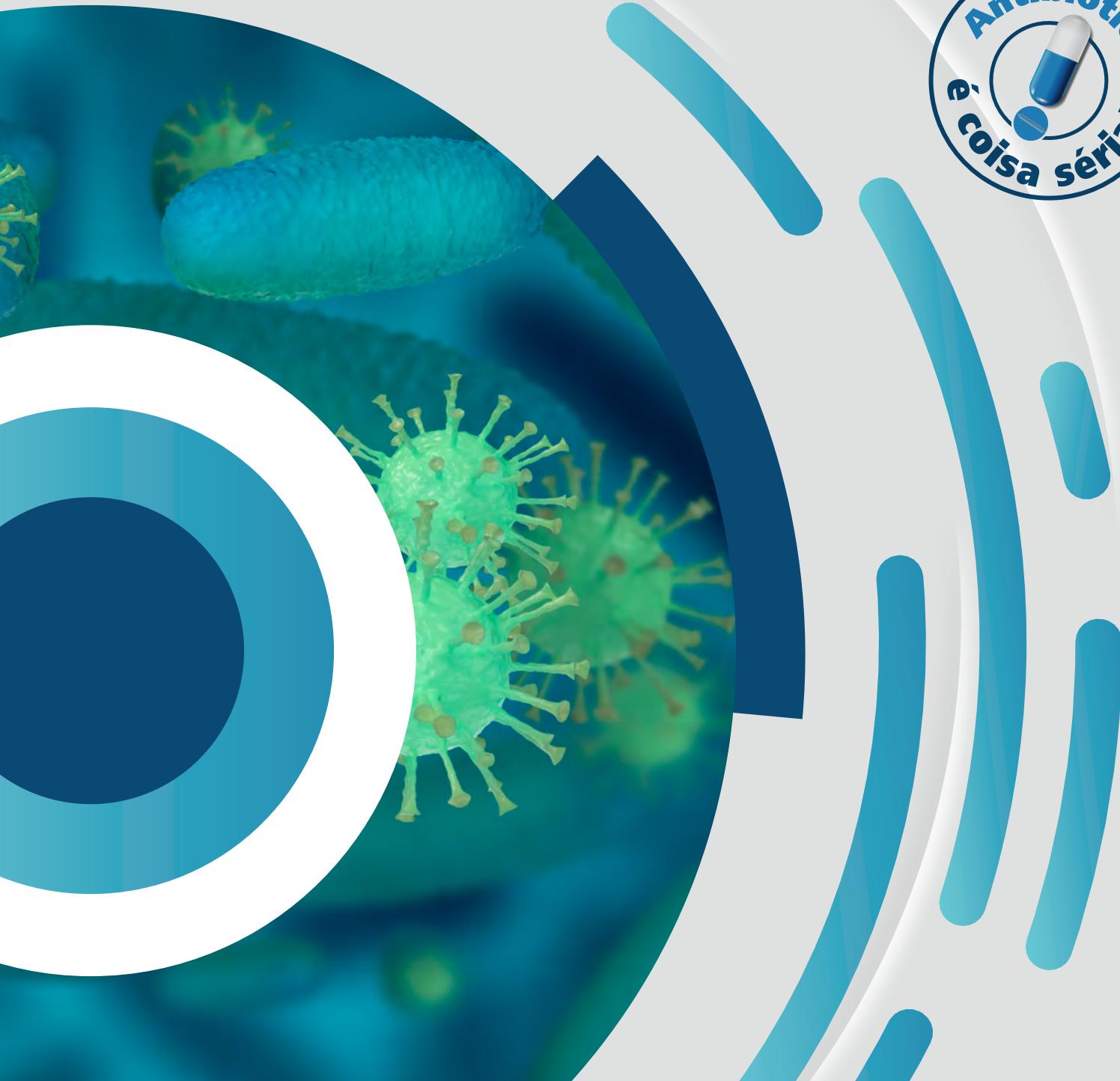


camo-net



ANTIMICROBIANOS NA PRÁTICA CLÍNICA:

UM GUIA PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO CEARÁ





ANTIMICROBIANOS NA PRÁTICA CLÍNICA:

UM GUIA PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO CEARÁ

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Antimicrobianos na prática clínica : um guia para profissionais da Atenção Primária do Ceará. --
1. ed. -- Fortaleza, CE : Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, 2026.

Vários autores.
Vários coordenadores.
Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-984154-5-7

1. Antimicrobianos 2. Atenção Primária à Saúde (APS) 3. Ceará (CE) 4. Educação em saúde 5. Medicamentos - Administração 6. Medicamentos - Efeitos fisiológicos 7. Saúde pública 8. Serviços de saúde comunitária 9. Sistema Único de Saúde (Brasil).

25-324521.0

CDD-614.44

Índices para catálogo sistemático:

1. Atenção Primária à Saúde : Antimicrobianos : Ciências médicas 614.44

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129



CEARÁ

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

Governador do Estado do Ceará

Elmano de Freitas da Costa

Vice-Governadora

Jade Afonso Romero

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Tânia Mara Silva Coelho

Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna

Carla Cristina Fonteles Barroso

Secretário Executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional

Lauro Vieira Perdigão Neto

Secretaria Executiva de Políticas de Saúde

Maria Vaudelice Mota

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde

Antonio Silva Lima Neto

Secretário Executivo Administrativo-Financeiro

Ícaro Tavares Borges

COORDENAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Bruno de Melo Tavares
Everton Paulo Homem de Lavor
Fernanda França Cabral
Francisco David Araújo da Silva
Ícaro Boszczowski
Karla Deisy Morais Borges
Lauro Vieira Perdigão Neto
Maria Vaudelice Mota
Maura Salaroli de Oliveira
Tânia Mara Silva Coelho

COORDENAÇÃO PROJETO CAMO-NET BRASIL

Anna Sara S. Levin
Silvia Figueiredo Costa

PROJETO GRÁFICO COORDENADAÇÃO DE COMUNICAÇÃO

Helga Rackel Sousa Santos

DIAGRAMAÇÃO

Júlio César Alves Lopes

SUPERVISÃO

Ágda Sarah Sombra

AUTORES

Ana Lívia Gomes Moreira
Andréa Pinheiro de Moraes Brandão
Antonio Mauro Barros Almeida Junior
Arkila Pinheiro Rodrigues de Sousa
Bruno de Melo Tavares
Bruno Pinheiro Aquino
Carlos Eduardo Quirino Paiva
Cidineiva Mara dos Santos Barros
Daniel Moreira Alves da Silva
Débora Lilian Nascimento Lima
Denise Brandão de Assis
Eduardo Austregésilo Corrêa
Evanézia de Araújo Oliveira
Evelyne Santana Girão
Everton Paulo Homem de Lavor
Fernanda França Cabral
Fernanda Remígio Nunes Pereira
Francisco Breno Ponte de Matos
Francisco David Araújo da Silva
Francisco José Cândido da Silva
Glaura Fernandes Teixeira de Alcântara
Ícaro Boszczowski
Jardel Oliveira Rocha
Jessica Ferreira Romero
João Victor Souza Oliveira
Kamila Maria Maranhão Sidney
Karla Deisy Morais Borges

Laína Bubach Carvalho
Lauro Vieira Perdigão Neto
Layla Alves Araújo
Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra
Lorena Pinho Mendes
Luan Victor Almeida Lima
Lucielmo Faustino Souza
Luís Arthur Brasil Gadelha Farias
Maria Luisa Nascimento Moura
Maria Vaudelice Mota
Mariana Rolim Fernandes Macedo
Maristela Pinheiro Freire
Maura Salaroli de Oliveira
Melissa Soares Medeiros
Michelle Verde Ramo Soares
Muse Santiago de Oliveira
Nina Brunet Saraiva Rodrigues Pontes
Pablo Eliack Linhares de Holanda
Pedro Ítalo Oliveira Gomes
Pedro Pinheiro de Negreiros Bessa
Raquel de Oliveira Rabelo
Ricardo Coelho Reis
Roseline Carvalho Guimarães Rabelo
Ruth Maria Oliveira de Araújo
Severino Ferreira Alexandre
Tânia Mara Silva Coelho

Introdução

A resistência microbiana é um problema de saúde pública mundial e está relacionada ao uso de antimicrobianos. A atenção primária em saúde é responsável por uma parcela considerável de prescrição desses medicamentos. Este guia se destina a profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde e tem como objetivo auxiliá-los na prescrição de antimicrobianos para as condições infecciosas mais prevalentes. A utilização de guias de apoio à prescrição de antimicrobianos é importante para sistematização do cuidado e implementação de Programas de Gerenciamento de Antimicrobianos, promovendo assim o uso consciente desses medicamentos.

É com grande satisfação que apresento este **Guia de Antimicrobianos para a Atenção Primária do Ceará**, um marco na organização das condutas terapêuticas para as infecções mais prevalentes em nosso território. Como gestora do Sistema Único de Saúde, acompanho de perto, e posso afirmar com convicção, que o uso racional de antimicrobianos tornou-se um dos temas centrais da saúde pública contemporânea, especialmente no âmbito da atenção primária, onde a maior parte das decisões assistenciais acontece e onde nasce a oportunidade real de conter o avanço da resistência bacteriana.

Este guia foi elaborado com base em uma metodologia robusta, participativa e já validada, que envolveu revisão das melhores evidências científicas, análise epidemiológica do nosso estado, alinhamento com protocolos nacionais e internacionais e sucessivas etapas de discussão técnica. Todo o conjunto de medicamentos aqui recomendado está em coerência plena com a RESME (Relação Estadual de Medicamentos), garantindo aplicabilidade, segurança e sustentabilidade no cotidiano das unidades básicas de saúde.

Quero destacar a relevância da Programação Pactuada Integrada (PPI), cuja articulação com os municípios tem possibilitado padronizar condutas, assegurar acesso e fortalecer o monitoramento das terapias antimicrobianas. A PPI se consolida como eixo estruturante para implantar um guia que propõe princípios essenciais: otimização do tratamento, eficácia clínica, redução de complicações, retorno acelerado às atividades escolares e laborais, redução da transmissão de doenças e promoção constante da educação em saúde, pilares indispensáveis para impedir o avanço da resistência antimicrobiana.

