Perguntas da Semana

TelessaúdeRS

1º 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
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

1º 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://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-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
Tel.: (51) 3308.2092
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: 1º trimestre [recurso eletrônico] / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS. – Porto Alegre: UFRGS, 2025.

ISBN: 978-65-02-15879-1

1. Perguntas da semana 2. 1º 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
Elise Botteselle de Oliveira[1]
Laura Ferraz dos Santos[1]
Ingrid da Silva Santos[1]
Simone Perazzoli[1]
Luíza Emília Bezerra de Medeiros[1]
Ana Flor Hexel Cornely[1]
Augusto Mantovani[1]
Jerônimo De Conto Oliveira[1]
Ana Cláudia Magnus Martins[1]

Revisão técnica
Luíza Emília Bezerra de Medeiros[1]
Ana Flor Hexel Cornely[1]
Elise Botteselle de Oliveira[1]
Simone Perazzoli[1]
Taiane Sawada de Souza[1]
Ana Flor Hexel Cornely[1]
Ana Cláudia Magnus Martins[1]

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]

[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: 1º trimestre. Porto Alegre: TelessaúdeRS, 2025

TelessaúdeRS 2025.
Porto Alegre – RS.

Sumário

O que é metapneumovírus humano? 6

Como realizar a vacinação de rotina contra a covid-19? 10

Como realizar a vacinação dos grupos especiais contra a covid-19? 16

Qual é o tratamento de gengivoestomatite herpética em crianças? 25

Qual é o quadro clínico da esporotricose? 31

Como realizar o tratamento para hepatite C na APS? 39

Qual é o tratamento para HIV na gestação? 48

Como iniciar tratamento em pacientes com diagnóstico de coinfecção tuberculose-HIV (TB-HIV)? 55

Janeiro de 2025

O que é metapneumovírus humano?

Autoria
Elise Botteselle de Oliveira

Revisão Técnica
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Ana Flor Hexel Cornely

O metapneumovírus humano (HMPV) é um vírus respiratório que pertence à família Pneumoviridae, juntamente com o vírus sincicial respiratório (RSV). Foi descoberto em 2001 e identificado pela primeira vez no Brasil em 2004. Dados sugerem que seja responsável por infecções respiratórias mundialmente há, pelo menos, 60 anos. O uso mais amplo de testes de diagnóstico molecular aumentou a identificação do HMPV como uma importante causa de infecção respiratória superior e inferior em todo o mundo [1,2]. A incidência atinge o pico no inverno e na primavera, juntamente com outros vírus respiratórios [3]. No Hemisfério Norte, há aumento de infecções respiratórias nessa época do ano, com a cocirculação de vários patógenos como influenza sazonal, o RSV e outros vírus respiratórios comuns, incluindo o HMPV, bem como o *Mycoplasma pneumoniae* [4]. Recentemente, foi publicado aumento de casos de infecções respiratórias esperado para a época do ano na China, com cocirculação de influenza sazonal, rinovírus, RSV e HMPV. A Organização Mundial da Saúde monitora a situação, mas não há alertas e restrições recomendadas [4].

A transmissibilidade do HMPV provavelmente ocorre por contato com uma pessoa infectada por meio de secreções respiratórios, gotículas ou aerossóis exalados na tosse e/ou espirros, contato próximo (como aperto de mãos) ou contato com superfícies contaminadas e depois contato com mucosas (boca, nariz ou olhos) [1,3,5]. Seu período de incubação varia de 2 a 5 dias. A eliminação viral dura de 5 dias a 2 semanas, contudo não se sabe se a transmissibilidade ocorre durante todo este período, pois a simples presença do RNA viral não necessariamente indica vírus viável [3]. A doença pode acometer todas as faixas etárias, no entanto crianças menores de 2 anos são mais comumente afetadas, assim como pessoas com imunossupressão [1,6].

Tipicamente, a doença é leve e autolimitada e sua apresentação clínica é semelhante às infecções causadas por outros vírus respiratórios. Os sintomas comumente associados ao HMPV incluem tosse, febre, congestão nasal e falta de ar [1,5,6]. A evolução típica da doença leve envolve um período assintomático seguido de sintomas respiratórios de vias aéreas superiores por cerca de 1 semana, com resolução gradual [5].

Apesar de formas graves serem incomuns, a infecção por HMPV pode evoluir para bronquiolite ou síndrome respiratória aguda grave, especialmente na presença de fatores de risco, como [3]:

- **pacientes imunocomprometidos;**
- **crianças com comorbidades:** asma, doença pulmonar crônica relacionada à prematuridade, doença cardíaca congênita, câncer;
- **pacientes adultos com comorbidades crônicas:** asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, transplante de pulmão;
- **pessoas com idade ≥ 65 anos.**

Na doença grave, também há um período assintomático, seguido de 1 ou 2 dias de sintomas respiratórios superiores, que progridem com piora e/ou sintomas respiratórios inferiores. Pode ocorrer sibilância por vários dias, e pessoas com predisposição para doença respiratória podem apresentar disfunção prolongada das vias aéreas, com sibilos recorrentes e tosse, que pode durar vários dias ou várias semanas [5]. Entre os pacientes que necessitam de hospitalização, as manifestações clínicas podem variar desde bronquiolite ou exacerbação de asma até pneumonia grave e síndrome respiratória aguda grave [2,3,5].

A infecção pelo HMPV pode ser confirmada, geralmente, por detecção direta do genoma viral pelo teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) e detecção direta de antígenos virais em secreções respiratórias, usando imunofluorescência ou imunoensaio enzimático. Contudo, como o HMPV é um vírus respiratório reconhecido recentemente, esses testes não estão disponíveis para testagem ampla e rotineira [1].

Não há antiviral específico para tratamento da infecção por HMPV. Em geral, recomendam-se medicamentos sintomáticos, hidratação e repouso [1,3,5,6].

Não há vacina atualmente preconizada para o HMPV, contudo as medidas de prevenção e controle não farmacológicas são semelhantes às dos demais vírus respiratórios [1,3,5]. O uso de máscara por pessoas com sintomas gripais reduz a transmissão de todos os vírus respiratórios [1–3,5].

No Brasil, o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (Sivep) realiza a vigilância do HMPV e de outros vírus respiratórios, com a identificação de casos por meio dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHEs) em serviços de saúde em todo o país [2]. Até o momento, no Brasil, não houve registro de aumento de casos de infecção pelo HMPV [7].

Referências:

1. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. 2024 [citado 9 de janeiro de 2024]. About human metapneumovirus. Disponível em: **https://www.cdc.gov/human-metapneumovirus/about/index.html.**
2. Ministério da Saúde (Brasil). Gov.br. 2025 [citado 9 de janeiro de 2025]. Ministério da Saúde monitora surto de vírus respiratório na China. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/ministerio-da-saude-monitora-surto-de-virus-respiratorio-na-china.**
3. Zuuren EJ, Prasad P. DynaMed. 2024 [citado 9 de janeiro de 2025]. Human metapneumovirus (HMPV) infection. Disponível em: **https://www.dynamed.com/condition/human-metapneumovirus-hmpv-infection.**
4. World Health Organization. World Health Organization. 2025 [citado 9 de janeiro de 2025]. Trends of acute respiratory infection, including human metapneumovirus, in the Northern Hemisphere. Disponível em: **https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON550.**
5. Crowe JE. UpToDate. 2024 [citado 9 de janeiro de 2025]. Human metapneumovirus infections. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/human-metapneumovirus-infections.**
6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado 9 de janeiro de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/guia-vigilancia-integrada-da-covid-19-influenza-e-outros-virus-respiratorios-de-importancia-em-saude-publica.**
7. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Vigilância das síndromes gripais: Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado 9 de janeiro de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gripe-influenza/situacao-epidemiologica/informe-epidemiologico-de-influenza-covid-19-e-outros-virus-respiratorios-de-importancia-em-saude-publica-se-43.pdf/view.**

Janeiro de 2025

Como realizar a vacinação de rotina contra a covid-19?

Autoria
Laura Ferraz dos Santos

Revisão Técnica
Elise Botteselle de Oliveira

A vacina contra covid-19 foi incorporada ao Calendário Nacional de Vacinação para crianças a partir de 6 meses de idade até 4 anos, 11 meses e 29 dias, gestantes em qualquer faixa etária e idosos a partir de 60 anos de idade [1].

Para crianças menores de 5 anos de idade, estão disponíveis no momento dois imunizantes de RNA mensageiro (RNAm): a vacina covid-19 RNAm Moderna (Spikevax) e a vacina covid-19 RNAm Pfizer (Comirnaty), com esquemas primários que consistem em 2 ou 3 doses (**Quadro 1**) [1].

Quadro 1 – Esquema e dose das vacinas covid-19 de rotina da criança

	Moderna (Spikevax)		Pfizer (Comirnaty)*	
Idade	**Número de doses**	**Dose e via de administração**	**Número de doses**	**Dose e via de administração**
6 meses	1ª dose	0,25 mL, intramuscular	1ª dose	0,2 mL, intramuscular
7 meses	2ª dose	0,25 mL, intramuscular	2ª dose	0,2 mL, intramuscular
9 meses	3ª dose (se imunocomprometida)	0,25 mL, intramuscular	3ª dose	0,2 mL, intramuscular

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

*Pediátrica para menores de 5 anos de idade.

Crianças que nunca foram vacinadas contra a covid-19 deverão receber o esquema primário com o mesmo imunizante [1]. Crianças com esquema incompleto de vacinas covid-19 originais (vacinas CoronaVac ou Pfizer pediátrica) deverão completar o esquema com a vacina disponível, conforme **Apêndice C da "Estratégia de vacinação contra a covid-19**" [1].

Crianças imunocomprometidas que receberam o esquema primário completo de vacinas covid-19 deverão receber, após no mínimo 6 meses, mais 2 doses da vacina atualizada disponível, com intervalo mínimo de 6 meses entre as doses [1]. Crianças com comorbidades que receberam o esquema primário completo de vacinas covid-19 deverão receber 1 dose anual da vacina atualizada disponível [1]. Veja quem faz parte dos grupos imunocomprometidos e de comorbidades **aqui.**

Crianças que não completaram o esquema primário até 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade, ao completarem 5 anos de idade, serão considerados vacinadas e terão seu esquema encerrado se tiverem pelo menos 1 dose [1].

Para gestantes, além dos imunizantes Moderna (Spikevax) e Pfizer (Comirnaty), está disponível no momento a vacina covid-19 recombinante, Serum/Zalika, para maiores de 12 anos de idade [1]. O esquema consiste em 1 dose, a qualquer momento da gestação e a cada gestação, independente da quantidade de doses prévias recebidas (**Quadro 2**) [1].

Para idosos, a recomendação é o recebimento de 1 dose a cada 6 meses, independentemente da quantidade de doses prévias recebidas (**Quadro 2**) [1].

Quadro 2 – Esquema e dose das vacinas covid-19 de acordo com a faixa etária

	Moderna (Spikevax)		Pfizer (Comirnaty)		Recombinante,Serum/Zalika	
Idade	Número de doses	Dose e via de administração	Número de doses	Dose e via de administração	Número de doses	Dose e via de administração
Entre 5 e 12 anos	Dose única	0,25 mL, intramuscular	Dose única*	0,3 mL, intramuscular	–	–
> 12 anos	Dose única	0,5 mL, intramuscular	Dose única	0,3 mL, intramuscular	Dose única	0,5 mL, intramuscular

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2024) [1].
*Pediátrica para população com idade entre 5 e 11 anos.

Contraindicações

A administração destas vacinas é absolutamente contraindicada a pessoas com história de anafilaxia causada por qualquer componente da vacina ou por doses anteriores [1,2].

Precauções

As precauções para a realização das vacinas covid-19 são: doenças febris agudas, histórico de reações alérgicas, gravidez, amamentação, histórico de trombocitopenia e distúrbios da coagulação, miocardite/pericardite, exacerbações da síndrome de transudação capilar (STC) e doação de sangue, como descritas no **Quadro 3**.

