

PROTOCOLO

HC-UFTM/HU BRASIL

Profilaxia Pós-Exposição de Risco de Infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatites Virais com Materiais Biológicos

Versão: 3 | 2026

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

CHEFE DO SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE

LUCIANA PAIVA ROMUALDO

CHEFE DA UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CRISTINA DA CUNHA HUEB BARATA DE OLIVEIRA

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, Unidade de Vigilância em Saúde

Rodrigo Juliano Molina, Unidade de Vigilância em Saúde

ANÁLISE

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, Unidade de Vigilância em Saúde

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luciana Paiva Romualdo, Setor de Gestão da Qualidade

Data da emissão: 1º/7/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UVS.013

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados ® 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados

www.gov.br/hubrasil



1. INTRODUÇÃO

A profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV, às hepatites virais, à sífilis e a outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções após potencial exposição de risco. A PEP está igualmente indicada nas situações de violência sexual e acidente com materiais biológicos.

Para o atendimento pós-exposição com materiais biológicos com potencial risco de transmissão de DOENÇAS INFECCIOSAS é necessário, inicialmente:

- Acolher o usuário;
- Avaliar o contexto da exposição ao HIV, às hepatites virais, à sífilis e a outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- Caracterizar o risco de transmissão;
- Conhecer a frequência de exposições ao risco.

2. ABRANGÊNCIA

✓ Pós-exposição de risco de infecção pelo HIV, sífilis e hepatites virais com materiais biológicos.

Observação: PEP para vítimas de violência sexual e crianças pode ser consultada no Protocolo “Assistência a Vítimas de Violência Sexual – Adulto e Pediátrico”

[PRT.HC-UFTM-CPAM.007 Assistência a Vítimas de Violência Sexual – Adulto e Pediátrico, versão 3](#)

3. INFORMAÇÕES GERAIS

O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma emergência médica. A profilaxia pós-exposição ao HIV (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.

Os Serviços Ambulatoriais de Atenção Especializada em HIV/Aids (SAEs) são os locais preferenciais para o atendimento inicial e são os serviços de referência para o seguimento da pessoa exposta. Havendo a necessidade de atendimento em horários não cobertos pelos SAEs, recomenda-se a avaliação da indicação da profilaxia nos serviços que já realizam atendimento de urgência em casos de violência sexual e acidente ocupacional (figura 1):

- Avaliar a condição sorológica para o HIV da pessoa exposta e de sua parceria sexual e investigar como e quando ocorreu a exposição para definir a indicação da quimioprofilaxia;
- Oferecer a testagem para HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis (VDRL) na avaliação inicial, para se definir a existência prévia desses agravos;
- Destacar e enfatizar que o uso de preservativos masculinos ou femininos é a principal estratégia de proteção, estimulando o seu uso em futuras relações;
- Em relações heterossexuais, verificar a possibilidade de gravidez e considerar o uso de anticoncepção de emergência caso não exista desejo de reprodução.

Prevenção combinada

A denominação “Prevenção Combinada” remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às ISTs, ao HIV, às hepatites virais e aos seus fatores associados. Ela indica o uso “combinado” de métodos preventivos e ofertas assistenciais, compostos por estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais que, juntas, buscam otimizar o impacto da prevenção a essas infecções.



Figura 1 – Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Figura 1. Mandala de prevenção combinada

O símbolo da mandala representa a combinação e a ideia de movimento de diferentes estratégias de prevenção, sendo a PEP uma delas. Esse conjunto de ações deve ser centrado nas necessidades das pessoas e nas características dos grupos socioculturais em que elas se inserem, considerando as especificidades dos sujeitos e dos seus contextos.

4. PROFILAXIA DO HIV

Há necessidade de entender como, quando e com quem ocorreu a exposição. Didaticamente, quatro perguntas direcionam o atendimento para a decisão da indicação ou não da PEP (figura 2).

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 inferior a 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 .

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Figura 2. Os quatro passos da avaliação da PEP para HIV

Os fatores que aumentam a transmissibilidade após o contato sexual são:

- Carga viral sanguínea detectável;
- Carga viral genital;
- Ruptura de barreira na mucosa da pessoa exposta;
- Presença de sangramento, como no caso de menstruação;

- Presença de doença sexualmente transmissível;
- A carga viral sanguínea abaixo dos limites de detecção torna o portador de HIV não transmissível.

