

POP

HUAB-UFRN/EBSERH

Dispensação de antirretrovirais para a profilaxia pós-exposição (PEP)

Versão: 2 | 2025

1. OBJETIVO

Garantir que os medicamentos indicados para a profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV sejam dispensados conforme prescrição médica e condições de uso para o paciente, em conformidade com as normas, regras e diretrizes técnicas do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, vinculado ao Ministério da Saúde.

2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

1. Receber o formulário de solicitação de medicamentos – PEP preenchido, datado e assinado pelo prescritor, farmacêutico responsável pela dispensação e pelo paciente;
2. Realizar a avaliação farmacêutica da prescrição médica no AGHUX;
3. Triar, dispensar e conferir a dose a ser utilizada pelo(a) paciente, inclusive conforme o preenchimento do esquema preferencial para PEP e posologias presentes no formulário de solicitação de medicamentos – PEP (Apêndice A);
4. Entregar os medicamentos e solicitar a assinatura no comprovante de entrega;
5. Arquivar o formulário de solicitação de medicamentos – profilaxia na pasta identificada a esta finalidade.

3. REFERÊNCIAS

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

| Versão | Data | Descrição da atualização |
|--------|------------|---|
| 1 | 02/08/2024 | Versão inicial. |
| 2 | 12/07/2025 | Atualização do layout. Excluídas as descrições dos procedimentos de outras unidades assistenciais; incluído como anexo o formulário de dispensação de medicamentos – PEP. |

5. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

| | |
|--|------------------|
| Elaboração Caio Cid de Freitas Nunes – UFCD/SFH/DCDT/GAS | Data: 12/07/2025 |
| Análise Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS | Data: 12/07/2025 |
| Validação Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP | Data: 05/08/2025 |
| Aprovação Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS | Data: 05/08/2025 |

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

APÊNDICE A – Lista de verificação (checklist)

| FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS - PEP | | | | FEV/2023 | |
|--|---|--|---|---|-------------------------|
| 1 - CPF* | 2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde | 3 - Prontuário | 4 - Identificação Preferencial do Usuário* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social | | |
| 5 - Nome Completo do Usuário - Civil* | | | | | |
| 6 - Nome Social | | | | | |
| 7 - Nome Completo da Mãe* | | | | | |
| 8 - Data de Nascimento* | 9 - UF de Nascimento* | 10 - Cidade de Nascimento* | 11 - País de Nascimento* | | |
| 12 - Nacionalidade* | | 13 - Situação do estrangeiro: <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente | | | |
| 14 - UF de Residência* | 15 - Cidade de Residência* | 16 - Raça/cor* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Ignorada | | | |
| 17 - Escolaridade* <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> Ignorada | | 18 - Sexo atribuído ao Nascimento <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Intersexo | 19 - Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual | 20 - 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 | |
| 21 - Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?* | 22 - Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas?* | 23 - Gestante* | 24 - Pessoa em situação de rua no momento* | 25 - Pessoa privada de liberdade no momento* | 26 - Data da exposição* |
| <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim, álcool <input type="radio"/> Sim, outras drogas <input type="radio"/> Sim, álcool e outras drogas <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | |
| 27 - Circunstância da Exposição:* | | | | 28 - Origem do acompanhamento médico:* | |
| <input type="radio"/> Acidente com Material Biológico <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual | | | | <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado | |
| 29 - Serviço de atendimento* <input type="radio"/> Atenção Primária <input type="radio"/> Serviço Especializado <input type="radio"/> Serviço de urgência ou emergência <input type="radio"/> CTA | | | | | |
| 30 - CNES do Serviço de Atendimento | | 31 - Nome do Serviço de Atendimento | | | |
| 32 - Pessoa fonte multiexperimentada e/ou esquema alternativo?* | | | | | |
| (Se sim informar no campo abaixo a prescrição legível) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe | | | | | |
| 33 – Esquemas preferenciais para PEP e posologias | | | | | |
| Faixa etária/ou critérios | Esquemas terapêutico/posologias | | | | |
| Acima de 6 anos (mais de 20kg)/Adultos | <input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) <small>≥ 35 kg</small> Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp./dia) | | | | |
| 0 a 4 semanas (1 mês de vida) | <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) | | | | |
| Acima de 4 semanas a 6 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"/> Dolutegravir (DTG) _____ comp. para suspensão 5mg (≥ 3kg) | | | | |
| Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital | <input type="radio"/> Tenofovir / Lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG) Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp. 12/12 horas) | | | | |
| Prescrição legível para situações em que a pessoa fonte é sabidamente HIV multiexperimentada e/ou esquemas alternativos.* (informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária) | | | | | |
| | Medicamento | Apresentação | Posologia Diária | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 34 - Prescritor | Tipo de conselho _____ UF do conselho: _____ Data: ___/___/___ N° do conselho _____ <small>(carimbo e assinatura)</small> | 35 - Técnico Responsável Data: ___/___/___ <small>(carimbo e assinatura)</small> | 36 - Recebi em: Data: ___/___/___ <small>(assinatura do Usuário SUS)</small> | | |

