Perguntas da Semana

TelessaúdeRS

2º trimestre

2025

Apoio:

GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Publicadores

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
TelessaúdeRS

Organizadores

Elise Botteselle de Oliveira
Laura Ferraz dos Santos
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Ana Cláudia Magnus Martins
Rafaela Fernandes Barrêto
Juliana Nunes Pfeil
Rodolfo Souza da Silva
Roberto Nunes Umpierre
Natan Katz

Perguntas da Semana

2º trimestre

Porto Alegre
UFRGS
2025

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total deste protocolo desde que citada a fonte.

A coleção das Perguntas da Semana pode ser acessada na íntegra no *site* do projeto TelessaúdeRS.

Atenção: verifique se há edições atualizadas destas Perguntas da Semana na página
https://telessauders.ufrgs.br/perguntas

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS – Sede Barbara Starfield
Rua Mostardeiro, 366, 9º Andar, Bairro Moinhos de Vento
CEP: 90430-000 – Porto Alegre/RS
Site: telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Ficha catalográfica
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

U58 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS
Perguntas da Semana: 2º trimestre [recurso eletrônico] / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS. – Porto Alegre: UFRGS, 2025.

ISBN: 978-65-02-16025-1

1. Perguntas da semana 2. 2º trimestre 3. Atenção primária à saúde 4. Telemedicina I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. TelessaúdeRS.

Catalogação na fonte – TelessaúdeRS

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Reitora: Profa. Marcia Cristina Bernardes Barbosa
Vice-Reitor: Prof. Pedro de Almeida Costal

Faculdade de Medicina
Diretora: Profa. Lúcia Maria Kliemann

Departamento de Medicina Social
Chefe: Prof. Paulo Antonio Barros Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Coordenador: Prof. Rodrigo Citton Padilha dos Reis

TelessaúdeRS
Coordenador Geral: Natan Katz
Vice-Coordenador Geral: Roberto Nunes Umpierre
Coordenador Executivo: Rodolfo Souza da Silva
Coordenador Técnico-Científico: Dimitris Rucks Varvaki Rados
Coordenador Técnico-Científico adjunto: Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização
Elise Botteselle de Oliveira[1]
Laura Ferraz dos Santos [1]
Luíza Emília Bezerra de Medeiros[1]
Ana Cláudia Magnus Martins[1]
Rafaela Fernandes Barrêto[1]
Juliana Nunes Pfeil[1,2]
Rodolfo Souza da Silva[1]
Roberto Nunes Umpierre[1,2]
Natan Katz[1,2]

Autoria
Natália da Silva Gomes[1]
Ana Flor Hexel Cornely[1]
Rodrigo Pedroso Tolio[1]
Rafaela Fernandes Barrêto[1]
Letícia Royer Voigt[1]

Revisão técnica
Elise Botteselle de Oliveira[1]
Laura Ferraz dos Santos [1]
Luíza Emília Bezerra de Medeiros[1]
Ana Cláudia Magnus Martins[1]
Ellen Machado Arlindo[1]
Roberto Nunes Umpierre[1,2]

Revisão textual e Normalização
Bruna Rodrigues da Silva[1]
Felícia Volkweis[1]

Design
Renan Ferreira[1]

Diagramação
Laura Paiva Etchichury[1]
Laura Willke de Moraes[1]

Colaboração
Thiago Cherem Morelli[1]

[1] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, TelessaúdeRS.
[2] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social.

Como citar este documento:
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS. Peguntas da Semana: 2º trimestre. Porto Alegre: TelessaúdeRS, 2025

TelessaúdeRS 2025
Porto Alegre – RS.

Sumário

Quais são as recomendações para a vacinação contra a influenza em 2025? 6

Como interpretar um resultado de anti-HBc total reagente isoladamente e qual a conduta frente à sua identificação? 12

Como realizar rastreamento para hepatite B (HBV) e como interpretar os marcadores virais? 17

Como prescrever a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV? 23

O que é preciso saber sobre influenza aviária (gripe aviária)? 39

Abril de 2025

Quais são as recomendações para a vacinação contra a influenza em 2025?

Autoria
Natália da Silva Gomes

Revisão Técnica
Elise Botteselle de Oliveira
Laura Ferraz dos Santos

Em 2025, a vacina contra a *influenza* passa a fazer parte do Calendário Nacional de Vacinação para crianças de 6 meses a menores de 6 anos, gestantes e idosos (a partir de 60 anos de idade), ficando disponível para esse público de forma permanente [1]. Já a Campanha Nacional de Vacinação contra a *Influenza* ocorre como estratégia especial para os grupos prioritários a partir de 7 de abril para as regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul [1]. A vacinação da região Norte acontecerá no segundo semestre de 2025, atendendo às particularidades climáticas da região [2]. A mobilização nacional acontece no dia 10 de maio de 2025, com o dia "D" para a vacinação e divulgação. Os grupos prioritários são os seguintes [1]:

Rotina vacinal:

- **Crianças de 6 meses a menores de 6 anos de idade (5 anos, 11 meses e 29 dias)**
- **Gestantes**
- **Idosos com 60 anos ou mais**

Campanha sazonal:

- **Puérperas**
- **Povos indígenas, aldeados ou não, a partir de 6 meses de idade**
- **Quilombolas**
- **Trabalhadores da saúde**
- **Professores das escolas públicas e privadas, do ensino básico e superior**
- **Pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais, independentemente da idade (Quadro 1)**
- **Pessoas com deficiência permanente**
- **Forças de segurança e salvamento e forças armadas**
- **Caminhoneiros**
- **Trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros, tanto urbano quanto de longo curso**
- **Trabalhadores portuários**
- **Trabalhadores dos correios**
- **Adolescentes e jovens de 12 a 21 anos de idade sob medidas socioeducativas**
- **População privada de liberdade**
- **Funcionários do sistema prisional**
- **Pessoas em situação de rua**

Quadro 1 – Categorias de risco clínico e indicações para vacinação contra a influenza, independentemente da idade

Categoria de risco clínico	Indicações
Doença respiratória crônica	- Asma em uso de corticoide inalatório ou sistêmico (moderada ou grave) - Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) - Bronquiectasia - Fibrose cística - Doenças intersticiais do pulmão - Displasia broncopulmonar - Hipertensão arterial pulmonar - Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade
Doença cardíaca crônica	- Doença cardíaca congênita - Hipertensão arterial sistêmica com comorbidade - Doença cardíaca isquêmica - Insuficiência cardíaca
Doença renal crônica	- Doença renal nos estágios 3, 4 e 5 - Síndrome nefrótica - Paciente em diálise
Doença hepática crônica	- Atresia biliar - Hepatites crônicas - Cirrose

Doença neurológica crônica	- Condições em que a função respiratória pode estar comprometida pela doença neurológica
	- Outras condições clínicas, incluindo:
	  - Acidente vascular cerebral
	  - Indivíduos com paralisia cerebral
	  - Doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular
	  - Deficiência neurológica grave

Diabetes	- Diabetes *mellitus* tipo I - Diabetes *mellitus* tipo II em uso de medicamentos
Imunossupressão	- Imunodeficiência congênita ou adquirida - Imunossupressão por doenças ou medicamentos
Obesidade (IMC ≥ 40)	- Obesidade grau III
Transplantados	- Órgãos sólidos - Medula óssea
Portadores de trissomias	- Síndrome de Down - Síndrome de Klinefelter - Síndrome de Warkany - Outras trissomias

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2025) [1].

O esquema vacinal e a recomendação da vacina em crianças são definidos com base na idade, no momento da primeira dose da vacina influenza, e no número de doses de vacina recebidas em temporadas anteriores (pelo menos uma dose). Crianças de 6 meses a menores de 9 anos que nunca foram vacinadas em campanhas anteriores devem receber 2 doses da vacina influenza, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Menores de 6 anos de idade que já receberam pelo menos 1 dose em anos anteriores devem receber dose única. Para pessoas a partir de 9 anos de idade, a recomendação é dose única, como detalhado no **Quadro 2** [1].

Quadro 2 – Esquema de vacinação para influenza

Idade	Número de doses	Volume por dose	Observações
Crianças de 6 meses a 2 anos de idade	1 ou 2 doses	0,25 mL	Crianças nunca vacinadas devem receber 2 doses, com intervalo mínimo de 4 semanas. Operacionalmente, 30 dias após receber a 1ª dose.
Crianças de 3 a 8 anos de idade	1 ou 2 doses	0,5 mL	
Pessoas a partir de 9 anos de idade	Dose única	0,5 mL	-

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2025) [1].

Contraindicações:

São contraindicações absolutas à administração dessa vacina [1,2]:

- **Crianças menores de 6 meses de idade**
- **Pessoas com história de anafilaxia a doses anteriores**

Precauções

As precauções para a realização da vacina influenza são: doenças febris agudas, caso confirmado de covid-19 (RT-PCR e TR Ag), história de alergia a ovo e caso de síndrome de Guillain-Barré (SGB) relacionado à dose anterior [1,2], como descritas no **Quadro 3** .

Quadro 3 – Precauções para realização da vacina influenza

Situação	Conduta
Doenças febris agudas, moderadas ou graves e casos de covid-19.	Adiar a vacinação até a resolução do quadro.
Pessoas que, após a ingestão de ovo, apresentaram apenas urticária.	Administrar a vacina. Não há necessidade de cuidados especiais.
Pessoas que, após ingestão de ovo, apresentaram quaisquer outros sinais de anafilaxia (angioedema, desconforto respiratório ou vômitos repetidos).	Administrar a vacina, desde que em ambiente adequado para tratar manifestações alérgicas graves e, preferencialmente, sob supervisão médica.
Ocorrência de síndrome de Guillain-Barré (SGB) no período de até 42 dias após recebimento de dose anterior.	Realizar avaliação médica criteriosa sobre benefício e risco da vacina antes da administração de uma nova dose.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2025) [1].

Para saber mais sobre alergia ao ovo e vacinação, clique **aqui.**

Administração simultânea com outras vacinas

A vacina *influenza* pode ser administrada na mesma ocasião ou com qualquer intervalo de tempo com as doses de outras vacinas do Calendário Nacional de Vacinação e também com outros medicamentos. A administração deve ser feita com seringas e agulhas diferentes em locais anatômicos distintos [1,3].

Em indivíduos que apresentam doenças hemorrágicas ou estejam utilizando anticoagulantes orais, recomenda-se a administração da vacina por via subcutânea [3].