Quadro 3 – Precauções para a realização das vacinas covid-19

Situação	Conduta
Doenças febris agudas	Adiar a vacinação até a resolução do quadro.
Histórico de anafilaxia a outras vacinas ou medicamentos injetáveis	Observar por 30 minutos após a aplicação.Todos os indivíduos devem ser triados para histórico de reações alérgicas graves pré-vacinação e mesmo aqueles sem histórico devem ser monitorados por pelo menos 15 minutos após a vacinação.
Gravidez	A vacina covid-19 recombinante (Serum/Zalika) deve ser realizada apenas quando os potenciais benefícios superarem quaisquer potenciais riscos* para a mãe e para o feto e na indisponibilidade de uma vacina RNAm.
Amamentação	A vacina covid-19 recombinante (Serum/Zalika) deve ser realizada apenas quando os potenciais benefícios superarem quaisquer potenciais riscos para a mãe e para o feto e na indisponibilidade de uma vacina RNAm.
Histórico de trombocitopenia e perturbações da coagulação	Devido ao risco de hematomas ou sangramentos, pode-se utilizar agulha com o menor calibre possível e pressionar o local da aplicação durante pelo menos 2 minutos, sem fazer massagem.
Miocardite/pericardite	Embora raro, indivíduos vacinados com vacinas covid-19 RNAm devem ser orientados a procurar atendimento de saúde imediatamente se desenvolverem sintomas como dor no peito de início agudo e persistente, falta de ar ou palpitações nos primeiros dias após a vacinação. Indivíduos que desenvolveram miocardite/pericardite após uma dose da vacina covid-19 RNAm não devem receber doses adicionais de qualquer vacina contra a covid-19, a menos que seja recomendado após criteriosa avaliação médica do benefício-risco da vacinação.
Exacerbações da síndrome de transudação capilar (STC)	Embora raro, indivíduos vacinados com a vacina Spikevax devem ser orientados a procurar atendimento de saúde imediatamente se desenvolverem sinais ou sintomas nos primeiros dias após a vacinação. Os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais e sintomas da STC (hipotensão, hipoalbuminemia, edema e hemoconcentração) para o reconhecimento e o tratamento imediatos. Para indivíduos com histórico de STC, o planejamento da vacinação deve ser realizado em colaboração com especialistas médicos.
Doação de sangue	Indivíduos vacinados com vacinas covid-19 RNAm devem aguardar 7 dias após a vacinação para proceder com a doação de sangue.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2024) [1].
*Por haver uma limitação nos dados disponíveis sobre a utilização da vacina covid-19 recombinante em mulheres grávidas, a administração desta vacina deve ser realizada apenas quando os potenciais benefícios superarem quaisquer potenciais riscos para a mãe e para o feto.

Administração simultânea com outras vacinas

As vacinas covid-19 não devem ser administradas de forma simultânea à vacina contra a dengue [1]. As demais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação podem ser administradas na mesma ocasião ou com qualquer intervalo de tempo [1]. A administração deve ser feita com seringas e agulhas diferentes em locais anatômicos distintos [3].

Vacinação de pessoas com infecção por covid-19

Pessoas com covid-19 confirmada por PCR não devem ser vacinadas até que tenham se recuperado da infecção aguda. Pessoas com história de infecção prévia podem ser vacinadas normalmente. O intervalo de pelo menos 4 semanas entre a história de infecção e a vacinação deve ser considerado [1].

Confira outros materiais que abordam o tema Vacinação Covid-19:

- **Como realizar a vacinação dos grupos especiais contra a covid-19?**

Referências

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Estratégia de vacinação contra a covid-19 [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado 21 de janeiro de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/estrategia-de-vacinacao-contra-a-covid-19-2024-2a-edicao.**
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 21 de janeiro 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]. 2o ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado 21 de janeiro 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.**

Janeiro de 2025

Como realizar a vacinação dos grupos especiais contra a covid-19?

Autoria
Laura Ferraz dos Santos

Revisão Técnica
Elise Botteselle de Oliveira

A partir de 2025, a vacinação contra a covid-19 para pessoas com 5 anos de idade ou mais só é recomendada para quem faz parte dos grupos especiais [1]. As pessoas desses grupos já vacinadas com o esquema primário passarão a receber uma dose semestral ou anual da vacina contra a covid-19, independentemente do número de doses prévias. Os grupos especiais para a vacinação e o intervalo entre as doses estão descritos no **Quadro 1** [1].

Quadro 1 – Grupos especiais para a vacinação contra a covid-19 e intervalo entre as doses

Grupo especial	Intervalo entre as doses
– Pessoas imunocomprometidas* ou em condição de imunossupressão. **< 5 anos de idade:** • Transplantadas de células tronco hematopoiéticas (TCTH). • Transplantadas de órgãos sólidos. • Em tratamento de câncer. • Crianças vivendo com HIV/aids ou expostas ao vírus HIV. • Crianças com erros inatos da imunidade (EII). • Crianças em uso de drogas imunossupressoras (incluindo metotrexato, azatioprina, 6-mercaptopurina, micofenolato, assim como corticosteroides, imunobiológicos e agentes-alvo para doenças autoimunes). **>5 anos de idade:** • Transplantados de órgão sólido ou de medula óssea. • Pessoas vivendo com HIV (PVHIV). • Pessoas com doenças inflamatórias imunomediadas em atividade e em uso de dose de prednisona (ou equivalente) ≥ 20 mg/dia por ≥ 14 dias ou, em crianças menores de 10 kg, ≥ 2 mg/kg/dia por mais de 14 dias. • Pessoas em uso de imunossupressores e/ou imunobiológicos que levam a imunossupressão. • Pessoas com imunodeficiências primárias (erros inatos da imunidade). • Pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. • Pacientes oncológicos que realizaram ou realizam tratamento quimioterápico ou radioterápico e estão em acompanhamento. • Pessoas com neoplasias hematológicas.	6 meses
– Pessoas vivendo em instituições de longa permanência para idosos (casas de repouso, asilos ou abrigos) ou em residência inclusiva (moradia para jovens e adultos com deficiência oferecida pelo Serviço de Acolhimento Institucional) e seus trabalhadores. – Indígenas vivendo ou não em terra indígena. – Ribeirinhos. – Quilombolas. – Trabalhadores da saúde. – Estudantes prestando atendimento na assistência dos serviços de saúde. – Doulas e parteiras. – Cuidadores de idosos. – Familiar diretamente responsável pelo cuidado de indivíduo gravemente enfermo ou com deficiência permanente que impossibilite o autocuidado. – Pessoas com deficiência física, mental, intelectual ou sensorial permanente. – Pessoas com comorbidades (Quadro 2). – Pessoas privadas de liberdade (≥ 18 anos). – Funcionários do sistema de privação de liberdade. – Adolescentes e jovens cumprindo medidas socioeducativas. – Funcionários do sistema de medidas socioeducativas. – Pessoas em situação de rua.	12 meses
– Puérperas que não foram vacinadas durante a gestação.	Dose única em até 45 dias após o parto

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

* Para comprovar o status de imunocomprometido, é suficiente a apresentação de medicamentos em uso, resultados de exames, receitas médicas, relatórios/declarações médicas ou qualquer outro

documento que evidencie a situação do indivíduo.

O **Quadro 2** apresenta as comorbidades que fazem parte do grupo especial para a vacinação.

Quadro 2 – Comorbidades incluídas no grupo especial

Grupo de comorbidades* < 5 anos de idade	
– Doença pulmonar crônica (incluindo asma grave, fibrose cística, displasia broncopulmonar e discinesia ciliar). – Doenças cardiovasculares. – Doença renal crônica. – Doença hepática crônica. – Desordens neurológicas e distrofias musculares. – Asplenia ou disfunção esplênica, incluindo esferocitose, doença falciforme, talassemia major. – Doenças autoimunes. – Prematuridade. – Anomalias de vias aéreas. – Síndrome de Down e outras síndromes genéticas bem definidas. – Diabetes mellitus tipo 1. – Obesidade (escore z acima de +2).	
Grupo de comorbidades* > 5 anos de idade	**Descrição**
Diabetes *mellitus*	Qualquer indivíduo com diabetes.
Pneumopatias crônicas graves	Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, ou internação prévia por crise asmática, ou uso de doses altas de corticoide inalatório e de um segundo medicamento de controle no ano anterior).
Hipertensão arterial resistente (HAR)	Quando a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de 3 ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência e dosagem apropriadas e se comprovada adesão ou PA controlada em uso de 4 ou mais fármacos anti-hipertensivos.
Hipertensão arterial estágio 3	PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA).
Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo	PA sistólica entre 140 e 179 mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109 mmHg na presença de LOA.
Insuficiência cardíaca (IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association.
Cor *pulmonale* e hipertensão pulmonar	Cor *pulmonale* crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária.
Cardiopatia hipertensiva	Hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo.
Síndromes coronarianas	Angina *pectoris* estável, cardiopatia isquêmica, após infarto agudo do miocárdio e outras.

Grupo de comorbidades* > 5 anos de idade	Descrição
Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática, ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide e outras).
Miocardiopatias e pericardiopatias	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática.
Doenças da aorta, dos grandes vasos e fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos.
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e *flutter* atrial e outras).
Cardiopatias congênitas no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas, insuficiência cardíaca, arritmias, comprometimento miocárdico.
Próteses valvares e dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas, e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardiodesfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).
Doenças neurológicas crônicas e distrofias musculares	Doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular); doenças neurológicas crônicas que impactem a função respiratória, indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla e condições similares; doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; deficiência neurológica grave.
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 mL/min/1,73 m²) e/ou síndrome nefrótica.
Hemoglobinopatias e disfunções esplênicas graves	Doença falciforme, talassemia maior, esferocitose.
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea ≥ 40 kg/m².
Síndrome de Down e outras síndromes genéticas	Trissomia do cromossomo 21 e outras trissomias.
Doença hepática crônica	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C.

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

* Não é necessária prescrição médica ou relatório médico solicitando a vacinação. É suficiente a apresentação de qualquer documento que contenha informações sobre a patologia. O acesso à vacinação deve ser facilitado.

Esquemas de vacinação dos grupos especiais

Indivíduos que fazem parte dos grupos especiais e que nunca foram vacinados (nenhuma dose prévia de vacina covid-19) deverão receber dose única com o volume e a formulação recomendados para a idade. Os indivíduos imunocomprometidos nessa mesma situação deverão receber ou completar o esquema primário de 3 doses, com o imunizante disponível e a dose de acordo com a idade e, após, seguir o esquema recomendado de 2 doses com intervalo

de 6 meses [1]. Para as doses periódicas, o intervalo mínimo entre a dose da vacina disponível e qualquer dose prévia de vacina covid-19 é de 6 meses [1]. Os esquemas estão descritos no **Quadro 3.**

Quadro 3 – Esquema de vacinação para os grupos especiais de acordo com faixa etária e imunizante disponível

	Moderna – Spikevax		Pfizer – Comirnaty		Recombinante – Serum/Zalika	
Idade	Número de doses e intervalo	Dose e via de administração	Número de doses e intervalo	Dose e via de administração	Número de doses e intervalo	Dose e via de administração
Entre 5 e 12 anos[1]	Dose única	0,25 mL, intramuscular	Dose única[2]	0,3 mL, intramuscular	–	–
Entre 5 e 12 anos imunocomprometida[3]	2 doses, com intervalo de 6 meses entre as doses	0,25 mL, intramuscular	2 doses, com intervalo de 6 meses entre as doses	0,3 mL, intramuscular	–	–
> 12 anos[1]	Dose única	0,5 mL, intramuscular	Dose única	0,3 mL, intramuscular	Dose única	0,5 mL, intramuscular
> 12 anos imunocomprometida	2 doses, com intervalo de 6 meses entre as doses	0,5 mL, intramuscular	2 doses, com intervalo de 6 meses entre as doses	0,3 mL, intramuscular	2 dosesIntervalo de 6 meses entre as doses.	0,5 mL, intramuscular

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

[1] Independentemente do recebimento de doses prévias de qualquer vacina covid-19.

[2] Pediátrica para população entre 5 e 11 anos de idade.

[3] Se nunca vacinadas, deverão receber ou completar o esquema primário de 3 doses, com o imunizante disponível e a dose de acordo com a idade. O intervalo entre a 1ª e a 2ª dose é de 4 semanas, e entre a 2ª e a 3ª dose, de 8 semanas.

População geral que não faz parte dos grupos especiais

Pessoas a partir de 5 anos de idade que **não fazem parte dos grupos especiais e nunca foram vacinadas** (nenhuma dose de vacina covid-19) poderão receber 1 dose da vacina covid-19 disponível e recomendada para a faixa etária [1].

Contraindicações

A administração destas vacinas é absolutamente contraindicada a pessoas com história de anafilaxia causada por qualquer componente da vacina ou por doses anteriores [1].

