

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Profilaxia Pós-Exposição a Material Biológico no Serviço de Saúde

Versão: 2 | 2024

SUPERINTENDENTE

Luciana de Almeida Silva Teixeira

CHEFE DE SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE

Luciana Paiva

ELABORAÇÃO

Rodrigo Juliano Molina, Setor de Gestão da Qualidade

VALIDAÇÃO

Luciana Paiva, Setor de Gestão da Qualidade

REGISTRO, ANÁLISE E REVISÃO FINAL

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luciana de Almeida Silva Teixeira, superintendente

Data da emissão: 18/9/2024

Código do documento: PRT.STGQ.010

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados
www.ebserh.gov.br*



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVO

Apresentar a conduta médica para profilaxia pós-exposição ao risco de infecção pelo HIV e pelo vírus da Hepatite B por contato com material biológico no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM).

2. DESCRIÇÃO

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) a material biológico é uma medida de prevenção em casos de exposição a vírus, como acidentes ocupacionais. Na profilaxia são tomadas ações e medidas para que não exista interação de um agente infeccioso com o organismo, com objetivo de conter a inserção de doenças e, quando isso não é possível, realizar o controle para que as doenças não se disseminem.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

3.1 Inclusão

1. Colaboradores do HC-UFTM que tiveram contato com material biológico, acidentalmente, nas dependências da instituição.

Observação: colaboradores são os prestadores de serviço no HC-UFTM, como empregados, servidores, professores, alunos e terceirizados.

2. Pacientes internados e em atendimento, expostos acidentalmente a material biológico nas dependências do HC-UFTM.

3.2 Exclusão

Este protocolo (PRT) não abrange:

1. a profilaxia pós-exposição sexual ao HIV, cujo tema possui protocolo institucional específico, *link* para acesso:

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.CPAM.020ProfilaxiaPsExposioaoHIVverso2.pdf>

2. a profilaxia pós-exposição da criança ao HIV, abordada pelo protocolo específico, disponível no *link*:

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.STGQ.015ProfilaxiapsexposiodecrianasaoHIVverso2.pdf>

4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

A avaliação e a indicação de PEP são de responsabilidade do profissional médico.

5. AVALIAÇÃO DO RISCO DA EXPOSIÇÃO

No atendimento inicial, após a exposição ao HIV, faz-se necessário que o profissional avalie como e quando ocorreu a exposição, além de investigar a condição sorológica do indivíduo exposto e da fonte da infecção. Assim, a partir da avaliação desses critérios objetivos será possível definir se há ou não indicação de início da PEP. Recomenda-se a profilaxia em todos os casos de exposições com risco significativo de transmissão do HIV.

Existem casos, contudo, em que a PEP não está indicada em função do risco insignificante de transmissão e nos quais o risco de toxicidade dos medicamentos supere o risco da transmissão do HIV.

6. TIPOS DE MATERIAIS BIOLÓGICOS

6.1 Materiais biológicos com alto risco de transmissão do HIV

1. sangue e outros materiais contendo sangue;
2. sêmen;
3. fluidos vaginais;
4. fluidos retais;
5. líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico), líquido amniótico, líquido e líquido articular.

Observação: os quatro primeiros são considerados materiais biológicos com alto risco para transmissão do HIV. Já os enumerados no último tópico são considerados potencialmente infectantes.

6.2 Materiais biológicos sem risco de transmissão do HIV

1. suor;
2. lágrima;
3. fezes;
4. urina;
5. vômito;
6. secreções nasais;
7. saliva (exceto em ambientes odontológicos).

7. EXPOSIÇÃO AO HIV

7.1 Tipos de exposição

7.1.1 Com risco de transmissão do HIV

1. Percutânea – exemplos: lesões causadas por agulhas ou outros instrumentos perfurantes e/ou cortantes;
2. Membranas mucosas – exemplos: exposição sexual; respingos em olhos, nariz e boca;
3. Cutâneas envolvendo pele não íntegra – exemplos: presença de dermatites ou feridas abertas;
4. Mordeduras com presença de sangue – neste caso, os riscos devem ser avaliados, tanto para a pessoa que sofreu a lesão, quanto para aquela que a provocou.

7.1.2 Sem risco de transmissão do HIV

1. Cutâneas exclusivamente, em que a pele exposta se encontra íntegra;
2. Mordedura sem a presença de sangue.

7.2 Tempo decorrido da exposição

O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma emergência médica. A **PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível**, idealmente **nas primeiras 2 horas** após a exposição, tendo como **limite as 72 horas** subsequentes à exposição.