A campanha de vacinação contra a *influenza* é uma oportunidade para a atualização da situação vacinal para covid-19 nos grupos elegíveis [1,4]. Para saber como realizar a vacinação de rotina contra a covid-19, clique **aqui**.

Vacinação contra a *influenza* de pessoas com infecção por covid-19

É improvável que a vacinação de indivíduos infectados (em período de incubação) ou assintomáticos tenha efeito prejudicial sobre a doença. Entretanto, recomenda-se o adiamento da vacinação contra a *influenza* nas pessoas com quadro sugestivo de infecção pela covid-19, para se evitar confusão com outros diagnósticos diferenciais. Idealmente, a vacinação deve ser adiada até a recuperação clínica total. Não há contraindicações para a vacinação de contatos de casos suspeitos ou confirmados de covid-19 [1,5].

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Estratégia de vacinação contra a influenza nas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste | 2025 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [citado 28 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/estrategia-de-vacinacao-contra-a-influenza-na-regiao-nordeste-centro-oeste-sul-e-sudeste-2025**.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação [Internet]. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [citado 28 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vacinacao-imunizacao-pni/manual_eventos-_adversos_pos_vacinacao_4ed_atualizada.pdf**.
3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de normas e procedimentos para vacinação [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado 28 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-de-normas-e-procedimentos-para-vacinacao.pdf/view**.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a covid-19 - 2024 [Internet]. 2. ed. atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado 28 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/estrategia-de-vacinacao-contra-a-covid-19-2024-2a-edicao/view**.
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Informe técnico operacional de vacinação contra a covid-19 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado 28 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/informes-tecnicos/2023/informe-tecnico-operacional-de-vacinacao-contra-a-covid-19/view**.

Abril de 2025

Como interpretar um resultado de anti-HBc total reagente isoladamente e qual a conduta frente à sua identificação?

Autoria
Ana Flor Hexel Cornely

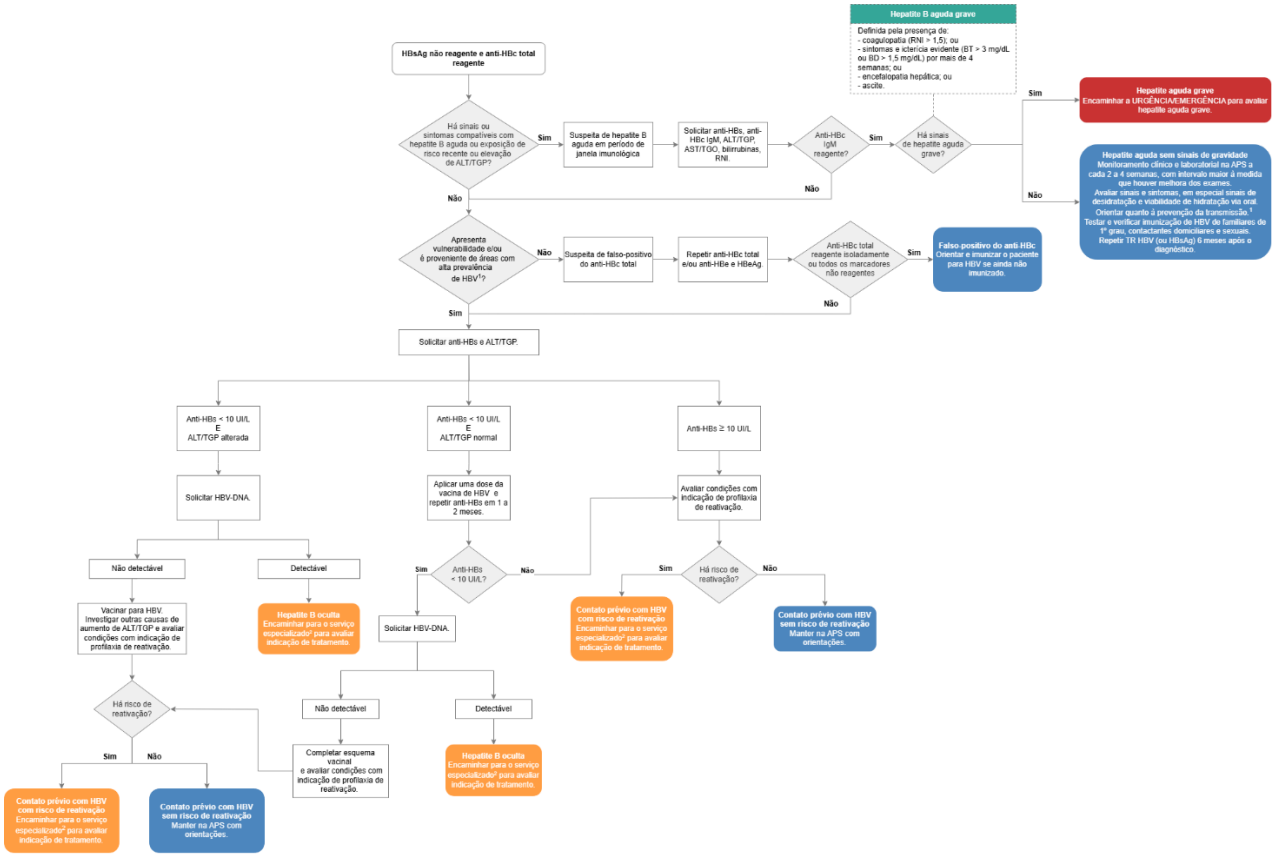
Revisão Técnica
Elise Botteselle de Oliveira
Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Quando apenas o anti-HBc total for reagente com HBsAg e anti-HBs negativos, há quatro possíveis interpretações [1,2]:

1. **Janela imunológica durante a recuperação de infecção aguda de vírus da hepatite B (HBV):** situação em que ainda não houve tempo hábil para o aparecimento de anti-HBs, mas já ocorreu perda do HBsAg.
2. **Contato muito antigo com o vírus da hepatite B:** nesta situação, o teste de anti-HBs pode não ter sensibilidade suficiente para detectar níveis muito baixos deste anticorpo, indicando uma infecção no passado. Situação mais comum em populações com risco intermediário ou alto para infecção pelo HBV.
3. **Falso-positivo do anti-HBc:** esta é uma situação infrequente pela elevada especificidade dos testes atuais, à qual de fato o paciente é suscetível. Pode ser considerada em indivíduos sem vulnerabilidades e provenientes de regiões com baixa prevalência de infecção pelo HBV.
4. **Hepatite B oculta:** condição muito rara na qual há mutações virais que inibem a expressão do antígeno de superfície (HBsAg) e o paciente é cronicamente infectado.

Diante de um resultado anti-HBc total reagente isoladamente (com HBsAg negativo), deve-se complementar a investigação com anti-HBs (se ainda não solicitado) e alanina aminotransferase (ALT/TGP). Quando houver suspeita de falso-positivo do anti-HBc, orienta-se a repetição do teste para anti-HBc e/ou a pesquisa para outros marcadores, como anti-HBe e HBeAg, para exclusão de anti-HBc falso-positivo [1]. A **Figura 1** descreve a conduta frente a um resultado de anti-HBc total reagente isoladamente [1].

Figura 1 – Conduta frente à identificação de anti-HBc reagente e HBsAg não reagente



ALT/TGP: alanina aminotransferase/transaminase glutâmico pirúvica; anti-HBc: anticorpo contra o antígeno do core viral; APS: Atenção Primária à Saúde; AST/TGO: aspartato aminotransferase/transaminase; BD: bilirrubina direta; BT: bilirrubina total; HBsAg: antígeno de superfície do vírus da hepatite B; HBV: vírus da hepatite B; RNI: razão normalizada internacional; TR: teste rápido.

[1] Áreas de alta prevalência de HBV: pessoas ou filhos de pessoas nascidas na região Amazônica ou imigrantes de regiões de alta endemicidade (países da África, Oriente Médio - exceto Israel -, Rússia, Mongólia, Sudeste Asiático, China e Caribe). São consideradas pessoas com maior vulnerabilidade para infecção por HBV: as não imunizadas ou com imunização incompleta E usuários de drogas ou que fizeram/fazem uso abusivo de álcool; pessoas que estão privadas de liberdade ou em outras situações de restrição; trabalhadores do sexo; pessoas em situação de rua; gays e outros homens que fazem sexo com homens; pessoas trans; pessoas com múltiplas parcerias sexuais e/ou uso inconstante de preservativo; pessoas vivendo com HIV e/ou aids e populações imunossuprimidas (incluindo candidatos à quimioterapia/terapia imunossupressora); pessoas em uso de profilaxia pré-exposição.

[2] Casos com suspeita ou confirmação de cirrose devem ser encaminhados para gastroenterologia. Casos sem suspeita de cirrose devem ser encaminhados para infectologia ou serviço de assistência especializada (SAE).

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2023) e Lok (2023) [1,3].

Acesse o fluxograma em alta definição aqui.

Pacientes com anti-HBc total reagente isoladamente devem ser avaliados quanto ao risco de reativação, conforme o **Quadro 1** . Pacientes que apresentam condições de risco de reativação devem ser encaminhados para serviço especializado para definição da necessidade do uso de antiviral para prevenção de reativação. O encaminhamento deverá ser para gastroenterologia em casos com suspeita ou diagnóstico de cirrose; na ausência de cirrose, deve-se encaminhar para serviço de assistência especializada (SAE) ou infectologia (quando o SAE de referência não tratar essa condição) [1].

Quadro 1 – Terapia imunossupressora e/ou quimioterapia com risco de reativação de HBV em pacientes com anti-HBc total reagente (HBsAg negativo)

Agentes depletores de linfócitos B: rituximabe, ofatumumabe, alemtuzumabe, ibritumomabe, obinutuzumabe.
Derivados de antraciclinas: doxorrubicina, epirrubicina.
Anti-TNFα: infliximabe, adalimumabe, certolizumabe, golimumabe, etanercepte.
Inibidores de citocina ou integrina: abatacepte, ustequinumabe, mogamulizumabe, natalizumabe, vedolizumabe.
Inibidores de tirosina quinase: imatinibe, nilotinibe, dasatinibe.
Inibidores de proteassoma: bortezomibe, ustequinumabe.
Inibidores de histona deacetilase: romidepsina.
Inibidores da calcineurina: ciclosporina, tacrolimo.
Antimetabólitos: metotrexato, azatioprina, 6-mercaptopurina, fludarabina e outros.
Quimioterapia sistêmica.
Quimioterapia citotóxica (exceto antraciclina).
Quimioembolização transarterial para carcinoma hepatocelular.
Prednisona ≥ 20 mg/dia (ou equivalente) por ≥ 4 semanas.
Transplante de células-tronco hematopoiéticas.
Neoplasia hematológica.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2023) [1].