Ao longo deste processo, pude acompanhar diretamente o amadurecimento das recomendações e a precisão técnica das escolhas feitas. Cada linha deste guia expressa um compromisso profundo com a prática clínica segura e com o cuidado qualificado à nossa população.

Registro meus agradecimentos aos Secretários Municipais de Saúde, ao COSEMS, na pessoa do Presidente Rilson Sousa de Andrade, aos coordenadores farmacêuticos, aos infectologistas e especialistas que participaram dos debates, ao Grupo de Gerenciamento de Antimicrobianos do Estado, bem como a todas as equipes técnicas que contribuíram para esta construção. Agradeço também ao CAMO-NET Brasil, rede dedicada ao monitoramento e ao fortalecimento das práticas de otimização do uso de antimicrobianos no país, cuja colaboração elevou o rigor científico deste documento, a favor da população cearense. Reconheço, ainda, a parceria da Universidade de São Paulo, que aportou expertise acadêmica e metodológica fundamentais. A todas as equipes da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, meu sincero reconhecimento.

A resistência antimicrobiana demanda uma abordagem integrada, interdisciplinar e alinhada aos princípios da Saúde Única (*One Health*). E tenho plena confiança de que, quanto mais este guia for consultado e empregado no dia a dia da assistência, mais avançaremos na consolidação do uso racional de antimicrobianos fora do ambiente hospitalar — um passo indispensável para proteger a saúde da nossa população e das gerações futuras.

Que este documento sirva como referência, ferramenta de estudo e instrumento de trabalho para todos que constroem, diariamente, a Atenção Primária no Ceará.

Tânia Mara Silva Coelho
Secretária da Saúde do Estado do Ceará

01	Impetigo	08
02	Celulite/Erisipela	09
03	Faringoamigdalite aguda	11
04	Gastroenterocolite aguda	14
05	Infecção por <i>Helicobacter pylori</i>	16
06	Infecções do trato respiratório inferior	18
07	Infecções ginecológicas	20
08	Infecções sexualmente transmissíveis	22
09	Infecção do Trato Urinário	28
10	Mordeduras por animais (cães e gatos)	33
11	Otite média aguda	37
12	Profilaxia antimicrobiana em odontologia	40
13	Rinossinusite aguda	42
14	Identificação de Sepse	44
15	Posologia em pediatria	45
16	Posologia em adultos e ajustes de doses para insuficiência renal	46
17	Anexo 1	48



01 Impetigo

- ▶ Infecção superficial da pele causada por *Streptococcus* ssp. e/ou *Staphylococcus aureus*;
- ▶ Afeta principalmente crianças, pode surgir em qualquer parte do corpo, sendo mais comum em face e extremidades;
- ▶ Impetigo não bolhoso é a forma mais comum. As lesões começam como pápulas que progredem para vesículas circundadas por eritema. Transformam-se em pústulas que evoluem para crostas espessas, com coloração amarelada. Esta evolução geralmente ocorre ao longo de uma semana. Lesões múltiplas podem ocorrer, mas tendem a permanecer localizadas;
- ▶ O impetigo bolhoso é similar, mas as lesões costumam aumentar rapidamente e formam bolhas maiores;
- ▶ Geralmente não há sintomas sistêmicos, mas pode ocorrer linfadenite regional;
- ▶ O diagnóstico **É CLÍNICO**;
- ▶ As crianças podem regressar à escola 24 horas após o início da terapia antimicrobiana eficaz.

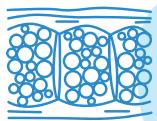
Antimicrobiano

Posologia Adulto

Posologia Criança

Opções

Cefalexina	500mg VO, de 6/6h por 7 dias	25-50mg/kg/dia (máx 4 g/dia) VO, dividido de 6/6h por 7 dias
Clindamicina	300mg VO, de 8/8h por 7 dias	30-40mg/kg/dia VO, dividido de 6/6h ou 8/8h por 7 dias
Sulfametoxazol-trimetoprim	800/160mg VO, de 12/12h por 7 dias	6-12mg/kg/dia (componente trimetoprim) VO, dividido de 12/12h por 7 dias



02 Celulite/Erisipela

Diagnóstico

O diagnóstico **É CLÍNICO. DISTINÇÃO CLÍNICA ENTRE CELULITE E ERISIPELA É DIFÍCIL** e na dúvida, tratar como celulite.

Podem causar quadro clínico grave e rapidamente progressivo – avaliar necessidade de hospitalização.

- ▢ Erisipela e celulite manifestam-se com eritema, edema, dor e calor;
- ▢ Trata-se de quadro agudo, em geral **UNILATERAL**;
- ▢ A erisipela clássica apresenta-se como uma mancha vermelha brilhante com borda elevada e claramente demarcada;
- ▢ A celulite envolve camadas mais profundas e caracteriza-se por bordas indistintas e não elevadas.

Agentes etiológicos mais comuns:

Staphylococcus aureus e *Streptococcus spp.*

Tratamento

Atenção para **SITUAÇÕES DE ALERTA QUE JUSTIFICAM HOSPITALIZAÇÃO IMEDIATA E INTERVENÇÃO CIRÚRGICA**: sinais de sepse ou choque séptico, infecção rapidamente progressiva ou dor desproporcional aos achados do exame físico, sinais de infecção necrotizante.

Procurar por portas de entrada como onicomicoses ou micoses superficiais (*Tinea pedis*) e tratar para evitar a recorrência das infecções.

Para avaliar a progressão da lesão: considere marcar a extensão da infecção com caneta cirúrgica.

Gerenciar condições subjacentes, como diabetes mellitus, insuficiência venosa, eczema e edema.

Recomendar elevação do membro acometido.

Prescrever antimicrobianos conforme a tabela:

Antimicrobiano	Posologia Adulto	Posologia Criança
Opções		
Cefalexina	500 a 1000mg VO, de 6/6h por 5 a 7 dias	100mg/kg/dia, dividido de 6/6h (máx 1g/dose) por 5 a 7 dias
Amoxicilina- clavulanato	500/125mg VO, de 8/8h por 5 a 7 dias	50-90mg/kg/dia (componente amoxicilina) VO, dividido de 8/8h por 5 a 7 dias
Opções (em caso de alergia ou impossibilidade de uso)		
Clindamicina	300 a 600mg VO, de 6/6h por 5 a 7 dias	30-40mg/kg/dia VO, dividido de 6/6h ou 8/8h por 7 dias
Em caso de pé diabético		
Ciprofloxacino + Clindamicina	500mg VO, de 12/12h 300 a 600mg VO, de 6/6h por 7-14 dias para casos leves e 14-28 dias para casos moderado a grave*	Não se aplica

* Avaliar necessidade de desbridamento cirúrgico.



03 Faringoamigdalite aguda

A maior parte é de etiologia viral. Presença concomitante de coriza, conjutivite e tosse, sugere etiologia viral.

A presença de secreção purulenta nas tonsilas palatinas não necessariamente indica infecção bacteriana.

20 a 40% dos casos é de etiologia bacteriana. Se infecção bacteriana, o agente etiológico mais comum é *Streptococcus pyogenes*.

Penicilina é o único antimicrobiano com eficácia comprovada em reduzir taxas de febre reumática.

Diagnóstico

- ➊ O diagnóstico é **CLÍNICO**.
- ➋ Cultura de orofaringe é considerada o padrão ouro, mas é de pouca aplicabilidade clínica.

Observações

- 1 Os objetivos do tratamento são a prevenção de febre reumática, prevenção de complicações supurativas locais, glomerulonefrite, redução da transmissão e melhora dos sintomas.
- 2 A febre e os sintomas constitucionais geralmente desaparecem em um a três dias após o início do tratamento, mas é importante concluir o tempo de tratamento para erradicação do estreptococos.
- 3 Consultas de seguimento não são necessárias para a maioria dos casos.
- 4 A tonsilectomia não é indicada rotineiramente. Em casos de infecção de repetição (≥ 7 episódios/ano ou ≥ 5 episódios nos últimos 2 anos), encaminhar para otorrinolaringologista para avaliação.

Definir a conduta com base nos Critérios de Centor Modificado

Febre $> 38^{\circ}\text{C}$ (+1)

Ausência de tosse (+1)

Adenopatia cervical anterior (+1)

Exsudato ou edema amigdaliano (+1)

Idade 3-14 anos (+1)

Idade 15-44 anos (0)

Idade ≥ 45 anos (-1)

Probabilidade de infecção estreptocócica com base nos Critérios de Centor Modificado:



≤ 1 ponto Baixa probabilidade de infecção

2-3 pontos Moderada probabilidade de infecção

≥ 4 pontos Alta probabilidade de infecção

Escore de Centor
Modificado
0, 1 ou 2

Escore de Centor
Modificado
3

Escore de Centor
Modificado
 ≥ 4



Não precisa prescrever antimicrobiano.
Tratamento com sintomático.

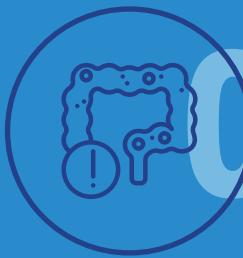


Considerar tratamento com antimicrobiano, caso paciente apresente outros sinais e sintomas sugestivos de infecção bacteriana.



Tratamento com antimicrobiano e sintomáticos.

Antimicrobiano	Posologia Adulto	Posologia Criança
Primeira opção		
Penicilina Benzatina	1,2 milhão unidade IM, dose única	≤ 27 kg: 600 mil unidades IM > 27 kg: 1,2 milhão de unidade IM, dose única
Amoxicilina	500mg VO, de 8/8h por 10 dias	50mg/kg/dia (máx 500mg/dose) dividido de 8h/8h por 10 dias
Opções (em caso de alergia ou impossibilidade de uso)		
Azitromicina (alérgicos a beta-lactâmicos)	500mg VO, 1 vez ao dia por 5 dias	12mg/kg/dia 1 vez ao dia (máx 500mg) por 5 dias



04

Gastroenterocolite aguda

Define-se gastroenterocolite aguda como aumento na frequência e quantidade das evacuações ou diminuição da consistência das fezes. Pode ocorrer com ou sem sintomas gástricos, como náuseas e vômitos, e é tipicamente marcada por 3 ou mais episódios evacuatórios por dia, com duração dos sintomas inferior a 14 dias.

