

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UACAP.097 – Página 1/5	
Título do Documento	GENOTIPAGEM DE HIV	Emissão: 21/08/2026	Próxima revisão: 21/08/2028
		Versão: 01	

1) OBJETIVO

- Padronizar a realização da coleta, do preparo e do acondicionamento para transporte das amostras de genotipagem de HIV enviadas ao Gernsure/RJ de acordo com as instruções estabelecidas pelo protocolo do laboratório executante.

2) MATERIAL

- Pedido médico (os critérios para a correta solicitação devem ter como base a nota técnica nº 74/2026 da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde);
- Sistema de interfaceamento laboratorial (SIL);
- Sistema AGHUX;
- EPIs (luvas);
- Caneta esferográfica;
- Etiqueta ou fita crepe para identificação da amostra;
- Álcool 70°GL;
- Gaze e/ou algodão;
- Seringa e agulha/agulha à vácuo;
- 2 Tubos de EDTA K2 de 4mL sem gel separador (tubo fornecido pelo laboratório GERMSURE, através do ponto de recolhimento de amostras local, no caso o SAE – Serviço de Assistência Especializada).

3) DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

3.1 Procedimentos para coleta e envio da amostra

A coleta do referido exame deve ser realizada pelos colaboradores do laboratório somente as segundas e terças feiras, sendo a segunda feira o dia preferencial.

Ao observar que existe o pedido médico para exame de genotipagem, confirmar se as devidas fichas estão devidamente preenchidas e solicitar o tubo específico para coleta ao SAE.

A solicitação médica deve conter o pedido do UDIMA ou do AGHU e o Formulário

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UACAP.097 – Página 2/5	
Título do Documento	GENOTIPAGEM DE HIV	Emissão: 21/08/2026	Próxima revisão: 21/08/2028
		Versão: 01	

para Solicitação de Exame de Genotipagem do HIV-1, disponível em anexo nesse POP ou para download e impressão através do link: <http://www.gov.br/aids/pt-br/sistemas-de-informacao/sisgeno>.

Em caso de necessidade de solicitação de novo exame de genotipagem do HIV-1, o mesmo só deverá ser solicitado após o prazo de 60 dias, contados a partir da data de coleta de um exame anterior. Excepcionalmente, poderá ser realizada nova solicitação em intervalo inferior a 60 dias quando o resultado do exame anterior apresentar resultados “Indeterminado” e/ou “Não Amplificado” para um ou mais alvos. Nesses casos, uma nova amostra deverá ser coletada e o exame de genotipagem do HIV-1 deverá ser realizado com foco específico para o(s) alvo(s) previamente classificado(s) como “Indeterminado” e/ou “Não Amplificado”. Nesses casos, o “Campo 24. Genotipagem Anterior Mais Recente” do formulário de solicitação do exame é de preenchimento obrigatório.

Após o atendimento inicial do paciente, o técnico responsável deverá coletar 2 (dois) tubos de sangue total com anticoagulante EDTA K2 com volume de 4mL (tubos de tampa roxa), SEM gel separador.

Em caso de pacientes com difícil acesso venoso e/ou crianças, o volume mínimo deve ser de 3mL em cada tubo.

A identificação dos tubos deve conter o nome completo, o número do cartão nacional do SUS e a data de nascimento, escritos de forma legível.

Após a coleta, NÃO centrifugar as amostras.

Manter as amostras coletadas sob refrigeração, com temperaturas entre 2 e 8°C.

Enviar as amostras ao ponto de recolhimento mais próximo da unidade (SAE) até as 09:00 horas da manhã do mesmo dia da coleta, em suporte estável e temperatura de até 8°C, utilizando preferencialmente gelo reciclável.

O fluxograma completo, com todas as informações descritas, encontra-se no anexo 2 desse POP.