Precauções

As precauções para a realização das vacinas covid-19 são: doenças febris agudas, histórico de reações alérgicas, gravidez, amamentação, histórico de trombocitopenia e distúrbios da coagulação, miocardite/pericardite, exacerbações da síndrome de transudação capilar (STC) e doação de sangue, como descritas no **Quadro 4**.

Quadro 4 – Precauções para a realização das vacinas covid-19

Situação	Conduta
Doenças febris agudas	Adiar a vacinação até a resolução do quadro.
Histórico de anafilaxia a outras vacinas ou medicamentos injetáveis	Observar por 30 minutos após a aplicação.Todos os indivíduos devem ser triados para histórico de reações alérgicas graves pré-vacinação e mesmo aqueles sem histórico devem ser monitorados por pelo menos 15 minutos após a vacinação.
Gravidez	A vacina covid-19 recombinante (Serum/Zalika) deve ser realizada apenas quando os potenciais benefícios superarem quaisquer potenciais riscos para a mãe e para o feto e na indisponibilidade de uma vacina RNAm.
Amamentação	A vacina covid-19 recombinante (Serum/Zalika) deve ser realizada apenas quando os potenciais benefícios superarem quaisquer potenciais riscos para a mãe e para o feto e na indisponibilidade de uma vacina RNAm.
Histórico de trombocitopenia e perturbações da coagulação	Devido ao risco de hematomas ou sangramentos, pode-se utilizar agulha com o menor calibre possível e pressionar o local da aplicação durante pelo menos 2 minutos, sem fazer massagem.
Miocardite/pericardite	Embora raro, indivíduos vacinados com vacinas covid-19 RNAm devem ser orientados a procurar atendimento de saúde imediatamente se desenvolverem sintomas como dor no peito de início agudo e persistente, falta de ar ou palpitações nos primeiros dias após a vacinação.Indivíduos que desenvolveram miocardite/pericardite após uma dose da vacina covid-19 RNAm não devem receber doses adicionais de qualquer vacina contra a covid-19, a menos que seja recomendado após criteriosa avaliação médica do benefício-risco da vacinação.
Exacerbações da síndrome de transudação capilar (STC)	Embora raro, indivíduos vacinados com a vacina Spikevax devem ser orientados a procurar atendimento de saúde imediatamente se desenvolverem sinais ou sintomas nos primeiros dias após a vacinação. Os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais e aos sintomas da STC (hipotensão, hipoalbuminemia, edema e hemoconcentração) para o reconhecimento e o tratamento imediatos.Para indivíduos com histórico de STC, o planejamento da vacinação deve ser realizado em colaboração com especialistas médicos.
Doação de sangue	Indivíduos vacinados com vacinas covid-19 RNAm devem aguardar 7 dias após a vacinação para proceder com a doação de sangue.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2024, 2021) [1,2].

Indivíduos após transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH)

Pessoas que realizaram transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) podem perder a imunidade protetora no pós-transplante. Assim, esses indivíduos devem ter seu esquema vacinal refeito, preferencialmente após 6 meses do TCTH. A depender da situação epidemiológica local, a vacinação pode ser antecipada a partir de 3 meses após o transplante. O esquema preconizado é de 3 doses da vacina covid-19 disponível e recomendada para a faixa etária. O intervalo entre a 1ª e a 2ª dose é de 4 semanas, e entre a 2ª e a 3ª dose, de 8 semanas [1].

Administração concomitante com outras vacinas

As vacinas covid-19 não devem ser administradas de forma simultânea à vacina contra a dengue [1]. As demais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação podem ser administradas na mesma ocasião ou com qualquer intervalo de tempo [1]. A administração deve ser feita com seringas e agulhas diferentes em locais anatômicos distintos [3].

Para saber mais sobre as vias, locais e volume máximo de administração parenteral de medicamentos, acesse **aqui.**

Eventos supostamente atribuíveis à vacinação

Todos os eventos supostamente atribuíveis à vacinação (Esavi) graves, raros e/ou inusitados, conglomerados (2 ou mais casos de ESAVI), surtos (aumento da incidência de ESAVI) e erros de imunização (programáticos) deverão ser notificados. Ressalta-se que um ESAVI é qualquer ocorrência médica indesejada (sintoma, doença ou achado laboratorial anormal) em até 30 dias após a vacinação, não tendo necessariamente uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico (imunoglobulinas e soros heterólogos). Não é necessário ter certeza da associação entre o evento e a vacinação; a simples suspeita da associação é suficiente para se realizar uma notificação. A notificação dos casos de Esavi deve ser realizada no sistema de informações **e-SUS Notifica** [1].

Referências

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Estratégia de vacinação contra a covid-19 [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado 21 de janeiro de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/estrategia-de-vacinacao-contra-a-covid-19-2024-2a-edicao.**
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 21 de janeiro 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 21 de janeiro 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.**

Fevereiro de 2025

Qual é o tratamento de gengivoestomatite herpética em crianças?

Autoria
Ingrid da Silva Santos

Revisão Técnica
Simone Perazzoli
Elise Botteselle de Oliveira

O tratamento da gengivoestomatite herpética em crianças é baseado principalmente nas medidas de suporte, que incluem [1–4]:

- **incentivar a ingestão de líquidos e monitorar estado geral de hidratação;**
- **controlar a dor (Quadro 1);**
- **prevenir aderências labiais, aplicando creme barreira (por exemplo, vaselina) nos lábios;**
- **restringir o máximo possível que a criança toque nas lesões ativas para evitar a autoinoculação ou disseminação para outras pessoas;**
- **dar preferência para alimentos frios, líquidos e/ou pastosos.**

Quadro 1 – Analgésicos para crianças com gengivoestomatite herpética

Medicamento e apresentação	Doses e posologia
Ibuprofeno Solução gotas 50 mg/mL Solução gotas 100 mg/mLComprimidos 200, 300, 400 e 600 mg Cápsula gelatinosa 400 e 600 mg	– Lactentes < 6 meses (os dados nessa faixa etária são limitados): 4 a 10 mg/kg/dose, 6/6 h ou 8/8 h, com o máximo de 4 doses ao dia. Dose máxima: 600 mg/dose ou dose diária máxima de 40 mg/kg/dia. – Lactentes ≥ 6 meses e crianças maiores: 5 a 10 mg/kg/dose (1 gota = 5 mg), 6/6 h ou 8/8 h. Dose máxima: 40 mg/kg/dia ou 2.400 mg/dia (o que for menor).
Paracetamol Solução gotas 32 mg/mL Solução gotas 100 mg/mL Solução gotas 200 mg/mL Comprimidos 500 e 750 mg	– Recém-nascidos: 10 a 15 mg/kg, 6/6 h. Dose máxima: 40 mg/kg/dia. – Crianças: 10 a 15 mg/kg/dose, 4/4 h ou 6/6 h, conforme necessário. Dose máxima: 75 mg/kg/dia.

Fonte: TelessaúdeRS (2024), adaptado de Lexicomp, IBM Micromedex, Duncan et al. (2022) e Ministério da Saúde (2022) [5–9].

Estudos demonstraram que iniciar o aciclovir oral nos primeiros 3 a 4 dias de evolução da doença pode reduzir a febre em até 3 dias, reduzir lesões bucais em média de 6 dias e possivelmente encurtar o período de eliminação viral, embora seu impacto em complicações ou recorrências ainda seja incerto [10–12]. O uso de antiviral associado ao tratamento de suporte é recomendado nos seguintes casos [1,4,13]:

- **Crianças imunocompetentes com sinais de desidratação, dificuldade de ingerir líquidos ou dor intensa, com apresentação precoce da doença, dentro de 72 horas do surgimento dos sintomas. São indicativos de sinais de desidratação:** mudança de peso em relação à linha de base, diminuição da produção de urina, taquicardia significativa e/ou um padrão respiratório anormal, como respirações profundas e/ou taquipneia, letargia ou irritabilidade, turgor cutâneo reduzido (4,12–14).
- **Crianças imunocomprometidas independentemente do tempo de evolução dos sintomas [1,4].**

Crianças imunocomprometidas devem receber aciclovir intravenoso ou oral independentemente do tempo de sintomas. A via de administração deve ser definida com base

na imunossupressão, gravidade, risco de disseminação e absorção gastrointestinal. A terapia intravenosa é preferida quando há comprometimento da absorção oral, envolvimento visceral disseminado, como pneumonite, hepatite ou envolvimento do sistema nervoso central (meningite ou encefalite) [1,4,13,15]. A troca para via oral deve ser feita após a melhora clínica, mantendo o uso até a resolução das lesões [1,15].

O tratamento antiviral também pode ser considerado em crianças com doença menos grave, principalmente se frequentarem creches, dentro de 72 horas do surgimento dos sintomas [1,4].

As doses e posologias do aciclovir para tratamento da gengivoestomatite herpética em crianças são apresentadas no **Quadro 2** .

Quadro 2 – Tratamento antiviral para gengivoestomatite herpética em crianças

Medicamento/ apresentação	Dose e posologia
Crianças imunocompetentes	
Aciclovir* Comprimidos 200 e 400 mg	Crianças e adolescentes: 15 mg/kg, 5x/dia, por 5 a 7 dias. Dose única máxima: 200 mg.
Crianças imunocomprometidas	
Aciclovir Intravenoso	Crianças e adolescentes: 30 mg/kg/dia, 8/8 h, por 10 a 14 dias.
Aciclovir* Comprimidos 200 e 400 mg	Bebês e crianças: 20 mg/kg/dia, 6/6 h, por 7 a 10 dias. Adolescentes: 400 mg, 8/8 h, por 5 a 10 dias.

Fonte: TelessaúdeRS (2024), adaptado de Keels e Clements (2025), Neville et al.(2024), Chambers et al. (2023), Lorenz (2025) e Lexicomp [1,3,4,13,15].
*Para crianças incapazes de deglutir o comprimido, o aciclovir pode ser disperso em 50 mL de água e administrado via oral. No Brasil, as opções comercialmente disponíveis (aciclovir 200 e 400 mg) podem ser trituradas e dispersas em água [1,16–21].

O afastamento da criança da creche e da escola não é recomendado na maior parte dos casos, com exceção das crianças que não apresentam controle das secreções orais (intensa salivação) [1,4].

O tratamento ambulatorial é resolutivo na maioria dos casos, mas a internação hospitalar pode ser indicada se o paciente apresentar condições clínicas que aumentam o risco de complicações, como [1,22–25]:

- **incapacidade de hidratação adequada;**
- **crianças imunocomprometidas (crianças vivendo com HIV/aids, receptores de transplante de órgãos sólidos ou de células-tronco hematopoiéticas, diagnóstico de neoplasias malignas e/ou que estão em tratamento antineoplásico, anemia aplástica e hepatite);**
- **eczema herpético;**

- **epiglotite, pneumonite, acometimento do sistema nervoso central (SNC) como meningoencefalite e encefalite pelo vírus herpes simples;**
- **ceratite herpética (principalmente se houver preocupações quanto à adesão ao tratamento);**
- **condições do trato gastrointestinal que cursam com má absorção oral.**

Referências

1. Keels MA, Clements DA. UpToDate. 2025 [citado 4 de fevereiro de 2025]. Herpetic gingivostomatitis in young children. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/herpetic-gingivostomatitis-in-young-children**.
2. Pinto ACG. Odontopediatria. 9 ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2016.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 5 ed. St. Louis: Elsevier; 2024.
4. Chambers TN, Lee YLA, Zuuren EJ van, Randall D. DynaMed. 2023 [citado 4 de fevereiro de 2025]. Oral herpes. Disponível em: **https://www.dynamed.com/condition/oral-herpes**.
5. Lexicomp. UpToDate. [citado 4 de fevereiro de 2025]. Acetaminophen (paracetamol): drug information. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/acetaminophen-paracetamol-drug-information**.
6. Lexicomp. UpToDate. [citado 4 de fevereiro de 2025]. Ibuprofen: drug information. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/ibuprofen-drug-information**.
7. IBM Micromedex. DynaMed. [citado 4 de fevereiro de 2025]. Ibuprofen. Disponível em: **https://www.dynamed.com/drug-monograph/ibuprofen**.
8. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2022.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado 4 de fevereiro de 2025]. Disponível em: **https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf**.
10. Amir J, Harel L, Smetana Z, Varsano I. Treatment of herpes simplex gingivostomatitis with aciclovir in children: a randomised double blind placebo controlled study. BMJ. 21 de junho de 1997;314(7097):1800–1800.
11. Mueller R, Weigand K. The treatment of herpetic gingivostomatitis with acyclovir suspension. Kinderarzt. 1988;19:1189–92.
12. Coppola N, Cantile T, Adamo D, Canfora F, Baldares S, Riccitiello F, et al. Supportive care and antiviral treatments in primary herpetic gingivostomatitis: a systematic review. Clin Oral Investig. 21 de setembro de 2023;27(11):6333–44.
13. Lorenz BD. BMJ Best Practice. 2025 [citado 4 de fevereiro de 2025]. Herpes simplex virus infection. Disponível em: **https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/53**.
14. Somers MJ. UpToDate. 2023 [citado 4 de fevereiro de 2025]. Clinical assessment of hypovolemia (dehydration) in children. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/clinical-assessment-of-hypovolemia-dehydration-in-children**.