A grande maioria dos casos de diarreia aguda é infecciosa e autolimitada. As principais causas são: vírus (norovírus, rotavírus, adenovírus, astrovírus e outros), bactérias (*Salmonella*, *Campylobacter*, *Shigella*, *Escherichia coli*, *Clostridioides difficile* e outros) e protozoários (*Cryptosporidium*, *Giardia*, *Cyclospora*, *Entamoeba* e outros).

Na avaliação de pacientes com gastroenterocolite aguda, deve-se investigar ativamente a presença de sinais de gravidade, como sangue ou muco nas fezes, febre elevada, dor abdominal intensa, vômitos persistentes, perda de peso ou manifestações neurológicas. É fundamental questionar sobre fatores de risco, incluindo uso recente de antimicrobianos, internações nos últimos três meses, exposição a água ou alimentos potencialmente contaminados, ocorrência de casos semelhantes no domicílio ou instituições e viagens recentes para áreas endêmicas.

Diagnóstico

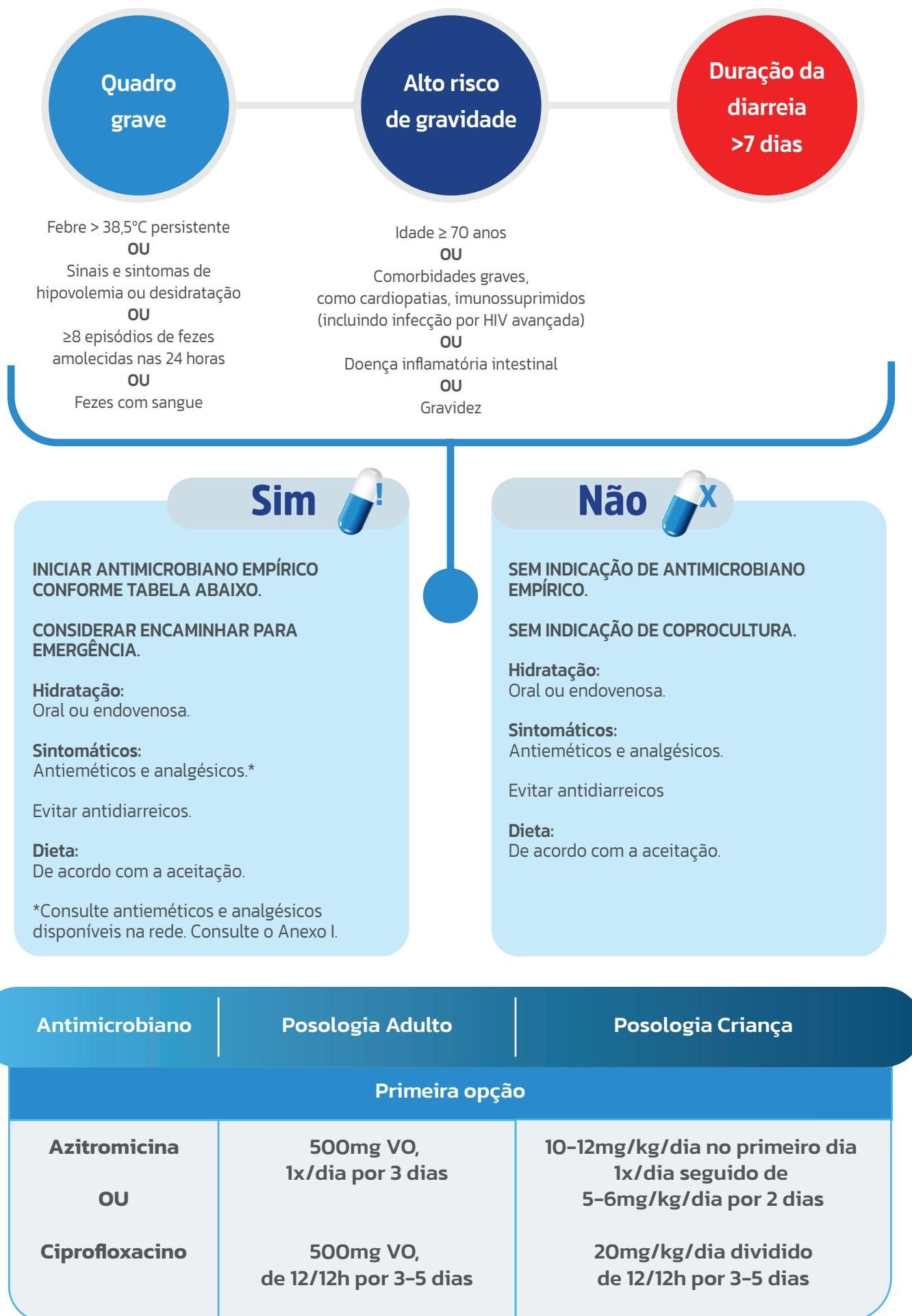
O diagnóstico é **CLÍNICO** e o principal objetivo do tratamento é prevenir a desidratação ou reidratar adequadamente.

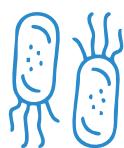
Tratamento

NÃO é necessário antimicrobiano para a maioria dos casos, mesmo que a etiologia seja bacteriana.

A maior parte dos episódios de gastroenterocolite é tratada empiricamente, sem identificação do agente causador, dado seu caráter autolimitado. Quando há necessidade de definição etiológica e terapia específica, trata-se geralmente de casos graves ou complicados, devendo ser conduzidos em ambiente hospitalar.

O benefício do uso de probióticos na gastroenterocolite aguda é discreto (redução da duração dos sintomas em algumas horas), não justificando o uso sistemático.





05 Infecção por *Helicobacter pylori*

A infecção por *Helicobacter pylori* está associada a gastrite crônica, úlcera péptica, linfoma MALT e câncer gástrico.

O tratamento visa erradicar a bactéria, aliviar sintomas, prevenir recidiva e reduzir risco de neoplasia.

Diagnóstico

A investigação diagnóstica com teste específico está indicada em casos:

- ⦿ História atual ou pregressa de úlcera péptica;
- ⦿ Dispepsia persistente em pacientes acima de 45 anos ou presença de sinais de alarme (perda de peso involuntária, vômitos persistentes, sangramento digestivo, disfagia, anemia ferropriva);
- ⦿ Anemia ferropriva de causa não esclarecida após investigação inicial;
- ⦿ Púrpura trombocitopênica imune;
- ⦿ História familiar de câncer gástrico em parente de primeiro grau.

Suspender inibidores de bombas de prótons por 2 semanas antes dos exames para *H. pylori*. Nesse período, em caso de sintomas, utilizar antiácidos, sucralfato ou bloqueadores H₂ como alternativa.

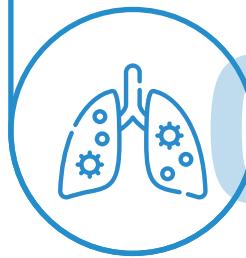
Antimicrobiano	Posologia Adulto	Duração
Primeira opção		
Omeprazol OU Pantoprazol + Amoxicilina + Clarithromicina	20mg VO, de 12/12h 40mg VO, de 12/12h 1g VO, de 12/12h 500mg VO, de 12/12h	14 dias

Indicação de encaminhamento ao especialista:



- ▶ Presença de sinais de alarme (sangramento digestivo, perda de peso inexplicada, vômitos persistentes, disfagia progressiva, anemia ferropriva sem causa definida);
- ▶ Pacientes com idade >45 anos com dispepsia de início recente;
- ▶ Falha terapêutica após duas tentativas de erradicação;
- ▶ Necessidade de endoscopia digestiva alta para investigação diagnóstica ou seguimento;
- ▶ Suspeita de complicações graves associadas à infecção, como linfoma MALT ou câncer gástrico.





06 Infecções do trato respiratório inferior

As infecções respiratórias constituem uma das afecções mais comuns na prática clínica, sendo na maioria das vezes autolimitadas e sem gravidade e, portanto, sem necessidade de antimicrobiano.

Fluxograma para o atendimento do paciente com quadro agudo de tosse produtiva. (menor que 14 dias)

- Tosse aguda**
- Avaliar gravidade:**
- Confusão mental
 - FR ≥ 30 irpm
 - PAS < 90 ou PAD ≤ 60 mmHg
 - Saturação $\leq 94\%$ (exceto pneumopatia crônica com hipoxemia basal)

NÃO
Síndrome gripal
(febre + dor de garganta + congestão nasal ou mialgia ou artralgia)?