3.2 Critérios de rejeição da amostra

- Tubo inadequado (diferente do especificado);
- Presença de gel separador;
- Volume insuficiente;
- Amostras coaguladas ou hemolizadas;
- Amostras centrifugadas;
- Formulário incompleto;

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UACAP.097 – Página 3/5	
Título do Documento	GENOTIPAGEM DE HIV	Emissão: 21/08/2026	Próxima revisão: 21/08/2028
		Versão: 01	

- Ausência de assinatura e/ou carimbo do profissional solicitante;
- Temperatura inadequada;
- Prazo superior a 72 horas entre a coleta e o envio.

Amostras recebidas fora dos critérios de coleta, armazenamento, transporte ou documentação estabelecidos na nota técnica nº74/2026 serão rejeitadas.

4) REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 74/2026-CGHA/DATHI/SVSA/MS: qualificação do processo de solicitação e realização do exame de genotipagem do HIV-1 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

5) HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	06/08/2026	Elaboração do POP

Elaboração: Alina Paula de Carvalho Martelli Aline Cristina Scholz Carneiro Evellyn Keury Gonzales Maldonado Sabin Renata Flores Vera Lucia Dias Sott	Data: 06/08/2026
Validação: Fuad Fayez Mahmoud - STGQ	Data:14/08/2026
Aprovação: Viviane Regina Noro – Chefe da UACAP Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde	Data: 10/08/2026 Data: 21/08/2026

Assinado eletronicamente no Processo SEI nº 23529.014068/2023-17

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UACAP.097 – Página 4/5	
Título do Documento	GENOTIPAGEM DE HIV	Emissão: 21/08/2026 Versão: 01	Próxima revisão: 21/08/2028