15. Lexicomp. UpToDate. [citado 4 de fevereiro de 2025]. Acyclovir (systemic): pediatric drug information. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/acyclovir-systemic-pediatric-drug-information**.

16. Ministério da Saúde. Gov.br. 2025 [citado 4 de fevereiro de 2025]. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Disponível em: **https://www.gov.br/anvisa/pt-br**.

17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gov.br. 2025 [citado 4 de fevereiro de 2025]. Consultas: bulário eletrônico. Disponível em: **https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/**.

18. White R, Bradnam V. Handbook of drug administration via enteral feeding tubes. 3 ed. London: Pharmaceutical Press; 2015.

19. Ribeiro PC, organizador. Manual para administração de medicamentos por acessos enterais. São Paulo: Editora Atheneu; 2014.

20. Hospital Oswaldo Cruz. Manual farmacêutico [Internet]. 6 ed. São Paulo: Hospital Oswaldo Cruz; 2016 [citado 4 de fevereiro de 2025]. Disponível em: **https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/wp-content/uploads/2018/10/manual-farmaceutico-2018-2019.pdf**.

21. Abdalla S, Briand C, Oualha M, Bendavid M, Béranger A, Benaboud S, et al. Population pharmacokinetics of intravenous and oral acyclovir and oral valacyclovir in pediatric population to optimize dosing regimens. Antimicrob Agents Chemother. 2020;64(12):e01426-20.

22. Aslanova M, Ali R, Zito PM. Herpetic gingivostomatitis. Em: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 4 de fevereiro de 2025]. Disponível em: **http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526068/**.

23. Heliotis I, Whatling R, Desai S, Visavadia M. Primary herpetic gingivostomatitis in children. BMJ. 2021;e065540.

24. Mitchell C, Bean B, Gentry S, Groth K, Boen J, Balfour H. Acyclovir therapy for mucocutaneous herpes simplex infections in immunocompromised patients. The Lancet. 1981;317(8235):1389–92.

25. Johnston C, Wald A. UpToDate. 2023 [citado 4 de fevereiro de 2025]. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of herpes simplex virus type 1 infection. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-herpes-simplex-virus-type-1-infection**.

Fevereiro de 2025

Qual é o quadro clínico da esporotricose?

Autoria
Simone Perazzoli
Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Revisão Técnica
Elise Botteselle de Oliveira
Taiane Sawada de Souza
Ana Flor Hexel Cornely

A esporotricose humana pode se manifestar em duas principais formas clínicas: cutânea e extracutânea. O diagnóstico deve ser considerado em diferentes cenários clínicos, conforme apresentado no **Quadro 1** [1–3].

Quadro 1 – Formas clínicas da esporotricose humana

Forma clínica	Descrição
Linfocutânea	A lesão cutânea primária se desenvolve, em média, 3 semanas após a inoculação fúngica e inicia com o aparecimento de pequena pápula ou pústula eritematosa no local da inoculação, chamado de cancro esporotricótico ou de inoculação (**Figura 1**). Tende a aumentar de tamanho em poucas semanas e torna-se nodular. Após alguns dias a semanas, essa lesão é seguida pelo aparecimento de outras lesões papulonodulares, eritematosas distribuídas ao longo dos canais linfáticos, podendo ser ascendentes ou descendentes, dependendo da drenagem regional (**Figura 2**) [4]. As lesões são geralmente assintomáticas ou levemente dolorosas. Pode ocorrer adenopatia regional leve e os sintomas sistêmicos, quando presentes, são geralmente leves [3–5]. A maioria das lesões ocorre nos membros superiores e na face (mais comum em crianças) [1,4,5].
Cutânea fixa	Caracteriza-se pelo surgimento de lesão papulosa ou verrucosa, com ou sem ulceração no ponto de inoculação, que acomete, preferencialmente, a face e tende a ser mais comum em crianças [1,3–5]. Pode ou não ser acompanhada de lesões satélites e não há disseminação linfática durante o curso da doença [4,5] (**Figura 3**).
Cutânea disseminada	Lesões cutâneas disseminadas ocorrem em menos de 5% dos casos e caracterizam-se por múltiplas lesões na pele (pápulas, úlceras, gomas e nódulos), que podem ocorrer por múltiplos traumas ou por disseminação hematogênica a partir do local da inoculação [1,4] (**Figura 4**).
Mucosas	Pode ser primária por inoculação direta (esporotricose mucosa primária – EMP) ou secundária à forma disseminada; a EMP é a mais comum [5]. A mucosa ocular é mais comumente envolvida, seguida da mucosa nasal. Há relatos de lesões em palato, faringe e traquéia [4,5]. A conjuntivite granulomatosa é a manifestação clínica mais frequente, caracterizada por lesões vegetantes na conjuntiva palpebral e/ou bulbar, podendo haver enantema e secreção purulenta. A presença de linfadenopatia satélite, associada à conjuntivite granulomatosa, caracteriza a síndrome oculoglandular de Parinaud, muitas vezes confundida com doença da arranhadura do gato [1,4]. Em casos raros, a infecção pode levar à cegueira total e à enucleação ocular, devido às sequelas de coroidite e endoftalmite, principalmente decorrentes de disseminação hematogênica, sendo mais frequentes em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) [1,4,5].
Osteoarticular	É o segundo local mais frequentemente acometido, após a pele, e pode ser secundário à disseminação sistêmica ou a inoculação direta do fungo [1]. Manifesta-se, principalmente, como monoartrite com edema, derrame sinovial e limitação funcional, podendo afetar joelhos (sítio mais comum), cotovelos, tornozelos ou punhos [5].
Pulmonar	Forma rara [1]. O envolvimento pode ser primário (mais comum), por meio da inalação de conídios do fungo por indivíduos que vivem em zonas endêmicas ou secundária à disseminação hematogênica a partir de foco cutâneo primário [1,4]. O quadro clínico é semelhante ao da tuberculose pulmonar, se manifesta com febre, calafrios, sudorese noturna, perda de peso, mal-estar, tosse, dispneia e, ocasionalmente, hemoptise [1,5]. Alguns indivíduos são oligossintomáticos, apresentando doença limitada ao pulmão, incluindo lesões cavitárias [1]. Linfadenopatia hilar e derrame pleural podem estar presentes [5].
Neurológica / meníngea	Forma extremamente rara, associada à imunossupressão [5]. Ocorre por disseminação sistêmica da esporotricose e pode ocorrer em indivíduos imunocompetentes ou não. As principais manifestações clínicas incluem cefaleia refratária, crises convulsivas, sinais neurológicos focais, ataxia e confusão mental [1].
Disseminada sistêmica	Acontece quando a doença dissemina-se da pele para outros locais do organismo, com comprometimento de vários órgãos e/ou sistemas (pulmão, ossos, fígado). A disseminação hematogênica pode ocorrer, principalmente, em pacientes com imunossupressão [1,3,4,6].

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2024), Kauffman e Miceli (2024), Orofino-Costa et al. (2022), Prasad (2025) e Mahajan (2014) [1,3,4,6,7].

Figura 1 – Cancro de inoculação esporotricótico no dorso da mão direita



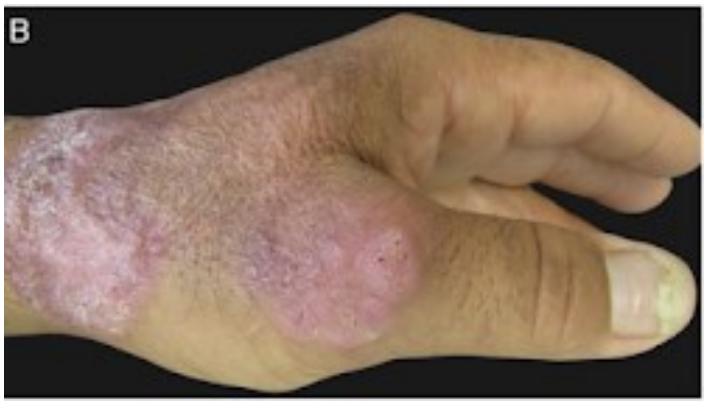
Fonte: Schechtman et al. (2021) [5].

Figura 2 – Nódulos com saída de material seropurulento, pápulo-pústulas no membro superior direito ao longo da cadeia linfática



Fonte: Schechtman et al. (2021) [5].

Figura 3 – Lesão verrucosa no dorso da mão



Fonte: Orofino-Costa et al. (2022) [4].

Figura 4 – Nódulos e úlceras disseminadas em paciente com esporotricose cutânea disseminada



Fonte: Kauffman e Miceli (2024) [3].

A apresentação clínica mais comum da esporotricose é a forma cutânea. A manifestação linfocutânea é responsável por 60 a 70% dos casos, a cutânea fixa por cerca de 25% dos casos e a cutânea disseminada por menos de 5% dos casos. As formas extracutâneas são raras e correspondem a menos de 2% dos casos [1].

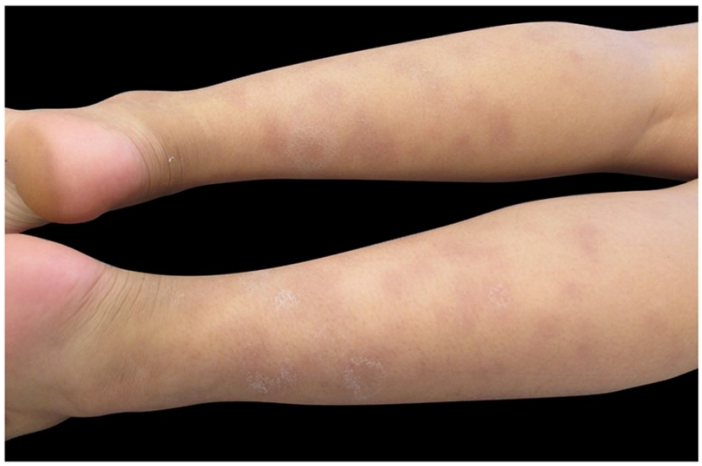
Além das formas clínicas da esporotricose descritas no **Quadro 1**, alguns indivíduos podem apresentar manifestações clínicas imunoalérgicas na pele e nas articulações, resultantes de hipersensibilidade a antígenos fúngicos circulantes [1]. Essas formas de reação foram observadas com mais frequência nas epidemias de esporotricose zoonótica e incluem Síndrome de Sweet (**Figura 5**), eritema nodoso (**Figura 6**), eritema multiforme (**Figura 7**) e artrite reativa (**Figura 8**) [1,4].

Figura 5 – Síndrome de Sweet: placas eritematosas com pseudovesículas nas bordas



Fonte: Orofino-Costa et al. (2022) [8].

Figura 6 – Eritema nodoso: nódulos eritematosos e violáceos



Fonte: Carvalho e Veasey (2020) [9].

Figura 7 – Eritema multiforme: múltiplas lesões em alvo



Fonte: Wetter (2023) [10].

Figura 8 – Esporotricose linfocutânea associado a artrite em interfalangeana proximal do 2º dedo da mão direita



Fonte: Orofino-Costa et al. (2022) [8].

Os principais fatores de risco de evolução para formas graves da esporotricose são: infecção pelo HIV (especialmente imunodeficiência avançada), alcoolismo, diabetes mellitus, DPOC, uso crônico de corticosteroides e uso de imunossupressores sistêmicos [1,2,4,5]. Os pacientes com essas condições tendem a apresentar formas disseminadas da doença, podendo necessitar de períodos mais longos de tratamento [1]. É importante realizar triagem para HIV em indivíduos com diagnóstico de esporotricose, devido ao pior prognóstico da doença em PVHA [2,5]. Além disso, pacientes em uso de imunossupressores devem ser orientados a evitar contato com animais doentes. Indivíduos com indicação de uso de imunobiológicos e com diagnóstico de esporotricose devem postergar o início do tratamento com imunobiológicos [5].