SIM
Encaminhamento para atendimento hospitalar



- SIM**
- NÃO prescrever antimicrobianos
 - Considerar antiviral (se fatores de risco*)
 - Considerar teste SARS-CoV-2 e influenza
 - Prescrever sintomáticos

NÃO

≥ 65 anos

Alteração de ausculta pulmonar

Comorbidades: DM, ICC, imunossupressão, neoplasia, insuficiência renal, cirrose

Queda do estado geral

FR > 25

FC > 125

Temperatura < 35 ou $> 40^{\circ}\text{C}$



- NÃO**
- NÃO prescrever antimicrobianos
 - Prescrever sintomáticos
 - Reavaliar em 48h
 - Orientar sinais de alerta (dispneia, dor torácica, vômitos incoercíveis, confusão mental)

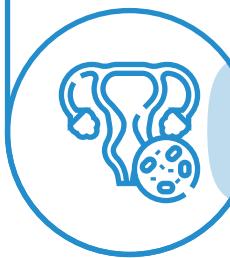


- Radiografia de tórax se possível
- Iniciar Antimicrobiano conforme tabela a seguir

Pontos Chaves	Conduta/ Antimicrobianos	Posologia Adulto	Posologia Criança
Síndrome Gripal			
Febre de início súbito acompanhada de tosse ou dor de garganta com pelo menos 1 dos seguintes: mialgia, cefaleia, artralgia, congestão nasal	<p>Prescrever sintomáticos. Manter sem antibiotocoterapia. Se disponível, realizar teste rápido COVID/influenza.</p> <p>Se fatores de risco* para Influenza ou COVID-19, prescrever Oseltamivir para Influenza e Paxlovid para COVID-19 por 5 dias.</p>	Oseltamivir 75mg de 12/12h Paxlovid® 300/100mg de 12/12h	Oseltamivir > 1 ano: ≤ 15 Kg: 30 mg de 12/12h > 15 a 23 Kg: 45 mg de 12/12h > 23 a 40 Kg: 60 mg de 12/12h > 40 Kg: 75 mg de 12/12h < 1 ano: 0 a 8 meses: 3 mg/Kg de 12/12h 9 a 11 meses: 3,5 mg de 12/12h Paxlovid não está liberado para uso em < 18 anos.
Exacerbação aguda de pneumopatia crônica			
Prescrever antibiótico se aumento ou piora do aspecto de secreção. Manter saturação de O ₂ entre 88-92%	1º opção: amoxicilina/clavulanato + (azitromicina ou claritromicina). Avaliar fatores de risco para <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (uso de corticosteroides, exacerbações prévias, hospitalização no último ano). Se fator de risco, acrescentar ciprofloxacino ao esquema Por 5 dias	Amoxicilina/clavulanato 500/125 mg VO, de 8/8h Azitromicina 500mg 01 vez ao dia Clarithromicina 500mg VO, de 12/12h Ciprofloxacina 500mg VO, de 12/12h	Amoxicilina/clavulanato 50-90 mg/kg/dia (calculados pelo componente de amoxicilina) dividido de 8/8h Azitromicina 12 mg/kg/dia, 1 vez ao dia (máx 500 mg) Clarithromicina 15 mg/kg/dia, dividido de 12/12h (máx 500 mg) Ciprofloxacino deve ser evitado na pediatria
Pneumonia adquirida na comunidade: Alteração de ausculta pulmonar e/ou radiografia de torax			
Ausência de fatores de risco	1º opção: Amoxicilina Em caso de alergia, Doxicicilina Por 5-7 dias	Amoxicilina 500 mg VO, de 8/8h Doxicilina 100 mg VO, de 12/12h	Amoxicilina 50-90 mg/kg/dia, dividido de 8h/8h(máx 500mg/dose) Doxicilina 2-4 mg/kg/dia, dividido de 12/12h (máx 100mg dose)
Pneumonia adquirida na comunidade: Alteração de ausculta pulmonar e/ou radiografia de torax			
Presença de fatores de risco: ≥ 65 anos Hospitalização no último ano Insuficiência cardíaca Uso de corticoesteróides ≥ 20mg por ≥ 14 dias Neoplasia ativa Doença renal crônica Cirrose hepática (Child B/C)	1º opção: amoxicilina/clavulanato + (azitromicina ou claritromicina)	Amoxicilina/clavulanato 500/125mg VO, de 8/8h Azitromicina 500mg 01 vez ao dia Clarithromicina 500mg VO, de 12/12h	Amoxicilina/clavulanato 50-90 mg/kg/dia (calculados pelo componente de amoxicilina) divididos de 8/8h OU Azitromicina 12 mg/kg/dia, 1 vez ao dia (máx 500 mg) OU Clarithromicina 15 mg/kg/dia, dividido de 12/12h (máx 500 mg) Ciprofloxacino deve ser evitado na pediatria

*Fatores de risco para influenza: Gestantes, adultos ≥ 60 anos, população indígena, pneumopatias, tuberculose, cardiovasculopatias, nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas, imunossupressão, diabetes, doenças metabólicas, IMC ≥ 40;

*Fatores de risco para COVID-19: ≥ 75 anos; ≥ 65 anos com comorbidades; ≥ 18 anos com imunossupressão.



07 Infecções ginecológicas

Corrimento vaginal

Diagnóstico

Na história clínica, obter informações sobre comportamentos e práticas sexuais, data da última menstruação, práticas de higiene vaginal, uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos e uso de outros possíveis agentes irritantes locais.

Condição	Apresentação clínica	Antimicrobiano de escolha	Opções
Candidíase vulvovaginal	<p>Prurido, ardência, corrimento geralmente grumoso, sem odor, dispureunia de introito vaginal e disúria externa.</p> <p>É comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período.</p>	<p>Miconazol creme (20mg/g) um aplicador cheio, à noite por 7 dias.</p> <p>ATENÇÃO: Tratamento em gestantes e lactantes somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado.</p> <p>As parcerias sexuais NÃO precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.</p>	<p>Fluconazol 150mg 1 cp VO, dose única</p> <p>OU</p> <p>Itraconazol 100 mg 2 cp VO, de 12/12h por 1 dia</p>
Vaginose bacteriana	Corrimento vaginal homogêneo, intensidade variável, coloração esbranquiçada, branco-acinzentada ou amarelada, com odor vaginal fétido ("odor de peixe" ou amoniacial) que piora com o intercurso sexual desprotegido e durante a menstruação.	<p>Metronidazol 500 mg VO, de 12/12h por 7 dias (esquema preferido)</p> <p>OU</p> <p>Metronidazol gel vaginal (100mg/g), um aplicador cheio via vaginal por 5 dias (tratamento inclui gestantes e lactantes).</p> <p>As parcerias sexuais NÃO precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.</p>	Clindamicina 300mg, VO, de 12/12h por 7 dias
Tricomoníase	<p>Corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, por vezes acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido (na maioria dos casos, lembrando peixe) e prurido eventual, que pode constituir reação alérgica à afecção. Em caso de inflamação intensa, o corrimento aumenta e pode haver sinusiorragia e dispureunia. Também podem ocorrer edema vulvar e sintomas urinários, como disúria.</p>	<p>Metronidazol 250 mg 8cp VO, dose única (dose total 2g).</p> <p>(tratamento inclui gestantes e lactantes).</p> <p>As parcerias sexuais devem sempre ser tratadas e, preferencialmente, com o mesmo esquema terapêutico.</p>	Metronidazol 500 mg VO, de 12/12h por 7 dias

Doença inflamatória pélvica

Diagnóstico

Mulher sexualmente ativa (independente de atividade sexual recente) com dor pélvica, apresentando no exame ginecológico:

- Dor à palpação de anexos + dor à mobilização de colo uterino

Com pelo menos um dos seguintes achados:

- Febre
- Corrimento vaginal mucopurulento anormal
- Friabilidade do colo uterino
- Leucocitose em sangue periférico
- Presença de leucócitos no fluido vaginal ($>10/\text{campo}$)
- Elevação de velocidade de hemossedimentação (VHS) ou proteína C reativa (PCR)
- Massa pélvica
- Comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasma

Antimicrobiano de escolha

Ceftriaxona 500mg IM, dose única

+

**Doxiciclina 100mg VO,
de 12/12h por 14 dias**

+

**Metronidazol 500mg VO,
de 12/12h por 14 dias**

Opções

Ceftriaxona 500mg IM, dose única

+

**Azitromicina 1g VO, 1 vez por semana,
por 2 semanas**

+

**Metronidazol 500mg VO,
de 12/12h por 14 dias**

Critérios para internação

Abscesso tubo-ovariano; gravidez; ausência de resposta clínica após 72h do início do tratamento com antibioticoterapia oral; intolerância a antibióticos orais ou dificuldade de seguimento ambulatorial; estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre; dificuldade na exclusão de emergência cirúrgica (ex.: apendicite, gravidez ectópica).



08 Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)

Atenção!

- Aproveitar a oportunidade para investigar gestação e outras ISTs durante o atendimento (HIV, sífilis, Hepatite B e C);
- Sempre solicitar sorologia anti-HIV;
- Oferecer a profilaxia pré-exposição (PrEP) ou pós-exposição (PEP) ao HIV, quando indicado;
- Orientar sobre vacinação para hepatite A, B e HPV.

Uretrite

Caracterizadas por inflamação e corrimento uretral, associada a dor, disúria, prurido, eritema do meato uretral e micção lenta e dolorosa

História Clínica:

Avaliar práticas sexuais e fatores de risco para IST bem como uso de produtos e/ou objetos na prática sexual, para auxiliar diagnóstico diferencial.

Aspecto do corrimento:

Mucopurulento, com volume variável, associado a dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema de meato uretral.

Agente etiológico:

Neisseria gonorrhoeae, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*.

Diagnóstico

Em muitos casos, o diagnóstico é sindrômico e não é possível identificar o agente etiológico.

Antimicrobiano de escolha

Posologia Adulto

Ceftriaxona + Azitromicina

500mg IM, dose única + 1g VO, dose única

Alternativa (ou não resposta)

Ceftriaxona + Doxicilina

500mg IM, dose única + 100mg VO, de 12/12h por 7 dias

As parcerias sexuais devem ser testadas/tratadas.

Úlcera Genital

Sífilis

Agente etiológico:

Treponema pallidum.

Diagnóstico

Exame direto (detecção de *T. pallidum* nas amostras biológicas).

Solicitar teste treponêmico (preferencialmente teste rápido) para investigação inicial.

Realização dos testes imunológicos (não treponêmicos): sempre recomendada para posterior monitoramento do tratamento, controle de cura e notificação de caso.

A detecção do treponema nas lesões primárias (cancro duro) pode ser anterior à soroconversão.

Estágio da Sífilis

Manifestações Clínicas

Sífilis primária	<ul style="list-style-type: none"> Cancro duro (úlcera genital indolor); Linfonodos regionais.
Sífilis secundária	<ul style="list-style-type: none"> Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sifilides, papulosas, sifilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão); Micropoliadenopatia; Linfadenopatia generalizada; Sinais constitucionais; Quadros neurológicos, oculares, hepáticos.
Sífilis latente recente (até um ano de duração)	Assintomática.
Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática.
Sífilis terciária	<ul style="list-style-type: none"> Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo. Ósseas: periostite, osteite gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do 7º par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral.

