ____/____/____ <small>(assinatura do usuário)</small>	

DISPENSAÇÃO DE KIT PEP - PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO

ORIENTAÇÕES GERAIS

Preencher o formulário à 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.

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01- Nome Civil do usuário:** Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe.
- 02- Nome Social do usuário:** Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 03- CPF:** Número do CPF do Usuário SUS.
- 04- Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém-nascido ou da pessoa exposta.
- 05- Órgão genital de nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.
- 06- Orientação Sexual:** É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). 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).
- 07- Identidade de Gênero:** é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. 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).
- 08- Circunstância da Exposição:** Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. **Se a PEP for de transmissão vertical (Parturiente ou RN da mãe infectada pelo HIV) não preencher os campos 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 e 13. Preencher somente os campos Nome Civil, CPF e Data de Nascimento.**
- 09- Pessoa-fonte multiexperimentada:** Pessoa sabidamente infectada pelo HIV e em tratamento antirretroviral.
- 10- Gestante:** Informar se a Usuária SUS está gestante ou não ou tem suspeita de gestação.
- 11-** Informar se existe contraindicação ao esquema preferencial.
- 12-** Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses.
- 13-** Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.
- 14- Data da Exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco.
- 15 - Origem do acompanhamento médico:** Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.
- 16 - Esquemas Preferenciais:**

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
0 – 14 dias	AZT + 3TC + RAL	AZT + 3TC + NVP
14 dias – 2 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade de uso do RAL: LPV/r
2 – 6 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade de uso do RAL: LPV/r
6 – 12 anos	TDF + 3TC + DTG	Impossibilidade de uso do DTG: ATZ/r
Acima de 12 anos: Seguir as recomendações para adultos.		

- 17 - Medicamentos ARV:** Relação dos medicamentos disponibilizados pelo SUS para o tratamento antirretroviral. O médico deverá informar posologia diária de cada medicamento prescrito ao Usuário SUS.
- 18 - Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.
- 19 - Farmacêutico responsável:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação.
- 20 - Assinatura do Usuário SUS:** Assinatura do Usuário SUS acusando o recebimento do(s) medicamento(s) naquela dispensa.