Atualmente, os gatos são os principais transmissores da esporotricose [11], mas outros animais já foram descritos como fontes de infecção, como papagaios e outras aves, esquilos e outros roedores, tatus, peixes, cães e insetos [4,5,8,12]. A transmissão zoonótica ocorre por meio de [1]:

- **arranhaduras, mordeduras ou contato com exsudato de lesões cutâneas de animal infectado;**
- **contato físico direto com animal infectado;**
- **contato com secreções respiratórias (durante episódios de tosse e espirro);**
- **contato indireto com fômites.**

A infecção também pode ocorrer por meio de inoculação traumática do fungo presente no solo, plantas e matéria orgânica em decomposição [1,5]. A lembrança do trauma ocorre em 10% a 62% dos pacientes em diferentes séries relatadas, portanto, a ausência de trauma maior ou lesão penetrante não afasta a suspeita clínica de esporotricose [2,7].

Devido à diversidade de apresentações clínicas, a esporotricose pode ser clinicamente semelhante a muitas outras doenças infecciosas e não infecciosas, tanto tegumentares, quanto sistêmicas [5,6,8]. Os principais diagnósticos diferenciais da esporotricose são apresentados no **Quadro 2**.

Quadro 2 – Diagnóstico diferencial da esporotricose

Doenças infecciosas	Leishmaniose tegumentar, piodermite, doença da arranhadura do gato, nocardiose cutânea, cromomicose, sífilis terciária, rosácea, granuloma anular, pioderma gangrenoso, paracoccidioidomicose, hanseníase, tuberculose cutânea, infecção por micobactérias não tuberculosas (especialmente *Mycobacterium marinum*).
Doenças não infecciosas	Neoplasias (principalmente carcinoma de células escamosas), micose fungoide (linfoma cutâneo de células T), doença de Bowen, lúpus eritematoso, psoríase, sarcoidose, pé musgoso, podoconiose.
Doenças sistêmicas	Artrite, osteomielite, tuberculose pulmonar, lesões tumorais (especialmente nos pulmões e no sistema nervoso central), meningite, outras infecções fúngicas crônicas (especialmente histoplasmose), sarcoidose.

Fonte: TelessaúdeRS (2024), adaptado de Ministério da Saúde (2024), Kauffman e Miceli (2024), Schechtman et al. (2021) e Prasad (2025) [1,3,5,6].

Para mais informações sobre o tratamento da esporotricose na APS, **clique aqui.**

Para mais informações sobre como realizar o diagnóstico da esporotricose cutânea, **clique aqui.**

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde. 6. ed. Vol. 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
2. BMJ Best Practice. Sporotrichosis [Internet]. London: BMJ Publishing Group; 2023 [citado 20 de fevereiro de 2024]. Disponível em: **https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/920**.
3. Kauffman CA, Miceli MH. Clinical features and diagnosis of sporotrichosis [Internet]. UpToDate. 2024 [citado 20 de fevereiro de 2025]. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-sporotrichosis**.
4. Orofino-Costa R, Freitas DFS, Bernardes-Engemann AR, Rodrigues AM, Talhari C, Ferraz CE, et al. Human sporotrichosis: recommendations from the Brazilian Society of Dermatology for the clinical, diagnostic and therapeutic management. An Bras Dermatol. 2022;97(6):757–77.
5. Schechtman RC, Falcão EMM, Carard M, García MSC, Mercado DS, Hay RJ. Esporotricose: hiperendêmica por transmissão zoonótica, com apresentações atípicas, reações de hipersensibilidade e maior gravidade. An Bras Dermatol. 2021;97(1):1–13.
6. Prasad P. Sporotrichosis [Internet]. DynaMed. 2025 [citado 20 de fevereiro de 2025]. Disponível em: **https://www.dynamed.com/condition/sporotrichosis.**
7. Mahajan VK. Sporotrichosis: an overview and therapeutic options. Dermatol Res Pract. 2014;2014:1–13.
8. Orofino-Costa R, Macedo PMD, Rodrigues AM, Bernardes-Engemann AR. Sporotrichosis: an update on epidemiology, etiopathogenesis, laboratory and clinical therapeutics. An Bras Dermatol. outubro de 2017;92(5):606–20.
9. Carvalho GDSM, Veasey JV. Immunoreactive cutaneous sporotrichosis. An Bras Dermatol. 2020;95(6):737–9.
10. Wetter DA. Erythema multiforme: pathogenesis, clinical features, and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2023 [citado 20 de fevereiro de 2025]. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/erythema-multiforme-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis**.
11. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. Nota Técnica no 60/2023-CGZV/DEDT/SVSA/MS. A respeito das recomendações sobre a vigilância da esporotricose animal no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
12. Rossow JA, Queiroz-Telles F, Caceres DH, Beer KD, Jackson BR, Pereira JG, et al. A one health approach to combatting Sporothrix brasiliensis: narrative review of an emerging zoonotic fungal pathogen in South America. J Fungi Basel Switz. 2020;6(4):247.

Março de 2025

Como realizar o tratamento para hepatite C na APS?

Autoria
Ana Flor Hexel Cornely
Augusto Mantovani
Jerônimo De Conto Oliveira

Revisão Técnica
Elise Botteselle de Oliveira
Ana Cláudia Magnus Martins

Todos os pacientes com hepatite C confirmada têm indicação de tratamento antiviral [1].

O tratamento atual é simples, seguro e altamente eficaz, realizado com medicações orais, de fácil posologia e com bom perfil de tolerância, visto que os efeitos adversos graves são raros durante o tratamento [1–3].

No final de 2021, houve a transferência dos medicamentos de hepatites virais para o Componente Estratégico da Atenção Farmacêutica, com o protocolo de dispensação passando a ser semelhante aos tuberculostáticos e antirretrovirais [4].

Os candidatos ao tratamento da hepatite C na Atenção Primária à Saúde (APS) são os pacientes que [5]:

- **não apresentam cirrose (APRI < 1); e**
- **não apresentam coinfecção com hepatite B ou HIV; e**
- **não apresentam doença renal crônica avançada (TFG < 30 mL/min); e**
- **não têm feito uso prévio de antivirais de ação direta (DAA) para hepatite C.**

Pode-se avaliar um paciente com suspeita de cirrose pela morfologia hepática na ultrassonografia de abdome superior e pelo cálculo do escore APRI. **Clique aqui** para fazer o cálculo do escore APRI. O **Quadro 1** descreve a fórmula para o cálculo e a sua interpretação:

Quadro 1 – Cálculo do escore de APRI e interpretação

$APRI = \frac{\frac{Valor\ de\ AST\ (UI/L)}{Limite\ Superior\ Normal\ de\ AST\ (UI/L)}}{Contagem\ de\ Plaquetas\ (10^9)} \times 100$	< 0,5: baixa probabilidade de fibrose hepática F2-F4. < 1,0: baixa probabilidade de cirrose (F4). > 1,5: alta probabilidade de fibrose hepática F3 ou F4. > 2,0: alta probabilidade de cirrose (F4).

Fonte: TelessaúdeRS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2019) [1].

Em locais de difícil acesso à consulta especializada, excepcionalmente, podem ser considerados para tratamento na APS os pacientes com cirrose compensada. Nesses casos, deve ser feita avaliação complementar com albumina, tempo de protrombina e bilirrubinas antes do tratamento, para confirmar que o paciente encontra-se no estágio A de Child-Pugh (**Quadro 2**) [6].

Quadro 2 – Escore Child-Pugh para estadiamento da cirrose

Achado clínico/ laboratorial	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina sérica	< 2,0 mg/dL	2,0 a 3,0 mg/dL	> 3,0 mg/dL
Albumina sérica	> 3,5 g/dL	2,8 a 3,5 g/dL	< 2,8 g/dL
Ascite	Nenhuma	Leve / facilmente controlada	Moderada / mal controlada
Encefalopatia	Ausente	Grau 1 e 2	Grau 3 e 4
Tempo de protrombina (acima do controle) ou RNI	< 4 segundos ou < 1,7	4 a 6 segundos ou 1,7 a 2,3	> 6 segundos ou > 2,3
Classificação de encefalopatia hepática: 1. Consciência normal; alterações de humor e comportamento, confusão leve. 2. Letargia; sonolência, apatia, lentidão nas respostas, desorientação, comportamento inadequado, disartria. 3. Semitorpor; desperta a estímulos verbais e dolorosos, confusão, desorientação grosseira, agitação, agressividade,rigidez muscular. 4. Torpor a coma; irresponsividade a estímulos, resposta flutuante à dor, rigidez muscular. **Resultado:** **Child A:** 5-6 pontos **Child B:** 7-9 pontos **Child C:** 10-15 pontos			

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Goldberg e Chopra (2023) e Ministério da Saúde (2018, 2023) [7–9].

Antes do início do tratamento, deve-se avaliar se há interações relevantes entre os medicamentos em uso pelo paciente e os antivirais. A interação pode ser conferida no Anexo A do **PCDT de hepatite C** ou pelo site da **Universidade de Liverpool**. Quando houver interações importantes com medicamentos que não possam ser suspensos pelo período total do tratamento, o paciente deve ser encaminhado para tratamento na atenção especializada [1,5]. O paciente também deve ser instruído a não iniciar novos medicamentos sem avaliação médica e a evitar a automedicação [1].

A avaliação pré-tratamento inclui os seguintes exames [1,6]:

- **Carga viral do vírus da hepatite C (HCV-RNA medido por PCR) dos últimos 12 meses (clique aqui para acessar o formulário).**
- **Hemograma com plaquetas.**
- **Creatinina.**
- **AST/TGO e ALT/TGP.**
- **Teste rápido para hepatite B ou HBsAg.**

- **B-hCG para mulheres em idade fértil (entre 12 e 49 anos).**

Outros exames podem ser úteis, mas não são essenciais a todos os pacientes para fins do tratamento antiviral [1,3]:

- **Bilirrubinas, tempo de protrombina e albumina:** essenciais em cirróticos.
- **Ultrassonografia de abdome:** recomendada para cirróticos, de forma independente e em paralelo ao tratamento.
- **Testes rápidos ou sorologias para HIV e sífilis.**

Com o surgimento de novas diretrizes internacionais e de novas evidências científicas, a simplificação das etapas de diagnóstico e de tratamento da hepatite C se tornou mandatória. Isso inclui o uso de medicamentos pangenotípicos e a consequente dispensabilidade da genotipagem do vírus da hepatite C para definição de tratamento para pacientes adultos e pediátricos com 12 anos ou mais, ou pesando pelo menos 30 kg. Portanto, o exame de genotipagem ficará reservado somente para pacientes com idade entre 3 e 11 anos e pesando menos de 30 kg [10,11].

Os esquemas terapêuticos indicados para tratamento de HCV na APS estão descritos no **Quadro 3**.

Quadro 3 – Esquemas terapêuticos indicados para adultos e crianças a partir de 12 anos ou pesando pelo menos 30 kg, sem tratamento prévio com antivirais de ação direta (DAA), segundo o tempo de tratamento e condição clínica

Estadiamento hepático	Esquema de tratamento
Escore de APRI < 1	Sofosbuvir 400 mg, 1 comprimido, 1x/dia + daclatasvir 60 mg, 1 comprimido, 1x/dia, por 12 semanas
Escore APRI ≥ 1 e cirrose* compensada (Child A)	Sofosbuvir 400 mg / velpatasvir 100 mg, 1 comprimido, 1x/dia, por 12 semanas

* Pacientes com cirrose ou fibrose hepática avançada (F3) têm indicação de encaminhamento especializado para manutenção do seguimento, mesmo após o tratamento.
Fonte: TelessaúdeRS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2023) [10].

O tratamento deve ser solicitado por meio de **formulário específico** em uma das Unidades de Dispensação de Medicamentos (UDM). Em municípios que não têm UDM cadastrada, a dispensação poderá ser feita nas farmácias municipais vinculadas à UDM. (Para saber mais detalhes no âmbito do estado do Rio Grande do Sul, **clique aqui** e leia a Resolução CIB n. 240/21. O tratamento de até 12 semanas será dispensado todo em uma única vez ao paciente [4].

Os formulários para coleta de carga viral estão disponíveis no ***site*** do Ministério da Saúde. Há disponibilidade de coleta de carga viral de forma descentralizada [12] e diferentes fluxos locais.