4.1 Tipo de material biológico

Existem materiais biológicos sabidamente infectantes e envolvidos na transmissão do HIV (figura 3). Assim, a exposição a esses materiais constitui situação na qual a PEP está recomendada.

MATERIAIS BIOLÓGICOS COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	MATERIAIS BIOLÓGICOS SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV ^(a)
> Sangue > Sêmen > Fluidos vaginais > Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico) > Líquido amniótico > Líquor	> Suor > Lágrima > Fezes > Urina > Vômitos > Saliva > Secreções nasais

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

^(a) A presença de sangue nessas secreções torna esses materiais potencialmente infectantes, caso em que o uso de PEP pode ser indicado.

Figura 3. Tipos de material biológico com e sem risco de transmissão do HIV

4.2 Tipo de exposição

Existem exposições com risco de infecção envolvidas na transmissão do HIV (figura 4). Assim, a exposição constitui situação na qual a PEP está recomendada.

EXPOSIÇÃO COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	EXPOSIÇÃO SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV
> Percutânea > Membranas mucosas > Exposição sexual desprotegida > Cutâneas em pele não íntegra > Mordedura com presença de sangue	> Cutânea em pele íntegra > Mordedura sem a presença de sangue

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Figura 4. Tipos de exposição com e sem risco de transmissão do HIV

- Exposição com risco de transmissão do HIV:
 - ✓ Percutânea. Exemplos: lesões causadas por agulhas ou outros instrumentos perfurantes e/ou cortantes.
 - ✓ Membranas mucosas. Exemplos: exposição sexual desprotegida; respingos em olhos, nariz e boca.
 - ✓ Cutâneas envolvendo pele não íntegra. Exemplos: presença de dermatites ou feridas abertas.

- ✓ Mordeduras com presença de sangue. Nesses casos, os riscos devem ser avaliados tanto para a pessoa que sofreu a lesão quanto para aquela que a provocou.
- Exposição sem risco de transmissão do HIV:
- ✓ Cutânea – exclusivamente quando a pele exposta se encontra íntegra.
- ✓ Mordedura sem a presença de sangue.

4.3 Tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento

As situações de exposição ao HIV constituem atendimento de urgência, em função da necessidade de início precoce da profilaxia para maior eficácia da intervenção. Não há benefício da profilaxia com antirretrovirais (ARVs) após 72 horas da exposição.

O primeiro atendimento após a exposição de risco ao HIV é uma emergência. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível como limite as 72 horas subsequentes a exposição de risco. Nos casos em que o atendimento ocorrer após as 72 horas da exposição, não está mais indicada o uso de PEP.

4.4 Utilização dos testes rápidos

Considerando que, quanto mais cedo se iniciar a profilaxia, maior será sua eficácia, o uso do teste rápido (TR) para diagnóstico da infecção pelo HIV na avaliação da indicação de PEP torna-se fundamental. O TR é um dispositivo de uso único que não depende de infraestrutura laboratorial, pode ser executado na presença da pessoa e produz resultado em tempo igual ou inferior a 30 minutos.

4.5 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.

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

Quadro 1 - Apresentação dos antirretrovirais preferenciais para PEP e posologias

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

Fonte: 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 quadros 2 e 3.

Quadro 2 – Esquemas alternativos para PEP

Impossibilidade de TDF: AZT / 3TC + DTG

Impossibilidade de DTG: TDF / 3TC + DRV/r*

A duração da PEP é de 28 dias.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Considera-se gestação até 12ª semana ou Suspeita de Gestação e Crianças Menores de 12 anos uma **contraindicação ao Dolutegravir**.