Estágio da Sífilis	Antimicrobiano de escolha
RECENTE: sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano de evolução)	Penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).
TARDIA: sífilis latente tardia (mais de 1 ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas; (dose total: 7,2 milhões de UI IM).
Alternativa	
Alérgicos à penicilina (exceto para gestantes)	<p>Doxicilina 100mg VO, de 12/12h por 15 dias (sífilis recente) OU Doxicilina 100mg VO, de 12/12h por 30 dias (sífilis tardia)</p> <p>Gestantes alérgicas à penicilina devem ser encaminhadas para dessensibilização com profissionais com experiência nessa prática. Penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.</p>

Comentários

O Seguimento ideal deve ser feito com teste não treponêmicos (VDRL ou RPR) a cada 3 meses (3, 6, 9 e 12 meses). Testes treponêmicos (FTA- Abs, Teste rápido, por exemplo) costumam se manter positivos ao longo da vida. Por isso, não são úteis para acompanhamento de cura ou reinfecção. Em gestantes o controle deve ser mensal.

Espera-se que o VDRL/RPR caia, pelo menos, 2 diluições após 6 meses do tratamento para sífilis recente e, pelo

menos, 2 diluições após 12 meses de tratamento para sífilis tardia.

No caso de sífilis recente em gestantes, alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose.

As parcerias sexuais devem ser testadas/tratadas.

Herpes Genital

História Clínica: Primeira manifestação (primo-infecção) costuma ser bastante sintomática e, na maioria das vezes, é acompanhada de manifestações gerais, podendo cursar com febre, mal-estar, mialgia e disúria, com ou sem retenção urinária. Em especial, nas mulheres, pode simular quadro de infecção urinária baixa. A linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral está presente em 50% dos casos. Episódios recorrentes:

sensibilidade local acompanhada de dor ou sensação de queimação que precedem o aparecimento das lesões. Linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral. Ao contrário de sífilis e cancro molde, casos de infecções por herpes têm o aparecimento de vesículas e bolhas antes de a lesão evoluir para úlcera.

Agente etiológico:

Herpes simplex vírus tipo 1 ou 2 (HSV 1 ou 2)

Situação	Tratamento
Primeira manifestação	Aciclovir 400mg VO, de 8/8h por 7 a 10 dias
Episódios de herpes de repetição	Aciclovir 400mg VO, de 8/8h por 5 dias

Comentários

Em pessoas que vivem com HIV, a apresentação clínica pode ser atípica (lesões hipertróficas). Idealmente, deve-se iniciar o tratamento no período prodromico.

Pacientes com mais de 6 episódios ao ano são elegíveis para tratamento supressivo com Aciclovir 400mg VO 2x/dia, por até 6 meses, podendo o tratamento supressivo ser prolongado por até 2 anos (indica-se avaliação periódica de função renal e hepática).

O tratamento exclusivamente tópico costuma ter pouca eficácia na evolução da doença.

Não se recomenda tratar parcerias sexuais assintomáticas.

Cancroide

As lesões são dolorosas, geralmente múltiplas e devidas à autoinoculação. A borda é irregular, apresentando contornos eritematosos e edematosos e um fundo heterogêneo, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido, que, quando removido, revela tecido de

granulação com sangramento fácil. Em 50% dos casos pode ocorrer formação de fistulas nos linfonodos com drenagem de secreção por um único orifício.

Agente etiológico:
Haemophilus ducreyi

Antimicrobiano 1^a opção

Posologia Adulto

Azitromicina

1g VO, dose única

Alternativa

**Ceftriaxona
OU
Ciprofloxacino**

**250mg IM, dose única
OU
500mg VO, de 12/12h por 3 dias**

Comentários

O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene.

O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando estas forem assintomáticas.

Pessoas vivendo com HIV podem necessitar de tempo maior tratamento.

Linfogranuloma venéreo - LGV

Inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequela. Muitas vezes, não é notada. No homem, a linfadenopatia inguinal se desenvolve entre uma e seis semanas após a lesão inicial, geralmente é unilateral e costuma ser crônico. Na mulher, a localização da adenopatia depende do local da lesão de inoculação.

Pode ocorrer proctocolite grave na população de homens que fazem sexo com homens (HSH). O comprometimento ganglionar pode evoluir com supuração e fistulização por múltiplos orifícios.

Agente etiológico:
Chlamydia trachomatis

Antimicrobiano 1^a opção

Posologia Adulto

Doxicilina

100mg VO, de 12/12h por 21 dias.

Alternativa

Azitromicina

1g VO, 1x/semana por 21 dias
(preferencialmente nas gestantes).

Comentários

As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um desses tratamentos: **azitromicina** 1g, VO, dose única OU **Doxiciclina** 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias.

Pessoas vivendo com HIV podem necessitar de tempo maior tratamento.



Donovanose

Ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. Evolui lenta e progressivamente, podendo se tornar vegetante ou úlcera-vegetante.

As lesões costumam ser múltiplas, sendo frequente a configuração em "espelho" nas bordas cutâneas e/ou mucosas.

Agente etiológico:
Klebsiella granulomatis

Antimicrobiano 1 ^a opção	Posologia Adulto
Azitromicina	1g VO, 1x/semana por pelo menos três semanas ou até cicatrização das lesões
Alternativa	
Doxicilina	100mg 1 cp VO, de 12/12h pr pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento completo das lesões
Ciprofloxacino	750mg VO, de 12/12h por pelo menos 21 dias ou até a cicatrização das lesões
Sulfametoxazol-trimetoprim	800/160mg VO, de 12/12h por no mínimo 3 semanas ou até a cicatrização das lesões

Comentários

As parcerias sexuais devem ser testadas/tratadas. Pode ocorrer recorrência entre 6 e 18 meses após, mesmo com tratamento adequado.



09 Infecção do Trato Urinário

Bacteriúria Assintomática

Caracterizada pela presença de bactérias na urocultura com $\geq 10^5$ UFC/mL e ausência de sintomas clínicos de infecção.

NÃO há indicação de coleta indiscriminada de urocultura em pacientes assintomáticos.

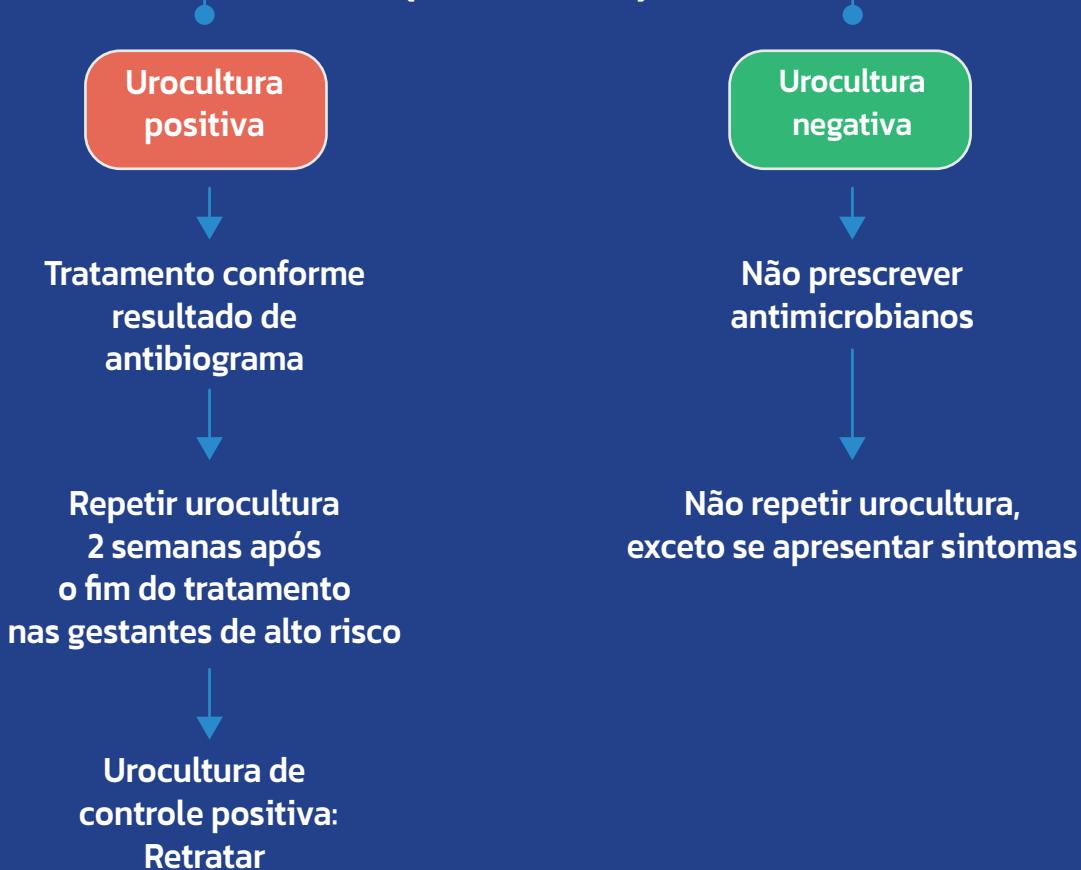
A coleta de urocultura e o tratamento de bacteriúria assintomática estão indicados somente em:

- Gestantes;
- Pré-operatório de cirurgia urológica.

Atenção!

• A escolha do antimicrobiano deve ser baseada no resultado da urocultura.

Rastreio de urocultura em gestantes (1ª consulta)



ITU em Gestante, Homens ou Crianças

Em homens, cistite não é frequente. Realizar exame clínico da próstata e considerar hipótese de uretrite (ver uretrite/IST).

Em crianças, a distinção entre infecção urinária baixa e pielonefrite pode ser difícil, especialmente em menores de 2 meses. Em caso de dúvida, encaminhar para serviço de referência.

Em gestantes, atenção para os antimicrobianos que podem ser utilizados.



**SOLICITAR SUMÁRIO DE URINA
E UROCULTURA EM TODOS OS
CASOS SUSPEITOS PARA ESSES
GRUPOS.**

Infecções sintomáticas

No primeiro episódio, os exames laboratoriais não são mandatórios e a terapia pode ser empírica a depender do grupo do paciente, conforme descrições a seguir.