ANEXO 1 – Formulário para solicitação de exame de genotipagem HIV

Formulário para Solicitação de Exame de Genotipagem de HIV Campos de preenchimento obrigatório estão identificados com asterisco (*). O não preenchimento destes campos impossibilitará a realização do exame. Junho/2026			
1. Instituição solicitante* (Utilizar carimbo padrão ou letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)		2. UF	3. CNES
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
4. CPF*	4.1. Na indisponibilidade do CPF, informar a exceção ☐ Recém-nascido/criança (até 5 anos) ☐ Estrangeiro ☐ Indígena ☐ Pessoa em situação de rua ☐ Pessoa privada de liberdade	5. Identificação Preferencial* ☐ Nome Civil ☐ Nome Social	6. Data de Nascimento*
7. Nome Completo do(a) Usuário(a) - Civil* (Preencher com letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)			
8. Nome Social (Preencher com letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)			
9. Sexo atribuído ao Nascer* ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Intersexo	10. Identidade de Gênero ☐ Mulher CIS ☐ Homem CIS ☐ Mulher trans ☐ Homem trans ☐ Travesti ☐ Não binário	11. Orientação Sexual ☐ Heterossexual ☐ Homossexual ☐ Bissexual ☐ Assexual ☐ Pansexual	
12. Raça/cor* ☐ Amarela ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Indígena		13. Gestante* ☐ Sim ☐ Não	14. Idade Gestacional* Semanas (se < de 18 anos)
15.1. Deglute comprimido ☐ Sim ☐ Não		15.2. Deglute comprimido	
16. Nome da mãe* (Caso nome da mãe não seja conhecido, informar principal responsável. Preencher com letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)			
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME			
17. Código do Procedimento : 02.02.03.124-1		18. Nome do Procedimento: Genotipagem do HIV-1	
19. Amostra: Sangue total			
20. Categoria de indicação de genotipagem: Preencher apenas uma categoria de indicação de genotipagem (A, B ou C), de acordo com a necessidade avaliada			
☐ A) PRÉ-TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL - Válido para usuários que nunca tenham feito uso de TARV. Coletar amostra ANTES do início da TARV.			
A1) Grupo prioritário*: Solicitar apenas após conclusão diagnóstica da infecção por HIV-1		CV-HIV: Data da Coleta	
☐ Gestante ☐ RN/Criança (<13 anos) ☐ Adolescente (13-17 anos)		Resultado: cópias/mL	
A2) Outros Grupos*: Solicitar apenas após conclusão diagnóstica da infecção por HIV-1. É obrigatório ter última CV-HIV com resultado ≥ 500 cópias/mL.		CV-HIV*: Data da Coleta	
☐ Usuário de PrEP ☐ Parceria sorodiferente ☐ Coinfecção TB-HIV		Resultado: cópias/mL	
☐ Público ☐ Privado		☐ Público ☐ Privado	
☐ B) FALHA VIROLÓGICA CONFIRMADA - Válido para qualquer PVHA em uso de TARV. É necessário ter duas CV-HIV seguidas com valor ≥ 200 cópias/mL, sendo a última obrigatoriamente ≥ 500 cópias/mL; Intervalo mínimo de 4 semanas entre as CV-HIV; Intervalo máximo de 12 meses entre a última CV-HIV e a solicitação de genotipagem.			
Penúltima CV-HIV* (obrigatoriamente ≥ 200 cópias/mL)		CV-HIV: Data da Coleta*	
Resultado: cópias/mL		Laboratório*	
☐ Público ☐ Privado		☐ Público ☐ Privado	
Última CV-HIV* (obrigatoriamente ≥ 500 cópias/mL)		CV-HIV: Data da Coleta*	
Resultado: cópias/mL		Laboratório*	
☐ Público ☐ Privado		☐ Público ☐ Privado	
☐ C) FALHA VIROLÓGICA SUSPEITA - Válido apenas para PVHA gestante em uso de TARV. É necessário ter a última CV-HIV com resultado obrigatoriamente ≥ 500 cópias/mL; Intervalo de tempo máximo de 12 meses entre a última CV-HIV e a solicitação de genotipagem.			
Última CV-HIV* (obrigatoriamente ≥ 500 cópias/mL)		CV-HIV: Data da Coleta*	
Resultado: cópias/mL		Laboratório*	
☐ Público ☐ Privado		☐ Público ☐ Privado	
21. Esquemas ARV utilizados (prévio e/ou atual) Se TV suspeita ou confirmada (Grupo A1), informar esquema profilático/preemptivo da criança (1º espaço) e TARV da mãe (2º e 3º espaços); Se parceria sorodiferente (Grupo A2), informar TARV da parceria; Se falha virológica (categorias B e C), informar TARV da usuária			
1º		20.1. Ano de uso	
2º			
3º			
22. Tipo de genotipagem a ser realizada*:			
☐ Genotipagem Convencional Protease e Transcriptase Reversa		☐ Integrase Solicitar em caso de falha atual ou prévia a INI	
☐ Genotipismo (Alça V3 GP120 – maraviroque) Será executado na vigência de resistência a 3 ou 4 classes (ITRN, ITRN, INI e IP) após avaliação do laboratório executor			
DADOS CLÍNICOS			
23. CID 10 B24	24. Comorbidades ☐ Doença renal ☐ Doença óssea ☐ Doença cardiovascular ☐ Nenhuma ☐ Outra	25. Genotipagem Anterior Mais Recente* ☐ Não ☐ Sim – Mês/Ano de coleta do último exame de genotipagem	
26. Nome do Profissional Solicitante*		27. Assinatura e Carimbo*	
28. Registro no Conselho Profissional* Conselho UFV*		29. Data da Solicitação	
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA*			
30. Nome de instituição Coletora (Utilizar carimbo padrão ou letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)*			
31. UF*	32. CNES	33. Data da coleta*	34. Hora da coleta*
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME			
35. Nome de instituição Executora (Utilizar carimbo padrão ou letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)*			
36. Identificador da Amostra	37. Data do recebimento*	38. Hora do recebimento*	Legenda: CV-HIV: carga viral do HIV; INI: Inibidor de integrase; IP: inibidores da protease; ITRN: Inibidor da transcriptase reversa; ITRN: Inibidor da transcriptase reversa.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UACAP.097 – Página 5/5	
Título do Documento	GENOTIPAGEM DE HIV	Emissão: 21/08/2026	Próxima revisão: 21/08/2028
		Versão: 01	