Quadro 3 - Apresentação dos antirretrovirais alternativos para PEP e posologias

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
AZT / 3TC	Comprimido coformulado (AZT 300mg + 3TC 150mg)	1 comprimido VO 2x/dia
TDF	Comprimido 300mg	1 comprimido VO 1x/dia
DRV/r	DRV: comprimido 800mg	1 comprimido VO 1x/dia
	RTV: Comprimido 100mg	1 comprimido VO 1x/dia

Fonte: DIAHV/SVS/MS.* ATV – Atazanavir; RTV – Ritonavir; DRV - Darunavir

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_EP_FEV_2023.pdf

4.6 Fluxograma do atendimento

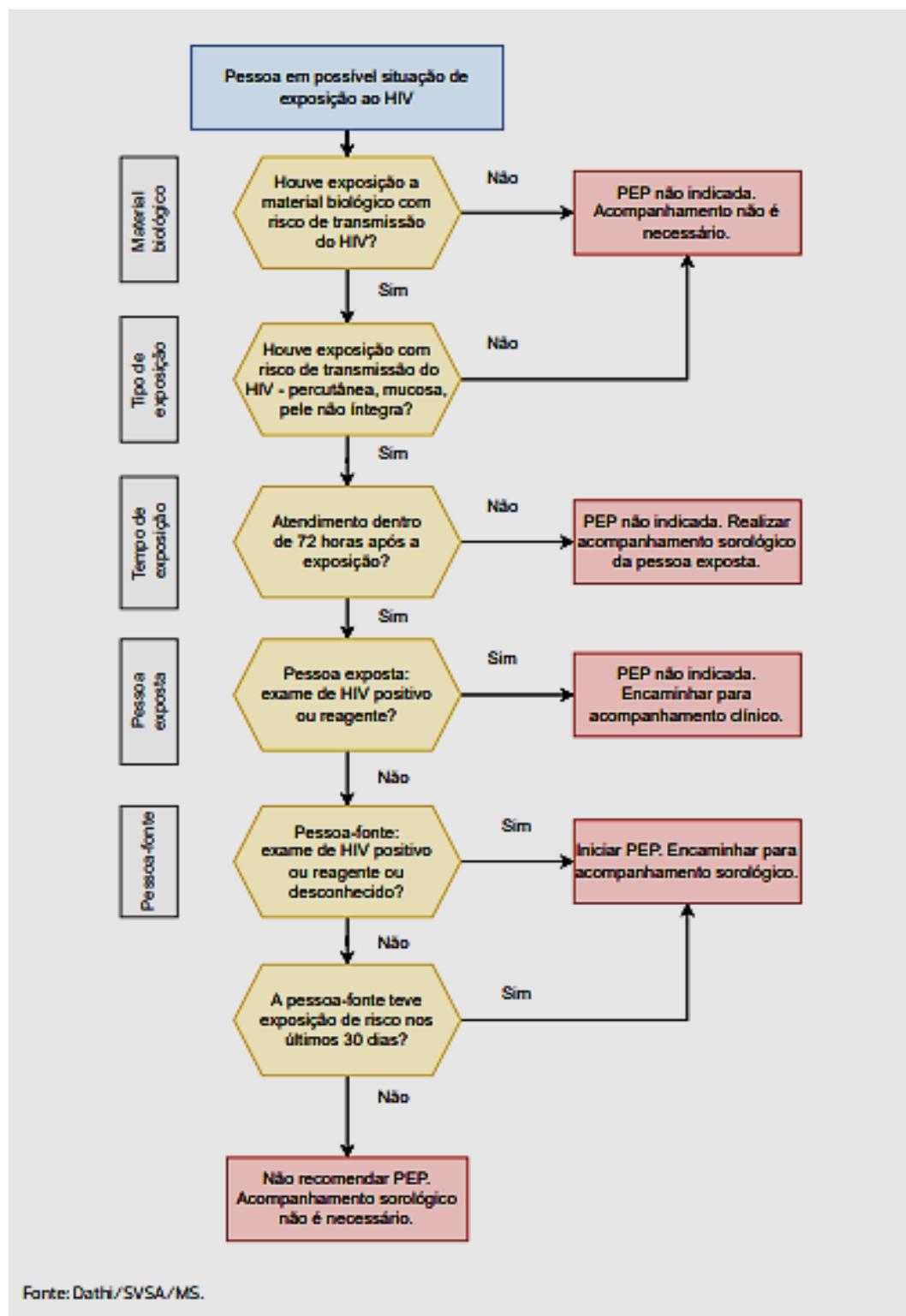


Figura 5. Fluxograma do atendimento da pessoa em possível situação de exposição ao HIV. Fonte: DDAHV/SVS/MS

4.7 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 4). Testes posteriores a esse período podem estar indicados, como, por exemplo, nos casos de:

- Pessoas que tenham risco continuado de infecção pelo HIV;
- 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;
- Mulheres grávidas;
- Pessoas que apresentem testes com resultados indeterminados.

