

Guia de Bolso de Antibioterapia em Ambulatório

Edição 1.3. | novembro de 2025

Programa de
Apoio à Prescrição
de Antibióticos
em
Ambulatório

Unidade Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos da ex-ARS de Lisboa e Vale do Tejo



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UR Lisboa e Vale do Tejo

Com o Patrocínio Científico da
Associação Portuguesa de
Medicina Geral e Familiar.



Ficha Técnica

Título: GUIA DE BOLSO DE ANTIBIOTERAPIA EM AMBULATÓRIO. Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos (PAPA) da ex- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo I.P. Unidade Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos de LVT. 61 pág. Lisboa. 2025.

Edições: 1.1. fevereiro 2024; 1.2. julho 2024; 1.3. novembro 2025.

ISBN: 978-989-8436-32-0

Palavras-chave: Programa/ PAPA/ Ambulatório/ Antibióticos/ Antimicrobianos/ Infecções/ Otorrinolaringológicas/ Respiratórias/ Gastrointestinais/ Geniturinárias/ Sexualmente transmissíveis/ Pele e Tecidos moles/ Odontogénicas/ Mastite/ Conjuntivite/ Literacia/ Prescrição diferida/Adulto/Criança.

Editor: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. Av. Estados Unidos da América, nº 75-77, 1749-096 Lisboa – Portugal.

Tel. +351 218 424 800 | Correio eletrónico: geral@arslvt.min-saude.pt

Unidade Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (UR-PPCIRA LVT) GrupoPAPA.LVT@hotmail.com

Autores

Carlos André Palos, Coordenação Científica. Médico de Medicina Interna. Intensivista. UL-PPCIRA da ULS Sta Maria. UR-PPCIRA LVT/Coordenador do Grupo PAPA Ambulatório Regional.

Ana Lúcia Gomes Costa, Médica de Medicina Geral e Familiar. PAPA Ambulatório. ULS Amadora-Sintra. ULS Oeste.

Ana Bruschy Fonseca, Médica Microbiologista, ULS STª Maria. UR PPCIRA LVT/ PAPA Ambulatório Regional.

David Galhano Lopes, Médico de Saúde Pública. UL-PPCIRA da ULS Amadora-Sintra.

Erica Rocha, Médica de Medicina Geral e Familiar. PAPA Ambulatório. UL-PPCIRA da ULS da Região de Leiria.

Fátima Cimadeira, Farmacêutica. UOFF/ UR-PPCIRA LVT e PAPA Ambulatório Regional.

Francisca Costa, Médica Pediatra. ULS Amadora-Sintra.

Inês Castilho, Médica de Medicina Geral e Familiar. UL-PPCIRA da ULS Amadora-Sintra.

Margarida Carvalho, Farmacêutica. UOFF/ UR PPCIRA LVT e PAPA Ambulatório Regional.

Paula Correia, Médica Pediatra. UL-PPCIRA da ULS Amadora-Sintra.

Renata Afonso. Farmacêutica do CFT. UR-PPCIRA LVT e PAPA Ambulatório Regional.

Ricardo Pinto Ribeiro, Médico de Medicina Geral e Familiar. PAPA Ambulatório. UL-PPCIRA da ULS Amadora-Sintra.

Rita de Cássia Côte-Real, Médica Patologista. ULS S. José. UR-PPCIRA LVT/ PAPA Ambulatório Regional.

Sara Magalhães, Médica de Medicina Geral e Familiar. PAPA Ambulatório. UL-PPCIRA da ULS Amadora-Sintra.

Gregória Paixão von Amann, Médica de Saúde Pública. Coordenadora da UR-PPCIRA LVT.

Revisão (pediatria): Prof. Doutor Luís Varandas, ULS de S. José.

Revisão (adultos): Dr. Pedro Dias, ULS Amadora-Sintra e Dr. José Paulo Xavier, DSP LVT.

Colaboração do Centro de Medicina Laboratorial Germano de Sousa: Prof.ª Doutora Maria José Rego de Sousa, Dr.ª Maria Menezes, Dr.ª Rita Ribeiro e Dr. Luis Nogueira Martins na realização da Carta Microbiológica do Ambulatório da Região LVT.

Agradecimento: À Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar pelo Patrocinio Científico e pela divulgação junto de todos os Médicos de Medicina Geral e Familiar.

Sugestão de citação: Guia de Bolso de Antibioterapia em Ambulatório. Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos (PAPA) da ex- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo I.P. Unidade Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos de LVT. Edição 1.3. novembro 2025. Lisboa. Portugal.

Reprodução autorizada desde que a fonte seja citada, exceto para fins comerciais, que é proibida.

Contributos/Sugestões baseadas na evidência científica para futuras revisões do Guia podem ser enviadas através do Formulário: https://docs.google.com/forms/d/1bWRuFjQh-bAI98p1WtdwXFp3kTfRm2OqnD2_vFF2ckc/edit

Coautores

(Especialistas e Internos da especialidade de medicina geral e familiar)

Adriana Caetano; Ana Catarina Afonso; Ana Monteiro; Anabela Martins; António Aguiar Pereira;

Bernardo Sousa Pinto.

Carolina Melo; Carolina Simões; Catarina Oliveira; Catarina Perna; Catarina Ramos;

Daniela Costa Oliveira; Diogo Teixeira.

Eugénia Rascão.

Francisca Chichorro; Francisca Gomes de Melo.

Joana de Sousa Monteiro; João Vítor Dinis; Júlia Velte.

Maria Romana Salazar.

Patricia Peixoto Oliveira.

Raquel Machado; Rita Pontes; Rita Rodrigues Moreira.

Willy Fonseca.

