



Protocolos de encaminhamento para Infectologia Adulto

O protocolo de Infectologia foi publicado conforme resolução CIB/RS 764/2014. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Infectologia Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, deve ser descrito quando realizado pelo paciente e sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.

Pacientes com suspeita de neurosífilis ou tuberculose extrapulmonar devem ter preferência no encaminhamento ao infectologista quando comparados com outras condições clínicas. Pacientes com HIV com imunossupressão grave ou moderada e/ou CD4 menor que 200 céls/mm³ devem ter prioridade muito alta no acesso ao Serviço de Assistência Especializada em HIV (SAE) quando comparado a outros pacientes com HIV.

É importante atentar para os fluxos locais de encaminhamento, já que muitos casos podem ser referenciados para Serviço de Assistência Especializada (SAE), Tisiologia ou Infectologia, a depender do fluxo municipal. Os ambulatórios de Infectologia são, em geral, reservados para casos de alta complexidade (serviços terciários) ou para quando o SAE de referência não for resolutivo.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em 10 de setembro de 2015.

1ª revisão em 01 de março de 2016.

2ª revisão em 06 de fevereiro de 2020.

Supervisão Geral:

Arita Bergmann

Coordenação:

Roberto Nunes Umpierre

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização e Edição:

Ana Cláudia Magnus Martins

Elise Botteselle de Oliveira

Rudi Roman

Autores:

Ana Cláudia Magnus Martins

Ana Flor Hexel Cornely

Dimitris Rucks Varvaki Rados

Elise Botteselle de Oliveira

Jerônimo De Conto Oliveira

Juliana Keller Brenner

Ligia Marroni Burigo

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Rudi Roman

Revisão Técnica:

Camila Finger Viecelli

Maria Letícia Ikeda

Colaboração:

Aline Coletto Sortica

Carla Adriane Jarczewski

Fernanda Chmelnitsky Wainberg

Jane Medianeira Santos Hoch

José Inácio Lermen

Lenita Diacui Simões Krebs

Marina Gabriela Prado Silvestre

Maurício Vieira Rodrigues

Sandra Jaqueline Diniz Cruz

Coordenação Estadual de IST/Aids – SES/RS

Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS

Normalização:

Angélica Dias Pinheiro

Geise Ribeiro da Silva

Rosely de Andrade Vargas

Diagramação:

Lorenzo Costa Kupstaitis

TelessaúdeRS-UFRGS 2020

Porto Alegre – RS.



Protocolo 1 – Tuberculose

A tuberculose é uma doença de notificação compulsória.

Estes critérios de encaminhamento são para localidades onde o diagnóstico e tratamento de tuberculose é realizado na Atenção Primária à Saúde (APS). Nas demais localidades, encaminhar casos suspeitos ou já com diagnóstico para avaliação em serviço de referência em Tisiologia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- derrame pleural agudo, sem diagnóstico;
- suspeita de tuberculose meningea;
- sinais clínicos de descompensação aguda de quadro pulmonar (pneumotórax/hidropneumotórax, hemoptise maciça).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de referência em Tisiologia:

- suspeita clínica ou radiológica de tuberculose, porém com BAAR negativo;
- suspeita ou diagnóstico de tuberculose extrapulmonar;
- dúvida sobre a necessidade de prolongamento ou troca de esquema tuberculostático padrão;
- coinfeção HIV e tuberculose¹ (quando o SAE não trata a coinfeção);
- necessidade de tratamento com esquema especial (por resistência medicamentosa evidenciada em cultura/teste de sensibilidade, efeitos adversos ou comorbidades que justifiquem tratamentos especiais (hepatopatia crônica, doença renal crônica)²;
- necessidade de tratamento para Micobactéria não tuberculosa².