A reativação do HBV está relacionada à perda do controle imunológico contra o vírus e pode ocorrer tanto em indivíduos com HBsAg reagente quanto naqueles com HBsAg não reagente e anti-HBc reagente, submetidos a terapia imunossupressora ou quimioterapia [1].

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de hepatite B e coinfecções [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado 31 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-de-hepatite-b-e-coinfeccoes-2023_.pdf.**
2. Wang Q, Klenerman P, Semmo N. Significance of anti-HBc alone serological status in clinical practice. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2(2):123–34.
3. Lok AS. Hepatitis B virus: screening and diagnosis in adults [Internet]. UpToDate. 2023 [citado 31 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/hepatitis-b-virus-screening-and-diagnosis-in-adults.**

Abril de 2025

Como realizar rastreamento para hepatite B (HBV) e como interpretar os marcadores virais?

Autoria
Ana Flor Hexel Cornely

Revisão Técnica
Elise Botteselle de Oliveira
Luíza Emília Bezerra de Medeiros

O rastreamento da infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) é recomendado para todos os indivíduos suscetíveis acima de 20 anos de idade ao menos uma vez na vida [1].

Consideram-se pessoas suscetíveis à infecção pelo HBV: aquelas que não foram vacinadas ou não têm o registro do esquema vacinal completo; e aquelas que foram vacinadas, porém não apresentam títulos de anti-HBs em níveis recomendados (quando indicado) [1]. Para mais informações sobre quando realizar o exame anti-HBs após imunização, **clique aqui.**

Outra estratégia de rastreamento baseia-se na priorização de algumas populações mais vulneráveis à infecção pelo HBV. A recomendação de frequência do rastreamento de acordo com a população está descrita no **Quadro 1** [1].

Quadro 1 – Periodicidade de rastreamento de HBV em populações mais vulneráveis

População	Periodicidade de testagem[1]
Pessoas ou filhos de pessoas nascidas na região Amazônica e imigrantes de regiões de alta endemicidade[2]	Ao menos uma vez na vida
Gestantes e mulheres em planejamento reprodutivo	
Filhos de mães com HBsAg reagente	
Contatos domiciliares ou sexuais e parentes de primeiro grau de indivíduo com HBsAg reagente	
Profissionais de saúde e de segurança pública (policiais, bombeiros)	
Pessoas com antecedente de exposição percutânea ou parenteral a materiais biológicos que não obedeçam às normas de vigilância sanitária	
Pessoas com sinais de doença hepática: alteração de enzimas hepáticas, hepatomegalia, esplenomegalia, plaquetopenia ou icterícia	
Pessoas com hepatopatias (incluindo HCV) e nefropatias crônicas (sem diálise)	
Pessoas com diabetes melito	
Indígenas, ribeirinhos e quilombolas	
Pessoas que estiveram privadas de liberdade	
Pessoas procurando atendimento para infecções sexualmente transmissíveis (IST) ou com histórico de IST	
Usuários de drogas injetáveis, inalatórias ou fumadas e pessoas que fizeram/fazem uso abusivo de álcool[3]	Semestral
Pessoas que estão privadas de liberdade ou em outras situações de restrição[4]	
Trabalhadores do sexo	
Pessoas em situação de rua	
Gays e outros homens que fazem sexo com homens	
Pessoas trans	
Pessoas com múltiplas parcerias sexuais e/ou uso inconstante de preservativo	
Pessoas vivendo com HIV e/ou aids e populações imunossuprimidas (incluindo candidatos a quimioterapia ou terapia imunossupressora)	
Pessoas em uso de profilaxia pré-exposição	Trimestral

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2023) [1].

[1] A comprovação de imunização adequada suspende a necessidade de testagem periódica.
[2] Especialmente imigrantes de países da África, Oriente Médio (exceto Israel), Rússia, Mongólia, Sudeste Asiático, China e Caribe.
[3] A ingestão abusiva de bebidas alcoólicas ou etilismo pesado é definida, geralmente, como o consumo de ≥ 15 doses/semana de álcool para homens e ≥ 8 doses/semana de álcool para mulheres. Uma dose corresponde a 14 gramas de álcool puro e equivale, por exemplo, a: 280 mL de cerveja com teor alcoólico de 5%; 115 mL de vinho com teor alcoólico de 12%; e 35 mL de destilado (cachaça, gim, vodca, rum, uísque) com teor alcoólico de 40%.
[4] Inclui moradores e funcionários de clínicas para pessoas com déficit cognitivo, transtornos psiquiátricos e outras situações de alta dependência em relação aos cuidados pessoais.

O rastreamento é realizado preferencialmente pela testagem para HBsAg por meio do teste rápido (TR) ou da coleta de sangue. O TR para hepatite B é uma tecnologia fundamental para a ampliação do diagnóstico, pois fornece resultado imediato (em até 30 minutos) e não necessita de estrutura laboratorial [1,2].

Algumas populações específicas têm indicação de rastreamento com 2 marcadores: HBsAg ou teste rápido para HBV e anti-HBc total. São elas [1]:

- **Pessoas vivendo com HIV e/ou aids e/ou infecção crônica pelo vírus da hepatite C (que receberão tratamento com antivirais de ação direta).**
- **Pessoas com doença renal crônica dialítica.**
- **Pessoas com hepatopatia crônica ou carcinoma hepatocelular sem diagnóstico etiológico.**
- **Usuários de drogas injetáveis.**
- **Transplantados ou pré-transplante, pessoas com neoplasias, indivíduos em uso ou candidatos ao uso de quimioterapia, radioterapia ou terapia imunossupressora/imunoterapia e pessoas com imunodeficiências primárias.**
- **Doadores de sangue, tecidos, órgãos ou sêmen.**

A recomendação do rastreio por meio de 2 marcadores nestas populações justifica-se pela maior frequência de infecção oculta pelo HBV e pelo risco de reativação viral nessas situações. A testagem de doadores de sangue, tecidos, órgãos ou sêmen com 2 marcadores tem como objetivo evitar a transmissão viral aos receptores [1].

Interpretação dos marcadores sorológicos do vírus da hepatite B

A presença do HBsAg reagente ou TR HBV positivo indica infecção ativa. O anti-HBc é o anticorpo contra o antígeno do core viral e pode ser classificado com IgM, IgG ou total (IgM+IgG). O anti-HBc aparece no início dos sintomas de hepatite B aguda e persiste positivo por toda a vida, mesmo em pacientes que não desenvolvem a forma crônica da doença. A presença do anti-HBc indica infecção prévia ou atual pela hepatite B [1,3,4]. Para definição da fase da infecção, é importante verificar o resultado dos demais marcadores virais, bem como avaliar a história clínica e sintomas atuais e prévios [1–4]. Os marcadores sorológicos da hepatite B podem ser interpretados conforme o **Quadro 2**.

Quadro 2 – Interpretação dos marcadores sorológicos da hepatite B

Interpretação	Marcador sorológico do HBV					
	HBsAg ou TR HBV	Anti-HBc total	Anti-HBc IgM	Anti-HBs	HBeAg	Anti-HBe
Sem contato prévio com HBV	–	–	–	–	–	–
Hepatite B aguda	+	+	+	–	+/–	+/–
Hepatite B crônica	+	+	–	–	+/–	+/–
Hepatite B cura funcional	–	+	–	+	–	+/–
Imunizado por vacinação	–	–	–	+	–	–

HBsAg ou TR HBV: indica infecção ativa.
Anti-HBs: indica imunidade (por contato ou vacina) ao HBV.
Anti-HBc total: indica contato com HBV, que pode ser uma infecção ativa ou resolvida).
- Infecção ativa: quando associado a HBsAg ou TR HBV positivo.
- Imunidade: quando associado a anti-HBs positivo.
- Se achado isolado: provável imunidade de longo prazo com títulos de anti-HBs abaixo do limite de detecção. Período de janela pós-infecção aguda, falso-positivo e raramente hepatite B oculta são diagnósticos diferenciais.

Anti-HBc IgM: indica infecção aguda na maior parte das vezes; excepcionalmente, indica reativação de hepatite B crônica.
HBeAg: indica replicação viral ativa; não auxilia no diagnóstico da infecção, mas sim da fase de uma infecção já confirmada.
Anti-HBe: ocorre após soroconversão do HBeAg; indica declínio da infecciosidade.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da saúde (2023) [1].

Diante do diagnóstico de hepatite B (infecção prévia ou doença ativa), é recomendada a oferta de testagem para HIV, HCV e sífilis, preferencialmente com testes rápidos, considerando a via de transmissão comum destas patologias [5].

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória [6]. Para acessar a ficha de notificação, **clique aqui.**

Para mais informações sobre a conduta a ser adotada após um TR de HBV reagente, **clique aqui**. Para mais informações sobre interpretação e conduta diante de um caso com anti-HBc total reagente isoladamente, **clique aqui.**

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de hepatite B e coinfecções [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado 15 de abril de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-de-hepatite-b-e-coinfeccoes-2023_.pdf.**
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [citado 15 de abril de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hepatites_virais_web_3108181.pdf/view.**
3. Lok AS. Hepatitis B virus: screening and diagnosis in adults [Internet]. UpToDate. 2025 [citado 15 de abril de 2025]. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/hepatitis-b-virus-screening-and-diagnosis-in-adults**
4. Fontana RJ, Mukherjee S, Fedorowicz Z, Prasad P. Chronic hepatitis B virus (HBV) infection [Internet]. DynaMed. 2024 [citado 15 de abril de 2025]. Disponível em: **https://www.dynamed.com/condition/chronic-hepatitis-b-virus-hbv-infection**.
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado 15 de abril de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view**.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS no 5.201, de 15 de agosto de 2024. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação MS no 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e modifica o Anexo XLIII à Portaria de Consolidação MS no 5, de 28 de setembro de 2017, para revogar o item I da Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela. [Internet]. 2024. Disponível em: **https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5201_19_08_2024.html.**

Maio de 2025

Como prescrever a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV?

Autoria
Ana Flor Hexel Cornely
Rodrigo Pedroso Tolio

Revisão Técnica
Elise Botteselle de Oliveira
Ana Cláudia Magnus Martins
Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Colaboração
Thiago Cherem Morelli

A profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV consiste no uso de antirretrovirais, na modalidade de uso diário ou sob demanda (para populações específicas), para diminuição do risco de transmissão do HIV. Essa estratégia demonstrou ser eficaz e segura em pessoas com risco aumentado de adquirir a infecção [1,2].