Índice

INTRODUÇÃO	5
OBJETIVO	5
Princípios gerais da prescrição de antibióticos	6
MNEMÓNICA PARA A PRESCRIÇÃO APROPRIADA DE ANTIBIÓTICOS: <i>IMAGINE</i>	6
DETEÇÃO DE SINAIS CLÍNICOS DE GRAVIDADE: <i>MEWS</i>	7
SINAIS DE ALARME ASSOCIADOS A DOENÇAS INFECIOSAS	8
ATUAÇÃO NA SUSPEITA DE HIPERSENSIBILIDADE AOS BETA-LACTÂMICOS	8
DOENÇAS INFECIOSAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA NO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (SINAVE)	10
RECOMENDAÇÕES	11
INFEÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS	13
Amigdalofaringite (Adulto e Criança)	13
Rinossinusite aguda (Adulto e Criança)	14
Otite média aguda (Adulto e Criança)	15
Otite externa aguda (Adulto e Criança)	16
INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS	17
Pneumonia adquirida na comunidade (Adulto)	17
Pneumonia adquirida na comunidade (Criança)	18
Doença pulmonar obstrutiva crónica exacerbada	19
Traqueobronquite aguda	20
Tosse convulsa (Adulto e Criança)	21
Pneumonia atípica	21
Epiglottite	21
Laringite ou laringotraqueobronquite	21

INFEÇÕES GASTROINTESTINAIS	22
Helicobacter pylori	22
Diverticulite aguda	23
Diarreia aguda infecciosa (Adulto e Criança)	24
Diarreia do viajante (Adulto e Criança)	25
INFEÇÕES GENITURINÁRIAS	26
Cistite aguda (Mulher, Grávida e Homem)	26
Infecção do trato urinário (ITU) (Criança)	27
Pielonefrite aguda	28
Prostatite aguda	29
Prostatite crónica	29
Balanite de causa infecciosa	30
Orquiepididimite causada por infeções sexualmente transmissíveis	31
Orquiepididimite causada por infeções NÃO sexualmente transmissíveis	31
Vulvo-vaginite (Adulto)	32
Vulvo-vaginite (Criança pré-pubertária)	33
Bartolinite	34
INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	35
Sífilis (Adulto e Criança)	35
Uretrite/ cervicite (Adulto)	36
Uretrite/ cervicite (Criança)	37
INFEÇÕES DA PELE E TECIDOS MOLES	38
Impetigo/ éctima (Adulto e Criança)	38
Foliculite, furúnculo, carbúnculo (Adulto)	39

Foliculite, furúnculo, carbúnculo (Criança).....	40	Conjuntivite bacteriana.....	49
Paroníquia/ panarício (Adulto e Criança).....	41	Infeções odontogénicas (Adulto)	50
Abcesso (Adulto e Criança)	42	Infeções odontogénicas graves (Adulto).....	50
Erisipela/ celulite (Adulto e Criança)	43	Infeções odontogénicas (Criança e adolescente).....	51
Infeção em úlcera de perna	44	Infeções odontogénicas graves	51
Infeção em pé diabético	45	LITERACIA PARA A SAÚDE SOBRE ANTIBIOTERAPIA.....	523
Mordedura humana e animal (Adulto e Criança).....	46	MODELOS DE PROMOÇÃO DA LITERACIA PARA A SAÚDE	55
OUTRAS INFEÇÕES FREQUENTES NA COMUNIDADE	48	Folheto sobre Toma de Medicamentos	57
Mastite.....	48	Folheto sobre Prescrição Diferida.....	59

Síntese da revisão sistemática do Guia de Bolso de Antibioterapia em Ambulatório. 2025/2026

Faz-se notar que o Guia de Bolso é atualizado pelo Grupo PAPA da ex-ARSLVT sempre que tenhamos nova evidência científica e, regista-se que as recomendações terapêuticas do mesmo são empíricas.

A versão 1.3. de novembro 2025, contempla as seguintes alterações:

Pág.17: Pneumonia adquirida na comunidade (Adulto) - Menção explícita a que se trata de pneumonia adquirida na comunidade sem critérios de gravidade, justificando internamento. Retirada da amoxicilina+ácido clavulânico das indicações terapêuticas.

Pág.19: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica Exacerbada - inclusão da prescrição de moxifloxacina, reforço das “Observações” no tratamento da DPOC exacerbada.

Pág. 26: Cistite aguda (Mulher, Grávida e Homem) - adequação à nova terminologia sobre ITU (localizadas e sistémicas). Revisão da ordem de prescrição e redução da duração da antibioterapia e introdução do pivmecilinam (já comercializado em PT)

Pág 29: Prostatite aguda - adequação à nova terminologia sobre ITU (localizadas e sistémicas) que não envolveu alterações na prescrição de antibioterapia.

Pág 29: Prostatite crónica - adequação à nova terminologia sobre ITU (localizadas e sistémicas) que não envolveu alterações na prescrição de antibioterapia.

Pág 37: Uretrite/ cervicite (Criança) – alteração do tratamento de primeira linha, no caso de *chlamydia*.

Pág 45: Infeção em pé diabético - revisão bibliográfica que permite abranger o MRSA com Sulfametoxazol + Trimetoprim e Doxiciclina.

Introdução

Objetivo

O presente Guia de Bolso de Antibioterapia em Ambulatório pretende constituir uma ferramenta de apoio à prescrição de antibióticos em diversos contextos, com o objetivo de a melhorar.

Este Guia de Bolso procura integrar a informação de Normas e *Guidelines*, nacionais e internacionais, ajustadas ao contexto nacional, por forma a promover uma maior adesão às boas práticas de prescrição de antibióticos, bem como garantir uma maior equidade no tratamento das patologias infecciosas mais comuns a nível ambulatorio, nomeadamente, em cuidados de saúde primários, consultas externas e urgências hospitalares.

Neste Guia as infeções encontram-se organizadas por sistemas. Para cada infeção é indicado o código ICPC 2 ([Link OMS](#)) para facilitar a sua inclusão nos registos clínicos; os microrganismos mais frequentes ao nível da comunidade; os antibióticos recomendados em primeira linha, que deverão ser a primeira escolha, exceto se existir uma razão plausível; os antibióticos de segunda linha, em alternativa aos anteriores; e, em observações, algumas notas consideradas pertinentes.

As recomendações do Guia de Bolso devem ser ajustadas ao doente, dando primazia ao contexto clínico, epidemiológico, microbiológico e às comorbilidades, assim como aos internamentos recentes ou recorrentes, que poderão alterar as indicações aqui apresentadas. Do mesmo modo, dada a dinâmica inerente à terapêutica antimicrobiana, sempre que considerado necessário, devem ser adotadas as recomendações mais recentes, emitidas pelos organismos oficiais ou pelas Sociedades Médicas.