Observação: mais informações sobre testagem para o HIV podem ser obtidas no “Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV”:

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

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

Quadro 4 – Recomendação de exames laboratoriais para seguimento da PEP

Exames laboratoriais	Primeiro atendimento	Para investigação de efeitos adversos	4ª semana após exposição	12ª semana após exposição
Hemograma	Em caso de indicação de PEP com AZT	X		
Glicemia	Em caso de pessoas expostas com diabetes mellitus	X		
Creatinina	Para pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal	X		
AST, ALT		X		
Amilase		X		
Teste de HIV	X		X	X

Fonte: DDAHV/SVS/MS

4.8 Encerramento do caso

Para encerrar o acompanhamento do caso é necessário:

- Obter o resultado da testagem para HIV, marcadores das hepatites virais e sífilis após 12 semanas (3 meses) da exposição.
- É essencial destacar as estratégias de prevenção avaliando com a pessoa exposta eventuais obstáculos na adoção de práticas sexuais seguras.

- Esclarecer objetivamente que a ausência de transmissão no episódio atual não previne a transmissão no caso de futuras exposições.

4.9 Atendimento no HC-UFTM

Durante a semana os indivíduos expostos deverão procurar atendimento diretamente no Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), localizado no prédio do Ambulatório de Especialidades. Os atendimentos são diários no período da manhã e tarde.

Nos fins de semana e feriados o atendimento será no 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”.

4.10 Formulário de solicitação de medicamentos – profilaxia

O formulário de solicitação de medicamentos – profilaxia está disponível para *download* no site do Ministério da Saúde – Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis:

http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Solicita%C3%A7%C3%A3o_Medicamentos_PEP_FEV_2023.pdf

5. PROFILAXIA DAS HEPATITES VIRAIS (B E C)

As hepatites virais são causadas por diferentes agentes etiológicos que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático. Podem se apresentar como infecções agudas ou crônicas, além de constituírem uma das maiores causas de transplantes hepáticos no mundo.

No âmbito da Prevenção Combinada, toda situação de exposição deve também ser avaliada quanto ao risco de exposição às hepatites virais.

5.1 Hepatite B

Recomenda-se realizar testagem para hepatite B da pessoa exposta e da pessoa-fonte (quando presente).

Para pessoas que tiveram exposição sexual consentida, a realização de investigação laboratorial e seguimento clínico é o procedimento mais recomendável, devido ao risco de desenvolvimento de resistência bacteriana com o tratamento preemptivo.

A hepatite B é uma infecção de transmissão sexual, parenteral e vertical causada pelo vírus da hepatite B (HBV). A transmissão desse vírus pode ocorrer por solução de continuidade (pele e mucosas), via parenteral (compartilhamento de agulhas, seringas, material de manicure e pedicure, lâminas de barbear e depilar, tatuagens, piercings, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos que não atendam às normas de biossegurança, entre outros) e relação sexual desprotegida. Esta última via é o principal mecanismo de transmissão do HBV no Brasil. Os líquidos orgânicos, como sangue, sêmen, secreção vaginal e exsudato de feridas podem conter o vírus e representam importantes fontes de infecção.

Quando da utilização da PEP para HIV, é importante avaliar se a pessoa exposta não está previamente infectada pelo vírus da hepatite B, por meio do teste sorológico HBsAg (antígeno de superfície do HBV) e antecedente de tratamento para essa infecção. Os antirretrovirais tenofovir e lamivudina (medicamentos utilizados para a PEP do HIV) são ativos em relação ao HBV,

e uma eventual descontinuação desses medicamentos (quando do término da PEP) pode ocasionar um *flare* das enzimas hepáticas ou mesmo quadros de descompensação da doença hepática prévia.