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Infectologia:

- suspeita ou diagnóstico de tuberculose extrapulmonar na impossibilidade de acompanhamento ou resolução no serviço de Tisiologia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de 2 coletas de BAAR ou teste rápido molecular (quando disponível);
3. resultado de cultura com teste de sensibilidade aos fármacos, se indicado e quando disponível;
4. resultado de exame de imagem de tórax com data;
5. paciente apresenta HIV (sim ou não);
6. paciente necessita tratamento com esquema especial (sim ou não). Se sim, descreva o motivo;
7. se dúvida sobre prolongamento do tratamento padrão, descreva o motivo;
8. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Paciente com coinfeção HIV e tuberculose deve ser encaminhado para Serviço de Assistência Especializada (SAE) para tratamento da infecção pelo HIV.

² Essas condições clínicas devem ser avaliadas inicialmente em serviço de tisiologia, que poderá encaminhar para serviço de referência do Estado (Hospital Sanatório Partenon), quando apropriado.



Protocolo 2 – Toxoplasmose

Apenas toxoplasmose gestacional e congênita são doenças de notificação compulsória.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- pacientes imunossuprimidos com sintomas de toxoplasmose aguda/reactivada;
- pacientes com suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oftalmologia:

- pacientes com toxoplasmose ocular que necessite acompanhamento ambulatorial, após avaliação inicial com oftalmologista na emergência.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco ou Medicina Fetal):

- gestantes com suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose na gestação (ver [quadro 1](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Assistência Especializada (SAE) ou Infectologia (quando o SAE de referência não tratar essas condições):

- pacientes com HIV/aids com toxoplasmose em órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite) após avaliação e tratamento inicial em serviço hospitalar ou de urgência/emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas, descrever lesões em órgão alvo;
2. resultado de sorologia (IgM e IgG), com data;
3. se mulher em idade fértil, descrever se paciente é gestante (sim ou não);
4. se paciente gestante, descrever idade gestacional, resultado de avidéz ao IgG (se indicado e disponível), com data, resultado de ecografia obstétrica (se realizado), com data, descrição de tratamento atual e prévio realizado para toxoplasmose (incluindo tempo de uso);
5. paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, causa da imunossupressão;
6. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 3 – Linfonomegalia / Esplenomegalia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Onco-hematologia (preferencialmente) ou Hematologia:

- linfonomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência;
- linfonomegalia com esplenomegalia, sem provável causa infecciosa.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para biópsia de linfonodo (especialidades diversas, conforme principal suspeita clínica e disponibilidade de referência regional) ou Cirurgia Geral:

- linfonomegalia supraclavicular;
- linfonomegalia persistente (≥ 2 cm) por 8 semanas sem causa definida;
- linfonomegalia com sintomas/sinais de gravidade: linfonomegalia indolor, endurecida e aderida a tecidos subjacentes e/ou sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento) sem indicação de internação/emergência.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina Interna (preferencialmente) ou Hematologia:

- esplenomegalia não associada à hepatopatia crônica ou quadro infeccioso.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- esplenomegalia associada à hepatopatia crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Infectologia:

- suspeita de tuberculose extrapulmonar na impossibilidade de diagnóstico (biópsia de linfonodo) na APS ou no serviço de tisiologia;
- suspeita ou diagnóstico de infecção por Micobactéria não tuberculosa¹, na impossibilidade de resolução no serviço de tisiologia;
- suspeita ou diagnóstico de infecção fúngica (histoplasmose e paracoccidiomicose).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Torácica:

- linfonomegalia mediastinal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (exame físico abdominal, sintomas constitucionais e outras alterações relevantes);
2. características do(s) linfonodo(s) (tamanho, localização, consistência, fixação a planos profundos e tempo de evolução do quadro);
3. resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia, quando presente), com data;
4. resultado dos exames, quando indicado, com data: anticorpo IgM e IgG para toxoplasmose, Monoteste ou EBV-VCA IgM e IgG, anticorpo IgM e IgG citomegalovírus, prova tuberculínica, Raio-X de tórax, anti-HIV ou teste rápido para HIV, anti-HCV, HbsAg, VDRL;
5. resultado de exame de imagem abdominal, com data (se realizado);
6. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Essas condições clínicas devem ser avaliadas inicialmente em serviço de tisiologia, que poderá encaminhar para serviço de referência do Estado (Hospital Sanatório Partenon), quando apropriado.