Para tal, o Guia de Bolso foi elaborado tendo em consideração a Classificação *AWaRe* (*Access, Watch, Reserve*), publicada pela primeira vez em 2017 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ([Link OMS](#)) com o objetivo de priorizar a utilização de antibióticos de acordo com o potencial para a indução de resistências e a necessidade de reserva sobre a sua utilização, por constituírem em diversas patologias “últimas linhas” de terapêutica:

- ✓ *Access* antibióticos de prescrição “livre”;
- ✓ *Watch* antibióticos de prescrição “sob observação”, obrigando a monitorização do perfil de consumo;
- ✓ *Reserve* antibióticos “de reserva”, obrigando a mecanismos de controlo da dispensa e monitorização mais rigorosa.

Princípios gerais da prescrição de antibióticos

Sempre que possível, devem ser evitadas quinolonas, pelo seu potencial indutor de resistências (nomeadamente nos agentes Gram-negativos), e efeitos secundários a nível músculo-tendinoso e cardíaco, entre outros, alvo de alertas da *European Medication Agency* (EMA) e da *Food and Drug Administration* (FDA). Em caso de serem necessárias, as quinolonas “respiratórias” (levofloxacina, moxifloxacina) não devem ser utilizadas para o tratamento de outras infeções.

Devem igualmente ser evitadas cefalosporinas de terceira geração, como a ceftriaxona, pelo seu potencial de indução de resistências. A utilização de cefuroxima está também associada à emergência de resistências pela indução do gene Amp C beta-lactamase.

A utilização de macrólidos, nomeadamente azitromicina, deve ser efetuada, unicamente, em situações bem definidas, estando associada à emergência de resistência do *Pneumococo* e outros microrganismos.

Sempre que possível, a associação amoxicilina+ácido clavulânico deve ser substituída pela utilização isolada de amoxicilina, o que acontece na maioria das infeções respiratórias.

O regresso aos “velhos antibióticos”, como a doxiciclina e o sulfametoxazol+ trimetoprim, deve ser efetuado sempre que indicado, como forma de preservação dos demais.

A duração das terapêuticas deve ser a mais curta possível para cada contexto clínico.

Mnemónica para a prescrição apropriada de antibióticos: IMAGINE

A prescrição apropriada (também denominada prudente ou racional) de antibióticos resulta da integração de diversos elementos clínico-laboratoriais, em que o tempo é decisivo nas situações de elevada gravidade (sépsis ou choque séptico), obrigando a referenciação rápida para cuidados hospitalares ou à ativação da Via Verde da Sépsis.

Baseado na *checklist* lembrete de elementos a ter em conta na prescrição, elaborada em 2017 pelo ECDC e da classificação AWaRe da OMS, sugere-se a adoção da mnemónica **IMAGINE**, como uma forma de melhorar o processo de prescrição.

I	(fatores relacionados com a Infeção): está perante uma infeção bacteriana e não uma infeção viral ou uma colonização bacteriana (por exemplo, bacteriúria assintomática), ou outra causa de febre, situações em que não deve usar antibióticos?
M	(fatores relacionados com a Microbiologia): verificou a história microbiológica recente e, quando indicado, solicitou estudos microbiológicos adequados à situação atual?
A	(fatores relacionados com a Antibioterapia): história antibiótica recente?
G	(utilização de Guias de orientação terapêutica e diagnóstica): teve em consideração as recomendações existentes?
I	(fatores Individuais): teve em conta a existência de insuficiências orgânicas, amamentação ou aleitamento, hipersensibilidade e incompatibilidade medicamentosas?
N	(registos em Notas clínicas): efetuou o registo da razão para a antibioterapia e efetuou o registo do código ICPC-2 da infeção?
E	(impacto Ecológico): considerou o impacto ecológico do antibiótico na emergência de resistências, de acordo com a classificação AWaRe?

Deteção de sinais clínicos de gravidade: MEWS

A detecção precoce de critérios de gravidade, baseados unicamente em elementos clínicos, sem recurso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica, deve constituir um objetivo universal no atendimento dos doentes.

A detecção pode ser efetuada mediante a utilização de scores fisiológicos de gravidade, como o MEWS (*Modified Early Warning Signs Score*) e pela identificação de sinais de alarme em infeções específicas, os quais servem para a ativação da Via Verde da Sépsis (DGS, 2016).

Para a detecção de potencial doença grave é essencial a avaliação precoce dos sinais clínicos de gravidade, pelo que se

recomenda a utilização do score MEWS (Subbe, C.P et al, 2001) que integra a pressão arterial sistólica, a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a temperatura corporal e uma escala neurológica simplificada (escala AVDS) que correlaciona a probabilidade de evolução para situações críticas, que podem culminar em paragem cardiorrespiratória. (Quadro 1)

Este score é independente da etiologia associada à situação clínica, pelo que pode ser utilizado de forma universal.

O cálculo detalhado do MEWS pode ser efetuado através do link: <https://www.mdcalc.com/calc/1875/modified-early-warning-score-mews-clinical-deterioration> ou do quadro 1.

Quadro 1. Modified Early Warning Signs Score (MEWS)

	3	2	1	0	1	2	3
PA sistólica (mmHg)	<70	71-80	81-100	-	-	≥200	
Frequência cardíaca (bpm)	-	≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
Frequência respiratória (rpm)	-	<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Temperatura (°C)	-	<35		35-38,4		≥38,5	
Estado neurológico (AVDS)	-	-	-	Alerta	Responde à voz	Responde à dor	Sem resposta

Nota: Uma pontuação igual ou superior a 3 num item isolado ou a soma dos itens igual ou superior a 5, devem constituir razão para referência hospitalar urgente.

Sinais de alarme associados a doenças infecciosas

Devem constituir **sinais de alarme**, a presença de febre associada a, pelo menos, um dos seguintes sinais e sintomas:

- ✓ Cefaleia, alteração do estado de consciência, vômitos, fotofobia, prostração, lesões cutâneas violáceas;
- ✓ Odinofagia, odontalgia, edema da face, trismus, secreção excessiva de saliva;
- ✓ Dispneia com esforço respiratório, toracalgia;
- ✓ Lombalgia, prostração;
- ✓ Icterícia, dor abdominal, prostração.