Os documentos necessários para retirada dos medicamentos e que devem ser fornecidos ao paciente ou diretamente à UDM são os seguintes [4]:

- **Formulário de Cadastro de Usuário SUS.**
- **Formulário de Solicitação de Medicamentos.**
- **Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS).**
- **Cópia de documento de identificação (RG).**
- **Prescrição médica.**
- **Exame de carga viral (HCV-RNA quantitativo) dos últimos 12 meses.**
- **Teste β-HCG para mulheres em idade fértil (entre 12 e 49 anos), realizado até 15 dias antes da solicitação dos medicamentos.**
- **exames laboratoriais:** hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina sérica.

Não há necessidade de acompanhamento clínico ou laboratorial durante o uso dos medicamentos [1].

A taxa de cura é elevada, acima de 95%. A adesão ao tratamento é o fator primordial para esse sucesso [6]. Deve-se enfatizar que o paciente ingira o antiviral diariamente, sem falhas. Efeitos adversos, quando existentes, são geralmente leves e bem tolerados [1,13]. Os mais comuns são cefaleia, fadiga e náuseas [13], geralmente presentes nos primeiros dias de tratamento e com resolução espontânea. Outros eventos adversos menos comuns, relatados em menos de 5% dos casos, são diarreia, tontura, irritabilidade, sintomas depressivos e prurido, também geralmente autolimitados e sem gravidade [14,15].

Para controle da cura, deve ser solicitada nova carga viral, a ser coletada a partir de 12 semanas após o término do tratamento antiviral. Um resultado negativo (indetectável) após esse intervalo define a resposta virológica sustentada, considerada cura da infecção viral. Caso persista com carga viral detectável, é considerada falha ao tratamento [1,2], e o paciente deverá ser encaminhado à atenção especializada [16].

Após a cura, todos os pacientes com cirrose e/ou fibrose avançada (F3 por biópsia ou elastografia) devem manter acompanhamento regular, preferencialmente em serviço de gastroenterologia ou hepatologia, para a identificação precoce de possíveis quadros de descompensação hepática e carcinoma hepatocelular (CHC) [10]. Os demais pacientes com graus mais leves de fibrose hepática, ou mesmo ausência de fibrose, podem manter o seguimento clínico usual na APS e têm indicação de serem acompanhados regularmente após a cura apenas se apresentarem outros fatores de risco importantes para a doença hepática, como, por exemplo, obesidade, diabetes tipo 2, uso excessivo de álcool, dislipidemia importante e coinfecções com HIV ou HBV [10].

Devem ser encaminhados para atenção especializada (infectologia, serviço de assistência especializada (SAE) ou gastroenterologia), para terapia antiviral, os pacientes que apresentam uma ou mais das seguintes condições [1,16–18]:

- **Suspeita ou diagnóstico de cirrose (preferencialmente agenda de gastroenterologia).**
- **Hepatite crônica por HCV em paciente com hepatocarcinoma (agenda de gastroenterologia).**
- **Coinfecção com HIV.**
- **Coinfecção com hepatite B.**

- **Doença renal crônica com TFG < 30 mL/min/1,73m².**
- **História de tratamento prévio para a hepatite C com DAA*, sem resposta virológica.**
- **Neoplasias (com exceção de câncer de pele não melanoma).**
- **Transplantados em uso de terapia imunossupressora.**
- **Manifestações extra-hepáticas graves (vasculites sistêmicas, glomerulopatias).**
- **Uso de medicamentos com interação significativa com os antivirais.**

*DAA: daclatasvir, ledipasvir, velpatasvir, elbasvir, ombitasvir/veruprevir/ritonavir + dasabuvir, pibrentasvir, simeprevir, glecaprevir, grazoprevir, sofosbuvir.

Os medicamentos utilizados para o tratamento da hepatite C são contraindicados durante a gestação e o aleitamento materno. A gravidez deverá ser evitada durante todo o tratamento contra hepatite C e durante os 6 meses seguintes ao seu término. Se confirmada a gestação durante o tratamento, os antivirais devem ser suspensos [1,19].

Gestantes com HCV devem aguardar após o parto e final do aleitamento para início do tratamento antiviral. Após esse período, se não houver outros critérios de encaminhamento para atenção especializada, o tratamento poderá ser realizado na APS [1,19].

Ser portadora de HCV não contraindica a amamentação, exceto se houver fissuras mamárias. Em caso de fissura mamária, deve ser orientada a interrupção temporária do aleitamento na mama afetada, bem como ordenha e descarte do leite até a cicatrização [1,19].

Não existem medidas preventivas para evitar a transmissão vertical do HCV. Portanto, o recém-nascido exposto deve realizar seguimento no SAE ou infectologia pediátrica, até exclusão da infecção pelo HCV [1,19].

Confira a seguir outros materiais que abordam o tema hepatite C:

- **Qual a conduta após teste rápido positivo para hepatite C?**

Referências:

1. 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. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite C e coinfecções [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado 6 de março de 2025]. Disponível em: **http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c-e-coinfeccoes**.
2. European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu, European Association for the Study of the Liver. EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2018. Journal of Hepatology. agosto de 2018;69(2):461–511.
3. Miller LS, Robson SC, Fedorowicz Z, Ehrlich A. Chronic hepatitis C Infection [Internet]. DynaMed. 2024 [citado 6 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.dynamed.com/condition/chronic-hepatitis-c-infection**.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota Técnica no 319/2020-CGAHV/.DCCI/SVS/MS [Internet]. 2020. Disponível em: **http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-3192020-cgahvdccisvsms**.
5. Kapadia SN, Marks KM. Hepatitis C management simplification from test to cure: a framework for primary care providers. Clinical Therapeutics. 2018;40(8):1234–45.
6. Chopra S, Arora S. Patient evaluation and selection for antiviral therapy for chronic hepatitis C virus infection [Internet]. UpToDate. 2025 [citado 6 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/patient-evaluation-and-selection-for-antiviral-therapy-for-chronic-hepatitis-c-virus-infection**.
7. Goldberg E, Chopra S, Rubin JN. Cirrhosis in adults: overview of complications, general management, and prognosis [Internet]. UpToDate. 2025 [citado 6 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general-management-and-prognosis.**
8. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Portaria no 13, de 13 de março de 2018. Torna pública a decisão de atualizar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para hepatite C crônica e coinfecções, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. [Internet]. mar 13, 2018. Disponível em: **https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_hepatitec_2018.pdf**.
9. 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 6 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/view**.

10. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota Técnica no 280/2023-CGAHV/.DATHI/SVSA/MS. Revoga e substitui as orientações da Nota Técnica no 30/2023-CGAHV/.DVIAHV/SVSA/MS, e atualiza os esquemas terapêuticos disponíveis para tratamento da hepatite C no âmbito do SUS. [Internet]. 2023. Disponível em: **https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-280_2023-revoga-nt-30_2023.pdf/view**.

11. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ofício Circular no 5/2023/CGAHV/.DVIAHV/SVSA/MS [Internet]. Fev 2, 2023. Disponível em: **https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agravos/Hepatite%20C/Publica%C3%A7%C3%B5es/OC05-2023-HCV.pdf**.

12. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ofício no 1747/2020/CGAHV/.DCCI/SVS/MS. Orientações acerca da disponibilização de testes rápidos e carga viral para hepatite C, destinados às ações para a eliminação do agravo em todo o território nacional. [Internet]. Set 28, 2020. Disponível em: **https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_portarias/2020/oficio-no-1747-2020-cgahv-dcci-svs-ms/view**.

13. Pockros PJ. Direct-acting antivirals for the treatment of hepatitis C virus infection [Internet]. UpToDate. 2024 [citado 6 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/direct-acting-antivirals-for-the-treatment-of-hepatitis-c-virus-infection**.

14. Lexicomp. Sofosbuvir and velpatasvir: drug information [Internet]. UpToDate. [citado 6 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/sofosbuvir-and-velpatasvir-drug-information**.

15. Lexicomp. Ledipasvir and sofosbuvir: drug information [Internet]. UpToDate. [citado 6 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.uptodate.com/contents/ledipasvir-and-sofosbuvir-drug-information**.

16. Ministério da Saúde (Brasil). Hepatites virais (B e C) no adulto: diagrama de navegação: unidade de atenção primária [Internet]. Linhas de Cuidado. 2020 [citado 6 de março de 2025]. Disponível em: **https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hepatites-virais/unidade-de-atencao-primaria/**.

17. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, TelessaúdeRS-UFRGS, Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial: gastroenterologia adulto [Internet]. Porto Alegre, RS: TelessaúdeRS-UFRGS; 2023 [citado 6 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Gastroenterologia.pdf**.

18. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, TelessaúdeRS-UFRGS, Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial: infectologia adulto [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2023 [citado 6 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolo_encaminhamento_infectologia_20200213_004.pdf**.

19. 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 prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado 6 de março de 2025]. Disponível em: **https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf**.

Março de 2025

Qual é o tratamento para HIV na gestação?

Autoria
Ana Flor Hexel Cornely

Revisão Técnica
Elise Botteselle de Oliveira
Ana Cláudia Magnus Martins

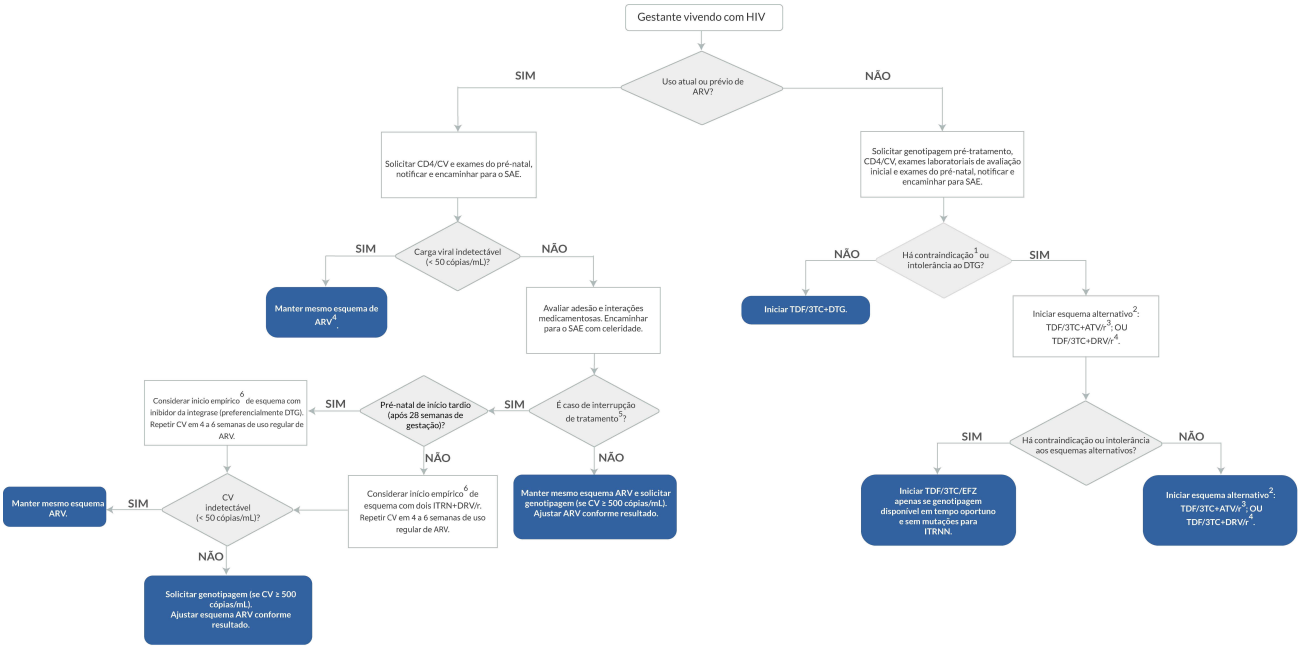
O esquema preferencial para início de tratamento do HIV em gestantes vivendo com HIV (GVHIV) virgens de tratamento é composto por [1,2]:

- **tenofovir (TDF) 300 mg + lamivudina (3TC) 300 mg + dolutegravir (DTG) 50 mg:** 1 comprimido "2 em 1" TDF+3TC e 1 comprimido de DTG, juntos, em dose única diária.

O TDF é contraindicado como terapia inicial em pacientes com disfunção renal pré-existente (TFG < 60 ml/min/1,73 m²). Deve ser usado com precaução em pacientes com osteoporose/osteopenia, hipertensão e diabetes não controladas [1,2]. O DTG é contraindicado em uso concomitante de anticonvulsivantes, como oxcarbazepina, dofetilida ou pilsicainida, ou em casos de intolerância ao DTG [3].