Antimicrobiano empírico em gestantes

Cefalexina 500mg VO, de 6/6h por 5-7 dias

OU

Amoxicilina 500mg VO, de 8/8h por 5-7 dias

OU

Fosfomicina 3g VO, dose única*

*A fosfomicina não deve ser utilizada como primeira

escolha de forma rotineira.

Seu uso está reservado para situações específicas, como pacientes com contraindicação a betalactâmicos ou quando não houver resposta ao tratamento inicial.



Antimicrobiano empírico em homens

Sulfametoxazol-Trimetoprim (800/160mg) VO, de 12/12h por 5-7 dias

OU

Ciprofloxacino 500mg VO, de 12/12h por 5-7 dias

OU

Nitrofurantoína 100mg VO, de 6/6h por 5-7 dias



Antimicrobiano empírico em crianças > 2 meses

Cefalexina 50-100mg/kg/dia VO, dividido de 8/8h por 5-7 dias

OU

Sulfametoxazol-Trimetoprim 6-12mg/kg/dia

de Trimetoprim VO, dividido de 12/12h por 5-7 dias

OU

Amoxicilina 50-90mg/kg/dia VO, dividido de 8/8h (máx. 500mg/dose) por 5-7 dias

Tratamento

- ▢ A melhora dos sintomas ocorrerá após 24 a 48 horas do início do tratamento.
- ▢ Possibilidade de efeitos adversos com uso de antimicrobianos.
- ▢ Necessidade reavaliação para ajustar o tratamento de acordo com o resultado de urocultura e antibiograma (terapia direcionada ao patógeno).
- ▢ Retorno em caso de não melhora.

ITU em mulheres não gestantes

Cistite é muito frequente em mulheres.

Sinal de Giordano positivo ou febre pode ser indício de cistite complicada.

Caso a paciente tenha coletado urocultura, considerar resultado para escolha da terapia antimicrobiana.

Atenção!

▢ **NÃO** é necessário solicitar Sumário de urina e Urocultura.

▢ Solicitar Sumário de urina e Urocultura se ITU há menos de 1 mês ou de repetição.

▢ Iniciar antimicrobiano empírico



Antimicrobiano empírico em mulheres não gestantes

Nitrofurantoína 100mg VO, de 6/6h por 3-5 dias

OU

Sulfametoxazol-Trimetoprim (800/160mg) VO, de 12/12h por 3 dias

OU

Ciprofloxacino 500mg VO, de 12/12h por 5-7 dias

Tratamento

- ▢ A melhora dos sintomas ocorrerá após 24 a 48 horas do início do tratamento.
- ▢ Possibilidade de efeitos adversos com uso de antimicrobianos.
- ▢ Retorno em caso de não melhora.

Conduta em caso de não resposta à terapia empírica:

1. Solicitar Sumário de urina e Urocultura com antibiograma.
2. Ajustar tratamento de acordo com resultado de antibiograma.

Pielonefrite aguda

Suspeitar de infecção do trato urinário alto (pielonefrite aguda) quando houver sinais e sintomas sugestivos de infecção do trato urinário associados à febre ou Sinal de Giordano.

Se suspeita de sepse, administrar primeira dose de antimicrobiano e conduzir conforme fluxograma de **“Identificação de sepse”** (página 45).

Avaliar necessidade de internação:

A decisão deve ser individualizada. A decisão de internar é mandatória quando há sepse. Outras indicações incluem febre persistentemente alta ou dor intensa, incapacidade de realizar tratamento medicamento oral ou suspeita de obstrução do trato urinário.

Atenção!

- Iniciar antimicrobiano empírico e reavaliar a escolha após o resultado da urocultura.



Inicia antimicrobiano empírico

Ciprofloxacino 400mg IV

(ou 500 mg VO), de 12/12h

OU

Levofloxacino 500-750mg 1x dia

OU

Ceftriaxona 1g IV ou IM, de 12/12h

(ou 2g IV ou IM, 1x / dia)

Reavaliar e ajustar o tratamento conforme resultado de cultura. Tratar por 7 a 10 dias.

Infecção do trato urinário de repetição

Definição: ocorrência de ≥ 2 episódios em 6 meses **OU** ≥ 3 episódios em 12 meses.

Fatores de risco: relações sexuais frequentes, fatores mecânicos ou fisiológicos que impedem o esvaziamento da bexiga e menopausa.

Atenção!

- Solicitar Sumário de urina e Urocultura em todos os casos de ITU de repetição.

- Iniciar antimicrobiano empírico e ajustar tratamento conforme resultado de antibiograma.



Opções de tratamento

Fosfomicina 3g VO, dose única

OU

Sulfametoxazol-trimetoprim (800/160mg) VO, de 12/12h por 3 dias

OU

Norfloxacino 400mg VO, de 12/12h por 3 dias

OU

Nitrofurantoína 100mg VO, de 6/6h por 3-5 dias

Profilaxia:

Para mulheres na menopausa, considerar uso de estrogênio tópico vaginal. Não há embasamento científico para recomendar o uso de Cranberry ou probióticos como medida preventiva de ITU de repetição. Não usar rotineiramente a profilaxia antimicrobiana como estratégia preventiva, devido ao risco de efeitos colaterais e resistência antimicrobiana. A profilaxia antimicrobiana pode ser utilizada de forma contínua ou pós-coito (quando há relação entre os episódios de ITU e relação sexual).

Opções para profilaxia

Por 6 a 12 meses ou dose pós-coito

Nitrofurantoína 100mg/dia

OU

Fosfomicina 3g a cada 10 dias

OU

Cefalexina 250 mg/dia (se gestante)





10 Mordedura por animais (cães e gatos)

Após uma mordedura animal, três preocupações imediatas se impõem: a infecção local, o risco de tétano e a possibilidade de raiva – cada uma com implicações potencialmente graves e abordagens específicas de prevenção e tratamento.

Infecções secundárias

Alto risco de evoluir com infecção, especialmente em mordeduras por gatos.

Agentes etiológicos mais comuns: *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Pasteurella multocida*, *Pasteurella canis*, *Eikenella corrodens*, *Capnocytophaga spp.*, *Bartonella henselae* e anaeróbios (*Bacteroides spp.*, *Fusobacteria*, *Porphyromonas spp.*, *Prevotella spp.*, *Cutibacterium* e *Peptostreptococci*).

Tratamento

- ▢ Avaliar a extensão, profundidade da lesão e a presença de sinais de infecção, a espécie animal envolvida e as circunstâncias da mordida.
- ▢ **Cuidados locais:**
Realizar imediatamente limpeza vigorosa (com degermante ou sabão), irrigação com soro fisiológico, mesmo que o paciente já tenha realizado higienização prévia.
Se houver necessidade de sutura, realizar este procedimento após a infiltração de soro ou imunoglobulina anti-rábica na ferida, quando indicado.
Lesões complexas ou em face: encaminhar para avaliação com cirurgião.
- ▢ Uso de antimicrobianos para profilaxia ou tratamento conforme fluxograma e tabela abaixo.

Mordeduras profundas* sem sinais de infecção: iniciar profilaxia com antimicrobiano.



SIM

Mordeduras com sinais de infecção: iniciar tratamento com antimicrobiano.



Mordedura profunda*?

NÃO



Mordeduras superficiais*:
NÃO necessitam profilaxia com antimicrobiano.

***Mordeduras superficiais:** não atravessaram a epiderme, nem provocaram sangramento.
Mordeduras profundas: não se encaixaram na definição de superficiais.

Antimicrobiano de escolha	Posologia Adulto	Posologia Criança
Amoxicilina-clavulanato	500/125mg VO, de 8/8h 3 dias se profilaxia 5-7 dias se tratamento	50-90mg/kg/dia (componente amoxicilina), VO, dividido de 8/8h 3 dias se profilaxia 5 dias se tratamento
Opções (em caso de alergia)		
Clindamicina + Ciprofloxacino	300-450mg VO, de 8/8h 500mg VO, de 12/12h 3 dias se profilaxia 5-7 dias se tratamento	Preferir esquema abaixo
Clindamicina + Sulfametoxazol-trimetoprim	300-450mg VO, de 8/8h 800-160mg VO, de 12/12h 3 dias se profilaxia 5-7 dias se tratamento	30-40mg/kg/dia dividido de 6/6h ou 8/8h 8-12mg/kg/dia (do trimetoprim) dividido de 12/12h 3 dias se profilaxia 5-7 dias se tratamento

Tétano

Pacientes vítimas de mordedura devem ter seu status de proteção contra o tétano avaliado, conforme tabela e observações abaixo.

História de Imunização contra tétano	Prescrever	
	Vacina	Imunoglobulina humana antitetânica
Menos de 3 doses ou incerta	Sim	Sim
Vacinação primária completa (≥ 3 doses):		
Última dose há menos de 5 anos	Não	Não
Última dose entre 5 e 10 anos	Sim	Não
Última dose há mais de 10 anos	Sim	Não

Observação

- Abaixo de sete anos: tríplice (DPT) ou dupla tipo infantil (DT) se o componente pertussis for contra-indicado.
- A partir dos sete anos: dupla tipo adulto (dT).
- Imunoglobulina humana antitetânica, na dose de 250 unidades, pela via intramuscular (independe do peso). As doses de soro e imunoglobulina são as mesmas independentemente de idade ou peso.
- Utilizar local diferente daquele no qual foi aplicada a vacina.

Raiva

O paciente vítima de mordedura animal deve ter sua profilaxia antirrábica avaliada conforme o quadro abaixo, que enfatiza a importância da avaliação do animal e tipo de exposição.

ANIMAL		TIPO DE EXPOSIÇÃO		
		CONTATO INDIRETO	LEVE	GRAVE
CÃO OU GATO	Passível de observação por 10 dias e sem sinais sugestivos de raiva	✗	Se o animal morrer ou apresentar sinais de raiva, é indicada a vacina	Se o animal morrer ou apresentar sinais de raiva, são indicados a vacina e soro
	Não passível de observação por 10 dias e com sinais sugestivos de raiva	✗	+	+
MAMÍFEROS DOMÉSTICOS DE INTERESSE ECONÔMICO BOIS, CAVALOS, JUMENTOS, BODES, CARNEIROS E PORCOS		✗	+	+
ANIMAIS SILVESTRES		✗	+	+
MORCEGOS		+	+	+

Atenção

Para todos os tipos de exposição, a primeira medida indicada é lavar com água e sabão.