No entanto, na suspeita de infecção grave, a hipotermia pode, igualmente, constituir um sinal de alarme.

A presença destes sinais de alarme deve ser complementada pelo cálculo do *MEWS* (Quadro 1), sempre que a situação seja emergente. Os doentes nestas condições devem ser referenciados para urgências hospitalares, acompanhados por profissionais de saúde e com relatório destinado aos enfermeiros da triagem e aos médicos. No caso dos doentes já se encontrarem numa urgência hospitalar, devem ser incluídos na Via Verde da Sepsis.

Atuação na suspeita de hipersensibilidade aos beta-lactâmicos

A identificação incorreta de hipersensibilidade aos antibióticos, e especificamente aos beta-lactâmicos, fundamentais para o tratamento de primeira linha da maioria das infeções, tem consequências negativas, com impacto para o doente e nos padrões de resistência aos antimicrobianos, salientando-se um aumento de prescrição de antibióticos com:

- ✓ maior número de efeitos adversos, falência de terapêutica, recidiva de infeção e menor eficácia e taxas de cura;
- ✓ espectro de ação mais alargado do que o recomendado, maior impacto ecológico e maior seleção de resistências.

É importante referir que a maioria das reações medicamentosas a antibióticos não corresponde a uma verdadeira reação de hipersensibilidade imunomediada. Em idade pediátrica,

alergias medicamentosas são frequentemente confundidas com exantemas virais, habituais nestas idades. **O Gráfico 1: Alergia cruzada a beta-lactâmicos** e a história clínica são cruciais para excluir uma identificação incorreta de hipersensibilidade, se:

- ✓ o antibiótico (ou equivalente) for utilizado desde a reação referida como “suspeita”, sem qualquer reação alérgica;
- ✓ a identificação de alergia não for realizada com base em elementos clínicos, mas sim em elementos subjetivos como “história familiar”, “ter medo de”;
- ✓ os sintomas descritos não se enquadrarem numa verdadeira reação alérgica, como por exemplo sintomas gastrintestinais, visuais, cefaleia, entre outros;
- ✓ a reação alérgica se iniciar mais de 72h após administração do fármaco e se caracterizar por *rash* morbiliforme, maculopapular não pruriginoso, sem gravidade.

Gráfico 1

ALERGIA CRUZADA A ANTIBIÓTICOS BETA-LACTÂMICOS

BETA-LACTÂMICOS	AMOXICILINA*	AMPICILINA	CLOXACILINA**	PENICILINA	PIPERACILINA*	CEFADROXIL**	CEFAZOLINA	CEFALEXINA**	CEFOXITINA	CEFEPROZIL**	CEFUROXIMA	CEFIXIMA	CEFOTAXIMA	CEFTAZIDIMA	CEFTRIAXONA	CEFEPIMA	ERTAPENEM	IMIPENEM	MEROPENEM
AMOXICILINA*		X ¹	X ⁵	X ⁴	X ³	X ¹	✓	X ¹	✓	X ²	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
AMPICILINA	X ¹		X ⁵	X ⁴	X ³	X ²	✓	X ²	✓	X ²	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CLOXACILINA**	X ⁵	X ⁵		X ⁵	X ⁵	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PENICILINA	X ⁴	X ⁴	X ⁵		X ⁵	✓	✓	✓	X ³	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PIPERACILINA*	X ³	X ³	X ⁵	X ⁵		X ³	✓	X ³	✓	X ³	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEFADROXIL**	X ¹	X ²	✓	✓	X ³		✓	X ¹	✓	X ²	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEFAZOLINA	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEFALEXINA**	X ¹	X ²	✓	✓	X ³	X ¹	✓		✓	X ²	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEFOXITINA	✓	✓	✓	X ³	✓	✓	✓	✓		✓	X ²	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEFEPROZIL**	X ²	X ²	✓	✓	X ³	X ²	✓	X ²	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEFUROXIMA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X ²	✓		X ³	X ¹	X ³	X ¹	X ²	✓	✓	✓
CEFIXIMA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X ³		X ²	X ³	X ³	X ³	✓	✓	✓
CEFOTAXIMA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X ¹	X ³		X ³	X ¹	X ¹	✓	✓	✓
CEFTAZIDIMA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X ³	X ³	X ³		X ³	X ³	✓	✓	✓
CEFTRIAXONA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X ¹	X ³	X ¹	X ³		X ¹	✓	✓	✓
CEFEPIMA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X ²	X ³	X ¹	X ³	X ¹		✓	✓	✓
ERTAPENEM	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		X ⁵	X ⁵
IMIPENEM	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X ⁵		X ⁵
MEROPENEM	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X ⁵	X ⁵	

* Também se aplica à combinação com inibidores de beta-lactamases (amoxicilina-ácido clavulânico e piperacilina-tazobactam)

**Estas apresentações não estão comercializadas em Portugal (Fonte: Infomed)

EVITAR TODOS OS ANTIBIÓTICOS BETA-LACTÂMICOS SE:

1. Admissão em Cuidados Intensivos por alergia.

2. Alergia tardia a beta-lactâmicos, causando:

• Nefrite intersticial;

• Hepatite;

• Anemia hemolítica.

3. Reações alérgicas cutâneas, tardias e graves:

• Síndrome de Stevens-Johnson;

• Necrólise epidérmica tóxica;

• Dermatite exfoliativa;

• Pustulose exantemática aguda generalizada;

• Reação medicamentosa com eosinofilia e sintomas sistêmicos.

LEGENDA

PENICILINAS

CEFALOSPORINAS DE 1ª GERAÇÃO

CEFALOSPORINAS DE 2ª GERAÇÃO

CEFALOSPORINAS DE 3ª GERAÇÃO

CEFALOSPORINAS DE 4ª GERAÇÃO

CARBAPENEMES

✓

Estruturas diferentes

SEGURO PARA PRESCRIÇÃO

Reação baseada, provavelmente, na cadeia lateral

X¹

Mesma cadeia lateral. Evidência clínica de reação cruzada

NÃO PRESCREVER

X²

Mesma cadeia lateral. Risco teórico de reação cruzada, sem estudos clínicos

NÃO PRESCREVER

X³

Cadeia lateral semelhante. Reação cruzada

NÃO PRESCREVER

Reação baseada, provavelmente, no anel beta-lactâmico

X⁴

Evidência clínica de reação cruzada.