A GVHIV deve ser informada de que as últimas evidências científicas não confirmaram associação do uso do DTG aos defeitos de tubo neural [1,4–8]. Apesar disso, o profissional de saúde deve fornecer as informações de segurança de antirretrovirais na gestação e, após esclarecimento e discussão, a GVHIV pode optar por esquemas de terapia antirretroviral (Tarv) alternativos [1]. A abordagem geral para GVHIV é mostrada na **Figura 1**. Os esquemas alternativos de Tarv são apresentados no **Quadro 1**.

Figura 1 – Fluxograma para definição de TARV na gestante vivendo com HIV



ARV: antirretroviral; ATV/r: atazanavir/ritonavir; CD4: contagem de linfócitos T CD4+; CV: carga viral do HIV; DRV/r: darunavir/ritonavir; DTG: dolutegravir; EFZ: efavirenz; HIV: vírus de imunodeficiência humana; ITRN: inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo; ITRNN: inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo; SAE: serviço de atendimento especializado; Tarv: terapia antirretroviral; TDF/3TC: tenofovir/lamivudina.

[1]São contraindicações ao uso de DTG o uso concomitante com oxcarbazepina, dofetilida e pilsicainida, devido a interações medicamentosas impeditivas. Pacientes em uso dessas medicações devem ser avaliados quanto a possibilidade de troca, a fim de viabilizar o uso do DTG. Pacientes em uso de carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital e aqueles em tratamento de tuberculose com rifampicina devem ajustar a dose do DTG para 50 mg, de 12/12h.

[2]A definição de qual esquema alternativo escolher deve levar em consideração perfil de efeitos adversos, comorbidades e interações medicamentosas, posologia e potência antiviral. O profissional de saúde deve fornecer as informações de segurança de antirretrovirais na gestação e, após o esclarecimento e discussão, a pessoa pode optar por esquemas de TARV alternativos. Na impossibilidade de composição da TARV com esquema preferencial, o caso deve ser discutido em conjunto com especialista.

[3]Importante ressaltar que o ATV/r não deve ser utilizado junto com inibidores da bomba de prótons, pelo risco de redução da eficácia da TARV.

[4]O DRV 800 mg não está recomendado para gestantes, pois há diminuição de seu nível sérico a partir do 2º trimestre. Dessa forma, recomenda-se que mulheres que estejam em uso de DRV 800 mg e engravidarem, ou aquelas com indicação de iniciar DRV durante a gestação devam utilizar a apresentação de DRV 600 mg + RTV 100 mg administrados 2x/dia. Após o parto, avaliar a substituição para DRV 800 mg associado a RTV 100 mg, 1x/dia.

[5]Abandono de tratamento no HIV é definido quando o paciente fica um período maior que 100 dias sem retirada dos antirretrovirais.

[6]Para definir o melhor esquema terapêutico para a gestante em abandono de tratamento, é importante avaliar o histórico de uso de ARV, a resposta viral obtida com cada esquema, a tolerância e a adesão da paciente e os resultados da genotipagem já realizadas, caso existam. Casos de tratamento empírico ou esquemas de resgate devem ser sempre discutidos com especialista.

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

Acesse o fluxograma em alta definição aqui.

Quadro 1 – Esquemas alternativos de TARV para GVHIV virgens de tratamento

<table>
<tr><th colspan="2">Associação de 2 ITRN + 3º ARV</th></tr>
<tr><td>2 ITRN</td><td>3º ARV</td></tr>
<tr><td>Esquema preferencial:
tenofovir (TDF) / lamivudina (3TC)</td><td rowspan="2">– Atazanavir (ATV) 300 mg, 1 x/dia + ritonavir (RTV) 100 mg, 1 x/dia
OU
– Darunavir[1] (DRV) 600 mg, 12/12 h + ritonavir (RTV) 100 mg , 12/12 h</td></tr>
<tr><td>Esquemas alternativos (se contraindicação ao TDF):
1ª opção: zidovudina/lamivudina (AZT/3TC).
2ª opção: abacavir+lamivudina (ABC+3TC)[3].</td></tr>
<tr><td colspan="2">Em situações de contraindicação aos ARV alternativos, ou considerando particularidades do caso:
tenofovir/lamivudina/efavirenz (EFZ) 600 mg/dia[2].</td></tr>
</table>

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Ministério da Saúde (2022) [1].
ARV: antirretroviral; ITRN: inibidores da transcriptase reversa nucleosídeos.
[1] Darunavir (DRV) 800 mg não é recomendado para gestantes, pois há diminuição de seu nível sérico a partir do 2º trimestre. Dessa forma, recomenda-se que a mulher vivendo com HIV que esteja em uso de DRV 800 mg e engravidar, ou aquela com indicação de iniciar DRV durante a gestação, utilize a apresentação de DRV 600 mg + RTV 100 mg, 2x/dia. Após o parto, substituir para DRV 800 mg, 1 x/dia.
[2] O uso de efavirenz (EFZ) durante a gestação está condicionado à sensibilidade demonstrada no exame de genotipagem do HIV pré-tratamento.
[3] O abacavir (ABC) só deve ser utilizado em PVHA que tenham antígeno leucocitário humano HLA-B*5701 negativo. GVHIV que apresentarem contraindicação ao TDF, ainda que realizem a troca da medicação primeiramente pelo AZT, deverão já coletar HLA-B*5701 nesse momento, para possibilitar trocas futuras de forma ágil.

A genotipagem pré-tratamento é indicada para todas as GVHIV virgens de TARV, de forma a orientar o esquema terapêutico. Porém, a TARV poderá ser iniciada na gestante antes mesmo dos resultados dos exames de LT-CD4+, carga viral (CV) e de genotipagem, principalmente nos casos de gestantes que iniciam tardiamente o acompanhamento pré-natal, com o objetivo de alcançar a supressão viral o mais rapidamente possível [2,9].

Manejo inicial da gestante já em uso de Tarv

O manejo da GVHIV em uso atual ou prévio de Tarv é realizado de acordo com a adesão ao tratamento e o resultado da CV:

- **GVHIV em uso regular de Tarv e com CV indetectável (abaixo de 50 cópias/mL):** recomenda-se manter o mesmo esquema de Tarv. As trocas de medicação podem trazer eventos adversos e piora de adesão, associada a escapes virais que, durante a gestação, aumentam o risco de transmissão vertical do HIV. As trocas, nesse cenário, devem ser restritas a situações excepcionais, sempre com avaliação de CV precoce para confirmar o controle viral [1]. Atentar para a necessidade de ajuste da dose de DRV/r em GVHIV. O darunavir (DRV) 800 mg não é recomendado para gestantes, pois há diminuição de seu nível sérico a partir do 2º trimestre. Dessa forma, recomenda-se que a mulher vivendo com HIV que esteja em uso de DRV 800 mg e

engravidar utilize a apresentação de DRV 600 mg + RTV 100 mg, 2x/dia. Após o parto, substituir para DRV 800 mg, 1x/dia [1].

- **GVHIV em uso regular de Tarv e com CV detectável (acima de 50 cópias/mL):** avaliar as possíveis barreiras para adesão, interações medicamentosas e esquemas ARV utilizados previamente. A definição de falha virológica e consequente necessidade de genotipagem para guiar o melhor esquema ARV deve ser feita precocemente. Ressalta-se que, para gestantes em uso de Tarv regular, apenas uma CV detectável (> 500 cópias/mL) já é critério para solicitação de genotipagem. A definição do melhor esquema de tratamento deve ser avaliada no SAE e dependerá do resultado da genotipagem [1].
- **GVHIV em interrupção de Tarv:** realizar avaliação de sintomas e exame físico, investigação de possíveis infecções oportunistas, além de coleta de CV-HIV e de contagem de LT-CD4+. Para mais informações sobre abordagem de PVHA em interrupção de tratamento, clique aqui**.** Para definir qual esquema ARV deve ser reiniciado, é necessário revisar todo o histórico de uso de ARV, a resposta viral obtida com cada esquema, os eventos adversos apresentados previamente, os resultados de genotipagens prévias se existirem, bem como identificar os fatores que estão relacionados à interrupção do tratamento. Nesse caso, recomenda-se iniciar empiricamente Tarv com 2 inibidores da transcriptase reversa nucleosídeos (ITRN) associados a 1 inibidor de protease com reforço de ritonavir (IP/r), preferencialmente esquema de tenofovir/lamivudina 300/300 mg, 1x/dia, associado a darunavir (DRV) 600 mg, 1 comprimido, 12/12 h + ritonavir (RTV) 100 mg, 1 comprimido, 12/12 h. Para aquelas gestantes que iniciam tardiamente o pré-natal (após 28 semanas), deve-se considerar o uso empírico de Tarv com esquemas contendo inibidores da integrase (DTG), a fim de atingir a supressão viral mais rapidamente. Esquemas de tratamento empíricos devem ser sempre discutidos com a atenção secundária, por causa do maior risco de falha aos fármacos. Uma nova CV deve ser coletada após 4 a 6 semanas de uso efetivo de Tarv e, se detectável, é necessária uma coleta de genotipagem para readequação do esquema de tratamento [1,2].

Seguimento da GVHIV

Toda GVHIV em início de tratamento ou após modificação de Tarv deverá ter nova amostra de CV coletada em 2 a 4 semanas.

Caso não tenha ocorrido queda de pelo menos 1 log na CV, avaliar adesão e interação medicamentosa, especialmente quanto à efetividade dos ARV prescritos. Adequar a Tarv de acordo com o resultado do exame de genotipagem pré-tratamento no menor prazo possível [2]. Há indicação de coletar CV a partir da 34ª semana, para auxiliar na definição da via de parto e do uso de profilaxias [2].

A contagem de LT-CD4+ deverá ser realizada na primeira consulta de pré-natal e, pelo menos, a cada 3 meses durante a gestação para GVHIV em início de tratamento. Para GVHIV em seguimento clínico em uso de Tarv, com CV-HIV indetectável, deve-se solicitar contagem de LT-CD4+ juntamente com CV-HIV na primeira consulta e na 34ª semana de gestação [2].

Recomenda-se também a manutenção da Tarv após o parto, independente do status imunológico. O esquema ARV em uso deve, preferencialmente, ser mantido, se a paciente estiver bem adaptada e com carga viral suprimida [2]. O DRV 600 mg, 1 comprimido, 12/12 h, associado ao RTV 100 mg, 1 comprimido, 12/12 h, deve ser trocado para DRV 800 mg, 1x/dia, associado ao RTV 100mg, 1x/dia, no parto ou cerca de 3 semanas após o parto [1]. Trocas para outros esquemas podem ser consideradas se houver eventos adversos ou dificuldade posológica, mas o esquema ARV após o parto sempre deve ser avaliado conforme o histórico prévio de uso de ARV e a genotipagem se disponível [2].

Se for optado por realizar a troca para esquema contendo DTG, todas as seguintes condições devem ser respeitadas [10]:

- **Não ter condições que contraindicam o uso do DTG (intolerância à medicação, ou uso de anticonvulsivantes, como oxcarbazepina, dofetilida ou pilsicainida).**
- **Ter resultado de CV não detectável nos últimos 6 meses.**
- **Não estar em interrupção de tratamento e não ter histórico de falha prévia a outros esquemas ARV.**

O pré-natal deve ser realizado na APS e compartilhado com o Serviço de Atenção Especializada. O objetivo do tratamento é atingir uma CV abaixo de 50 cópias/mL, o que reduziria a chance de transmissão vertical de 30% para 1% [2].

Toda gestante vivendo com HIV deve ser notificada a cada gestação, mesmo que já tenha notificação de HIV ou aids prévia [11]. **Clique aqui** para acessar a ficha de notificação.

Confira outros materiais que abordam o tema HIV:

- **Como iniciar tratamento para HIV na APS?**
- **O que é interrupção de tratamento do HIV e qual a conduta?**
- **Como iniciar tratamento em pacientes com diagnóstico de coinfecção tuberculose-HIV (TB-HIV?)**

Referências:

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota Informativa no 1/2022-CGIST/.DCCI/SVS/MS. Dispõe sobre as recomendações do uso de dolutegravir em gestantes independentemente da idade gestacional e mulheres vivendo com HIV em idade fértil, com intenção de engravidar. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado 11 de março de 2025]. Disponível em: **http://azt.aids.gov.br/documentos/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%2012022-CGIST.DCCI.SVS.MS%20-%20uso%20de%20DTG%20em%20gestantes%20e%20MVHIV.pdf**.