A PrEP deve ser considerada para pessoas a partir de 15 anos, com peso igual ou superior a 35 kg, sexualmente ativas e com risco aumentado de serem expostas ao HIV, conforme o Quadro 1 [1,2].

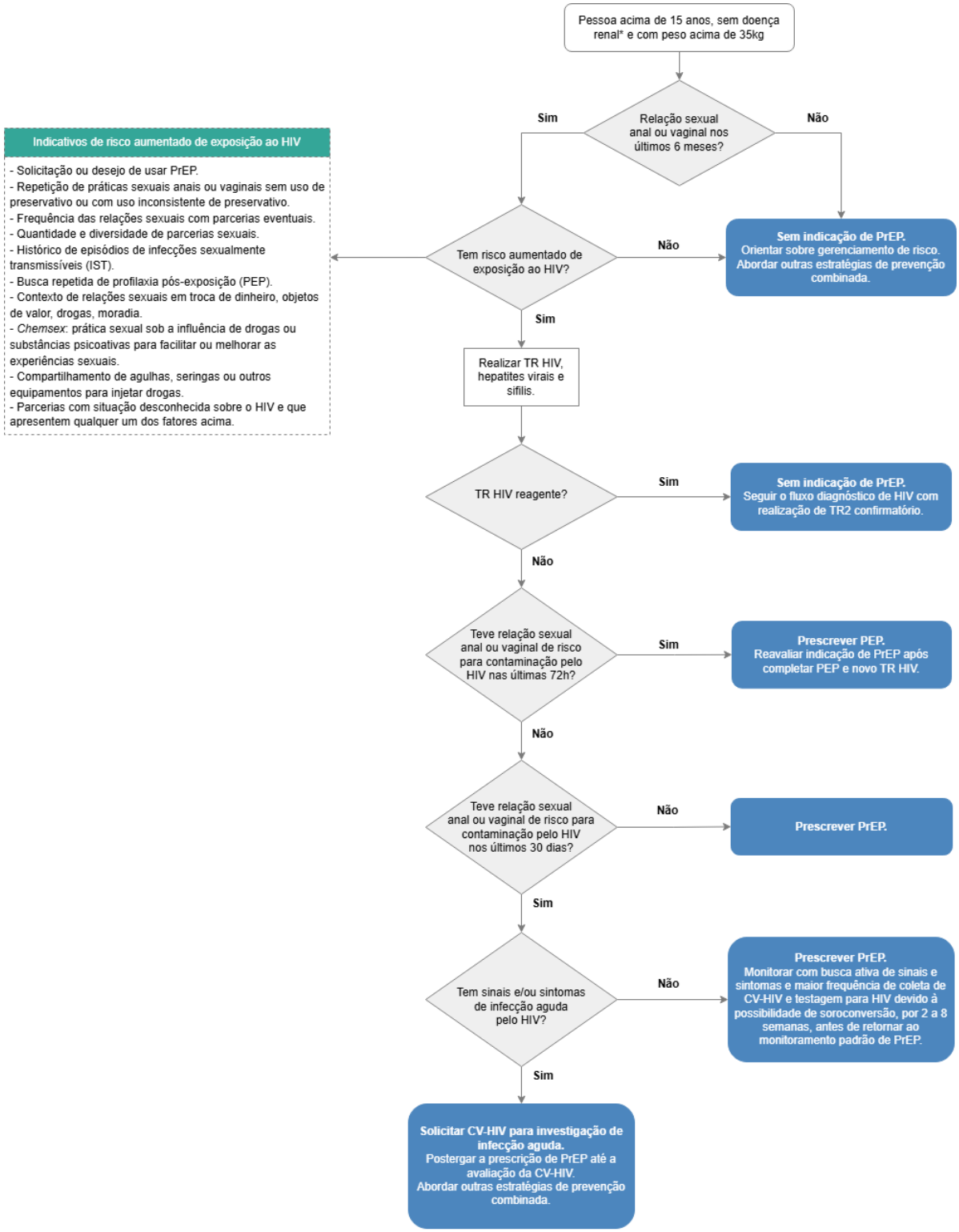
Quadro 1 – Indicativos de risco aumentado de exposição ao HIV

- Solicitação ou desejo de usar PrEP
- Repetição de práticas sexuais anais ou vaginais com penetração sem uso de preservativo ou com uso inconsistente de preservativo.
- Frequência das relações sexuais com parcerias eventuais.
- Quantidade e diversidade de parcerias sexuais.
- Histórico de episódios de infecções sexualmente transmissíveis (IST).
- Busca repetida de profilaxia pós-exposição (PEP).
- Parcerias vivendo com HIV e com carga viral detectável.
- Contexto de relações sexuais em troca de dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia.
- Chemsex: prática sexual sob a influência de drogas ou substâncias psicoativas para facilitar ou melhorar as experiências sexuais.
- Compartilhamento de agulhas, seringas ou outros equipamentos para injetar drogas.
- Parcerias com situação desconhecida sobre o HIV e que apresentem qualquer um dos fatores acima.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2023, 2024) e Centers for Disease Control and Prevention (2021) [1–3].

A **Figura 1** resume as indicações de PrEP.

Figura 1 – Fluxograma de avaliação para uso de PrEP



CV-HIV: exame de carga viral do HIV; PrEP: profilaxia pré-exposição; PEP: profilaxia pós-exposição; TR HIV: teste rápido de HIV; TR2: segundo teste rápido de HIV.
* Se houver histórico de doença renal previamente conhecida ou fatores de risco para doença renal (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, uso de medicamentos nefrotóxicos), o resultado de creatinina deve ser avaliado antes do início da PrEP.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2024) [1].

Acesse o fluxograma em alta definição aqui.

As evidências científicas atuais corroboram a afirmação de que não há transmissibilidade do HIV por via sexual quando uma pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) está em uso de tratamento antirretroviral (TARV) há mais de 6 meses e apresenta carga viral indetectável [4]. No entanto, entende-se que a PrEP pode ser utilizada pela parceria soronegativa como forma complementar de prevenção, em casos de relato frequente de sexo sem uso de preservativo ou de múltiplas parcerias e para o planejamento reprodutivo de casais sorodiferentes. A PrEP pode ser utilizada com segurança por gestantes e lactantes [4].

A modalidade da PrEP sob demanda pode ser ofertada para: homens cisgêneros heterossexuais, bissexuais, *gays* e outros homens cisgêneros que fazem sexo com homens (HSH); pessoas não binárias designadas como do sexo masculino ao nascer; travestis e mulheres transexuais, desde que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol e que tenham uma frequência menor que 2 vezes por semana de relações sexuais. Além disso, devem preencher todos os seguintes critérios [2,5]:

- **Considerar a PrEP sob demanda mais conveniente.**
- **Ter habitualmente relação sexual com frequência menor do que 2 vezes por semana.**
- **Conseguir planejar quando a relação sexual ocorrerá e/ou poder antecipar (ou retardar) a relação sexual, para permitir o uso da dose inicial recomendada entre 2 e 24 horas antes da relação sexual.**

Para indivíduos desses grupos que tenham práticas sexuais mais frequentes, segue sendo recomendado o uso de PrEP oral diária. As demais populações também devem utilizar a modalidade diária. Os estudos com PrEP sob demanda são limitados em outras populações e não há evidência de proteção para relações sexuais (neo)vaginal receptivas, ficando sua indicação restrita às relações sexuais anais (insertiva e/ou receptiva) e vaginais insertivas [2].

O esquema de PrEP sob demanda **não** é recomendado nos seguintes casos [2]:

- **Mulheres cisgêneros, pessoas trans ou não binárias designadas como do sexo feminino ao nascer.**
- **Pessoa do grupo elegível que esteja em uso de hormônios à base de estradiol.**
- **Pessoa do grupo elegível que tenha dificuldade em compreender ou gerir o regime posológico 2+1+1, pois pode ser mais complexo que o esquema de uso diário.**
- **Pessoa utilizando a associação de tenofovir alafenamida + entricitabina (TAF/FTC), pois o uso dessa associação no regime posológico 2+1+1 não foi estudado até o momento. Essa associação de antirretrovirais não se encontra disponível no SUS atualmente.**
- **Pessoa com diagnóstico de infecção crônica por hepatite B quando a avaliação médica individualizada de benefício/risco não for favorável.**

São contraindicações gerais ao uso da PrEP [1]:

- **pessoas já infectadas pelo HIV;**
- **pessoas com taxa de filtração glomerular (TFG) estimada abaixo de 60 mL/min.**

Apesar de não haver contraindicação ao uso concomitante de PrEP e hormônios em pessoas trans, alguns estudos apontaram menor concentração de tenofovir em mucosa retal de mulheres

transexuais em hormonização, levantando a possibilidade de redução da eficácia da PrEP nessa população [6,7]. Contudo, em análise *post hoc*, a redução da concentração do tenofovir foi ligada à adesão insuficiente nesse subgrupo [8]. Adicionalmente, estudos menores e mais recentes não demonstraram redução da eficácia da PrEP nessa população, mesmo em uso de terapias hormonais [9]. Portanto, nesse momento, a PrEP diária é preconizada para esta população e a otimização da adesão é fundamental para o sucesso da profilaxia [1].

Avaliação inicial para PrEP

Na primeira consulta de PrEP, além de teste rápido para HIV, deve-se realizar a testagem para sífilis, hepatites B e C (preferencialmente por teste rápido), pesquisa para clamídia e gonorreia por biologia molecular (quando disponível) e avaliação da TFG com dosagem de creatinina [1]. A avaliação inicial está descrita no **Quadro 2** .