5.1.1 Diagnóstico da infecção pelo vírus da Hepatite B

A triagem da infecção pelo HBV é realizada por meio de testes rápidos (TR) de detecção do HBsAg. Os TR são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. São executados por amostra de sangue colhida por punção digital, podendo também ser realizados em amostra de sangue total colhida por punção venosa. Devido à rapidez e à segurança do resultado, esse é o exame mais indicado.

5.1.2 Interpretação do status sorológico da pessoa exposta por meio da pesquisa de HBsAg por teste rápido

Em caso de teste rápido reagente: a infecção pelo HBV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento, devendo-se coletar uma amostra de sangue para complementação do diagnóstico laboratorial conforme preconizado pelo Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais, realizar a notificação e encaminhar a pessoa para acompanhamento clínico:

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hepatites_virais_web_3108181.pdf

Em caso de teste rápido não reagente: a pessoa exposta não tem, no momento da testagem, evidências de infecção atual pelo HBV, devendo-se seguir as orientações da figura 6. Sempre que possível, recomenda-se avaliar o status sorológico da pessoa-fonte quanto à hepatite B.

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO(A) PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO(A)	PESSOA-FONTE		
	HBsAg		
	Reagente	Não reagente	Desconhecido
Não vacinado ^(a)	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ^(a)
Vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação ^(a)
Resposta vacinal conhecida e adequada (anti-HBs igual ou superior a 10 mUI/mL)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHAHB + primeira dose da segunda série vacinal para hepatite B ^(b)	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) ^(a)
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAHB (2 doses) ^(b)	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2 doses) ^(b)

Figura 6. Recomendações para profilaxia de hepatite B em indivíduos com HBsAg não reagente após exposição a material biológico

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO(A) PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO(A)	PESSOA-FONTE		
	HBsAg		
	Reagente	Não reagente	Desconhecido
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o(a) profissional de saúde para anti-HBs ^(c)	Testar o(a) profissional de saúde para anti-HBs ^(c)	Testar o(a) profissional de saúde para anti-HBs ^(c)
	Em caso de resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Em caso de resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Em caso de resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica
	Em caso de resposta vacinal inadequada: IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B ou IGHAHB (2 doses) se houver dois esquemas vacinais prévios	Em caso de resposta vacinal inadequada: realizar segunda série de vacinação ou não tomar nenhuma medida específica se houver dois esquemas vacinais prévios	Em caso de resposta vacinal inadequada: realizar segunda série de vacinação ou não tomar nenhuma medida específica se houver dois esquemas vacinais prévios

Fonte: Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais⁷⁶.

Legenda: IGHAHB = imunoglobulina humana anti-hepatite B.

^(a) O uso associado de IGHAHB está indicado em caso de pessoa-fonte com alto risco para infecção pelo HBV, como: usuários de drogas; pessoas em programas de diálise; contatos domiciliares e sexuais de pessoas HBsAg reagentes; pessoas com várias parcerias sexuais e/ou relações sexuais desprotegidas; história prévia de ISTs; pessoas provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B; pessoas provenientes de prisões ou outras formas de institucionalização.

^(b) Duas doses de imunoglobulina humana anti-hepatite B, com intervalo de um mês entre ambas. Essa opção deve ser indicada para aqueles que já receberam duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal, ou que tenham alergia grave à vacina.

Figura 6 -parte 2. Recomendações para profilaxia de hepatite B em indivíduos com HBsAg não reagente após exposição a material biológico

5.2 Hepatite C

Embora o risco de transmissão do HCV esteja mais relacionado às exposições percutâneas, a transmissão sexual desse vírus é possível, principalmente em se tratando de práticas sexuais traumáticas, presença de doença ulcerativa genital e proctites relacionadas a ISTs. Grupos específicos, como homens que fazem sexo com homens, pessoas vivendo com HIV ou aids e pessoas com outras imunodeficiências também apresentam risco acrescido de aquisição do vírus por via sexual. Mesmo não existindo medida específica eficaz para a redução do risco de infecção pelo HCV após a exposição, a testagem da pessoa-fonte e da pessoa exposta é recomendada para permitir o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de uma possível infecção. A terapia com os medicamentos atuais apresenta taxas de cura acima de 95%.