2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado 11 de março de 2025]. Disponível em: **https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf**.

3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ofício Circular no 3/2020/CGAHV/.DCCI/SVS/MS. Atualizar as recomendações sobre a coadministração de dolutegravir (DTG) e medicamentos com potencial interação [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; jan 21, 2020. [citado 11 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.google.com/url?q=https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_portarias/2020/oficio-circular-no-3-2020-cgahv-dcci-svs-ms/view&sa=D&source=docs&ust=1677762811920397&usg=AOvVaw1U3sRpF-lRB96jbp_d_BCN**.

4. Pereira GFM, Kim A, Jalil EM, Fernandes Fonseca F, Shepherd BE, Veloso VG, et al. Dolutegravir and pregnancy outcomes in women on antiretroviral therapy in Brazil: a retrospective national cohort study. Lancet HIV. 2021;8(1):e33–41.

5. Money D, Lee T, O'Brien C, Brophy J, Bitnun A, Kakkar F, et al. Congenital anomalies following antenatal exposure to dolutegravir: a Canadian surveillance study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2019;126(11):1338–45.

6. Zash R, Holmes LB, Diseko M, Jacobson DL, G. Mayondi, J. Mabuta, et al. Update on neural tube defects with antiretroviral exposure in the Tsepamo study, Botswana. Em Berlim: International Aids Society; 2021 [citado 11 de março de 2025]. Disponível em: **https://theprogramme.ias2021.org/Abstract/Abstract/2562**.

7. Panel on Treatment of HIV During Pregnancy and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. 31 de janeiro de 2023 [citado 11 de março de 2025];613. Disponível em: **https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal**.

8. European AIDS Clinical Society. Guidelines: version 11.1. outubro de 2022 [citado 11 de março de 2025];151. Disponível em: **https://www.eacsociety.org/media/guidelines-11.1_final_09-10.pdf.**

9. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Módulo 1: Tratamento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado 11 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/PCDTManejodaInfecopeloHIVemAdultosMdulo1Tratamento.pdf**.

10. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Coordenação de Vigilância das IST, Aids e Hepatites Virais. Nota Informativa no 03/2018 – Covig/CGVP/.DIAHV/SVS/MS. Apresenta as recomendações de substituição (switch) de esquemas de terapia antirretroviral contendo ITRNN ou IP/r por dolutegravir, para pessoas vivendo com HIV com supressão viral maiores de 12 anos de idade. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [citado 11 de março de 2025]. Disponível em: **http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-032018-covigcgvpdiahvsvsms**.

11. Ministério da Saúde (Brasil). Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Gestante HIV+: ficha de investigação. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [citado 11 de março de 2025]. Disponível em: **http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/GestanteHIV/Gestante_HIV_v5.pdf**.

Março de 2025

Como iniciar tratamento em pacientes com diagnóstico de coinfecção tuberculose-HIV (TB-HIV)?

Autoria
Ana Cláudia Magnus Martins
Ana Flor Hexel Cornely

Revisão Técnica
Elise Botteselle de Oliveira

Em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) que nunca utilizaram terapia antirretroviral (Tarv), o tratamento para tuberculose (TB) e a Tarv devem ser iniciados o mais precocemente possível após o diagnóstico, mas não de forma concomitante, para evitar eventos adversos cumulativos das medicações e sintomas da síndrome de reconstituição imune (Siri) [1].

- **PVHA que nunca utilizaram Tarv:** quando o diagnóstico das duas condições for simultâneo, o tratamento para tuberculose deve ser iniciado primeiro [1]. O início precoce de Tarv na população com coinfecção TB-HIV tem impacto significativo na redução de morbimortalidade, além de redução da transmissão do HIV. Após o início do tratamento para TB, a Tarv deve ser iniciada em até 7 dias [1,2], independente da contagem de linfócitos T CD4 (CD4) [3,4]. Para os casos de TB meníngea, recomenda-se que o início da Tarv ocorra, preferencialmente, entre a 4ª e a 6ª semana do início do tratamento da tuberculose, independente da contagem de CD4 [1,2,5], pelo maior risco de Siri. Em locais que têm acesso a consultas especializadas com frequência, pode-se considerar o início mais precoce (após 2 semanas), especialmente em PVHA com linfócitos T CD4 ≤ 50. Em locais de mais difícil acesso a especialistas, o tempo pode ser estendido para até 8 semanas [1,6]. Em todos os casos de tuberculose no sistema nervoso central, está indicada a associação com corticoide (prednisona 1 a 2 mg/kg/dia, por 4 semanas, com posterior redução gradual) [1,7], o que pode minimizar os efeitos inflamatórios da Siri. Recomenda-se a realização da genotipagem do HIV pré-tratamento nos pacientes com coinfecção TB-HIV virgens de tratamento com Tarv, desde que não atrase o início da terapêutica [1,8].
- **PVHA que já faziam uso de Tarv:** deve-se iniciar o tratamento para tuberculose imediatamente, sem indicação de suspensão da Tarv [1]. Contudo deve-se avaliar as interações medicamentosas e a necessidade de troca da Tarv tão logo quanto possível. O uso da rifampicina é contraindicado em concomitância a esquemas antirretrovirais contendo inibidor da protease associado a ritonavir (IP/r) (atazanavir, darunavir ou lopinavir). Esquemas contendo dolutegravir devem ter sua dose aumentada para 50 mg de 12/12h, pois a rifampicina reduz os níveis séricos dessa droga, o que pode levar a falha virológica. Nesses casos, a Tarv deve ser modificada sempre que possível, pois a rifampicina é o principal fármaco para o tratamento da TB e sua utilização deve ser priorizada. Em caso de necessidade de uso de IP/r, deve-se avaliar a possibilidade de manter Tarv na dose habitual e substituir a rifampicina por rifabutina [1,7,8].
- **PVHA que estavam em interrupção de Tarv:** devem primeiramente iniciar o tratamento de TB e respeitar as mesmas recomendações do momento de reinício de antirretroviral (ARV) dos pacientes virgens de tratamento. O esquema de Tarv a ser iniciado deve ser avaliado individualmente, respeitando o histórico de antirretrovirais prévios, registro de falha prévia em genotipagem anterior e as interações medicamentosas [8]. Para saber mais informações sobre como abordar PVHA em interrupção de tratamento, **clique aqui.**

O tratamento de tuberculose pulmonar em PVHA é o mesmo da população geral, composto por [1,7]:

- **fase intensiva, com quatro drogas:** rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol (RHZE, comprimidos em doses fixas combinadas) por 2 meses;
- **fase de manutenção, com duas drogas:** rifampicina/isoniazida (RH) por 4 meses.

As duas fases totalizam 6 meses de tratamento [1,7]. O esquema antirretroviral recomendado em cada situação é exposto no **Quadro 1**.

Quadro 1 – Esquemas antirretrovirais iniciais na coinfecção TB-HIV

PVHA com tuberculose virgens de tratamento para HIV	
Esquema preferencial	Tenofovir 300 mg / lamivudina 300 mg, 1 comprimido, 1x/dia + dolutegravir* 50 mg, 1 comprimido, 12/12 h.
Esquema alternativo	Tenofovir 300 mg / lamivudina 300 mg / efavirenz 600 mg, 1 comprimido, à noite: apenas se houver genotipagem pré-tratamento disponível.
PVHA com tuberculose com histórico ou uso atual de Tarv	
Adequar Tarv conforme histórico de uso de ARV e genotipagem prévia (se disponível).	
PVHA em interrupção de tratamento (exceto pacientes com esquema de resgate por falha prévia documentada)	Tenofovir 300 mg / lamivudina 300 mg, 1 comprimido, 1x/dia + dolutegravir 50 mg, 1 comprimido, 12/12 h.
PVHA em uso de Tarv com esquemas TDF/3TC + DTG ou TDF/3TC/EFZ, sem história de falha prévia ou uso de esquemas ARV de resgate	Podem ter seu esquema ARV mantido. Porém, para pessoas em uso de DTG, a dose do DTG deve ser aumentada para 50 mg, 12/12 h, durante o tratamento de TB.
PVHA em uso de esquemas de resgate ou esquemas ARV contendo IP/r	Deve-se avaliar a possibilidade de substituição do IP/r, baseada no histórico de uso de Tarv, nas genotipagens e nas falhas ou intolerâncias prévias. Em caso de impossibilidade, pode ser necessário uso de esquema de tratamento de TB contendo rifabutina.

Fonte: TelessaúdeRS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2019, 2023) [6,8,9].
ARV: antirretroviral; DTG: dolutegravir; EFZ: efavirenz; IP/r: inibidor da protease associado a ritonavir; PVHA: pessoas vivendo com HIV/aids; Tarv: terapia antirretroviral; TB: tuberculose; TDF: tenofovir; 3TC: lamivudina.
* O uso de oxcarbazepina, dofetilida ou pilsicainida é contraindicado em conjunto com DTG, portanto deve ser avaliada a possibilidade de troca dessas medicações a fim de viabilizar o uso do DTG. Caso não seja possível, o DTG não deve ser coadministrado com esses medicamentos e um esquema ARV alternativo deve ser iniciado.

Após 15 dias da conclusão do tratamento para tuberculose, deve ser feito o ajuste da dose para TDF/3TC + DTG 50 mg, 1x/dia, nos pacientes virgens de tratamento e naqueles que já estavam em uso de DTG previamente. Pacientes que estavam em uso de TDF/3TC/EFZ podem ter seu esquema modificado para TDF/3TC+DTG, desde que tenham carga viral indetectável nos últimos 6 meses e não tenham falha virológica prévia, respeitando-se também as contraindicações ao uso de DTG (intolerância à medicação ou uso dos anticonvulsivantes oxcarbazepina, dofetilida

ou pilsicainida) [8,9]. Para os pacientes com histórico de tratamentos prévios que estejam em uso de outros esquemas ARV, deve-se avaliar o caso, sempre respeitando o histórico de uso de Tarv e o risco de resistência [8].

Todos os casos de coinfecção TB-HIV têm indicação de encaminhamento ao Serviço de Atenção Especializada (SAE) [10]. Recomenda-se a realização de tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose, que deve ser realizado de forma compartilhada entre o SAE e a Atenção Primária à Saúde [1].

Confira outros materiais que abordam o tema tuberculose:

- **Como iniciar tratamento de tuberculose (TB) pulmonar na APS?**
- **O que é abandono do tratamento da tuberculose ativa (TB) e latente (ILTB) e qual a conduta?**

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Módulo 1: Tratamento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado 11 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/PCDTManejodaInfecopeloHIVemAdultosMdulo1Tratamento.pdf**.

2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Circuito rápido da aids avançada: fluxogramas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: **https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/circuito-rapido-da-aids-avancada-fluxogramas.pdf/view**.

3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Técnica no 534/2022-CGAHV/DCCI/SVS/MS. Dispõe do reforço na recomendação de início imediato de terapia antirretroviral para adultos vivendo com HIV/aids, independente do estágio clínico/imunológico. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: **https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/2022/variola-dos-macacos/notas-informativas/nota-tecnica-no-534-2022-cgahv-dcci-svs-ms/view**.

4. European AIDS Clinical Society. Guidelines: version 11.1. outubro de 2022 [citado 11 de março de 2025];151. Disponível em: **https://www.eacsociety.org/media/guidelines-11.1_final_09-10.pdf**.

5. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: **https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593**.

6. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Módulo 2: coinfecções e infecções oportunistas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado 11 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/PCDTManejodaInfecopeloHIVemAdultosMdulo2Coinfeces.docx.pdf**.

7. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: **https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf**.

8. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ofício Circular no 47/2019/CGAHV/.DCCI/SVS/MS. Substituição do ofício circular no 46/2019/CGAHV/DCCI/SVS/MS – Ampliação do uso de dolutegravir (DTG) 50mg 2x/dia para paciente com coinfecção tuberculose e HIV em uso de rifampicina. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: **https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-informativas/2019/oficio-circular-no-47-2019-cgahv-dcci-svs-ms/view**.

9. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde, Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Relatório de recomendação Conitec: dolutegravir para o tratamento de pacientes coinfectados com HIV e tuberculose [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado 11 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2019/relatorio_dolutegravir_hiv_tb_cp_49_2019.pdf**.

10. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, TelessaúdeRS-UFRGS. Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial: infectologia adulto [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2023 [citado 11 de março de 2025]. Disponível em: **https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolo_encaminhamento_infectologia_20200213_004.pdf**.