Protocolo 4 – Condiloma acuminado, verrugas virais e molusco contagioso

Não há indicação de encaminhamento de pacientes com quadro exclusivo de condiloma acuminado ou verrugas virais para o Infectologista.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- verruga viral / condiloma acuminado (verruga genital ou perianal) ou molusco contagioso:
 - em paciente imunocomprometido, refratária ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões; ou
 - em paciente imunocompetente, refratária ao tratamento por pelo menos 3 meses; ou
 - lesões faciais (exceto verrugas planas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou muito numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou muito numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- pacientes com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou muito numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- gestante com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas – maiores que 20 cm²);
- gestante com condiloma acuminado no canal vaginal ou colo uterino.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição da lesão (incluir características morfológicas da lesão, localização, número, tempo de evolução, extensão e toque retal quando condiloma anorretal);
2. resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
3. tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração, número de aplicações, se ácido tricloroacético, com data);
4. se mulher em idade fértil, trata-se de gestante? (sim ou não);
5. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Atenção: é de boa prática investigar outras DSTs (sífilis, HIV, hepatite B e C) em pessoas que apresentam condiloma acuminado.



Protocolo 5 – Sífilis

Todas as formas de sífilis (adquirida, gestacional e congênita) são doenças de notificação compulsória.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- paciente com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos; ou
- pacientes com suspeita de neurosífilis por evidência de sífilis terciária ativa (gomas sífilíticas, periostite, artrite ou aortite).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Infectologia:

- paciente imunocompetente com suspeita laboratorial de neurosífilis (ver [quadro 2](#)); ou
- paciente com coinfeção HIV e sífilis com suspeita ou diagnóstico de neurosífilis (após avaliação em serviço de emergência, se necessário, ver [quadro 2](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de teste não-treponêmico (VDRL ou RPR), com data;
3. resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
4. tratamento realizado para sífilis (descrever medicamentos, duração);
5. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Atenção: é de boa prática investigar outras DSTs (HIV, hepatite B e C) em pessoas que apresentam diagnóstico de sífilis. Além disso, descartar gravidez em todas as mulheres em idade fértil com possibilidade de gestação, a fim de realizar tratamento e monitoramento precoce.



Protocolo 6 – HIV

A infecção pelo HIV é uma doença de notificação compulsória.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- paciente com sinais ou sintomas compatíveis com doenças oportunistas agudas graves (déficit neurológico focal novo, amaurose aguda, sinais meníngeos, insuficiência respiratória aguda, febre persistente, sinais de sepse não controlada).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids (SAE) ou Infectologia (quando não houver SAE de referência ou o SAE não tratar estas condições):

- imunodeficiência avançada ou moderada e/ou $CD4 < 200$ céls/mm³ (inclui pacientes com doenças definidoras de aids e doenças oportunistas, ver [quadro 3](#) e [quadro 4](#));
- neoplasia não definidora de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia;
- contraindicação ao esquema antirretroviral de primeira linha (por resistência evidenciada em genotipagem, histórico de uso prévio de esquema de segunda ou terceira linha, comorbidades ou interações medicamentosas);
- falha terapêutica comprovada após trabalhada a adesão;
- intolerância ao esquema antirretroviral de primeira linha por efeitos adversos, após tentativa de manejo do efeito adverso;
- coinfeção com vírus da Hepatite C ou B;
- coinfeção com tuberculose¹ ou indicação de ILTB com rifampicina ([quadro 5](#));
- suspeita ou diagnóstico de neurosífilis (após avaliação em serviço de emergência, se necessário) (ver [quadro 2](#) para recomendação de punção líquórica em pessoas coinfectadas com sífilis e HIV);
- pessoa com HIV e comorbidades graves como:
 - doença renal crônica (TFG < 60 ml/min/1,73m² ou proteinúria); ou
 - cardiomiopatia (insuficiência cardíaca classe III e IV, cardiomiopatia isquêmica, outras cardiomiopatias); ou
 - alterações neurológicas ou psiquiátricas – quadros demenciais, depressão grave, transtorno de humor bipolar, esquizofrenia, outras condições neurológicas ou psiquiátricas incapacitantes ou de difícil manejo medicamentoso por interações com a TARV;
- gestantes (cuidado compartilhado entre atenção básica e SAE);
- mulheres em idade fértil com plano de gestar;
- crianças;
- preocupação do paciente relativa ao sigilo da doença e local de atendimento na atenção primária à saúde (após explicado sobre questões éticas e reforçado o ambiente de segurança da unidade de saúde).