A investigação inicial da infecção pelo HCV é realizada com a pesquisa por anticorpos contra o vírus (anti-HCV) por meio de teste rápido ou imunoensaio laboratorial convencional. No entanto, a detecção do anti-HCV isoladamente indica apenas exposição ao HCV, havendo necessidade de detecção da carga viral do HCV (HCV-RNA) para definição de um caso de infecção ativa. Mais informações podem ser encontradas no “Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais”. **Recomenda-se realizar testagem para hepatite C na pessoa-fonte e na pessoa exposta.**

5.2.1 Interpretação do status sorológico da pessoa - fonte por meio da pesquisa do anti-HCV

Em caso de teste rápido reagente: acompanhar a pessoa exposta, pelo risco de soroconversão e necessidade de tratamento da infecção aguda. Além disso, deve-se confirmar ou excluir a presença de infecção ativa da pessoa-fonte com exame de carga viral do HCV, para definir o seguimento ambulatorial e avaliar a necessidade de tratamento da hepatite C.

Em caso de teste rápido não reagente: não há risco de soroconversão para a pessoa exposta. Não é necessário acompanhamento sorológico da pessoa exposta em relação a essa infecção.

Em caso de status desconhecido ou indeterminado: avaliar caso a caso, com base na gravidade da exposição e na probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo vírus da hepatite C.

Contudo, é necessário considerar o período de “janela imunológica” para detecção de anticorpos, que varia de 33 a 129 dias. Há a possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos de diagnóstico (rápidos ou laboratoriais) durante a janela imunológica. Por isso, se houver história epidemiológica relacionável à infecção pelo HCV nesse intervalo, recomenda-se testar a pessoa-fonte mais uma vez ao fim do período de janela e realizar o acompanhamento sorológico da pessoa exposta.

O diagnóstico precoce da soroconversão e/ou a detectabilidade do HCV-RNA durante o seguimento da pessoa exposta possibilita o tratamento ainda na fase aguda da infecção pelo HCV, o que, além de evitar a perda do seguimento, possui impacto na redução de novas transmissões e auxilia na eliminação da doença. Portanto, recomenda-se o seguimento conforme disposto na figura 7.

TEMPO PÓS-EXPOSIÇÃO	TESTAGEM LABORATORIAL			COMENTÁRIOS
	Anti-HCV	HCV-RNA	ALT	
Pessoa-fonte				
Imediatamente (até 48 horas)	Sim	Testar em caso de anti-HCV reagente	Não	Pode-se avaliar a utilização de HCV-RNA mesmo com sorologia negativa em pessoas com imunossupressão grave
Pessoa exposta				
Imediatamente (até 48 horas)	Sim ^(a)	Testar em caso de anti-HCV reagente	Sim	Não há necessidade de seguimento se a pessoa-fonte não apresentar infecção ativa pelo HCV. Entretanto, a testagem basal da pessoa exposta é aconselhável
4 a 6 semanas	Sim ^(b)	Sim ^(b)	Considerar	Não utilizar o teste molecular isoladamente, devido às variações na viremia durante infecções agudas
4 a 6 meses	Sim ^(b)	Sim ^(b)	Sim	-

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

^(a) Anti-HCV reagente no 1º atendimento: **pessoa previamente exposta**; portanto, teve contato com o HCV antes da exposição que motivou o atendimento. Deve ser encaminhada para confirmação laboratorial do caso e para acompanhamento clínico.

^(b) A soroconversão do anti-HCV e/ou detectabilidade do HCV-RNA após a primeira consulta do indivíduo exposto indica infecção aguda pelo HCV, devendo a pessoa ser encaminhada para tratamento da infecção e acompanhamento clínico.