NÃO PRESCREVER

X⁵

Risco teórico de reação cruzada, sem estudos clínicos

NÃO PRESCREVER

Fonte: Flowchart from New Brunswick for assessing penicillin allergy https://bcmj.org/sites/default/files/BCM_J_Vol61_No9_bc_cdc_0.pdf

(Autorizado pelo BC Provincial Antimicrobial Clinical Expert [PACE Group HLTH]. Traduzido e adaptado pela UR_PPCIRA LVT)

O cálculo de risco de administração de penicilinas em doentes que reportaram hipersensibilidade a este grupo de antibióticos pode ser feito aqui: <https://www.mdcalc.com/calc/10422/penicillin-allergy-decision-rule-pen-fast>.

Nos casos em que, pela anamnese, é impossível descartar uma verdadeira hipersensibilidade aos antibióticos, e especialmente no caso dos beta-lactâmicos, justifica-se a referência a consulta de imunoalergologia.

Doenças infecciosas de Notificação Obrigatória no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE)

A Lei n.º 81 /2009, de 21 de agosto, institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública.

As doenças sujeitas a notificação clínica e laboratorial obrigatória, bem como os critérios para classificação de caso, estão definidas em despacho, cuja última versão se encontra listada no [Despacho n.º 1150/2021 de 28 de janeiro](#).

O SINAVE utiliza desde 2014 uma aplicação informática que desmaterializa a notificação obrigatória de doenças transmissíveis e permite a atuação de uma rede de âmbito nacional, envolvendo os médicos, os serviços de saúde pública, os laboratórios, as autoridades de saúde e outras entidades dos sectores público, privado e social, cujos participantes contribuem para um sistema nacional de informação.

No quadro seguinte enumeram-se as doenças de notificação obrigatória, abordadas neste Guia de Bolso (identificadas com a expressão “SINAVE” nas tabelas das diversas patologias):

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA INCLUÍDAS NO GUIA DE BOLSO	REGISTO OBRIGATÓRIO EM SINAVE
Diarreia aguda infecciosa causada por <i>Campylobacter</i>	Campilobacteriose
Diarreia com confirmação de <i>Cryptosporidium</i>	Criptosporidiose
Pneumonia adquirida na comunidade com identificação por <i>Legionella pneumophila</i> ou <i>Legionella</i> spp.	Doença dos Legionários
Pneumonia adquirida na comunidade por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Doença Invasiva Pneumocócica
Pneumonia adquirida na comunidade por <i>Haemophilus influenzae</i>	Doença Invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>
Diarreia com identificação de <i>Giardia lamblia</i>	Giardíase
Uretrite; Salpingite aguda; Doença inflamatória pélvica; Cervicite; Epididimite; Proctite; Faringite com identificação de <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia
Balanite e Orquiepididimite causada por infeções sexualmente transmissíveis por <i>Chlamydia trachomatis</i>	Infeção por <i>Chlamydia trachomatis</i>
Mordedura por animal selvagem ou outro animal com infeção suspeita ou confirmação de raiva	Raiva
Diarreia aguda infecciosa causadas por <i>Salmonella</i>	Salmoneloses não <i>Typhi</i> e não <i>Paratyphi</i>
Diarreia aguda infecciosa causada por <i>Shigella</i>	Shigelose
Sífilis com identificação do <i>Treponema pallidum</i> em criança menor de 2 anos	Sífilis Congénita
Sífilis Primária ou secundária como confirmação da presença de <i>Treponema pallidum</i>	Sífilis, excluindo Sífilis Congénita
Tosse com isolamento de <i>Bordetella pertussis</i>	Tosse Convulsa

Bibliografia:

- ✓ The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book. Geneva: World Health Organization, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062382>
- ✓ Subbe, C.P et al, 2001.Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 94, Issue 10, October 2001, Pages 521–526, <https://doi.org/10.1093/qjmed/94.10.521>
- ✓ Direção Geral da Saúde. Normas.º 010/2016 de 30/09 atualizada a 16/5/2017. Via Verde Sepsis no Adulto. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>
- ✓ Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021 <https://journals.lww.com/ccmjournal/toc/2021/11000>
- ✓ Doenças infecciosas de Notificação Obrigatória no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE). <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/sinave-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica.aspx>

Recomendações

Por patologia

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

Infeções Otorrinolaringológicas

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Amigdalofaringite <i>ICPC 2 – R72</i>	<i>Streptococcus</i> ✓ <i>beta-haemolyticus</i> ✓ <i>pyogenes</i> ✓ <i>agalactiae</i> ✓ <i>dysgalactiae</i>	<u>Adulto</u> Benzilpenicilina benzatínica 1.200.000 UI, IM, toma única <u>Ou</u> Amoxicilina 500mg, oral, 12/12h, 10 dias	<u>Adulto</u> Cefuroxima 250mg, oral, 12/12h, 10 dias (1) <u>Ou</u> Azitromicina 500mg, oral, 24/24h, 5 dias (2)	(1) Se hipersensibilidade não tipo I à penicilina. (2) Se hipersensibilidade tipo I à penicilina. (3) Se peso corporal <27Kg. (4) Se peso corporal ≥27 kg.
		<u>Criança</u> Benzilpenicilina benzatínica 600.000 UI, IM, toma única (3) <u>Ou</u> Benzilpenicilina benzatínica 1.200.000 UI, IM, toma única (4) <u>Ou</u> Amoxicilina 50 mg/kg/dia (máx. 1000mg/dia), oral, 12/12 h, 10 dias	<u>Criança</u> Cefuroxima 20-30 mg/kg/dia (máx. 1000mg/dia), oral, 12/12h, 10 dias (1) <u>Ou</u> Azitromicina 12 mg/kg/dia (máx. 500 mg/dia), oral, 24/24 h, 5 dias (2)	

Bibliografia:

