



# RegulaSUS

## Protocolos de Regulação Ambulatorial **Infectologia Adulto**

Infectologia

Versão digital  
2017

## **Organização**

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

# Protocolos de Regulação Ambulatorial **Infectologia Adulto**

Porto Alegre

**UFRGS**

2017

É permitida a reprodução parcial ou total deste protocolo deste que citada a fonte.

A coleção dos Protocolos de Regulação Ambulatorial do Rio Grande do Sul RegulaSUS pode ser acessada na íntegra na homepage do projeto TelessaúdeRS-UFRGS <<https://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/teleconsultoria/regulasus/#protocolos>>.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL,  
Av. Borges de Medeiros, 1501 - 6º andar Bairro Praia de Belas  
CEP: 90110 - 150 - Porto Alegre  
Tel.: (51) 3288-5800  
Site: <http://www.saude.rs.gov.br/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL,  
Faculdade de Medicina,  
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia,  
TelessaúdeRS-UFRGS  
Rua Dona Laura, 320 - 1101 - Bairro Rio Branco  
CEP: 90430-090 - Porto Alegre (RS)  
Tel.: (51) 3333 7025  
Site: [www.telessauders.ufrgs.br](http://www.telessauders.ufrgs.br)  
E-mail: [contato@telessauders.ufrgs.br](mailto:contato@telessauders.ufrgs.br)

**Supervisão Geral:**

João Gabbardo dos Reis

**Organização:**

Marcelo Rodrigues Gonçalves  
Milena Rodrigues Agostinho  
Natan Katz

**Autores:**

Daniela Zílio Larentis  
Dimitris Rucks Varvaki Rados  
Elise Botteselle de Oliveira  
Erno Harzheim  
Josué Basso  
Juliana Keller Brenner  
Lucas Wollman  
Milena Rodrigues Agostinho  
Natan Katz  
Rudi Roman

**Revisão técnica:**

Aline Coletto Sortica  
Bianca Bicca Franco  
Carla Adriane Jarczewski  
Central de Regulação Ambulatorial Estadual - SES/RS  
Danielle Muller  
Marina Gabriela Prado Silvestre  
Márcia Santos Severo  
Maurício Vieira Rodrigues

**Colaboração:**

Jane Medianeira Santos Hoch  
José Inácio Lermen  
Fernanda Chmelnitsky Wainberg  
Lenita Diacui Simões Krebs  
Sandra Jaqueline Diniz Cruz

**Revisão de Texto:**

Ana Célia da Silva Siqueira  
Ana Paula Borngräber Corrêa  
Rosely de Andrade Vargas  
Letícia Nolde Melo

**Projeto Gráfico, design e capa:**

Luiz Felipe Telles

**Diagramação:**

Carolyne Vasques Cabral  
Lorenzo Costa Kupstaitis  
Luiz Felipe Telles

**Normalização:**

Rosely de Andrade Vargas

**Ficha catalográfica**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

**P967** Protocolos de Regulação Ambulatorial: infectologia adulto / Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. – Porto Alegre: UFRGS, 2017.

19 p.

ISBN 978-85-9489-053-5 (versão eletrônica)

1. Protocolos Clínicos. 2. Infectologia. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Telemedicina.
- I. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- III. TelessaúdeRS.

**NLM WA 110**

**Catálogo na fonte – TelessaúdeRS-UFRGS**

## Sumário

<b>Protocolo de Regulação Ambulatorial: infectologia adulto</b>	<b>5</b>
<b>Protocolo 1 - Tuberculose</b>	<b>6</b>
<b>Protocolo 2 - Toxoplasmose</b>	<b>7</b>
<b>Protocolo 3 - Linfonodomegalia / Esplenomegalia</b>	<b>8</b>
<b>Protocolo 4 - Condiloma Acuminado / Verrugas Virais</b>	<b>9</b>
<b>Protocolo 5 - Sífilis</b>	<b>10</b>
<b>Protocolo 6 - HIV</b>	<b>11</b>
<b>Protocolo 7 - Hepatite B</b>	<b>12</b>
<b>Protocolo 8 - Hepatite C</b>	<b>13</b>
<b>Referências</b>	<b>14</b>
<b>Anexos - Quadros</b>	<b>16</b>

## Protocolo de Regulação Ambulatorial: infectologia adulto

**O** Protocolo de Infectologia foi publicado conforme resolução CIB/RS nº 373/16. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade. As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, e contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação do caso.