¹ Paciente com coinfeção HIV e tuberculose deve ser encaminhado para serviço de referência em Tisiologia para tratamento da tuberculose.



Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- gestante com HIV/aids (somente se SAE de referência não trata gestantes).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. presença de doença definidora de aids ou de imunossupressão moderada (sim ou não). Se sim, qual?
3. resultado de CD4 e carga viral, com data;
4. terapia antirretroviral em uso (sim ou não). Se sim, descreva;
5. apresenta condição que indique acompanhamento em serviço especializado? (sim ou não). Se sim, descreva qual e exames comprobatórios, se indicado;
6. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 7 – Hepatite B

A infecção por hepatite B é uma doença de notificação compulsória.

Atentar para fluxos regionais específicos dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em hepatites.
Paciente com suspeita de cirrose deve ser encaminhado preferencialmente para Gastroenterologia.

Pacientes com hepatite B aguda podem ser acompanhados na Atenção Primária, a menos que apresente sinais de gravidade como encefalopatia, coagulopatia (INR acima de 1,5) ou icterícia persistente por mais de quatro semanas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Assistência Especializada (SAE) ou Infectologia (quando o SAE de referência não tratar essas condições):

- hepatite crônica por vírus B (HBV) (ver [quadro 6](#)), sem suspeita de cirrose;
- coinfeção HBV e HIV;
- gestantes com HBsAg ou teste rápido para HBV reagentes.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- hepatite crônica por vírus B (HBV) (ver [quadro 6](#)) com suspeita ou diagnóstico de cirrose (ver [quadro 7](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado de HBsAg, com data;
2. resultado de exames de aminotransferases e plaquetas, com data;
3. suspeita ou diagnóstico de cirrose (sim ou não). Se sim, descrever os achados ou exames que indicam a suspeita ou o diagnóstico;
4. resultado do exame anti-HIV, com data;
5. ecografia abdominal (se realizada), com data;
6. sinais e sintomas (se presentes);
7. se gestante, informar idade gestacional;
8. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

Atenção: é de boa prática investigar outras DSTs (HIV, sífilis e hepatite C) em pessoas que apresentam diagnóstico de hepatite B.



Protocolo 8 – Hepatite C

A infecção por hepatite C é uma doença de notificação compulsória.

Atentar para fluxos regionais específicos dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em hepatites.
Paciente com suspeita de cirrose deve ser encaminhado preferencialmente para Gastroenterologia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Atendimento Especializado (SAE) ou Infectologia (quando o SAE de referência não tratar essas condições):