FEV/2023

| ORIENTAÇÕES GERAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|---|--------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------------|---|------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|-----------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------|---|--|--|--|
| Preencha adequadamente cada espaço/lacuna disponível do Formulário. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETALHAMENTO DOS CAMPOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>01. CPF: O preenchimento do CPF corretamente é obrigatório, salvo situações como: estrangeiros, pessoa em situação de rua no momento, pessoa privada de liberdade no momento, indígena.</p> <p>02. CNS - Cartão Nacional de Saúde: Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).</p> <p>03. Prontuário: Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.</p> <p>04. Identificação Preferencial do Usuário: Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório).</p> <p>05. Nome Completo do Usuário - Civil: Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.</p> <p>06. Nome Social: Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.</p> <p>07. Nome Completo da Mãe: Nome civil completo da mãe, sem qualquer abreviação.</p> <p>08. Data de Nascimento: Informar a data de nascimento da pessoa exposta. Para RN, informar a data de nascimento da mãe.</p> <p>09. UF: Unidade da Federação de nascimento do usuário SUS.</p> <p>10. Cidade de Nascimento: Informar a cidade de nascimento da pessoa que recebeu a profilaxia.</p> <p>11. País de Nascimento: Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS.</p> <p>12. Nacionalidade: Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS</p> <p>13. Situação do estrangeiro: Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.</p> <p>14. UF: Unidade da Federação da residência do usuário SUS.</p> <p>15. Cidade de Residência: Informar a cidade de residência da pessoa que recebeu a profilaxia.</p> <p>16. Raça/cor: Pedir ao(à) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida.</p> <p>17. Escolaridade: Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está frequentando ou frequentou. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "de 12 a mais anos de estudo concluídos"</p> <p>18. Órgão Genital de Nascimento: Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.</p> <p>19. 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).</p> <p>20. 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).</p> <p>21. Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?": Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.</p> <p>22. Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas?: Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses</p> <p>23. Gestante: Informar se a Usuária SUS está gestante ou não. Se gestante, informar a idade gestacional em semanas.</p> <p>24. Pessoa em situação de rua no momento: Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não.</p> <p>25. Pessoa privada de liberdade no momento: Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade</p> <p>26. Data da Exposição: Informar a data que ocorreu a exposição de risco.</p> <p>27. Circunstância da Exposição: Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. Se a circunstância da exposição for parto ou aleitamento materno, favor usar formulário específico "Formulário de Solicitação de Medicamentos – Prevenção da Transmissão Vertical"</p> <p>28. Origem do acompanhamento médico: Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.</p> <p>29. Serviço de Atendimento: Informar qual o tipo de serviço de atendimento da Exposição, se Atenção Primária, Serviço Especializado, Serviço de Urgência e Emergência e CTA.</p> <p>30. CNES do Estabelecimento de Saúde: Informar o número do CNES do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.