- ✓ *The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book*. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062382>.
- ✓ Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 020/2012 de 26 de dezembro. Diagnóstico e Tratamento da Amigdalite Aguda na Idade Pediátrica. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/diagnostico-e-tratamento-da-amigdalite-aguda-na-idade-pediatica.pdf>.
- ✓ Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 006/2014 de 8 de maio, atualizada a 17/11/2022. Duração de Terapêutica Antibiótica em Patologia Infeciosa. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/05/norma_006_2014_atualizada_17_11_2022_duracao_terapeutica_antibiotica_patologia_infeciosa.pdf.
- ✓ Mourão, Paula, e Raquel Mateus Palma. «Amigdalofaringite aguda - Proposta de abordagem baseada na evidência». *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 18, nº 6 (1 de novembro de 2022): 385–98. Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v18i6.9896>.
- ✓ Post, Ted, ed. «Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis in adults and children». Em *UpToDate*. Wolters Kluwer, 2023.
- ✓ «Streptococcal Pharyngitis». Em *DynaMed*. EBSCO Information Services, 2023. <https://www.dynamed.com/condition/streptococcal-pharyngitis>

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Rinossinusite aguda ICPC 2 – R75	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i>	Atitude expectante ou prescrição diferida. Não está recomendado o uso de antibióticos por rotina. Apenas tratamento sintomático (1)		(1) Antibioterapia sempre que ocorrer um dos seguintes critérios: ✓ sintomas > 10 dias; ✓ corrimento nasal purulento mais de 10 dias; ✓ dor facial localizada; ✓ febre > 38°C. (2) Se > 65 anos e: antibioterapia prévia com amoxicilina nos últimos 30 dias, imunossupressão ou comorbilidades. (3) Contraindicado na gravidez. (4) Pode ser prescrito a grávidas. (5) Referenciação Hospitalar, SE: ✓ Sépsis/sensação objetiva de doença; ✓ Suspeita de complicações (dor ocular, fotofobia ou diminuição da acuidade visual, cefaleia intensa, alteração do estado de consciência, edema periorbitário ou frontal); ✓ Ausência de melhoria após 2-3 dias de antibioterapia. (6) Se < 2 anos, antibioterapia prévia com amoxicilina nos últimos 30 dias, imunossupressão ou comorbilidades, sem vacinação anti-<i>Haemophilus</i>, sinusite etmoidal e frontal. (7) A dose refere-se à componente de amoxicilina, formulação 14:1. (8) Se hipersensibilidade não tipo I à penicilina. (9) Se hipersensibilidade tipo I, GRAVE, a todos os beta-lactâmicos referidos no Gráfico 1 “NÃO PRESCREVER”: REFERENCIAR para o hospital (medicamento <i>offlabel</i> com necessidade de procedimento de prescrição específico).
		Adulto Amoxicilina 500 mg, oral, 8/8h, 5 dias	Adulto Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg+125mg, oral, 8/8h, 5 dias (2) Ou Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 5 dias (3) (9) Ou Cefixima 400mg, oral, 24/24h, 5 dias (4) (8)	
		Criança (5) Amoxicilina 80-90 mg/kg/dia (máx. 3000mg/dia), oral, 8/8h, 10 dias	Criança (5) Amoxicilina + Ácido Clavulânico 80-90 mg/kg/dia (máx. 3000mg/dia), oral, 8/8h, 10 dias (6) (7) Ou Cefuroxima 30mg/kg/dia (máx. 1000mg/dia), oral, 12/12h, 10 dias (8) Ou Levofloxacina (< 5 anos) 20mg/kg/dia, (máx. 750mg/ dia), oral, 12/12h, 10 dias (9) Levofloxacina (≥ 5 anos) 10mg/kg/dia (máx. 750mg/ dia), oral, 24/24h, 10 dias (9)	

Bibliografia:

- ✓ *The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book*. Geneva: World Health Organization, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062382>
- ✓ «Norma 006/2014, atualizada a 17/11/2022; Duração de Terapêutica Antibiótica em Patologia Infeciosa». Direcção-Geral da Saúde, 8 de maio de 2014. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/05/norma_006_2014_atualizada_17_11_2022_duracao_terapeutica_antibiotica_patologia_infeciosa.pdf
- ✓ «Sinusitis (acute): antimicrobial prescribing [NG 79]». Em *National Institute for Health and Care Excellence*, 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng79>
- ✓ Post, Ted, ed. «Uncomplicated acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: Treatment». Em *UpToDate*. Wolters Kluwer, 2023.
- ✓ Post, Ted, ed. «Acute bacterial rhinosinusitis in children: Microbiology and management». Em *UpToDate*. Wolters Kluwer, 2023.

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Otite média aguda <i>ICPC 2 – H71</i>	<i>Streptococcus</i> ✓ <i>pneumoniae</i> ✓ <i>pyogenes</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacterales</i> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Anaeróbios	<u>Adulto</u> Amoxicilina 500mg, oral, 8/8h, 7 dias	<u>Adulto</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 875mg+125mg, oral, 8/8h, 5-7 dias (1) <u>Ou</u> Azitromicina 500mg, oral, 24/24h, 3 dias (2) (8) <u>Ou</u> Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 5 dias (3) (8) <u>Ou</u> Cefuroxima 500mg, oral, 12/12h, 7 dias (4) (9)	(1) Se ocorrer um dos seguintes critérios: ✓ Antibioterapia prévia com amoxicilina nos últimos 30 dias; ✓ >65 anos; ✓ Imunodepressão; ✓ Falência prévia do tratamento. (2) Pode ser usado em grávidas. (3) Contraindicado na gravidez. (4) Se falência terapêutica da primeira linha. (5) Duração: ✓ 5 dias se ≥ 2 anos; ✓ 7 dias se: ○ < 2 anos; ○ Otite Média Aguda (OMA) recorrente. (6) Se antibioterapia prévia com amoxicilina nos 30 dias anteriores (7) A dose refere-se à componente de amoxicilina, formulação 14:1. (8) Se hipersensibilidade tipo I às penicilinas. (9) Se hipersensibilidade não tipo I às penicilinas.
		<u>Criança</u> Amoxicilina 80-90mg/Kg/dia (máx. 3000mg/dia), oral, 12/12h, 5-7 dias. (5)	<u>Criança</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 80-90mg/Kg/dia (máx. 3000mg/dia), oral, 12/12h, 7 dias (6) (7) <u>Ou</u> Azitromicina 10mg/Kg/dia (máx. 500mg/dia), 24/24h, 3 dias (8) <u>Ou</u> Cefuroxima 30mg/kg/dia (máx. 1000mg/dia), oral, 12/12h 7 dias (4) (9)	