7.3 Investigação diagnóstica para HIV

A PEP não está indicada quando o indivíduo exposto já se encontra infectado pelo HIV (infecção prévia à exposição) ou quando a infecção pelo HIV pode ser descartada no indivíduo-fonte. Primeiramente, deve-se realizar a investigação diagnóstica para o HIV do **indivíduo exposto**:

5. Se positivo – **PEP não está indicada**. Infecção pelo HIV ocorreu antes da exposição e o indivíduo deve ser encaminhado para acompanhamento clínico e início da terapia antirretroviral (TARV);
6. Se negativo – avaliar *status* do indivíduo-fonte quanto à infecção pelo HIV, quando possível;
7. Na impossibilidade de realização de diagnóstico da infecção pelo HIV no indivíduo exposto - avaliar *status* do indivíduo-fonte quanto à infecção pelo HIV, quando possível.

Quanto ao *status* do indivíduo-fonte em relação à infecção pelo HIV:

8. Se negativo – PEP não está indicada.

Observação: contudo, a PEP poderá ser indicada quando o indivíduo-fonte tiver história de exposição de risco nos últimos 30 dias, devido à possibilidade de resultados falso-negativos de testes (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica. E no caso de utilização de testes de fluido oral, considerar janela imunológica de 90 dias.

9. Se desconhecido – qualquer situação em que a infecção pelo HIV não possa ser descartada no indivíduo-fonte – **PEP está indicada**;

10. Se positivo – PEP está indicada.

Observação: todavia, a PEP não estará indicada quando, apesar do indivíduo-fonte ser infectado pelo HIV, estiver em uso regular de TARV, com carga viral recente indetectável (carga viral realizada nos últimos 6 meses). Uma vez que nessa situação o risco de transmissão do HIV é muito baixo.

Os resultados da investigação diagnóstica devem ser sempre comunicados ao indivíduo que foi testado. Caso seja feito o diagnóstico da infecção pelo HIV no indivíduo-fonte, este deverá ser encaminhado para seguimento clínico.

É direito de o indivíduo recusar a PEP ou outros procedimentos indicados após a exposição (por exemplo, coleta de exames sorológicos e laboratoriais). Nesses casos, sugere-se o registro em prontuário, documentando a recusa e explicitando que, no atendimento, foram fornecidas as informações sobre os riscos da exposição, assim como a relação entre o risco e o benefício da PEP.

Ressalta-se que, mesmo que o atendimento inicial do indivíduo exposto seja depois de 72 horas da exposição, recomenda-se a investigação inicial do seu *status* sorológico e seu o acompanhamento sorológico pós-exposição, caso o *status* da fonte seja positivo ou desconhecido.

7.4 Esquema Antirretroviral Para Profilaxia Pós-Exposição

O seguinte esquema antirretroviral está indicado para realização da PEP, independentemente do tipo de exposição e material biológico envolvido. De acordo com Nota informativa 1/2022 da Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGIST/DCCI/SVS/MS), o uso de Dolutegravir (DTG) fica liberado para as mulheres em idade

fértil e gestantes, independentemente da idade gestacional.

Esquema preferencial para PEP Tenofovir (TDF) / Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG) A duração da PEP é de 28 dias

Quadro 1 - Apresentação dos antirretrovirais (ARV) preferenciais para PEP e posologias

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir e lamivudina (TDF + 3TC)	Comprimido coformulado (TDF _{300mg} + 3TC _{300mg})	1 comprimido VO 1x ao dia
	Ou Comprimido TDF 300mg, associado a Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x ao dia + 2 comprimidos VO 1x ao dia
Dolutegravir (DLG)	Comprimido DLT _{50mg}	1 comprimido VO 1x ao dia

Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais (DDAHV/SVS/MS)

É obrigatório descartar a infecção prévia pelo HIV, através de Teste Rápido, antes da Prescrição da Profilaxia

Na impossibilidade de uso do esquema preferencial poderão ser utilizados outros esquemas, conforme a recomendação do Ministério da Saúde. Ver quadro 2.

Quadro 2 – Esquemas alternativos para PEP

Impossibilidade de TDF: Zidovudina (AZT) / Lamivudina (3TC) + dolutegravir (DTG)
Impossibilidade de DTG: Tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) + darunavir (DRV) + ritonavir (RTV)
A duração da PEP é de 28 dias.

Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV/SVS/MS)

Para dispensação das medicações pelo Setor de Farmácia Hospitalar é obrigatório o preenchimento do **Formulário de Solicitação de Medicamentos – Profilaxia**, disponível em http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Solicita%C3%A7%C3%A3o_Medicamentos_PEP_FEV_2023.pdf

7.5 Indivíduos-Fonte multiexperimentados

Ressalta-se que a escolha do esquema profilático em exposições envolvendo fonte sabidamente infectada pelo HIV, deve-se sempre avaliar a história de uso dos ARV e os parâmetros que podem sugerir a presença de cepas virais resistentes. A exposição prévia do indivíduo-fonte a diversos esquemas antirretrovirais, assim como evidências de falha virológica (carga viral detectável após 6 meses de início ou troca de ARV podem indicar a presença de cepas virais resistentes).