Quadro 2 – Avaliação inicial de PrEP

<table>
<tr><th>Avaliação</th><th colspan="2">Método</th><th>Observações</th></tr>
<tr><td>Testar para HIV</td><td colspan="2">TR HIV[1] ou anti-HIV</td><td>Obrigatório dos últimos 7 dias</td></tr>
<tr><td>Testar para hepatite C</td><td colspan="2">TR HCV ou anti-HCV</td><td rowspan="5">Solicitar na primeira consulta. O resultado pode ser visto no retorno em 30 dias.</td></tr>
<tr><td>Testar para hepatite B</td><td colspan="2">TR HBV ou HBsAg</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Testar para sífilis</td><td>Se não houver histórico de sífilis</td><td>TR sífilis ou outro teste treponêmico</td></tr>
<tr><td>Se houver histórico de sífilis</td><td>VDRL ou outro teste não treponêmico</td></tr>
<tr><td>Testar para clamídia e gonococo</td><td colspan="2">PCR para clamídia e gonococo (material de acordo com a prática sexual[2])</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Avaliar função renal</td><td rowspan="2">Creatinina e cálculo do TFG</td><td>Idade < 30 anos E sem fatores de risco</td><td>Opcional</td></tr>
<tr><td>Idade ≥ 30 anos OU com fatores de risco</td><td>Solicitar na primeira consulta. O resultado pode ser visto no retorno em 30 dias.[3]</td></tr>
</table>

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2024) [1,10].
TFG: taxa de filtração glomerular; TR: teste rápido.
[1] O autoteste de HIV (fluido oral ou sangue) pode ser utilizado para a primeira dispensação da PrEP oral para usuários no contexto do teleatendimento. No atendimento presencial em ações extramuros, o autoteste de HIV também pode ser utilizado para oferta da profilaxia, facilitando o acesso de populações em situação de maior vulnerabilidade.
[2] Para sexo insertivo, utilizar urina (preferencialmente) ou swab uretral. Para sexo vaginal receptivo, swab de secreção vaginal e amostras endocervicais. Para sexo anal receptivo,swab anal. Para sexo oral receptivo, swabde orofaringe. Para mais informações sobre rastreio de ISTs, clique aqui.

[3] Se houver histórico de doença renal previamente conhecida ou fatores de risco para doença renal (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, uso de medicamentos nefrotóxicos), o resultado deve ser avaliado antes do início da PrEP.

O usuário tem até 7 dias após realização do teste anti-HIV para retirar a PrEP na unidade dispensadora de medicamentos (UDM), preferencialmente o mais breve possível. Nos casos em que o usuário chegar à UDM após esse prazo ou sem o resultado do exame preenchido no formulário, a testagem de HIV precisará ser refeita. Nessa situação, para não atrasar a dispensação da PrEP, pode ser utilizado o autoteste de HIV [1].

Deve-se avaliar se houve alguma exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas, a fim de definir se há necessidade de profilaxia pós-exposição (PEP). Caso haja indicação de PEP, deve-se prescrevê-la inicialmente. Para mais informações sobre PEP, **clique aqui**. Após a finalização da PEP, a indicação de PrEP deve ser revista e, se a nova testagem de HIV for negativa, a PrEP pode ser iniciada imediatamente [1].

Pessoas com indicação para PrEP e sem exposição de risco recente poderão iniciar a profilaxia mediante testagem negativa do HIV, sem necessidade de aguardar o resultado dos demais exames, que devem ser vistos na consulta de retorno, em 30 dias [1].

As pessoas com exposição de risco nos últimos 30 dias devem ser orientadas quanto à possibilidade de infecção pelo HIV mesmo com resultado não reagente nos testes realizados. Nesses casos, deve-se investigar a presença de sinais e sintomas de infecção viral aguda. Caso eles estejam presentes, há indicação de realizar exame de carga viral para HIV e postergar o início da PrEP até elucidação diagnóstica. Se confirmada a infecção pelo HIV, a PrEP não está mais indicada [1]. A Tabela 1 resume os principais sinais e sintomas de infecção viral aguda pelo HIV e sua frequência.

No entanto, esperar que a pessoa esteja fora do período de janela imunológica para iniciar a PrEP pode aumentar o risco de novas exposições. Portanto, os indivíduos com uma exposição de risco no período entre 72 horas e 30 dias, com alto risco de infecção pelo HIV (**Quadro 2**) e TR HIV negativo podem iniciar a PrEP, desde que não apresentem sinais ou sintomas de infecção aguda pelo HIV (Tabela 1). Esses casos devem ser monitorados, com busca ativa de sinais e sintomas e maior frequência de coleta de carga viral e testagem para HIV, devido à possibilidade de soroconversão, por 2 a 8 semanas, antes de se retomar o monitoramento padrão de PrEP [1].

Tabela 1 – Sinais e sintomas mais frequentes de infecção aguda pelo HIV ou síndrome retroviral aguda (SRA)

Sinais ou sintomas	Frequência
Febre	75%
Fadiga/mal-estar	68%
Mialgias	49%
Exantema	48%
Cefaleia	45%
Faringite	40%
Linfadenopatias	39%
Artralgias	30%
Sudorese noturna	28%
Diarreia	27%

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2024) e Sax (2022) [1,11].

Os pacientes com diagnóstico de hepatite B e/ou C crônica não têm contraindicação ao uso de PrEP. Para pessoas com diagnóstico de hepatite B crônica com indicação de PrEP, recomenda-se, preferencialmente, a PrEP oral diária, pela possibilidade de indução de resistência do vírus da hepatite B ao tenofovir, com o seu uso intermitente na modalidade sob demanda [2].

Pessoas candidatas à PrEP com diagnóstico de hepatite C crônica pelo teste rápido reagente para anti-HCV devem ter sua avaliação complementada com exame de carga viral de hepatite C (HCV-RNA). Para mais informações, **clique aqui**. A PrEP pode ser iniciada antes mesmo que os resultados dos exames estejam disponíveis [1].

Prescrição

A PrEP é realizada com 1 comprimido combinado de tenofovir 300 mg associado a entricitabina 200 mg (TDF/FTC). Existem dois esquemas de prescrição de PrEP oral disponíveis no Brasil: a PrEP diária e a PrEP sob demanda [2].

A PrEP diária é realizada com o seguinte esquema [1]:

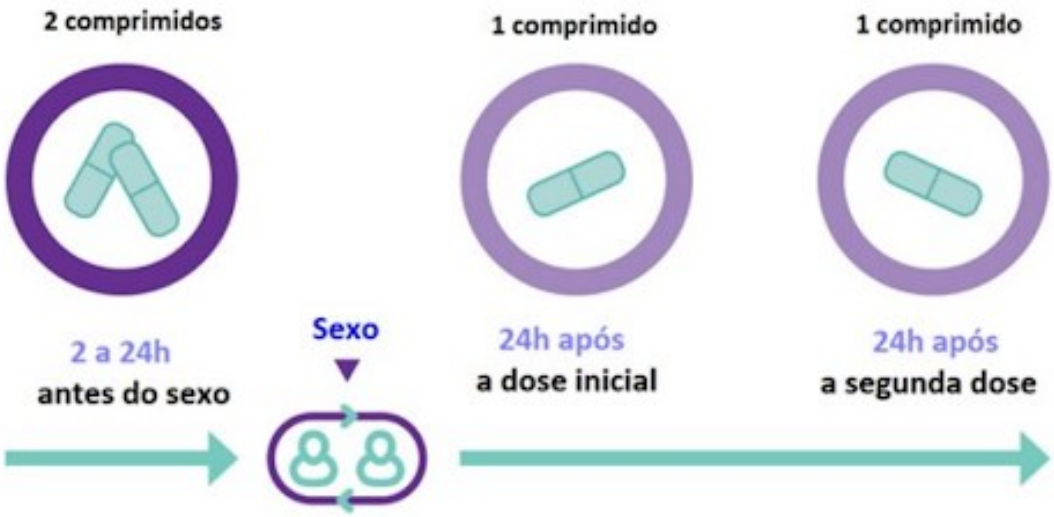
- **Dose de ataque de 2 comprimidos de TDF/FTC no primeiro dia de uso, seguida de:**
- **dose fixa combinada de TDF/FTC, 1 comprimido/dia, em uso contínuo.**

A PrEP sob demanda é realizada com o esquema 2+1+1 [2]:

- **Dose de ataque de 2 comprimidos com TDF/FTC, de 2 a 24 horas antes da relação sexual, seguida de:**
- **1 comprimido, 24 horas depois da primeira dose;**
- **1 comprimido, 24 horas após a segunda dose.**

A **Figura 2** ilustra o esquema da PrEP sob demanda.

Figura 2 – Esquema posológico 2+1+1 para PrEP sob demanda



Fonte: Ministério da Saúde (2023) [2].

É possível alternar entre o uso de PrEP diária e sob demanda, conforme as circunstâncias e o estilo de vida de cada indivíduo, levando em consideração a frequência, a previsibilidade e a possibilidade de planejamento de quando ocorrerá a relação sexual. Se a pessoa em uso de PrEP sob demanda for ter relação sexual nos dias subsequentes da realização do esquema 2+1+1, deve ser orientada a seguir tomando 1 comprimido por dia, enquanto estiver mantendo relações sexuais, e parar de tomar o medicamento somente depois de 2 dias (48 horas) após o último ato sexual [2,12]. Se ocorrer um intervalo de mais de um dia entre o último comprimido e o próximo evento sexual, recomenda-se que usuários da PrEP sob demanda reiniciem o esquema 2+1+1 [2].

Na primeira prescrição, um **formulário de cadastro** deve ser preenchido [13]. A medicação também deve ser prescrita em **documento específico**. A dispensação é feita pelas unidades dispensadoras de medicamentos (UDM). Para visualizar as UDM do estado do Rio Grande do Sul, **clique aqui** [14]. Nas UDM também podem ser dispensados autotestes de HIV para distribuição pelo paciente (mediante indicação no documento de prescrição). Essa é uma estratégia para ampliação de testagem de pares e parcerias que ainda não acessaram o sistema de saúde [1].

No âmbito do SUS, a PrEP pode ser prescrita por profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos devidamente capacitados, como uma medida para ampliação do acesso à PrEP [15]. A prescrição por enfermeiros e farmacêuticos está autorizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF), respectivamente, desde que esteja prevista em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pelas instituições [16].

Antes da prescrição de PrEP, é importante verificar interações medicamentosas com medicações de uso contínuo. Para informações sobre interação entre TDF/FTC e outros medicamentos, clique aqui. A PrEP não afeta a eficácia dos contraceptivos e repositores hormonais, assim como os contraceptivos e repositores hormonais não afetam a eficácia da PrEP [1].

Tempo necessário inicial para proteção

Deve-se orientar que o tempo necessário para atingir níveis de proteção ideal para mulheres cisgêneros, pessoas trans ou não binárias designadas como do sexo feminino ao nascer e qualquer pessoa em uso de hormônio à base de estradiol que façam uso de PrEP diaria é de pelo menos 7 dias de uso da medicação. Antes desse período, outras medidas preventivas devem ser utilizadas [2,12].