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Otite externa aguda <i>ICPC 2 – H70</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Staphylococcus aureus</i>	<u>Adulto (1)</u> Ofloxacina 3mg/ml, aplicação tópica de 10 gotas 24/24h, 7 dias <u>Ou</u> Ciprofloxacina 3mg/ml, aplicação tópica de 2-4 gotas 8/8h, 7-10 dias <u>Em caso de edema do canal auditivo</u> Ofloxacina + Dexametasona 3mg/ml+1mg/ml, gotas auriculares para aplicação tópica, 3-4 gotas, 12/12h, 7-10 dias <u>Ou</u> Ciprofloxacina + Fluocinolona 3mg/ml+0,25mg/ml, aplicação tópica de 6-8 gotas, 12/12h, 7 dias	<u>Adulto</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 875mg+125mg, oral, 8/8h, 7 dias (2) <u>Ou</u> Clindamicina 300-450mg, oral, 6/6h ou 8/8h, 7 dias (3) <u>Ou</u> Levofloxacina 500mg, oral, 24/24h, 7 dias (4)	(1) Notas: ✓ Considerar referenciação à ORL sempre que houver Otite Externa Aguda (OEA) com celulite; ✓ Aplicação tópica indicada, mesmo se tiver perfuração timpânica. (2) Em caso de celulite ou perfuração timpânica. (3) Se hipersensibilidade tipo I às penicilinas. (4) Se suspeita de otite externa maligna ou utentes com fatores de risco para pseudomonas. (5) Em crianças dos 6 meses aos 13 anos, com OEA, simples. (6) Em caso de otite complicada de celulite, a antibioterapia deve ser guiada por colheita de exame cultural, prévio. (7) A dose refere-se à componente de amoxicilina na formulação 14:1. (8) Se hipersensibilidade não tipo I às penicilinas.
		<u>Criança (5)</u> Ofloxacina 3mg/ml, aplicação tópica de 5 gotas, 24/24h, 7 dias <u>Ou</u> Ciprofloxacina 3mg/ml, aplicação tópica de 2-4 gotas, 8/8h, 7-10 dias <u>Em caso de edema do canal auditivo</u> Ofloxacina + Dexametasona 3mg/ml + 1mg/ml, aplicação tópica de 2 gotas, 12/12h, 7-10 dias <u>Ou</u> Ciprofloxacina + Fluocinolona 3mg/ml+0,25mg/ml, aplicação tópica de 2-4 gotas, 12/12h, 7 dias	<u>Criança (6)</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 80-90 mg/kg/dia (máx. 1500mg/dia), oral, 8/8h, 7 dias (7) <u>Ou</u> Clindamicina , 15-20mg/kg/dia, oral, (máx.1800mg/dia) 8/8h, 7 dias (3) <u>Ou</u> Cefuroxima 30mg/kg/dia, oral, 12/12h (máx. 1000mg/dia), 7 dias (8)	

Bibliografia:

- ✓ Bassem Hanna MBBCh Otitis Externa In Dynamed (27/06/2023)
- ✓ Grupo de trabajo PROA Atención Primaria. Estrategia IRASPROA. ARAGÓN. RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO Año 2019

Infeções Respiratórias

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Pneumonia adquirida na comunidade - <u>Adulto</u> ICPC 2 – R81 (SINAVE)	Típicos <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacterales</i>	Sem critérios de gravidade para internamento		(1) Pode ser utilizado em grávidas e na suspeita de agentes atípicos. (2) Contraindicado na gravidez. (3) Comorbilidades / fatores de risco, nomeadamente: ✓ DPOC; ✓ Diabetes <i>Mellitus</i> ; ✓ Doença Cardíaca, Hepática ou Renal Crónica; ✓ Neoplasia; ✓ Alcoolismo; ✓ Esplenectomia; ✓ Doentes Imunocomprometidos ou sob fármacos Imunossupressores; ✓ Antibioterapia nos últimos 3 meses. (4) Se hipersensibilidade aos beta-lactâmicos. (5) Em caso de impossibilidade de administração de levofloxacina.
	Doentes sem comorbilidades nem fatores de risco Amoxicilina 1000mg, oral, 8/8h, 5-7 dias	Doentes sem comorbilidades nem fatores de risco Azitromicina 500mg, oral, 24/24h, 3 dias (1) <u>Ou</u> Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 5-7 dias (2)		
	Doentes com comorbilidades / fatores de risco (3) Amoxicilina 1000mg, oral, 8/8h, 5-7 dias + Azitromicina 500mg, oral, 24/24h, 3 dias. (1) <u>Ou</u> Doxiciclina 200mg em dose de carga oral, seguida de 100mg, oral, 12/12h, 5-7 dias. (2)	Doentes com comorbilidades / fatores de risco(3) Levofloxacina 500mg, oral, 24/24h, 5-7 dias (4)		
	<u>Legionella (suspeita ou confirmada)</u> Levofloxacina 750mg, oral, 24/24h, 10 dias <u>Ou</u> Azitromicina 500mg, oral, 24/24h, 5-10 dias (5)			