Assim, em casos de PACIENTE EM FALHA VIROLÓGICA, UMA AVALIAÇÃO CRITERIOSA DEVE SER FEITA POR MÉDICOS EXPERIENTES NO MANEJO DE CASOS DE RESISTÊNCIA VIRAL (MRG), para indicação do esquema de resgate, sempre que possível baseada na genotipagem do paciente-fonte. Na ausência de um MRG ou da disponibilidade de ARV de terceira linha no momento do atendimento pós-exposição, a profilaxia deve ser iniciada com o esquema

preferencial. Nesses casos, recomenda-se que a pessoa exposta seja reavaliada com urgência em serviços de referência para adequação do esquema, se necessário.

7.6 Testagem para o HIV

Todas as pessoas potencialmente expostas ao HIV devem ser orientadas sobre a necessidade de repetir a testagem em 30 dias e em 3 meses após a exposição (Quadro 3). Testes posteriores a esse período podem estar indicados, como, por exemplo, nos casos de:

1. Pessoas que tenham risco continuado de infecção pelo HIV;
2. Pessoas que relatam exposição de risco ao HIV dentro do período de 30 dias anterior à testagem, ou 90 dias, caso se utilize a testagem com fluido oral;
3. Mulheres grávidas;
4. Pessoas que apresentem testes com resultados indeterminados.

Mais informações sobre testagem para o HIV podem ser obtidas no “Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV”, disponível em:

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf

Pessoas diagnosticadas com infecção pelo HIV durante o período de seguimento da profilaxia pós-exposição devem ser encaminhadas para avaliação e atendimento em serviços que realizam o seguimento de pessoas vivendo com HIV/aids.

Quadro 3 – Recomendação de exames laboratoriais para seguimento da PEP

Exames laboratoriais	Primeiro atendimento	2ª semana	4ª semana	12ª semana
Hemograma, glicose, ureia, creatinina, TGO, TGP	X	X		
Teste de HIV	X		X	X

Fonte: DDAHV/SVS/MS

7.7 Encerramento do Caso

Para encerrar o acompanhamento do caso é necessário:

1. Obter o resultado da testagem para HIV, marcadores das hepatites virais e Sífilis após 12 semanas (3 meses) da exposição;
2. É essencial destacar as estratégias de prevenção avaliando, com a pessoa exposta, eventuais obstáculos na adoção de práticas sexuais seguras;
3. Esclarecer objetivamente que a ausência de transmissão no episódio atual não previne a transmissão no caso de futuras exposições

8. EXPOSIÇÃO AO VIRUS DA HEPATITE B

Primeiramente deve ser conhecido o status sorológico da fonte (HBs-Ag) e do profissional exposto (HBs-Ag e Anti-HBs). Recomenda-se avaliar, conforme a figura 1, a seguir.

Continuação

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PESSOA-FONTE		
	HBSAG REAGENTE	HBSAG NÃO REAGENTE	HBSAG DESCONHECIDO
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o(a) profissional de saúde Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B ou IGHAHB (2x) se dois esquemas vacinais prévios	Testar o(a) profissional de saúde Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação ou nenhuma medida específica se dois esquemas vacinais prévios	Testar o(a) profissional de saúde Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação ^(a) ou nenhuma medida específica se dois esquemas vacinais prévios
Fonte: BRASIL, 2019b.	segunda série (6 doses)	IGHAHB (2x) ^(a)	específica
			IGHAHB (2x) ^(a)

Continua

Figura 1 – Recomendações para profilaxia de Hepatite B para profissionais de Saúde Expostos a Material Biológico

O uso associado de imunoglobulina hiperimune contra hepatite B está indicado em caso de pessoa-fonte com alto risco para infecção pelo HBV, como: usuários de drogas injetáveis; pacientes em programas de diálise; contatos domiciliares e sexuais de pessoas HBsAg reagentes; pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo; heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas; história prévia de IST; pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B; pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

IGHAHB (2x) = duas doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B, com intervalo de um mês entre as doses. Essa opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal, ou que tenham alergia grave à vacina.

A vacina anti-hepatite B consiste em 03 doses (0,1 e 6 meses). A HGHAHB (Imunoglobulina Humana contra a Hepatite B) deve ser administrado o mais precocemente possível até 7 dias após o acidente; **dose= 0,06 ml/kg**, por via intramuscular; pode ser dividida em 2 grupos musculares. Deve-se evitar a vacinação no mesmo grupo muscular em que foi administrado a imunoglobulina.