Para homens cisgêneros, pessoas não binárias designadas como do sexo masculino ao nascer, travestis e mulheres transexuais que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol em uso de PrEP, seja ela diária ou sob demanda, o tempo minimo inicial para proteção é de 2 horas. Antes desse período, outras medidas preventivas devem ser utilizadas [2].

Adesão à PrEP

Para evitar infecção pelo HIV em uso de PrEP, o usuário deve utilizar uma quantidade mínima de comprimidos por semana para estar protegido. Essa quantidade depende da população em uso [1]:

- **Mulheres cis e qualquer pessoa em uso de hormônio à base de estradiol:** devem ingerir, pelo menos, 6 comprimidos por semana.
- **Homens cis, pessoas não binárias designadas como do sexo masculino ao nascer, travestis e mulheres transexuais que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol:** devem tomar, pelo menos, 4 comprimidos por semana.

A adesão inadequada (inferior à quantidade mínima de acordo com a população em uso) pode levar à indicação da PEP se houver relato de exposição sexual de risco nas últimas 72 horas. Ao término do curso de 28 dias de PEP e após a exclusão de infecção pelo HIV, a PrEP pode ser reiniciada, com ênfase na identificação das barreiras enfrentadas pelo indivíduo para a adesão adequada [1].

Seguimento clínico e laboratorial

Pessoas usuárias de PrEP devem realizar seguimento periódico, que é o mesmo para pacientes na modalidade diária ou sob demanda. A primeira avaliação após o início da medicação deve ser em até 30 dias (entre 20 e 25 dias); depois, se estável, em até 120 dias. Para usuários de PrEP com adesão regular e que estejam em uso da medicação há no mínimo 1 ano sem histórico de descontinuidade, o seguimento clínico poderá ser ampliado para 6 meses. Nesses casos, a dispensa também poderá ser ampliada, a depender da disponibilidade do estoque local [1]. Um seguimento mais próximo pode ser necessário caso haja sintomas de IST, de SRA, eventos adversos da medicação ou alterações nos exames de seguimento. O serviço de saúde deve estar aberto para atendimentos não programados caso haja intercorrências durante o uso da PrEP [1,2,17].

Em todas as consultas para PrEP (inicial e seguimento), é necessário realizar novo exame de HIV por teste rápido (preferencialmente), autoteste (fluido oral ou sangue) ou sorologia, utilizando amostra de sangue total, soro ou plasma [1].

O **Quadro 3** descreve a abordagem e os exames de seguimento de pacientes em uso de PrEP.

Quadro 3 – Abordagem e exames de seguimento pelo uso da PrEP

<table>
<tr><th>Avaliação/exames</th><th colspan="2">Método</th><th>Periodicidade</th></tr>
<tr><td>Avaliar e reforçar adesão.</td><td colspan="2" rowspan="4">Não se aplica</td><td rowspan="4">Em toda consulta de PrEP</td></tr>
<tr><td>Avaliar comportamentos de risco e reforçar a redução de danos.</td></tr>
<tr><td>Avaliar efeitos colaterais.</td></tr>
<tr><td>Avaliar sinais e sintomas compatíveis com SRA (Tabela 1).</td></tr>
<tr><td>Avaliar sinais e sintomas de IST.</td><td colspan="2">TR HIV, ou anti-HIV (utilizando amostra de sangue total, soro ou plasma), ou autoteste (sangue ou fluido oral)</td><td>Em toda consulta de PrEP</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Testar para sífilis.</td><td>Se não houver histórico de sífilis</td><td>TR sífilis ou outro teste treponêmico</td><td rowspan="2">A cada 120 dias (ou mais frequente se sintomas)</td></tr>
<tr><td>Se houver histórico de sífilis</td><td>VDRL ou outro teste não treponêmico</td></tr>
<tr><td>Testar para IST (clamídia e gonococo).</td><td colspan="2">PCR para clamídia e gonococo (material de acordo com a prática sexual[1])</td><td>A cada 180 dias (ou mais frequente se sintomas)</td></tr>
<tr><td>Testar para hepatite B[2].</td><td colspan="2">TR HBV ou HBsAg</td><td>Anual, conforme avaliação inicial e imunização</td></tr>
<tr><td>Testar para hepatite C[3].</td><td colspan="2">TR HCV ou anti-HCV</td><td>A cada 120 dias, conforme avaliação inicial</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Solicitar creatinina e calcular a TFG4.</td><td colspan="2">Idade < 50 anos, sem comorbidades e avaliação inicial com ClCr ≥ 90 mL/min</td><td>A cada 12 meses</td></tr>
<tr><td colspan="2">Idade ≥ 50 anos, ou
com história de comorbidades (ex.: HAS, diabetes), ou
com avaliação inicial do ClCr < 90 mL/min</td><td>A cada 180 dias</td></tr>
<tr><td>Testar gravidez.</td><td colspan="2">-HCG sérico ou urinário</td><td>A cada 120 dias (ou mais frequente se necessário)</td></tr>
</table>

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2024) [1].HAS: hipertensão arterial sistêmica; TFG: taxa de filtração glomerular; TR: teste rápido; IST: infecção sexualmente transmissível; SRA: síndrome retroviral aguda.

[1] Para sexo insertivo, utilizar urina (preferencialmente) ou swab uretral. Para sexo vaginal receptivo, swab de secreção vaginal e amostras endocervicais. Para sexo anal receptivo, swab anal. Para sexo oral receptivo,swab de orofaringe. Para mais informações sobre rastreio de ISTs, clique aqui.
[2] Caso a vacina da hepatite B seja realizada na primeira consulta, é indicado solicitar anti-HBS 30 a 60 dias após a última dose. Após a soroconversão, não há necessidade de repetir o teste rápido para hepatite B.
[3] O seguimento dos indivíduos que já realizaram o tratamento para hepatite C e que obtiveram a resposta virológica sustentada deve ser realizado por meio da dosagem semestral de alanina aminotransferase (ALT/TGP) e coleta de HCV-RNA. O último, nas seguintes situações: i) no caso de alteração de ALT/TGP; ii) a cada 12 meses, mesmo que não haja alteração de ALT; iii) em situações de exposição de risco à infecção pelo HCV [1]
[4] Para o cálculo da TFG, o método CKD-EPI é o preferido, pois é o método mais acurado e fácil de calcular.

Vacinação

A vacinação para hepatite B está recomendada em todos os adultos não imunizados e é prioritária na população com indicação de PrEP. O esquema é o mesmo da população geral (0, 2 e 6 meses) [1].

A vacinação de hepatite A deve ser recomendada para usuários de PrEP suscetíveis (anti-HAV IgG ou anti-HAV total não reagente) sem comprovação vacinal. Caso a sorologia para pesquisa de anticorpos anti-HAV não esteja disponível, não se deve impedir a vacinação do usuário de PrEP. O esquema vacinal recomendado é com 2 doses (0 e 6 meses). Para usuários entre 15 e 18 anos deve ser utilizada a vacina pediátrica (0,5mL), enquanto para usuários com ≥ 18 anos deve-se usar a vacina de adulto (1,0 mL). Se houver comprovação vacinal de apenas uma dose, deve-se complementar com mais uma dose, conforme a faixa etária. A vacinação para hepatite A pode ser solicitada em qualquer sala de vacina pública que utilize a ferramenta de validação a distância e será disponibilizada nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), nos Centros Intermediários de Imunobiológicos Especiais (Ciie) e em salas de vacina públicas habilitadas. Assim, a vacina pode ser realizada em qualquer serviço integrado à Rede de Imunobiológicos para Pessoas com Situações Especiais (RIE), a depender da organização local [1,18].

A vacinação para HPV está indicada para usuários de PrEP entre 15 e 45 anos de idade não vacinados previamente com o esquema de 3 doses (0, 2 e 6 meses). Pessoas em PrEP já vacinadas com esquema completo conforme preconizado para determinadas faixas etárias ou situações especiais não deverão ser vacinadas novamente com qualquer dose. Pessoas em PrEP previamente vacinadas, mas com esquema incompleto deverão completar as 3 doses. O usuário de PrEP poderá se vacinar contra o HPV em qualquer sala de vacina pública (p. ex.: posto de vacinação, Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Centro de Testagem e Aconselhamento), desde que apresente qualquer tipo de comprovação de que faz PrEP. Como sugestão aos prescritores, pode-se utilizar o **formulário de prescrição de imunizantes**. A vacina é contraindicada na gestação e em pessoas com alergia a algum dos componentes deste imunobiológico [19].

Soroconversão em uso de PrEP

Durante o seguimento clínico, em todas as consultas, deve ser questionado sobre sinais e sintomas de síndrome retroviral aguda (Tabela 1). Usuários de PrEP com sinais e sintomas compatíveis com

infecção aguda pelo HIV, sem outra causa clínica mais provável, especialmente os com histórico de exposição de risco e/ou falhas na adesão a PrEP, devem ser investigados para soroconversão em uso de PrEP, mesmo com exames sorológicos, TR ou autoteste não reagentes [1,20].

A performance dos testes de HIV em pessoas em uso de PrEP difere da população geral, pois as medicações usadas para PrEP podem suprimir a replicação viral precoce, o que pode interferir no tempo de desenvolvimento de anticorpos e consequente soroconversão [21,22]. Nestes casos, estão indicadas coleta imediata de carga viral do HIV, contagem de linfócitos T CD4 e genotipagem do HIV. Adicionalmente, até a definição diagnóstica, indicam-se a interrupção da PrEP e o início de terapia preemptiva com TARV com esquema preferencial (tenofovir/lamivudina 300/300 mg, 1 cp/dia + dolutegravir 50 mg, 1 cp/dia, se não houver contraindicações), sem intervalo entre elas e logo após a coleta dos exames. Estes casos devem ser encaminhados para seguimento no serviço especializado até definição diagnóstica [1,20].

Após a análise dos resultados dos exames, se a infecção pelo HIV for descartada, o usuário deve reiniciar a PrEP (se indicada). Caso se confirme a infecção pelo HIV, o usuário deve manter o uso da TARV, sendo importante avaliar o resultado da genotipagem para verificar a necessidade de adequação do esquema [1].

Critérios para interrupção da PrEP

São situações que indicam interrupção da PrEP [1]:

- **Diagnóstico de infecção pelo HIV.**
- **Desejo da pessoa de não utilizar mais o medicamento.**
- **Mudança no contexto de vida, com importante diminuição da frequência de práticas sexuais com potencial risco de infecção.**
- **Persistência ou ocorrência de eventos adversos relevantes.**
- **Baixa adesão à PrEP, mesmo após abordagem individualizada de adesão.**

Antes da interrupção da PrEP, recomenda-se que o usuário mantenha o uso da profilaxia por um período mínimo após a última relação sexual com risco de infecção pelo HIV, conforme descrito no **Quadro 4** [2].