✗ Não indicado para profilaxia

+

Vacina Soro ou imunoglobulina

Contato indireto: contato em pele sem lesões.

Leve: lambidura de lesões superficiais ou ferimento superficial em tronco ou membros, exceto mãos e pés.

Grave: ferimento em mucosas, cabeça, mãos ou pés; ferimentos múltiplos ou extensos em qualquer região do corpo; lambidura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que intactas.

*Protocolo baseado na Nota Técnica nº 8/2022-CGZV/DEIDT/SVS/MS.

- É mais importante lembrar que a primeira avaliação do paciente deve acontecer na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), equipamento que disponibiliza a medida mais eficaz contra a raiva: a vacina. Além disso, o paciente deve ser acompanhado na atenção primária.
- Para casos selecionados em que há a indicação do soro antirrábico, a rede de saúde deve ser consultada para indicação do local onde será administrado.



11

Otite média aguda (OMA)

Os sintomas de OMA em crianças incluem dor de ouvido (mais comum), fricção nos ouvidos, perda auditiva, drenagem do ouvido e febre. Outros sinais como hiperemia, diminuição da translucidez da membrana timpânica ou a presença de líquido retrrotimpânico isoladamente, sem abaulamento ou otorreia não distinguem OMA de otite média secretora.

Em adultos, OMA geralmente é precedida de infecção do trato respiratório superior ou exacerbação de rinite. Mais frequentemente unilateral e está associada a otalgia e diminuição da acuidade auditiva.

Diagnóstico

- O diagnóstico É CLÍNICO.
- Abaulamento da membrana timpânica é o sinal mais fidedigno.

Agentes etiológicos mais comuns:
M. catarrhalis, H. influenzae, S. pneumoniae

< 6 MESES

Iniciar antimicrobiano sempre

**ENTRE 6
E 24 MESES**

Iniciar antimicrobiano se: otorreia, otalgia intensa por mais de 48 horas ou de início rápido, acometimento bilateral, mau estado geral, sinais de toxemia e presença de doenças que predispõe a OMA (fenda palatina, síndromes genéticas, imunodeficiência).

> 24 MESES

OMA é menos frequente nessa faixa etária.
 Iniciar antimicrobiano se: otorreia, otalgia intensa por mais de 48 horas ou de início rápido, acometimento bilateral, mal estado geral, sinais de toxemia e presença de doenças que predispõe a OMA (fenda palatina, síndromes genéticas, imunodeficiência).

Tratamento

- ▢ A maior parte dos casos se resolve espontaneamente, sem uso de antimicrobianos.
- ▢ O uso de antimicrobianos parece não prevenir complicações nem recorrência.
- ▢ O uso de analgésicos e antitérmicos deve ser imediato para alívio da dor e da febre.
- ▢ Orientar retorno para reavaliação se os sintomas piorarem ou persistirem após 48 a 72 horas.
- ▢ Realizar lavagem nasal com objetivo de reduzir edema da tuba auditiva, facilitando funcionamento e drenagem da orelha média).

O uso de antimicrobiano está indicado nas seguintes situações:



Antimicrobiano de escolha	Posologia Adulto	Posologia Criança
Primeira opção		
Amoxicilina	500mg VO, de 8/8h por 5-7 dias	50-90mg/kg/dia VO, dividido de 8/8h (máx. 500mg/dose), 5-7 dias (em menores de 2 anos: 10 dias)
Opções		
Clarithromicina* (alérgicos e beta-lactâmicos)	500mg VO, de 12/12h por 5-7 dias	15mg/kg/dia, dividido de 12/12h (máx. 500mg) por 5 dias
Azitromicina* (alérgicos e beta-lactâmicos)	500mg VO, 1 vez ao dia por 5 dias	12mg/kg/dia 1 vez ao dia (máx. 500mg) por 5 dias
Em caso de não resposta ou uso de antimicrobianos nos últimos 30 dias ou OMA recorrente		
Amoxicilina- clavulanato	500/125mg VO, de 8/8h por 7-10 dias OU 875/125mg VO, de 12/12h por 5-7 dias	50-90mg/kg/dia (calculados pelo componente de amoxicilina) dividido de 8/8h por 5-7 dias (em menores de 2 anos: 10 dias)

*Dados brasileiros apontam alta proporção de resistência de *S. pneumoniae* aos macrolídeos, não utilizar sistematicamente de forma empírica.



12 Profilaxia antimicrobiana em Odontologia

A profilaxia antimicrobiana em Odontologia pode ter o objetivo de prevenção de endocardite infecciosa ou prevenção de infecção do sítio cirúrgico.

O antimicrobiano profilático deve ser iniciado de 30 a 60 minutos antes do início do procedimento.

Este tempo é necessário para que sejam atingidos níveis teciduais no momento da manipulação cirúrgica.

O uso de antimicrobianos deve ser por curto período: em geral dose única pré-procedimento. Não ultrapassar 24h.

Prevenção de Infecção de sítio cirúrgico

Procedimento	Recomendação
Extração cirúrgica por osteotomia dos terceiros molares.	Dose única de 2g de amoxicilina oral pré-operatória.
Implantes dentários; Implante único em pacientes saudáveis não comprometidos.	Não se recomenda antibiocoprofilaxia.
Implantes dentários complexos.	Dose única de 2g de amoxicilina oral pré-operatória.

Prevenção de endocardite

Pacientes com condição cardíaca de alto risco?

- Próteses valvares;
- Endocardite prévia;
- Cardiopatias congênitas:
 - a) Coanóticas não corrigidas, incluindo "shunts" e condutos paliativos.
 - b) Com correção completa com prótese ou dispositivo nos primeiros 6 meses após procedimento (período de endotelização).
 - c) Corrigida com defeitos residuais locais ou adjacentes a retalhos ou dispositivos prostéticos (inibem a endotelização).
- Valvopatia reumática crônica;
- Receptores de transplante cardíaco com valvopatias.


Procedimento odontológico invasivo?

- Manipulação de gengiva;
- Manipulação perioperatorial dos dentes;
- Perfuração da mucosa oral, como extações dentárias ou drenagem de um abscesso dentário.

Obs.: Não é indicada em anestesia através de tecido não infectado, colocação, ajuste ou retirada de próteses e dispositivos ortodônticos, perda da 1ª dentição ou trauma aos lábios e mucosa oral.



Não é necessário realizar profilaxia de endocardite.



Realizar antibióticoprofilaxia conforme tabela abaixo




Não é necessário realizar profilaxia de endocardite.

Obs.: não está indicado uso rotineiro de profilaxia antimicrobiana em pacientes com próteses articulares submetidos a procedimentos odontológicos.

Antimicrobiano de escolha
Posologia Adulto
Posologia Criança
Dose única 30 a 60 minutos antes do procedimento
Primeira opção
Amoxicilina
2g VO
50mg/kg VO
Opções (em caso de alergia ou impossibilidade de uso)
**Azitromicina
OU
Clarithromicina**
500mg VO
500mg VO
12mg/kg VO
12mg/kg VO



13

Rinossinusite Aguda (RSA)

As causas mais comuns de rinossinusite são alergia e vírus respiratórios (> 80%).

Rinossinusites alérgicas costumam vir associadas à coriza hialina crônica, sibilância, congestão/prurido ocular.

Rinossinusites virais costumam melhorar espontaneamente em 7-10 dias. O indicativo de etiologia bacteriana é: duração dos

sintomas por mais de 10 dias ou piora dos sintomas após 5º dia (RSA bacteriana pós-viral).

Agentes etiológicos bacterianos mais comuns:

S. pneumoniae, H. influenzae e M. catarrhalis;

Bactérias anaeróbias:

Peptostreptococcus, Bacteroides e Fusobacterium.

Tratamento

- Hidratação adequada, umidificação do ambiente e evitar exposição a agentes que causem alergia.
- Lavagem nasal com solução salina.
- Não é necessário antimicrobiano na maior parte dos casos. Muitas vezes ocorre resolução espontânea dos sintomas.

Recomendar/orientar para alívio dos sintomas

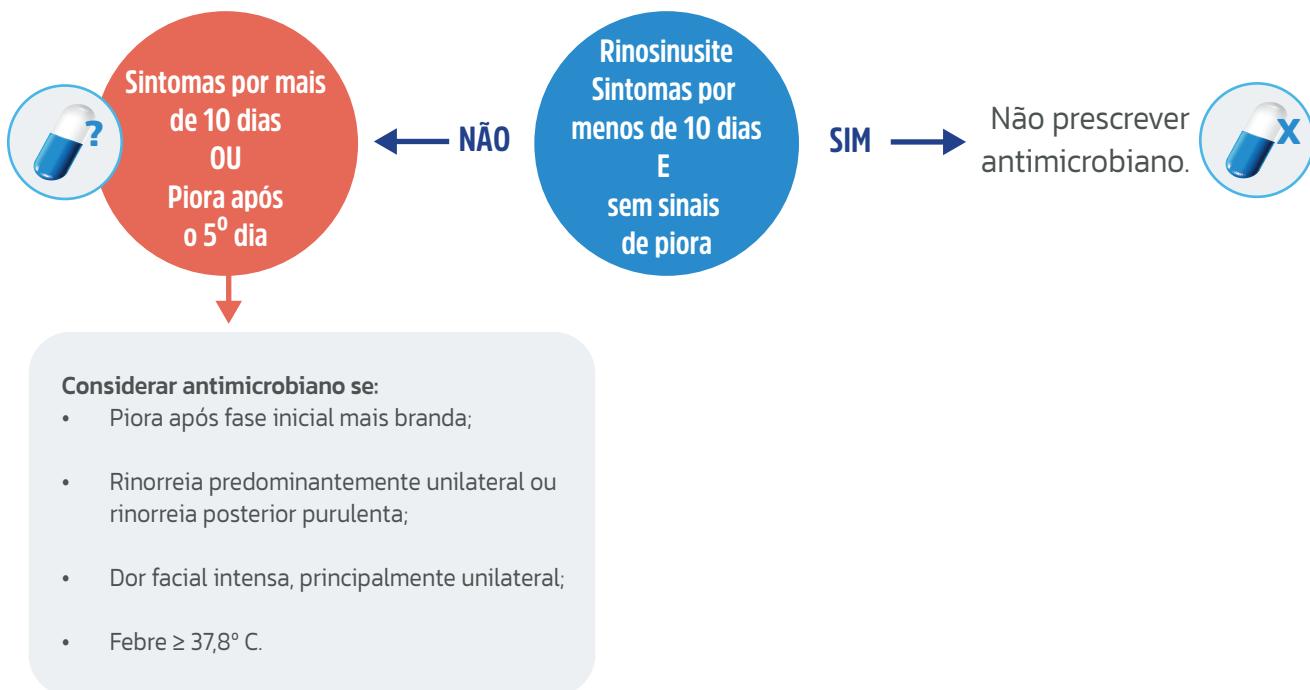


Colocar a solução na mão e aspirar pela narina até a solução atingir a cavidade oral (uma narina de cada vez). Repetir o procedimento várias vezes ao dia.