Figura 7. Seguimento da pessoa exposta quando a pessoa-fonte for reagente para hepatite C

6. RASTREAMENTO DA SÍFILIS

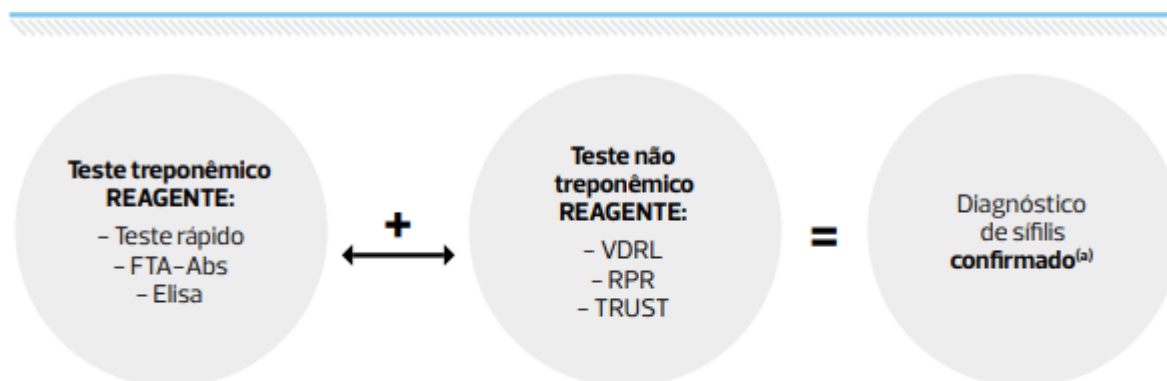
A infecciosidade da sífilis por transmissão sexual ocorre principalmente nos estágios iniciais da doença (sífilis primária, secundária e latente recente). Essa maior transmissibilidade explica-se pela intensa multiplicação do patógeno e pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária e secundária. Essas lesões são raras ou inexistentes por volta do segundo ano da infecção.

O diagnóstico de sífilis deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos e clínicos e de resultados de testes diagnósticos. Em cada atendimento, recomenda-se avaliação clínica, incluindo exame físico, o que permite a investigação completa para sífilis.

Para o diagnóstico da sífilis, devem ser realizados os testes treponêmico e não treponêmico. Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, recomenda-se iniciar a investigação pelo teste treponêmico (teste rápido, FTA-Abs, Elisa, entre outros).

Os testes rápidos fornecidos pelo Ministério da Saúde são testes treponêmicos. Tais exames não necessitam de estrutura laboratorial e são de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou por punção digital, além de soro e plasma. A figura 8 descreve os testes imunológicos para diagnóstico de sífilis. Para mais informações, consultar o “Manual Técnico para o Diagnóstico de Sífilis”.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis/publicacoes/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis.pdf>



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

^(a) O diagnóstico de sífilis não estará confirmado quando houver presença de cicatriz sorológica, ou seja, persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado, afastada a possibilidade de reinfecção.

Figura 8. Testes imunológicos para diagnóstico de Sífilis

As pessoas com teste rápido reagente devem ter amostra coletada para um teste não treponêmico complementar, conforme a figura 9. Entretanto, devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato nas seguintes situações:

- gestante;
- pessoa com risco de perda do seguimento;
- caso de violência sexual;
- pessoa com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;

- pessoa sem diagnóstico prévio de sífilis.

A realização do tratamento com apenas um teste reagente para sífilis não exclui a necessidade de realização do segundo teste, do monitoramento laboratorial (controle de cura) e do tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão).

Se durante o seguimento o exame tornar-se reagente, é diagnosticada sífilis recente, com indicação de tratamento imediato (benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI intramuscular (IM) em dose única).