</p> <p>31. Nome do Estabelecimento de Saúde: Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.</p> <p>32. Pessoa fonte multiexperimentada e/ou esquemas alternativos?: Se sim informar no campo específico a prescrição legível</p> <p>33. Esquemas preferenciais para PEP e posologias: Lista dos Esquemas antirretrovirais oferecidos pelo SUS, o prescritor devera assinalar um "x" no esquema preferencial.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FAIXA ETÁRIA</th> <th>ESQUEMA PREFERENCIAL</th> <th>ESQUEMA ALTERNATIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Acima de 6 anos/Adultos</td> <td>TDF** + 3TC + DTG 50mg***</td> <td>Impossibilidade do uso de DTG 50mg: ATV/r ou DRV/r</td> </tr> <tr> <td>0-14 dias</td> <td>AZT + 3TC + RAL</td> <td>AZT + 3TC + NVP</td> </tr> <tr> <td>14 dias a 4 semanas</td> <td>AZT + 3TC + RAL</td> <td>Impossibilidade do uso de RAL: LPV/R</td> </tr> <tr> <td>Acima de 4 semanas a 6 anos</td> <td>AZT + 3TC+DTG 5mg</td> <td>Impossibilidade do uso de DTG 5mg: LPV/R</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Acima de 12 anos: Seguir as recomendações para adultos. * Peso ≥ 3kg - ** Peso ≥ 35kg *** Peso ≥ 20kg</td> </tr> </tbody> </table> | | | FAIXA ETÁRIA | ESQUEMA PREFERENCIAL | ESQUEMA ALTERNATIVO | Acima de 6 anos/Adultos | TDF** + 3TC + DTG 50mg*** | Impossibilidade do uso de DTG 50mg: ATV/r ou DRV/r | 0-14 dias | AZT + 3TC + RAL | AZT + 3TC + NVP | 14 dias a 4 semanas | AZT + 3TC + RAL | Impossibilidade do uso de RAL: LPV/R | Acima de 4 semanas a 6 anos | AZT + 3TC+DTG 5mg | Impossibilidade do uso de DTG 5mg: LPV/R | Acima de 12 anos: Seguir as recomendações para adultos. * Peso ≥ 3kg - ** Peso ≥ 35kg *** Peso ≥ 20kg | | |
| FAIXA ETÁRIA | ESQUEMA PREFERENCIAL | ESQUEMA ALTERNATIVO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acima de 6 anos/Adultos | TDF** + 3TC + DTG 50mg*** | Impossibilidade do uso de DTG 50mg: ATV/r ou DRV/r | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0-14 dias | AZT + 3TC + RAL | AZT + 3TC + NVP | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 dias a 4 semanas | AZT + 3TC + RAL | Impossibilidade do uso de RAL: LPV/R | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acima de 4 semanas a 6 anos | AZT + 3TC+DTG 5mg | Impossibilidade do uso de DTG 5mg: LPV/R | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acima de 12 anos: Seguir as recomendações para adultos. * Peso ≥ 3kg - ** Peso ≥ 35kg *** Peso ≥ 20kg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>34. Prescritor: Assinatura e carimbo do prescritor responsável.</p> <p>35. Técnico responsável: Assinatura do técnico responsável pela dispensação.</p> <p>36. Recebi em: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.005790/2025-42

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento Dispensação de antirretrovirais para a profilaxia pós-exposição (PEP). POP.UFC.028 – versão 2.

5. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

| | |
|--|------------------|
| Elaboração Caio Cid de Freitas Nunes – UFCD/SFH/DCDT/GAS | Data: 12/07/2025 |
| Análise Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS | Data: 12/07/2025 |
| Validação Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP | Data: 05/08/2025 |
| Aprovação Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS | Data: 05/08/2025 |



Documento assinado eletronicamente por **Caio Cid de Freitas Nunes, Farmacêutico(a)**, em 05/08/2025, às 20:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Diego Pereira Gabriel dos Santos, Chefe de Unidade**, em 06/08/2025, às 19:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Franciane Carla de Souza Bento, Assistente Administrativo**, em 07/08/2025, às 10:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **52000139** e o código CRC **22E8AFD2**.