- pacientes com coinfeção HCV e HIV;
- hepatite crônica por HCV sem suspeita de cirrose;
- hepatite aguda por HCV;
- gestante com hepatite C.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- hepatite crônica por vírus C (HCV) com suspeita ou diagnóstico de cirrose (ver [quadro 6](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado do exame anti-HCV ou teste rápido para hepatite C, com data;
2. resultado da carga viral (PCR quantitativo do RNA-HCV), com data;
3. resultado de exames de aminotransferases e plaquetas, com data;
4. há suspeita ou diagnóstico de cirrose (sim ou não)? Se sim, descrever os achados ou exames que indicam a suspeita ou o diagnóstico;
5. resultado do exame anti-HIV, com data;
6. se suspeitar de infecção aguda, descrever data, forma de contágio e como foi feita a suspeita diagnóstica;
7. ecografia abdominal, com data (se realizada);
8. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/222346/4212728/Protocolo+clinico+infecções+sexualmente+transmissíveis+IST-2019.pdf/e1f39137-733b-4b45-a2dd-d95bb9e08df8>. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série B – Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf. Acesso em: 16 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites virais: o Brasil está atento**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série B – Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento_3ed.pdf. Acesso em: 16 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle de tuberculose no Brasil**. 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 16 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite B e coinfeções**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [Atualizado em 22 maio 2018]. Disponível em

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-b-e-coinfeccoes>. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite C e coinfeções**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. [Atualizado em 18 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c-e-coinfeccoes>. Acesso em: 18 dez. 2019.

CARUSI, D. A. **Condylomata acuminata (anogenital warts): treatment of vulvar and vaginal warts**. Waltham (MA): UpToDate Inc., mar. 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-treatment-of-vulvar-and-vaginal-warts?search=condylomata-acuminata-anogenital-warts-in-adults&source=search_result&selectedTitle=3~80&usage_type=default&display_rank=3. Acesso em: 16 dez. 2019.



DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (ed.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FERREIRA, S. R. S.; GLASENAPP, R.; FLORES, R. (org.) **Tuberculose na atenção primária à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2015.

FLETCHER, R. H. **Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults**. Waltham (MA): UpToDate Inc., 06 feb. 2018. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-peripheral-lymphadenopathy-in-adults>. Acesso em: 16 dez. 2019.

GANDHI, R. T. **Toxoplasmosis in HIV-infected patients**. Waltham (MA): UpToDate Inc., maio 2019. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-in-hiv-infected-patients>. Acesso em: 13 dez. 2019.

GOLDBERG, E.; CHOPRA, Sanjiv. **Cirrhosis in adults: overview of complications, general management, and prognosis**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., nov. 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general-management-and-prognosis?search=cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general%20managementandprognosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 13 dez. 2019.

GOROLL, A. H.; MULLEY JR, A. G. **Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

HICKS, C. B.; CLEMENT, M. **Pathogenesis, clinical manifestations, and treatment of early syphilis**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., Oct. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/syphilis-epidemiology-pathophysiology-and-clinical-manifestations-in-hiv-uninfected-patients#!>. Acesso em: 18 dez. 2019.

LONGO, D. L.; et al. **Manual de medicina de Harrison**. 18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. V. 2.

MARRA, C. M. **Neurosyphilis**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., dec. 2018. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/neurosyphilis?source=search_result&search=Neurosyphilis&selectedTitle=1~48. Acesso em: 13 dez. 2019.

PAPADAKIS, M. M.; MCPHEE, S. J.; RABOW, M. W. (org.). **Current: medical diagnosis & treatment**. 5. ed. New York: McGraw-Hill, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde, Coordenação Estadual de IST/AIDS, Coordenação Estadual de Atenção Básica. **Linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e outras infecções sexualmente transmissíveis**. 2. ed. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2018. Disponível em: <http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Linha-de-Cuidado-E-book.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2020.

TOLENTINO, M.; PETERSEN, E. **Toxoplasmosis in immunocompetent hosts**. Waltham (MA): UpToDate Inc., 9 dez. 2019. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-in-immunocompetent-hosts>. Acesso em: 16 dez. 2019.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

Anexos

Quadro 1 – Sorologia: situação e interpretação (considerar sorologias prévias para auxiliar na interpretação diagnóstica, início de tratamento e indicação de encaminhamento)

SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO / CONDUTA	
	IgG	IgM		
Primeira sorologia	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com infecção passada.	Não é necessário repetir sorologia. Manter pré-natal na APS.
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Orientar medidas de prevenção. Repetir sorologia no próximo trimestre. Manter pré-natal na APS.
	Positiva	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação	Solicitar teste de Avidéz ao IgG. Iniciar tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco. Notificar.
	Negativa	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação ou IgM falso positivo	Repita sorologias em 03 semanas. Iniciar tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco Notificar.
Amostras subsequentes na gestante inicialmente suscetível (com IgG - / IgM -)	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com infecção passada.	
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	
	Positiva	Positiva	Infecção durante a gestação.	Iniciar tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco. Notificar.
	Negativa	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação ou IgM falso positivo.	Repita sorologias em 03 semanas. Iniciar tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco. Notificar.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020).

**Quadro 2 – Critérios que indicam punção líquórica em pessoas com infecção por sífilis**

Critério	Conduta recomendada
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos; ou 	Avaliação em serviço de urgência/emergência
<ul style="list-style-type: none"> • Evidência de sífilis terciária ativa (gomias sífilíticas, periostite, artrite ou aortite); ou 	
<ul style="list-style-type: none"> • Falha ao tratamento clínico adequado, sem reexposição sexual*: <ul style="list-style-type: none"> - Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e latente recente) ou 12 meses (sífilis latente tardia) após o tratamento adequado (ex. de 1:32 para 1:8); ou - Aumento da titulação em duas diluições em qualquer momento do seguimento (ex. de 1:16 para 1:64); ou - Persistência ou recorrência de sinais ou sintomas de sífilis. 	Avaliação ambulatorial para investigação de neurosífilis

*Para PVHIV, a punção lombar está indicada após falha ao tratamento, independentemente da história sexual.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020).

Quadro 3 – Manifestações de imunodeficiência avançada (doença definidora de aids)

<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome consumptiva associada ao HIV (perda involuntária de mais de 10% do peso habitual) associada à diarreia crônica (dois ou mais episódios por dia com duração > 1 mês) ou fadiga crônica e febre > 1 mês • Pneumonia por Pneumocystis jirovecii • Pneumonia bacteriana recorrente (dois ou mais episódios em um ano) • Herpes simples com úlceras mucocutâneas (duração > 1 mês) ou visceral em qualquer localização • Candidíase esofágica ou de traqueia, brônquios ou pulmões • Tuberculose extrapulmonar • Sarcoma de Kaposi • Doença por citomegalovírus (retinite ou outros órgãos, exceto fígado, baço ou linfonodos) • Neurotoxoplasmose • Encefalopatia pelo HIV • Criptococose extrapulmonar • Infecção disseminada por micobactérias não M. tuberculosis • Leucoencefalopatia multifocal progressiva • Criptosporidiose intestinal crônica (duração > 1 mês) • Isosporíase intestinal crônica (duração > 1 mês) • Micoses disseminadas (histoplasmose, coccidioidomicose) • Septicemia recorrente por Salmonella não thyphi • Linfoma não-Hodgkin de células B ou primário do sistema nervoso central • Carcinoma cervical invasivo • Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e /ou miocardite) • Leishmaniose atípica disseminada • Nefropatia ou cardiomiopatia sintomática associada ao HIV

Fonte: Ministério da Saúde (2018).



Quadro 4 – Manifestações de imunodeficiência moderada

- Perda de peso inexplicada (> 10% do peso)
- Diarreia crônica por mais de um mês
- Febre persistente inexplicada por mais de um mês (>37,6 °C, intermitente ou constante)
- Candidíase oral persistente
- Candidíase vulvovaginal persistente, frequente ou não responsiva à terapia
- Leucoplasia pilosa oral
- Tuberculose pulmonar
- Infecções bacterianas graves (por ex: pneumonia, empiema, meningite, piomiosite, infecções osteoarticulares, bacteremia, doença inflamatória pélvica grave)
- Estomatite, gengivite ou periodontite aguda necrosante
- Anemia inexplicada (<8 g/dL), neutropenia (<500 céls/μL) e/ou trombocitopenia crônica (<50.000 céls/ μL)
- Angiomatose bacilar
- Displasia cervical (moderada ou grave)/carcinoma cervical in situ
- Herpes zoster (> 2 episódios ou > 2 dermatomas)
- Listeriose
- Neuropatia periférica
- Púrpura trombocitopênica idiopática

Fonte: Ministério da Saúde (2018).