Anexo 2 – Orientações sobre fluxo para profissionais

FLOXO DE COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS PARA GENOTIPAGEM DO HIV-1

ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DO SUS

1. UNIDADE SOLICITANTE / COLETORES DE AMOSTRAS

1 COLETA DA AMOSTRA

- Coletar 2 (dois) tubos de sangue total com anticoagulante EDTA K2 de 4 mL, (tubos de tempo rosa), SEM GEL SEPARADOR.
- Cada tubo deve ter volume mínimo de 3 mL.
- Identificar os tubos com o nome completo do usuário SUS e a data de nascimento, de forma legível.

AS AMOSTRAS NÃO DEVERÃO SER CENTRIFUGADAS.

2 FORNECIMENTO DOS TUBOS

- Os tubos de coleta serão fornecidos a unidade solicitante/coletora pelo ponto de recolhimento estabelecido pela Coordenação Estadual local.
- Solicitar a quantidade de tubos necessária, baseada na demanda da unidade, ao ponto de recolhimento mais próximo.

IMPORTANTE
Os tubos de coleta serão solicitados e entregues APENAS aos pontos de recolhimento de amostras indicados previamente.

3 ARMAZENAMENTO NA UNIDADE

- Mantém as amostras sob temperatura de 2 a 8 °C (podem ser acondicionadas em geladeira).
- Não congelar as amostras.

4 ENVIO AO PONTO DE RECOLHIMENTO

- As amostras devem ser transportadas em suporte estável, evitando que as amostras vibrem.
- O transporte das amostras até o ponto de recolhimento mais próximo é de responsabilidade de cada unidade, através das pastas locais e estaduais, e deve ser realizado em temperatura de até 8 °C. Recomenda-se utilização de gelo reciclável.

IMPORTANTE
A solicitação de envio das amostras deverá ser realizada APENAS pelos pontos de recolhimento de amostras.

[Clique aqui](#) para consultar o ponto de recolhimento mais próximo de seu serviço de saúde.

Aponte a câmera para consultar os pontos de recolhimento de amostras

2. PONTO DE RECOLHIMENTO DE AMOSTRAS (LOCAIS ONDE O LABORATÓRIO EXECUTOR RETIRARÁ AS AMOSTRAS)

5 RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS

- Conferir as amostras e a documentação recebida.
- Mantém as amostras sob temperatura de 2 a 8 °C (podem ser acondicionadas em geladeira).
- Não congelar as amostras.

6 SOLICITAÇÃO DE TUBOS

- O ponto de recolhimento deve solicitar os tubos de coleta ao laboratório executor contratado através do e-mail: sac@gemisure.com.br, enviando:
- Nome da instituição solicitante;
- Endereço completo para entrega;
- Nome e contato do responsável pelo recebimento;
- Quantidade e tipo de material solicitado.

IMPORTANTE
Os tubos de coleta serão solicitados e entregues APENAS aos pontos de recolhimento de amostras indicados previamente.

7 SOLICITAÇÃO DE RECOLHIMENTO DE AMOSTRAS

- Realizar a solicitação de retirada das amostras ao laboratório executor contratado através do e-mail: sac@gemisure.com.br, enviando:
- Nome da instituição solicitante;
- Município e UF do ponto de recolhimento;
- Endereço completo para recolhimento;
- Nome e telefone do responsável local pelas solicitações e entrega das amostras;
- Quantidade de amostras a serem recolhidas;
- Data e horário preferencial para retirada.

IMPORTANTE
A solicitação de envio das amostras deverá ser realizada APENAS pelos pontos de recolhimento de amostras.

8 ARMAZENAMENTO ATÉ RETIRADA

- Mantém as amostras sob temperatura de 2 a 8 °C.
- Garantir que o envio ao laboratório executor ocorra dentro do prazo de 72 horas após a coleta.