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.

Pacientes com suspeita de neurosífilis ou tuberculose extrapulmonar devem ter preferência no encaminhamento ao infectologista, quando comparados com outras condições clínicas. Pacientes HIV com imunossupressão grave ou moderada e/ou CD4 menor que 350 cel/mm<sup>3</sup> devem ter prioridade muito alta ao acesso ao serviço de atendimento especializado em HIV (SAE) quando comparado a outros pacientes com HIV, contudo os demais pacientes com indicação de acompanhamento em serviço especializado serão avaliados com prioridade alta.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes 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.

As seguintes condições precisam ser avaliadas em caráter emergencial ou de pronto atendimento; não devem, portanto, esperar por consulta ambulatorial para adequado manejo:

- suspeita de neurosífilis em paciente imunossuprimido ou em pacientes com sinais/sintomas neurológicos ou oftalmológicos;
- suspeita de toxoplasmose aguda/reactivada em pacientes imunossuprimidos ou em pacientes com lesão em órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite).

---

**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.  
Revisado em 01 de março de 2016.

## Protocolo 1 – Tuberculose

Atenção: Pacientes com suspeita ou diagnóstico de tuberculose não devem ser encaminhados via central de regulação ambulatorial. Os pacientes devem ser tratados na Atenção Primária à Saúde e, quando exauridos todos os recursos diagnóstico e/ou terapêuticos na APS, avaliados em serviço de tisiologia de referência.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para infectologia:

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

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para tisiologia:

- suspeita clínica ou radiológica de tuberculose, com BAAR negativo; ou
- dúvida sobre a necessidade de prolongamento ou troca de esquema tuberculostático padrão; ou
- coinfeção HIV e tuberculose<sup>1</sup>; ou
- 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)<sup>2</sup>; ou
- necessidade de tratamento para Micobacteria não tuberculose<sup>2</sup>.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia torácica:

- suspeita de tuberculose pleural.

### 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 teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

<sup>1</sup>Paciente com coinfeção HIV e tuberculose deve ser encaminhado para Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para tratamento da infecção pelo HIV.

<sup>2</sup>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

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- pacientes imunossuprimidos com sintomas de toxoplasmose aguda/reativada; ou
- 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.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. se mulher em idade fértil, descrever se paciente é gestante (sim ou não);
3. resultado de sorologia (IgM e IgG). Se paciente gestante, descrever idade gestacional no momento da coleta dos exames e resultado de avidéz ao IgG (se indicado);
4. paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, causa da imunossupressão;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 3 – Linfonodomegalia / Esplenomegalia

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

- linfonodomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência; ou
- linfonodomegalia com sintomas/sinais de gravidade (linfonodomegalia indolor, endurecida e aderida a tecidos subjacentes e/ou sintomas B febre, sudorese noturna e emagrecimento) sem indicação de internação/emergência ; ou
- linfonodomegalia com esplenomegalia, sem provável causa infecciosa.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna:

- linfonodomegalia supraclavicular; ou
- esplenomegalia não associada à hepatopatia crônica; ou
- pacientes com linfonodomegalia persistente por 8 semanas sem causa definida.

### 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.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia torácica:

- linfonodomegalia 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 caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



## Protocolo 4 – Condiloma acuminado / Verrugas virais

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:

- pacientes imunossuprimidos com verrugas refratárias ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões; ou
- pacientes com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal)/ verrugas virais refratárias ao tratamento por pelo menos 3 meses.

### 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 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 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 numerosas).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para 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); ou
- gestante com verruga viral no canal vaginal ou colo uterino.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal, quando condiloma anorretal);
2. resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
3. tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);
4. se mulher em idade fértil, trata-se de gestante? (sim ou não);
5. número da teleconsultoria, se caso 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

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- paciente com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos; ou
- pacientes HIV com suspeita de neurosífilis (ver quadro 1 no anexo para critérios que indicam punção lombar em pacientes com coinfeção HIV e Sífilis).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para infectologia:

- paciente imunocompetente com suspeita laboratorial de neurosífilis (ver quadro 2 no anexo); ou
- paciente com coinfeção HIV e sífilis com suspeita ou diagnóstico de neurosífilis (após avaliação em serviço de emergência), quando SAE de referência não acompanha a coinfeção.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de atendimento especializado em HIV/Aids (SAE):

- paciente com coinfeção HIV e sífilis com suspeita ou diagnóstico de neurosífilis (após avaliação em serviço de emergência) (ver quadro 1, no anexo, para critérios que indicam punção lombar em pacientes com coinfeção HIV e Sífilis).

### 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 caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 6 – HIV

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Infectologia:

- paciente com HIV e coinfeção com vírus da Hepatite C, Hepatite B, tuberculose e suspeita de neurosífilis (quando SAE de referência para HIV não trata as coinfeções).

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

- gestante com HIV/AIDS (quando SAE de referência não trata gestantes).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS (SAE):

- imunossupressão grave ou moderada e/ou CD4 menor que 350 cel/mm<sup>3</sup> (inclui pacientes com doenças definidoras de AIDS e doenças oportunistas, ver quadro 3 e 4 no anexo);
- indicação de tratamento de segunda linha (por resistência evidenciada na genotipagem, efeitos adversos maiores);
- diagnóstico recente com indicação de TARV e impossibilidade de iniciar ou manter 1º linha de tratamento na APS;
- diagnóstico recente com histórico de contaminação por parceiro usuário atual ou prévio de TARV (encaminhar para genotipagem). O usuário permanecerá no SAE apenas se a genotipagem indicar necessidade de medicamentos de 2º ou 3º linha;
- gestantes (cuidado compartilhado entre atenção básica e SAE);
- coinfeção com vírus da Hepatite C, Hepatite B, tuberculose e sífilis (ver protocolos específicos);
- paciente com HIV e com:
  - doença Renal Crônica (TFG < 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> ou proteinúria (1 + ou mais no exame comum de urina);
  - cardiomiopatia (insuficiência cardíaca classe III e IV, cardiomiopatia isquêmica, outras cardiomiopatias);
  - alterações neurológicas ou psiquiátricas (quadros demenciais, depressão grave, transtorno de humor bipolar, esquizofrenia, outras condições neurológicas ou psiquiátricas incapacitantes).

### 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 antiretroviral 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 caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 7 – Hepatite B

Paciente com suspeita de cirrose deve ser encaminhado preferencialmente para Gastroenterologia (Hepatites Virais).

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia (Hepatites virais) ou Infectologia:**

- hepatite viral crônica por vírus B.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para infectologia:**

- paciente com coinfeção HBV e HIV (quando SAE de referência para HIV não trata hepatite).

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids (SAE):**

- pacientes com coinfeção HBV e HIV.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. resultado de exames de transaminases, com data;
2. resultado de HBsAg e anti-HBc (IgM e IgG), com data ;
3. resultado do exame anti-HIV, com data;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 8 – Hepatite C

Paciente com suspeita de cirrose deve ser encaminhado preferencialmente para Gastroenterologia (Hepatites Virais).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia/Hepatites virais ou infectologia:

- hepatite viral aguda por vírus C; ou
- hepatite viral crônica por vírus C.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para infectologia:

- pacientes com coinfeção HCV e HIV (quando SAE de referência para HIV não trata hepatite).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids (SAE):

- pacientes com coinfeção HCV e HIV.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado de exames de transaminases, com data;
2. resultado do exame anti-HCV, com data;
3. resultado do PCR quantitativo de RNA-HCV (carga viral), com data (preferencialmente dos últimos 6 meses);
4. se suspeitar de infecção aguda, descrever data e forma de contágio, e como foi feita a suspeita diagnóstica;
5. resultado do exame anti-HIV, com data;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_PCDT\\_IST\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Consenso brasileiro em doença de Chagas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 38, supl. III, 2005. Disponível em: <[ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/ZOO/chagas05\\_consenso\\_svs.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/ZOO/chagas05_consenso_svs.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_infecciosas\\_parasitaria\\_guia\\_bolso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Hepatites virais: o Brasil está atento**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites\\_virais\\_brasil\\_atento\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento_3ed.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle de tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf)>
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo\\_final\\_15\\_7\\_2015\\_pdf\\_21604.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_final_15_7_2015_pdf_21604.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- BREEN, E.; BLEDAY, R. **Condylomata acuminata (anogenital warts) in adults**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-in-adults>>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- CARUSI, D. A. **Treatment of vulvar and vaginal warts**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-vulvar-and-vaginal-warts>>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- DUNCAN, B. B.; et al. **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**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

FLETCHER, R. H. **Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults.** Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-peripheral-lymphadenopathy-in-adults>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

GANDHI, R. T. **Toxoplasmosis in HIV-infected patients.** Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-in-hiv-infected-patients>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

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

HICKS, C.; SPARLING, P. F. **Pathogenesis, clinical manifestations, and treatment of early syphilis.** Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-manifestations-and-treatment-of-early-syphilis>>. Acesso em: 6 ago. 2015.

HOWARD, M. P. H. **Toxoplasmosis in immunocompetent hosts.** Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-in-immunocompetent-hosts>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

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

MARRA, C. M. **Neurosyphilis.** Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/contents/neurosyphilis?source=search\\_result&search=Neurosyphilis&selectedTitle=1~48](http://www.uptodate.com/contents/neurosyphilis?source=search_result&search=Neurosyphilis&selectedTitle=1~48)>. Acesso em: 6 ago. 2015.

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. **Resolução nº 373/16 - CIB/RS.** Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2016. Aprova os encaminhamentos para o projeto Intervenção das Teleconsultorias na Regulação das Consultas Ambulatoriais na Especialidade Infectologia e outras providências relacionadas à implantação de protocolos de regulação ambulatorial. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170220/23112045-1481911328-cibr373-16.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2017.

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

## Anexos - Quadros, Tabelas e Figuras auxiliares

**Quadro 1 - critérios de recomendação de punção lombar em pessoas coinfectadas com sífilis e HIV:**

<b>Sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos</b>
Evidência de sífilis terciária ativa (por exemplo, gomas sífilíticas ou aortite)
Sífilis latente tardia ou de duração indeterminada;
LT-CD4+ < 350 células/mm <sup>3</sup>
VDRL ≥ 1:16 ou RPR ≥ 1:32
Queda inadequada ou estabilização sem queda nos títulos de VDRL durante o seguimento.

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

**Quadro 2 - critérios de recomendação de punção lombar em pessoas imunocompetentes:**

<b>Títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado.</b>
Título alto (≥ 1:32) não diminui no mínimo quatro vezes dentro de 12 meses após tratamento apropriado.
<b>Sinais ou sintomas neurológicos e oftalmológicos (avaliação em serviço de emergência) que sugerem neurosífilis.</b>

Fonte: Duncan et. al.(2013)



### Quadro 3 - Manifestações de imunodeficiência avançada (doença definidora de AIDS)

- 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)
- Isosporíase intestinal crônica (duração > 1 mês)
- Micoses disseminadas (histoplasmose, coccidioidomicose)
- Septicemia recorrente por *Salmonella* não *typhi*
- 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 (2013).

#### 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 células/ $\mu$ L) e/ou trombocitopenia crônica (<50.000 células/ $\mu$ L)
- Angiomatose bacilar
- Displasia cervical (moderada ou grave)/carcinoma cervical in situ
- Herpes zoster (> 2 episódios ou > 2 dermatomos)
- Listeriose
- Neuropatia periférica
- Púrpura trombocitopênica idiopática

Fonte: Ministério da Saúde (2013).



# RegulaSUS