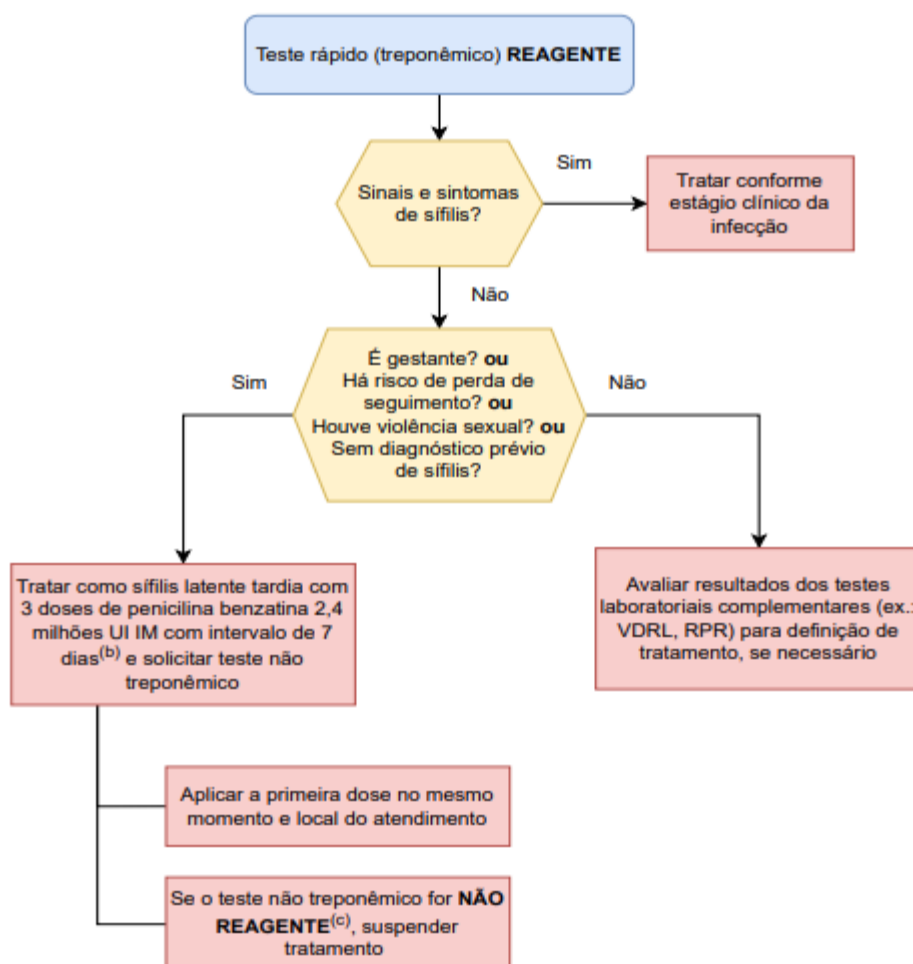


Figura 9. Fluxograma de conduta frente a teste rápido reagente (treponêmico)

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

(a) Para casos de violência sexual, realizar profilaxia pós-exposição com penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM em dose única, independentemente do resultado do teste rápido.

(b) Em não gestantes, o intervalo entre as doses não deve exceder 14 dias. Em gestantes, não deve exceder 9 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado.

(c) Recomenda-se realizar um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro para conclusão diagnóstica

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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/centrais-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_peg_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. Disponível:

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

Acesso em 31/7/2023.

Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. Lancet, v. 402, n. 10400, p. 464-471, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: Policy Brief. Geneva: WHO, 2023. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055179>.

CRESSWELL, F. et al. UK guideline for the use of HIV post-exposure prophylaxis 2021. HIV Med., v. 23, n. 5 p. 494–545. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35166004/>

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. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2017/hepatites-virais/pcdt_hepatite_c_06_2019_isbn.pdf. Acesso em: 1 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções. Brasília, DF: MS, 2023. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_hepbdigital.pdf. Acesso em: 1 jul. 2024.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Recommendations for Routine Testing and Follow-up for Chronic Hepatitis B Virus (HBV) Infection. [S. l.: CDC, 20-]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/pdfs/chronichepbtestingflwup.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual técnico para o diagnóstico da Sífilis. Brasília, DF: MS, 2021.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis/publicacoes/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis.pdf>



8. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1	16/11/2022	Elaboração da 1ª versão do documento
2	20/9/2024	Atualização do Protocolo (PRT)
3	1º/7/2026	Alteração do nome do documento e inclusão em novo modelo

9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 3) – data: 25/5/2026

Rodrigo Juliano Molina, médico infectologista da Unidade de Vigilância em Saúde (UVS)

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, chefe da UVS

Análise – data: 25/5/2026

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, chefe da UVS

Aprovação – data: 23/6/2026

Luciana Paiva Romualdo, chefe do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

Registro, validação de forma e revisão – data: 1º/7/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Elaboração da versão 2 – data: 20/9/2024

Rodrigo Juliano Molina, médico infectologista do STGQ

Validação

Luciana Paiva Romualdo, chefe do STGQ

Registro, análise e revisão final

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Aprovação

Luciana de Almeida Silva Teixeira, superintendência

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

Rodrigo Juliano Molina, médico infectologista do 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