Quadro 4 – Tempo necessário para interrupção de PrEP com segurança

População	Tempo para interrupção segura
Homens cisgêneros heterossexuais, bissexuais, gays ou outros HSH; pessoas não binarias designadas como do sexo masculino ao nascer; travestis e mulheres transexuais que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol.	Tomar 1 comprimido por dia, por 2 dias após a última prática sexual.
Mulheres cisgêneros, pessoas trans ou não binárias designadas como do sexo feminino ao nascer ou qualquer pessoa em uso de hormônios à base de estradiol.	Tomar 1 comprimido por dia, por 7 dias após a última prática sexual.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2023) [2].

No momento da decisão de descontinuação da PrEP, deve-se documentar o status sorológico da pessoa que estava em uso da profilaxia, a sua adesão até então, as razões para a interrupção do medicamento e possíveis situações de risco [1].

Se a pessoa desejar reiniciar a profilaxia após um período de interrupção, é necessário realizar novamente a abordagem inicial, verificar critérios de elegibilidade e reintroduzir o medicamento [1].

Pacientes com hepatite B crônica devem ser avaliados quanto à indicação de tratamento para HBV antes da interrupção da PrEP, a fim de evitar uma possível reativação do HBV ou descompensação hepática. Também deve-se avaliar a necessidade de manutenção do tratamento com tenofovir após interrupção da PrEP [1].

Prevenção combinada à infecção pelo HIV

A PrEP compõe uma das estratégias no contexto de prevenção combinada. A prevenção combinada envolve o uso conjunto de métodos preventivos, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada indivíduo, sem excluir ou sobrepor um método ao outro [1]. As estratégias estão descritas na mandala da prevenção combinada, conforme a **Figura 3** .

Figura 3 – Mandala da prevenção combinada



Fonte: Unaids Brasil (2022) [23].

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Relatório de recomendação: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) oral à infecção pelo HIV. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Técnica no 8/2023-CGAHV/DCCI/SVS/MS. Dispõe sobre recomendações e atualizações acerca do uso da profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP) oral, incluindo a modalidade "sob demanda". [Internet]. 2023. Disponível em: **https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-8_2023-cgahv_-dcci_svs_ms.pdf/view.**
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2021;70(4):192.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Informativa no 5/2019-DCCI/SVS/MS. Informa sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível (I = I) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos 6 (seis) meses [Internet]. 2019. Disponível em: **https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-informativas/2019/nota_informativa_5_2019_diahv_svs_ms-informa_sobre_o_conceito_do_termo_indetectavel.pdf/view.**
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
6. Hiransuthikul A, Janamnuaysook R, Himmad K, Kerr SJ, Thammajaruk N, Pankam T, et al. Drug-drug interactions between feminizing hormone therapy and pre-exposure prophylaxis among transgender women: the iFACT study. Journal of the International AIDS Society. 2019;22(7).
7. Cottrell ML, Prince HMA, Schauer AP, Sykes C, Maffuid K, Poliseno A, et al. Decreased tenofovir diphosphate concentrations in a transgender female cohort: implications for human immunodeficiency virus preexposure prophylaxis. Clinical Infectious Diseases. 2019;69(12):2201–4.
8. Deutsch MB, Glidden DV, Sevelius J, Keatley J, McMahan V, Guanira J, et al. HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: a subgroup analysis of the iPrEx trial. The Lancet HIV. 2015;2(12):e512–9.
9. Cattani VB, Jalil E, Torres T, Cardoso S, Eksterman L, Castro C, et al. No impact of feminizing hormone therapy on daily oral pre-exposure prophylaxis effectiveness among Brazilian trans women vulnerable to HIV infection ' the PrEParadas Study. Em Berlim: International Aids Society; 2021.

10. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Técnica no 26/2024-CGAHV/DATHI/SVSA/MS. Dispõe sobre recomendações sobre o uso do autoteste de HIV para início e seguimento da profilaxia pré-exposição (PrEP) oral de risco ao HIV no contexto do teleatendimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.

11. Sax PE. Acute and early HIV infection: clinical manifestations and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2024 [citado 11 de fevereiro de 2025]. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis.**

12. World Health Organization. Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: update to WHO implementation guidance. Geneva: WHO; 2022.

13. Ministério da Saúde (Brasil). Formulário de solicitação de medicamentos AZT para HTLV [Internet]. Siclom Gerencial. 2025 [citado 11 de fevereiro de 2025]. Disponível em: **http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php.**

14. Secretaria Estadual da Saúde (Rio Grande do Sul). Unidades dispensadoras de medicamentos ARV [Internet]. 2025 [citado 11 de fevereiro de 2025]. Disponível em: **https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/26144122-unidades-dispensadoras-de-medicamentos.pdf.**

15. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Coordenação de Vigilância do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ofício Circular no 11/2024/CGAHV/DATHI/SVSA/MS. Apresenta sistematização de documentos referenciais que amparam a oferta das profilaxias pré e pós-exposição de risco ao HIV (PrEP e PEP) por enfermeiros e farmacêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. jun 6, 2024. Disponível em: **https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/ministerio-da-saude-disponibiliza-compilado-de-documentos-que-amparam-a-prescricao-de-prep-e-pep-por-enfermeiros-as-e-farmaceuticos-as/SEI_MS0041177563OfcioCircularN11_2024_CGAHV.DATHISVSAMS.pdf**

16. Conselho Federal de Farmácia. Ofício no 015567-2021/CTEC/CFF [Internet]. nov 26, 2021. Disponível em: **https://www.cff.org.br/userfiles/Of%C3%ADcio%20015567-2021-CTEC-CFF.pdf.**

17. Krakower D, Mayer KH. HIV pre-exposure prophylaxis [Internet]. UpToDate. 2024 [citado 11 de fevereiro de 2025]. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/hiv-pre-exposure-prophylaxis.**

18. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Nota Técnica Conjunta no 184/2025-DPNI/DATHI/SVSA/MS. Trata-se da disponibilização da vacina hepatite A para público que faz uso da profilaxia pré-exposição de infecção pelo HIV (PrEP) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-184-2025-dpni-dathi-svsa-ms.pdf.**

19. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações, Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota Técnica Conjunta no 101/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Vacina HPV4 para usuários de profilaxia pré-exposição (PrEP) de 15 a 45 anos [Internet]. 2024. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-101-2024-cgici-dpni-svsa-ms/.**

20. European AIDS Clinical Society. EACS Guidelines: version 12.0 [Internet]. Brussels: EACS; 2023 [citado 23 de junho de 2023]. Disponível em: **https://www.eacsociety.org/media/guidelines-12.0.pdf.**

21. Donnell D, Ramos E, Celum C, Baeten J, Dragavon J, Tappero J, et al. The effect of oral preexposure prophylaxis on the progression of HIV-1 seroconversion. AIDS. 2017;31(14):2007–16.

22. US Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention. Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States -- 2021 update : a clinical practice guideline [Internet]. Georgia: CDC; 2021 [citado 11 de fevereiro de 2025]. Disponível em: **https://stacks.cdc.gov/view/cdc/112360/cdc_112360_DS1.pdf.**

23. Unaids Brasil. Prevenção combinada ao HIV [Internet]. 2025 [citado 11 de fevereiro de 2025]. Disponível em: **https://unaids.org.br/prevencao-combinada/.**

Junho de 2025

O que é preciso saber sobre influenza aviária (gripe aviária)?

Autoria
Ana Flor Hexel Cornely

Revisão Técnica
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Elise Botteselle de Oliveira

A influenza aviária (IA), popularmente conhecida como gripe aviária, é uma doença infecciosa, causada pelos vírus influenza A [1]. Os subtipos dos vírus influenza A aviária podem ser classificados em duas categorias: influenza aviária de alta patogenicidade (IAAP) e influenza aviária de baixa patogenicidade (IABP). De acordo com a Organização Mundial de Saúde Animal (OMSA), desde janeiro de 2022, observam-se surtos de IAAP em aves domésticas e silvestres em diversos países da região das Américas, sendo o vírus influenza A (H5N1) o predominante nesses surtos e, pela primeira vez, nota-se uma persistência na ocorrência dos casos nas aves, que se dá de forma prolongada [2–5].

No Brasil, em 15 de maio de 2023, o Ministério da Agricultura e Pecuária notificou à OMSA as primeiras detecções de IAAP subtipo A (H5N1) em aves silvestres [1,6]. A primeira identificação em mamíferos marinhos ocorreu em 4 de outubro de 2023 [2,7]. Até o presente momento, não foi registrada confirmação de infecção por vírus influenza A (H5N1) em humanos no Brasil [2,8,9].

Transmissão

A IA acomete, principalmente, aves domésticas e silvestres, mas pode infectar mamíferos, incluindo humanos. A infecção em humanos é rara e decorre da exposição a aves infectadas ou ambientes contaminados, o que, na maioria das vezes, acontece em ambientes de trabalho [2,10].

A transmissão da doença se dá por aerossóis respiratórios, contato com fezes e fluídos corporais das aves e mamíferos infectados, de forma direta (proximidade hospedeiro-hospedeiro) ou indireta (água ou objetos contaminados). Até o momento, não foi documentada infecção humana por via alimentar, considerando o consumo de ovos e carne corretamente cozidos, ainda que de aves infectadas. No caso do H5N1, há potencial de transmissão por ingestão de produtos não cozidos (incluindo sangue ou ovos crus) de aves domésticas infectadas [2,11].

A propagação do vírus H5N1 entre humanos, pelo contato próximo, prolongado e desprotegido, tem sido relatada muito raramente, sendo limitada, ineficiente e não sustentada [1,2,8].

O período de incubação, normalmente, varia de 1 a 10 dias e, para fins de saúde pública, esse é o período que deve ser considerado para vigilância e manejo de casos e contatos [2].

Manifestações clínicas

Pode ocorrer desde um quadro de infecção respiratória leve, até a progressão rápida para síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e óbito. Sintomas gastrointestinais, como náusea, vômito e diarreia têm sido relatados com maior frequência na infecção por influenza A (H5N1). Os sintomas iniciais comuns são febre alta (maior ou igual a 38°C) e tosse, seguida de dispneia ou desconforto respiratório. Dor de garganta ou coriza são menos comuns [2,8].