Na impossibilidade de fazer o teste Anti-HBs em até sete dias, tratar o profissional exposto com 1 dose de HBlg + 1 dose de vacina contra Hepatite B;
Observação: os esquemas profiláticos para Hepatite B e HIV podem ser utilizados durante a gravidez.

Para dispensação de imunoglobulina humana contra hepatite B pelo Setor de Farmácia Hospitalar é obrigatório o preenchimento do **Ficha de Solicitação de Imunobiológicos Especiais**,

disponível em <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/ficha-para-solicitacao-de-imunobiologicos-especiais-si-crie/>, acompanhada da **Ficha de Notificação de Hepatites Virais** disponível em <http://portalsinan.saude.gov.br/hepatites-virais>

9. EXPOSIÇÃO AO VIRUS DA HEPATITE C

Não existe quimioprofilaxia. Recomenda-se acompanhar a sorologia do profissional acidentado por seis meses com três coletas (no momento do acidente, três e seis meses após o acidente). Se sorologia do profissional de saúde para hepatite C for positiva, este deve ser encaminhado para acompanhamento ambulatorial especializado

10. FLUXO DE ATENDIMENTO

Após avaliação, por um profissional médico, o indivíduo exposto deverá realizar todas as normas procedimentais, como preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), no caso de acidente com material biológico nas dependências do HC-UFTM. Durante a semana os indivíduos expostos deverão, após comunicação com sua chefia imediata e preenchimento da CAT, procurar atendimento, diretamente no Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do HC-UFTM, localizado no Prédio do Ambulatório de Especialidades. Os atendimentos são diários, no período da manhã e tarde. Os médicos infectologistas, não docentes, têm horário disponível em suas grades para encaixe de PEP.

Nos fins de semana e feriados o atendimento será na Unidade de Urgência e Emergência (Pronto-Socorro) do HC-UFTM, sendo fornecida medicação até a próxima data de atendimento ambulatorial. Os pacientes atendidos no Pronto-Socorro deverão ser encaminhados para atendimento no Ambulatório de Doenças Infecciosas, mencionando no encaminhamento “*Vaga PEP*”. Após as orientações será avaliada a necessidade de PEP, e nos casos indicados, os médicos deverão preencher a Ficha de Solicitação de Antirretrovirais (SICLOM) para o indivíduo retirar as medicações nos seguintes locais:

1. Horário comercial, segundas às sextas-feiras: Farmácia SICLOM UFTM - Ambulatório de Especialidades - andar térreo;
2. Período noturno e fim de semana ou feriado: Farmácia do Pronto-Socorro do HC-UFTM.

11. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_therap_peg_-_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf)

[aids/prot_clinico_diretrizes_therap_peg_-_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_therap_peg_-_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf) Acesso em 17/7/2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota informativa 1/2022, disponível em: <http://azt.aids.gov.br/documentos/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%2012022-CGIST.DCCI.SVS.MS%20-%20uso%20de%20DTG%20em%20gestantes%20e%20MVHIV.pdf>

Acesso em 17/7/2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV”, disponível em:

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf Acesso em 18/9/2024.

EBSERH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Setor de Gestão da Qualidade. Protocolo Clínico “Profilaxia Pós-Exposição ao HIV”, disponível em:



<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmt/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.CPAM.020ProfilaxiaPsExposiaoHIVverso2.pdf> Acesso em 18/9/2024

EBSERH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Setor de Gestão da Qualidade. Protocolo Clínico “Profilaxia pós-exposição da criança ao HIV”, disponível em:

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmt/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.STGQ.015ProfilaxiapsexposiiodecrianasaoHIVverso2.pdf>
Acesso em 18/9/2024.

12. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1	16/11/2022	Elaboração do PRT
2	18/9/2024	Atualização do PRT (parte clínica)

13. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão 2 – data: 23/7/2024

Rodrigo Juliano Molina, STGQ

Validação – Data: 23/8/2024

Luciana Paiva Romualdo, STGQ

Registro, análise e revisão final – Data: 18/9/2024

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Aprovação – Data: 2/9/2024

Luciana de Almeida Silva Teixeira, SUP

Elaboração da versão 1 – data: 16/11/2022

Rodrigo Juliano Molina, médico infectologista do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

Validação

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe do STGQ substituta

Caroline Santos Capitelli Fuzaro, chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica

Liliane Barreto Teixeira, chefe da Unidade de Farmácia Clínica

Registro, análise e revisão

Maria Aparecida Ferreira, enfermeira da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos (UPLAG)

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da UPLAG

Aprovação

Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde