



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 373/16 – CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, *ad referendum*, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o trabalho de educação permanente e suporte assistencial desenvolvido pela equipe do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (TelessaúdeRS-UFRGS) integrante do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde;

os convênios do TelessaúdeRS-UFRGS com a Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS), sobre expansão, manutenção do projeto e novas ações de suporte assistencial para todos os municípios do RS com equipes da ESF, representando a contrapartida financeira da SES/RS;

a Portaria GM/MS nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, que define como atribuição conjunta das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e da SES a educação permanente para os profissionais da atenção básica;

a Resolução nº 237/11 – CIB/RS sobre a regulação ambulatorial, que inclui entre os critérios de priorização do acesso a qualificação das referências ambulatoriais para consultas médicas em serviços de nível secundário e terciário por meio da realização prévia de teleconsultorias proporcionada pela equipe do TelessaúdeRS-UFRGS via Complexo Regulador do Rio Grande do Sul;

a necessidade de qualificar e reduzir as listas de encaminhamentos para a atenção especializada, via Complexo Regulador do Rio Grande do Sul, com o suporte da equipe de Teleconsultores do TelessaúdeRS-UFRGS;

a importância de utilizar as ações de regulação do acesso à atenção especializada como indutor da qualificação da atenção primária, aproveitando o momento oportuno para promover uma ação de Educação Permanente em Saúde;

a Portaria GM/MS nº 2.546/11, que redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes);

a Portaria GM/MS nº 2.554/11, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;

a Resolução nº 208/11 - CIB/RS, que aprovou a ampliação do Projeto de Telemática e Telemedicina em Apoio à Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil: Núcleo Rio Grande do Sul para todos os municípios com ESF do estado e que aceitarem participar do projeto;

a Resolução nº 399/11 - CIB/RS, que resolveu que os municípios do Rio Grande do Sul (RS) apresentariam um projeto único em relação a Portaria supra citada e que, para os municípios que aderirem ao projeto único, os recursos disponibilizados pelo MS/DAB corresponderão à parte da



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

contrapartida dos municípios (aquisição de equipamentos de informática e manutenção da conexão de Internet nas unidades básicas de saúde) para a expansão do Telessaúde Brasil Redes para todo o território do Rio Grande do Sul e considerou um futuro convênio com a SES/RS para a disponibilização de telediagnóstico em espirometria para Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, com contrapartida de capital (7 espirômetros) pela UFRGS e contrapartida de custeio compartilhada entre SES/RS e municípios;

a Portaria GM/MS nº 2.815/11, que aprova o projeto único, que possibilitará a compra de Unidades Mínimas de Conexão para as 1.227 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do RS, além de periféricos e contratação de serviços de Internet para 421 municípios, que constituirão parte da contrapartida municipal para a expansão do TelessaúdeRS;

a Portaria GM/MS nº 3.127/12, que altera dispositivos da Portaria GM/MS nº 2.554, de 28 de outubro de 2011, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;

a Nota Técnica nº 83/2013 – DEGES/SGTES/MS, que divulga as diretrizes para financiamento de projetos novos e de manutenção, conforme Portaria GM/MS nº 2.546/11 de 27 de outubro de 2011;

a Resolução nº 433/13 - CIB/RS, que aprovou as novas ações ofertadas pelo TelessaúdeRS-UFRGS de Telediagnóstico em Doenças Respiratórias Crônicas – Asma e DPOC (Tele-espirometria/RespiraNet) e a intervenção das teleconsultorias e da protocolização da regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador do RS;

a Resolução nº 510/13 – CIB/RS, que aprovou o projeto de Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador Estadual, iniciando com a especialidade Endocrinologia;

a Resolução nº 170/14 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Nefrologia;

a Resolução nº 238/14 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Pneumologia;

a Resolução nº 764/14 – CIB/RS, que aprovou o desenvolvimento dos protocolos futuros pela equipe do TelessaúdeRS-UFRGS e a avaliação dos mesmos pela equipe do Complexo Regulador Estadual, tendo validade imediata, através de Resolução CIB/RS *ad referendum*;

a Resolução nº 171/15 – CIB/RS, que aprovou a revisão do protocolo da especialidade Endocrinologia utilizado no projeto de Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador Estadual;

a Resolução nº 172/15 – CIB/RS, que aprovou a revisão do protocolo da especialidade Nefrologia utilizado no projeto de Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Regulador Estadual;

a Resolução nº 173/15 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Neurocirurgia;

a Resolução nº 174/15 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Neurologia;

a Resolução nº 175/15 – CIB/RS, que aprovou a revisão do protocolo da especialidade Pneumologia utilizado no projeto de Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador Estadual;

a Resolução nº 176/15 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Urologia;

o Informe de Regulação Ambulatorial Informatizada 11/2015, que aprova o protocolo de Infectologia e Gastrologia Hepatite (Hepatites Virais) para solicitações cadastradas nas subespecialidades “Infectologia Adulto”, “Infectologia HIV Adultos” e “Gastroenterologia Hepatite (Hepatites Virais)”, conforme Resolução nº 764/14 – CIB/RS *ad referendum*.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar 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.

Art. 2º - O protocolo de Infectologia contempla o encaminhamento de pacientes adultos nas situações de Tuberculose, Toxoplasmose, Linfonodomegalia/Esplenomegalia, Condiloma acuminado/verrugas virais, Sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C (Anexo I e II).

Parágrafo Único – As solicitações de encaminhamento que não preencham os critérios presentes no protocolo serão avaliadas pela equipe de regulação e poderão ser submetidos à teleconsultoria, conforme critério do médico regulador ou demanda do profissional solicitante, e terão os casos discutidos com equipe de Teleconsultores do TelessaúdeRS-UFRGS como suporte assistencial no processo de referência e contrarreferência.

Art. 3º – Todos os municípios demandantes de procedimentos especializados, regulados pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial – CRA/RS, participarão do projeto de regulação assistencial mediante critérios constantes em protocolos aprovados pela CIB/RS e serão informados sobre a inclusão de novas especialidades no processo.

Parágrafo Único - Os protocolos aprovados serão utilizados para regulação de acesso às consultas médicas ofertadas em Porto Alegre, reguladas pela CRA/RS, e poderão ser expandidos para a oferta em serviços



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

sediados em outros municípios do estado, com regulação municipal ou estadual.

Art. 4º - Para as solicitações já inseridas no sistema informatizado de regulação, os municípios terão um prazo de 90 dias para adequação do encaminhamento, com preenchimento dos dados, e para as novas solicitações, os protocolos tem validade imediata.

§ 1º - Na indisponibilidade de dados suficientes para definição da necessidade do encaminhamento, as centrais de regulação podem exigir as informações presentes no protocolo mesmo antes do prazo constante no caput do artigo.

§ 2º - Na ausência de resposta da unidade solicitante aos questionamentos dos reguladores, a solicitação poderá ser cancelada de acordo com o parâmetro de tempo aprovado pela Resolução 228/16 - CIB/RS.

Art. 5º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Porto Alegre, 12 de dezembro de 2016.

JOÃO GABBARDO DOS REIS
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO I – RESOLUÇÃO Nº 373/16 – CIB/RS

PROTOKOLO para encaminhamento para a especialidade Infectologia – pacientes adultos

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 essa decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Protocolo 1 – Tuberculose

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 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 tuberculose¹; 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)²; ou
- necessidade de tratamento para Micobacteria não tuberculose².

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.

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

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



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 2 – Toxoplasmose

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- pacientes imunossuprimidos com sintomas de toxoplasmose aguda/reactivada; 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.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 3 – Linfonomegalia / Esplenomegalia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia (preferencialmente) ou hematologia:

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

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

- linfonomegalia supraclavicular; ou
- esplenomegalia não associada à hepatopatia crônica; ou
- pacientes com linfonomegalia 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:

- 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 teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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 II 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 II); 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 II 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 teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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/mm³ (inclui pacientes com doenças definidoras de AIDS e doenças oportunistas (ver quadro 3 e 4 no anexo II));
- 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/1,73m² 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 teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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, se realizado);
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 teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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>. 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>. 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_gui_a_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>. 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://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

_____. 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_2013.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.; 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**. 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.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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>. 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.

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



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO II – RESOLUÇÃO Nº 373/16 – CIB/RS

QUADROS DE REFERÊNCIAS AOS PROTOCOLOS DO ANEXO I

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

Sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos
Evidência de sífilis terciária ativa (por exemplo, gomas sífilíticas ou aortite)
Sífilis latente tardia ou de duração indeterminada;
LT-CD4+ < 350 células/mm ³
VDRL \geq 1:16 ou RPR \geq 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:

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

Fonte: Duncan (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)
- 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 (2013).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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/ μ L) e/ou trombocitopenia crônica (<50.000 células/ μ 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).