A definição de caso suspeito primário e secundário de IA está descrita no **Quadro 1** e **Quadro 2 ,** respectivamente [2].

Quadro 1 – Caso suspeito primário de influenza aviária

Pessoa classificada como **EXPOSTA*** que apresentar pelo menos **DOIS** dos seguintes sinais ou sintomas: - Febre (≥ 38°C) ou histórico de febre - Sintomas respiratórios (como tosse, congestão nasal, coriza, dor de garganta e dificuldade para respirar) - Sintomas gastrointestinais (como náuseas, vômitos e diarreia) - Mialgia - Cefaleia - Conjuntivite

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2024) [2].

* Exposição direta a aves e/ou outros animais classificados como prováveis ou confirmados para IAAP, sem utilizar adequadamente os equipamentos de proteção individual (EPIs) recomendados; OU exposição direta a fômites, secreções ou dejetos de aves e/ou outros animais classificados como prováveis ou confirmados para IAAP, sem utilizar adequadamente os EPIs recomendados; OU exposição próxima (menos de 2 metros) e prolongada (mais de 15 minutos) a aves e/ou outros animais classificados como prováveis ou confirmados para IAAP, sem tocar no animal e sem utilizar adequadamente os EPIs recomendados; OU exposição laboratorial às amostras suspeitas, prováveis ou confirmadas para IAAP (sejam de animais ou de humanos), por acidente ou por não utilizar adequadamente os EPIs recomendados.

Quadro 2 – Caso suspeito secundário de influenza aviária

Pessoa classificada como **CONTATO*** de caso suspeito primário e que apresenta pelo menos **DOIS** dos sinais ou sintomas descritos no **Quadro 1** .

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2024) [2].

* Contato próximo (menos de 2 metros) e prolongado (mais de 15 minutos) com caso humano suspeito primário, provável ou confirmado de IA; OU teve contato direto com secreções do caso humano suspeito primário, provável ou confirmado durante o período infeccioso (um dia antes do início dos sinais e sintomas até a resolução deles).

Letalidade

Uma vez ocorrido o contágio, o risco de óbito por influenza aviária é alto, podendo a letalidade chegar a 60%. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no período de 2003 a 14 de julho de 2023, foram notificados 878 casos em humanos no mundo e 458 óbitos, com uma taxa de letalidade de 52% [1]. Diante disso, o monitoramento, a identificação precoce de casos suspeitos e a instituição do tratamento de forma ágil são de suma importância.

Tratamento

Em todos os casos suspeitos, prováveis ou confirmados, o fosfato de oseltamivir deve ser prescrito o mais rápido possível. O tratamento deve ser recomendado independentemente da situação vacinal contra influenza sazonal, mesmo em atendimento ambulatorial [2].

Estudos incluindo pacientes hospitalizados demonstraram maior benefício clínico quando o fosfato de oseltamivir é iniciado até 48 horas do início dos sintomas; entretanto, alguns estudos sugerem que o fosfato de oseltamivir pode ainda ser benéfico para pacientes hospitalizados se iniciado de 4 a 5 dias

após o início do quadro clínico. O tratamento é recomendado por um período mínimo de 5 dias, mas pode ser prolongado até que haja melhora clínica [2].

O Ministério da Saúde disponibiliza o fosfato de oseltamivir nas apresentações de 30 mg, 45 mg e 75 mg. A dose de oseltamivir está descrita no **Quadro 3** .

Quadro 3 – Dose de oseltamivir para tratamento de casos suspeitos ou confirmados de influenza aviária

Faixa etária		Posologia
Adulto		75 mg, 12/12h, por 5 dias.
Criança maior que 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, 12/12h, por 5 dias.
	> 15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h, por 5 dias.
	> 23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, por 5 dias.
	>40 kg	75 mg, 12/12h, por 5 dias.
Criança menor de 1 ano de idade	0-8 meses	3,0 mg/kg/dia, 12/12h, por 5 dias.
	9-11 meses	3,5 mg/kg/dia, 12/12h, por 5 dias.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2023) [12].

Diagnóstico

A confirmação diagnóstica dá-se pelo resultado positivo da reação em cadeia da polimerase em tempo real precedida de transcrição reversa (RT-PCR) em amostra de caso suspeito [13]. Alternativamente, o Ministério da Saúde apresenta a possibilidade de realizar diagnóstico sorológico (soroconversão em amostras pareadas) ou isolamento viral, se PCR indisponível [2,13].

As amostras clínicas de casos suspeitos devem ser coletadas por profissional treinado, em conformidade com todas as normas de biossegurança, incluindo o uso de EPI adequado para vírus respiratórios (como: gorro descartável, óculos de proteção, máscara do tipo PFF2/N95, luva de procedimento, avental de mangas compridas, calçados fechados).

As amostras clínicas requeridas para o diagnóstico de influenza aviária são do mesmo tipo das utilizadas para a vigilância de rotina da influenza e são, em ordem de preferência: aspirado de nasofaringe (ANF) ou *swab* combinado (nasal/oral). Para os *swabs* combinados (nasal/oral) deverão ser coletados 3 *swabs*: um swab de orofaringe e dois swabs de nasofaringe, sendo um de cada narina.

As amostras devem ser mantidas refrigeradas (4°C a 8°C) e enviadas ao Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), na qual serão devidamente preparadas, acondicionadas em caixas específicas para o transporte de substâncias infecciosas, em gelo seco, para envio aos Laboratórios de Referência da área de abrangência do Lacen [2].

Vigilância

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), recomenda que, nos locais onde o Serviço Veterinário Oficial informou a identificação de aves prováveis ou confirmadas para IAAP, seja feita vigilância ativa em humanos, a partir de investigação epidemiológica que permita a identificação e o monitoramento das pessoas expostas a esses animais, com o objetivo de avaliar precocemente e notificar oportunamente os eventos inusitados de transmissão na interface animal-humano [1,6].

Dada a detecção de um caso humano suspeito ou confirmado para influenza aviária, a notificação imediata (em até 24h) às autoridades sanitárias responsáveis nas esferas municipal, estadual e federal é essencial para a investigação e para a implementação de medidas adequadas que incluam o isolamento, a coleta de amostras e o tratamento oportuno do caso, além da busca ativa de outros casos, bem como o rastreamento e o monitoramento dos contatos [14].

A notificação de casos suspeitos ou confirmados em humanos deve ser realizada para o Ministério da Saúde por qualquer um dos meios descritos abaixo [2,15]:

- **Telefone:** 0800-644-6645.
- **E-mail:** notifica@saude.gov.br.
- **Ficha de notificação imediata de doenças, agravos e eventos de saúde pública: https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=LEP79JHW97.**

A notificação deverá ser realizada informando, nos campos:

- **Descrição do evento:** doença, agravo ou evento de notificação imediata nacional.
- **Doença, agravo ou evento a ser notificado:** influenza humana produzida por novo subtipo viral.
- **Influenza humana produzida por novo subtipo viral:** influenza A (H5N1).

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota técnica no 28/2023-CGSAT/DSAST/SVSA/MS [Internet]. 2023. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-28-2023-cgsat-dsast-svsa-ms.**

2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância da influenza aviária em humanos. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado 29 de maio de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude-libera-r-432-milhoes-para-implantacao-do-prontuario-eletronico-nos-postos-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/guia-influenza-aviaria/view.**

3. Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO). Epidemiological alert: Outbreaks of avian influenza and human infection caused by influenza A(H5) public health implications in the Region of the Americas [Internet]. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2023 [citado 29 de maio de 2025]. Disponível em: **https://www.paho.org/sites/default/files/2023-02/2023-january-11-phe-update-avian-influenza-final2.pdf.**

4. Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO). Epidemiological update: avian influenza A(H5N1) in the Americas Region [Internet]. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2025 [citado 29 de maio de 2025]. Disponível em: **https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-mar-4-phe-epidupdate-avianinfluenza-eng-final.pdf.**

5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Plano de Contingência Nacional do Setor Saúde para Influenza Aviária [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [citado 29 de maio de 2025]. Disponível em**: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/influenza-aviaria/publicacoes/plano-de-contingencia-nacional-do-setor-saude-para-influenza-aviaria.pdf/view.**

6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Informe no 1 - Influenza aviária [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado 29 de maio de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/influenza-aviaria/informes-tecnicos/informe-coe-influenza-aviaria-01_13-06.pptx/view.**

7. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota técnica conjunta no 15/2024-CGVDI/DPNI/SVSA/MS. Revoga a Nota Técnica Conjunta no 72/2023-CGVDI/DPNI/SVSA/MS e apresenta instruções adicionais à Nota Técnica no 38/2023, que versa sobre orientações para a vigilância da influenza aviária em humano, direcionadas aos estados que apresentam focos de influenza aviária de alta patogenicidade (IAAP) em mamíferos marinhos. [Internet]. 2024. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-15-2024-cgvdi-dpni-svsa-ms.**

8. Ministério da Saúde (Brasil). Influenza aviária (gripe aviária) [Internet]. Gov.br. 2025 [citado 29 de maio de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/influenza-aviaria.**

9. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Informe n° 47 - Vigilância da Influenza Aviária [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [citado 29 de maio de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude%2A_/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/influenza-aviaria/informes-tecnicos/informe-no-47-influenza-aviaria.pdf.**

10. Van Kerkhove MD, Mumford E, Mounts AW, Bresee J, Ly S, Bridges CB, et al. Highly pathogenic avian influenza (H5N1): pathways of exposure at the animal-human interface, a systematic review. Braga EM, organizador. PLoS ONE. 24 de janeiro de 2011;6(1):e14582.

11. Stephenson I. Avian influenza: epidemiology and transmission [Internet]. UpToDate. 2025 [citado 29 de maio de 2025]. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/avian-influenza-epidemiology-and-transmission.**

12. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de manejo e tratamento de influenza 2023 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado 29 de maio de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/guia-de-manejo-e-tratamento-de-influenza-2023/view.**

13. Stephenson I. Avian influenza: clinical manifestations and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2025 [citado 29 de maio de 2025]. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/avian-influenza-clinical-manifestations-and-diagnosis.**

14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS no 217, de 1o de março de 2023. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS no 4, de 28 de setembro de 2017, para substituir o agravo “Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes” por “Acidente de Trabalho” na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. [Internet]. mar 2, 2023. Disponível em: **https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-217-de-1-de-marco-de-2023-467447344.**

15. Ministério da Saúde (Brasil). Influenza aviária: Notificação [Internet]. Gov.br. 2025 [citado 29 de maio de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/influenza-aviaria/notificacao.**