Quadro 5 - Tratamento da infecção latente pelo M. tuberculosis (ILTB) em pessoas vivendo com HIV (PVHIV)

<p>PVHIV sem doença hepática e contato de TB sem resistência aos antitubercúlicos.</p> <p>Regime preferencial nas PVHIV em uso de inibidores de protease ou de Dolutegravir.</p>	<p>Isoniazida 5 a 10 mg/kg/dia até a dose máxima de 300 mg/dia em tomada única diária. Recomenda-se o tratamento com no mínimo 180 doses (que poderão ser tomadas de 6 a 9 meses), mas idealmente com 270 doses (que poderão ser tomadas de 9 a 12 meses). A associação com piridoxina 50 mg/dia reduz o risco de neuropatia periférica.</p>
<p>PVHIV portadores de doença hepática ou contato de monorresistentes a isoniazida.</p>	<p>Rifampicina¹ 10 mg/kg/dia até a dose máxima de 600 mg/dia. Recomenda-se a utilização de 120 doses, que poderão ser tomadas de quatro a seis meses.</p>

¹A Rifampicina está contraindicada nas PVHIV em uso de inibidores de protease. O Dolutegravir deve ter sua dose ajustada (50 mg 12/12h), quando usado em concomitância com rifampicina. Neste caso, encaminhar ao SAE para avaliação do tratamento da ILTB.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Ministério da Saúde (2018), PCDT HIV.

Quadro 6 – Avaliação sorológica de infecção ou imunidade ao HBV

Hepatite B	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HBc IgM	Anti-HBs
Infecção aguda	+	+	+	-
Infecção crônica ativa	+	+	-	-
Infecção prévia resolvida	-	+	-	+
Imunidade vacinal	-	-	-	+

HBsAg: indica infecção ativa
Anti-HBs: indica imunidade a HBV
Anti-HBc total: indica contato com HBV (infecção ativa ou resolvida)
 - Infecção ativa: associado a HBsAg +
 - Imunidade: associado a Anti-HBs +
 - Se achado isolado: provavelmente imunidade de longo prazo com títulos de Anti-HBs abaixo do limite de detecção. Discutir caso com especialista.
Anti-HBc IgM: indica infecção aguda na maior parte das vezes. Excepcionalmente, reativação de hepatite B crônica pode cursar com esse anticorpo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020).

Quadro 7 – Suspeita ou diagnóstico de cirrose

Manifestações clínicas	Aranhas vasculares, eritema palmar, ginecomastia, ascite, icterícia, encefalopatia (inversão do ciclo sono-vigília, confusão mental, flapping), esplenomegalia			
Achados laboratoriais	Plaquetopenia, elevação no tempo de protrombina, hipoalbuminemia			
Achados ecográficos	Fígado com bordos romboides, nodular, reduzido de tamanho ou com aumento do lobo esquerdo, ascite, esplenomegalia.			
Escore Child-Pugh para estadiamento da cirrose		1 ponto	2 pontos	3 pontos
	Bilirrubina sérica	< 2,0 mg/dL	2,0-3,0 mg/dL	>3,0 mg/dL
	Albumina sérica	>3,5 g/dL	2,8-3,5 g/dL	<2,8 g/dL
	Ascite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
	Encefalopatia	Nenhum	Mínimo	Coma avançado
	Tempo de protrombina (acima do controle) ou INR	< 4 segundos ou <1,7	4-6 segundos ou 1,7-2,3	> 6 segundos ou >2,3
	Child A: 5-6 pontos Child B: 7-9 pontos Child C: 10-15 pontos			

Fonte: Goldberg e Chopra (2016); Ministério da Saúde (2018).