9 ENTREGA DAS AMOSTRAS À TRANSPORTADORA

- Entregar as amostras e a documentação transportadora no momento da retirada.

DOCUMENTOS QUE DEVEM ACOMPANHAR AS AMOSTRAS

- Amostras para genotipagem do HIV-1 acondicionadas em suporte estável, evitando que as amostras vibrem;
- Formulário de Solicitação de Exame de Genotipagem do HIV-1 preenchido e assinado pelo(a) profissional solicitante;
- A caixa de transporte fornecida pelo laboratório executor, devidamente identificada com o nome e o endereço completo do ponto de recolhimento de amostras;
- Os formulários devem ser enviados dentro da caixa de transporte, em sacos plásticos, evitando umidade;
- Declaração de Transporte preenchida (será compartilhada pelo laboratório executor contratado por e-mail no momento da solicitação de recolhimento das amostras).

3. LABORATÓRIO EXECUTOR (CONTRATADO)

10 TRANSPORTE DAS AMOSTRAS

- O recolhimento das amostras nos pontos de recolhimento é de responsabilidade do laboratório executor contratado e com transportadora específica.
- As amostras serão transportadas em temperatura de 2 a 8 °C até o laboratório executor contratado.
- É de responsabilidade do laboratório executor contratado o fornecimento de todos os materiais envolvidos na logística de transporte de amostras (caixas de transporte, gelo reciclável e demais insumos necessários).

11 CRITÉRIOS DE REJEIÇÃO E DESCARTE DE AMOSTRA PELO LABORATÓRIO

Amostras que não atenderem aos critérios abaixo serão rejeitadas:

- Tubo inadequado (tubo diferente do especificado)
- Presença de gel separador
- Volume insuficiente
- Amostras coaguladas e hemolizadas
- Amostras centrifugadas
- Formulário incompleto
- Ausência de assinatura e/ou carimbo
- Temperatura inadequada
- Prazo superior a 72 horas entre coleta e envio

Amostras recebidas fora dos critérios de coleta, armazenamento, transporte ou documentação estabelecidos nesta rede técnica também serão rejeitadas.

12 PRAZOS

RECOLHIMENTO DAS AMOSTRAS PELO LABORATÓRIO EXECUTOR	Até 3 dias úteis após a solicitação de retirada.
TRANSPORTE DAS AMOSTRAS ATÉ O LABORATÓRIO EXECUTOR	Até 3 dias corridos após a retirada das amostras no ponto de recolhimento.

ATENÇÃO! O TEMPO ENTRE A COLETA DA AMOSTRA E O ENVIO AO LABORATÓRIO EXECUTOR PELO PONTO DE RECOLHIMENTO NÃO DEVE ULTRAPASSAR 72 HORAS.

EXAME	PRAZO
Genotipagem convencional (Protease e Transcritase Reversa)	Até 15 dias corridos
Integrais	Até 15 dias corridos
Genotipagem (Alça V3 GP120 - Mosaic/Ringel)	Até 15 dias corridos

ACOMPANHAMENTO DO EXAME

Todo o processo de execução do exame pode ser acompanhado pelo profissional solicitante por meio do Sistema LAUDO.

Acesse aqui ao Sistema Laudo

[Clique aqui](#)

O resultado também será disponibilizado no mesmo sistema.

EM CASO DE DÚVIDAS, QUEM CONTATAR?

- Dúvidas sobre fluxos de solicitação, recolhimento e critérios para realização do exame: Equipe de Diagnóstico/DATI/SVSA/MS diagnostico@saids.gov.br
- Dúvidas sobre solicitação, critérios para realização do exame, condutas clínicas, esquemas de tratamento: Núcleo de Cuidado e Qualidade de Vida/COHA/DATI/SVSA/MS tratamento@saids.gov.br
- Dúvidas sobre fluxos, agendamento de recolhimento de amostras e envio de material de coleta: Empresa Gemisure