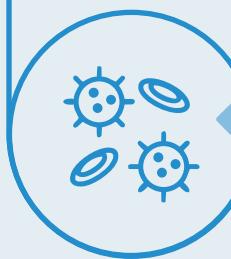
Os corticosteroides nasais são eficazes na redução de sintomas de rinossinusite aguda pós-viral. No entanto, o efeito é pequeno. Apenas prescrever quando a redução dos sintomas é considerada necessária.

*Consultar Anexo 1



Antimicrobiano de escolha	Posologia Adulto	Posologia Criança
Primeira opção		
Amoxicilina	500mg VO, de 8/8h por 5-7 dias	50-90mg/kg/dia VO, dividido de 8/8h por 5-7 dias
Opções		
Doxicilina	100mg VO, de 12/12h por 5-7 dias	2-4mg/kg, dividido de 12/12h (máx. 100mg/dose) por 5-7 dias
Em caso de não resposta		
Amoxicilina-clavulanato	500/125mg VO, de 8/8h por 5-7 dias OU 875/125mg VO, de 12/12h por 5-7 dias	50mg/kg/dia VO, dividido de 8/8h por 5-7 dias

Dados brasileiros apontam alta proporção de resistência de *S. pneumoniae* a macrolídeo (50%) e sulfametoazol-trimetoprim (40%) e alta sensibilidade à penicilina (90%). Alta sensibilidade de *H. influenzae* à ampicilina/amoxicilina (80%).



4 Identificação de sepse



A sepse é uma condição grave e potencialmente fatal. Este fluxograma visa o reconhecimento precoce deste agravo.

Importante

Deve ser aplicado para todos os pacientes com suspeita ou confirmação de infecção.

Avaliação Inicial

Paciente apresenta
UMA DISFUNÇÃO ORGÂNICA?

- Hipotensão: PAS <90mmHg;
- Alteração do nível de consciência;
- StO₂ < 90%, necessidade de O₂ ou dispneia importante;
- Oligúria (Diurese <0,5ml/kg/h).
- **EXAMES LABORATORIAIS** (se disponível):
 1. Creatinina > 2mg/dL;
 2. Lactato acima do valor normal;
 3. Plaquetas < 100.000;
 4. INR > 1,5;
 5. Bilirrubinas > 2mg/dL.

Paciente apresenta
pelo menos DOIS sinais de SIRS?

OU

- Febre (Tax > 37,5° C) ou hipotermia (temperatura central < 35°);
- Taquicardia (FC > 90bpm);
- Taquipneia (FR > 20 irpm);
- Lucocitose (>12.000/mm³); ou leucopenia (< 4.000/mm³);

SIM

NÃO

Suspeita ou
confirmação
de infecção?

SIM

NÃO

NÃO É SEPSE

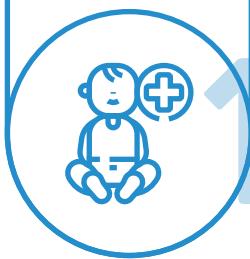
SEPSE ou CHOQUE SÉPTICO

- 1 Prescrever antibioticoterapia conforme o foco provável;
- 2 Iniciar reposição volêmica precoce em pacientes com hipotensão ou lactato acima de 20 mg/dL.
Pelo menos 30 ml/kg de cristaloide. Esse volume deve ser infundido o mais rápido possível, idealmente em 30 a 60 minutos.



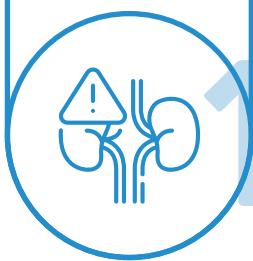
Atenção: cardiopatas podem necessitar de redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica moderada/grave. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada eventualmente necessita ser antecipado.

- 3 Encaminhar para atendimento em UPA ou hospital.



15 Posologia em pediatria

Antimicrobiano	Posologia em pediatria
Azitromicina	50-90 mg/kg/dia (máx. 500 mg/dose) dividido de 8/8h
Amoxicilina-clavulanato	50-90 mg/kg/dia (componente amoxicilina) dividido de 8/8h
Azitromicina	5-12 mg/kg/dia (máx. 500 mg/dia)
Cefalexina	25-100mg/kg/dia, dividido de 6/6h (máx. 1g/dose)
Ciprofloxacino	EVITAR. Se necessário, 20-40 mg/kg/dia, dividido de 12/12h (máx. 500mg/dose)
Clarithromicina	15 mg/kg/dia, dividido de 12/12h (máx. 500 mg/dose)
Clindamicina	30 a 40 mg/kg/dia divididas a cada 6 a 8 horas (máx. 1.800 mg/dia)
Doxicilina	2-4 mg/kg, dividido de 12/12h (máx. 100mg/dose)
Fosfomicina	2g VO, 1x/dia
Metronidazol	30-40mg/kg, dividido de 8/8h (máx. 500mg/dose)
Nitrofurantoína	5-7 mg/kg/dia, dividido de 6/6h
Norfloxacino	5-12 mg/kg/dia (máx. 500 mg/dia)
Oseltamivir	<p>> 1 ano: ≤ 15 Kg: 30 mg de 12/12h > 15 a 23 Kg: 45 mg de 12/12h > 23 a 40 Kg: 60 mg de 12/12h > 40 Kg: 75 mg de 12/12h</p> <p>< 1 ano: 0 a 8 meses: 3 mg/Kg de 12/12h 9 a 11 meses: 3,5 mg/Kg de 12/12h</p>
Paxlovid® (nirmatrelvir/ritonavir)	Não está liberado em < 18 anos
Penicilina V	25-75 mg/kg/dia, dividido de 6/6h ou 8/8h
Sulfametoazol-trimetoprim (baseado no trimetoprim)	6-12mg/kg/dia, dividido de 12/12h



6 Posologia em adulto e ajustes para insuficiência renal

Antimicrobiano	Posologia Adulto Função renal normal	Posologia Adulto Insuficiência renal (clearance de creatimina em mL/min)	Posologia Adulto Em diálise
Amoxicilina	500 mg VO, de 8/8h	10-30: 500 mg de 12/12h <10: 250-500 mg 1x/dia	250-500 mg 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Amoxicilina-clavulanato	500/125 mg VO, de 8/8h	10-30: 500/125 VO mg de 12/12h <10: 500/125 mg 1x/dia	500/125 mg 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Azitromicina	500mg VO, 1x/dia	Sem ajuste	Sem ajuste
Cefalexina	500-1.000 mg VO, de 6/6h	10-50: 500-1.000 mg VO, de 8/8h ou 12/12h <10: 500-1.000 mg VO, 1x/dia	500mg VO, 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Ciprofloxacino	500-750 mg VO, de 12/12h	30-50: 250-500mg VO, de 12/12h <30: 500 mg VO, 1x/dia	500mg VO, 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Ciprofloxacino	500-750 mg VO, de 12/12h	30-50: 250-500mg VO, de 12/12h <30: 500 mg VO, 1x/dia	500mg VO, 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Clarithromicina	500 mg VO, de 12/12h	10-50: 500mg VO, de 12/12h ou 500mg 1x/dia <10: 500 mg VO, 1x/dia	500mg VO, 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Clindamicina	300-450mg VO, de 6/6h ou 8/8h	Sem ajuste	Sem ajuste
Doxicilina	100mg VO, de 12/12h	Sem ajuste	Sem ajuste
Fosfomicina	3g dose VO, 1x/dia	Sem ajuste <10: EVITAR O USO	EVITAR O USO
Metronidazol	500mg VO, de 8/8h	<10: 500mg VO, de 12/12h	500mg VO, de 12/12h (em dias de diálise, após sessão)
Nitrofurantoína	100mg VO, de 6/6h	<60: EVITAR O USO	EVITAR O USO
Norfloxacino	400mg VO, de 12/12h	10-30: 400mg VO, 1x/dia	400mg VO, 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Oseltamivir	75mg VO, de 12/12h	30-60: 30mg VO, de 12/12h 10-30: 30mg VO, 1x/dia <10: não recomendado	30mg VO, 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Sulfametoxazol-trimetoprim	800/160mg VO, de 8/8h ou 12/12h	30-50: sem ajuste 10-30: 400/80mg de 12/12h	EVITAR O USO. Se necessário, 400/80mg 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)



17 Anexo I

Sintomáticos Analgésicos/ Anti-inflamatórios/ Antipiréticos

- **Dipirona** 500 mg comp.
- **Dipirona** 500 mg/mL sol. oral
- **Dipirona** 500 mg/mL sol. inj
- **Ibuprofeno** 600 mg comp.
- **Ibuprofeno** 50 mg/mL susp. oral
- **Paracetamol** 500 mg comp.
- **Paracetamol** 200 mg/mL sol. oral
- **Paracetamol** 500mg + Codeína 30mg comp.
- **Prednisolona (fosfato sódico de)** 3 mg/mL sol. oral
- **Prednisona** 5 mg comp.
- **Prednisona** 20 mg comp.

Corticoide Inalatório

- **Budesonida** 50 mcg suspensão para inalação nasal

camo-net