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Pneumonia adquirida na comunidade - Criança ICPC 2 – R81 (SINAVE)	Típicos <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Staphylococcus aureus</i> Atípicos <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i>	Amoxicilina 90-100mg/kg/dia (máx. 3000mg/dia), oral, 8/8h, 7 dias	Amoxicilina + Ácido Clavulânico 90-100mg/kg/dia (máx. 3000mg/dia), oral, 8/8h, 7 dias (1) (2) Ou Cefuroxima , 30-40mg/kg/dia, (máx. 1000mg/dia), oral, 8/8h, 7 dias (3) Ou Azitromicina , 10mg/Kg/dia, (máx. 500mg/dia), 24/24h, 5 dias (4) Ou Levofloxacina (< 5 anos) , 20mg/kg/dia, (máx. 750mg/dia), 12/12h, 7 dias (5) Ou Levofloxacina (≥ 5 anos) 10mg/kg/dia, (máx. 750mg/dia), 24/24h, 7 dias (5)	(1) SE : ✓ Imunossupressão; ✓ paralisia cerebral; ✓ antibioterapia de 1ª linha há menos de 1 mês; ✓ ausência de resposta à terapêutica de 1ª linha; ✓ Não tem vacinação completa contra <i>Hemophilus</i> . (2) A dose refere-se à componente de amoxicilina, formulação 14:1. (3) Se hipersensibilidade não tipo I às penicilinas. (4) Se suspeita de microrganismos atípico, especialmente em criança em idade escolar, com clínica subaguda. (5) Se hipersensibilidade tipo I, GRAVE, a todos os beta-lactâmicos referidos no Gráfico 1: ✓ “ NÃO PRESCREVER ” e ✓ REFERENCIAR para o hospital (medicamento <i>offlabel</i> com necessidade de procedimento de prescrição específico).

Bibliografia:

- ✓ *The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book*. Geneva: World Health Organization, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062382>.
- ✓ National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Pneumonia (Community- Acquired): Antimicrobial Prescribing. [NG138]. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/ng138>.
- ✓ Direcção-Geral da Saúde. Norma 006/2014 de 8 de maio, atualizada a 17/11/2022; Duração de Terapêutica Antibiótica em Patologia Infeciosa». https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/05/norma_006_2014_atualizada_17_11_2022_duracao_terapeutica_antibiotica_patologia_infeciosa.pdf.
- ✓ Direcção Geral da Saúde. Norma n.º 019/2012 de 26/12. Diagnóstico e Tratamento da Pneumonia Adquirida na Comunidade em Idade Pediátrica. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/26/diagnostico-e-tratamento-da-pneumonia-adquirida-na-comunidade-em-idade-pediatica/>
- ✓ Barson W. (2022). Community-acquired pneumonia in children: Outpatient treatment. UpToDate. Disponível em <https://www.uptodate.com>
- ✓ File T. (2022). Overview of community-acquired pneumonia in adults. Up To Date. Disponível em <https://www.uptodate.com>
- ✓ DynaMed. Community-acquired Pneumonia in Children. EBSCO Information Services. Accessed 15 de setembro de 2023. <https://www.dynamed.com/condition/community-acquired-pneumonia-in-children>

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Doença pulmonar obstrutiva crónica exacerbada ICPC 2 – R95	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Atitude expectante ou prescrição diferida. Não está recomendado o uso de antibióticos por rotina, apenas tratamento sintomático. (1)		(1) Na maioria dos casos é viral. É recomendada antibioterapia se estiverem presentes 2 dos 3 critérios seguintes: ✓ Dispnéia; ✓ Aumento do volume da expetoração; ✓ Aumento da purulência da expetoração. (2) Situação clínica ligeira/moderada. (3) Situação clínica grave. (4) Se hipersensibilidade a beta-lactâmicos. (5) Contraindicado na gravidez. (6) Uso apenas para grávidas com hipersensibilidade a beta-lactâmicos. (7) Terapêutica antibiótica recente ou repetida. (8) Considerar período mais prolongado em doentes com bronquiectasias documentadas, desejavelmente sob orientação da Pneumologia.
	<i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Enterobacterales</i> <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Amoxicilina 500mg, oral, 8/8h, 5 dias (2) <u>Ou</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg+125mg, oral, 8/8h, 5 dias (3)	Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 5 dias (4) (5) <u>Ou</u> Azitromicina 500mg, oral, 24/24h, 3 dias (6) <u>Ou</u> Levofloxacina 500mg, oral, 24/24h, 5 dias (5) (7) (8) <u>Ou</u> Moxifloxacina 400mg, oral, 24/24h, 5 dias (5) (7) (8)	

Bibliografia:

- ✓ Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 006/2014, de 8 de maio, atualizada a 17/11/2022; Duração de Terapêutica Antibiótica em Patologia Infeciosa. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/05/norma_006_2014_atualizada_17_11_2022_duracao_terapeutica_antibiotica_patologia_infeciosa.pdf.
- ✓ Direcção-Geral da Saúde. Norma clínica n.º 005/2019 de 26 de agosto de 2019. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>
- ✓ DynaMed. (2022, 9 de dezembro). Acute Exacerbation of COPD. EBSCO Information Services. Acesso a 19 de junho de 2023 em <https://www.dynamed.com/condition/acute-exacerbation-of-copd>
- ✓ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2023). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Disponível em <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
- ✓ UpToDate. (2023, 3 de março). Management of infection in exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Acesso a 1 de setembro de 2023 em <https://www.uptodate.com/contents/management-of-infection-in-exacerbations-of-chronic-obstructive-pulmonary-disease/>
- ✓ The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book. Geneva: World Health Organization, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062382>.

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Traqueo-bronquite aguda ICPC 2 – R78	Mycoplasma pneumoniae Chlamydia pneumoniae Bordetella pertussis (2)	Atitude expectante ou prescrição diferida. Não está recomendado o uso de antibióticos por rotina. Apenas tratamento sintomático (1)		(1) Menos de 5% das traqueobronquites são bacterianas. Antibioterapia recomendada em casos de agravamento da situação clínica ou presença de fatores de risco, nomeadamente: ✓ comorbilidades graves; ✓ imunossupressão; ✓ prematuridade; ✓ pessoas idosas com diabetes mellitus; ✓ história de hospitalização no último ano; ✓ insuficiência cardíaca congestiva; ✓ uso de corticosteroides sistêmicos. (2) Se tiver clínica suspeita de Bordetella pertussis ver a terapêutica no quadro respetivo em Tosse convulsa.
		<u>Adulto</u> Casos graves ou suspeita de Bordetella pertussis (tosse convulsa) Aзитromicina 500mg, oral, 24/24h, 3 dias.	<u>Adulto</u> Casos graves Doxiciclina 200mg, oral, D1; seguido de 100mg, D2-D5, 24/24h (2)	

Bibliografia:
✓ Mathew J.,Qaseem A., Randall D., Currie G. P. (2023). Acute Bronchitis. EBSCO Information Services. <https://www.dynamed.com/condition/acute-bronchitis> .
✓ File T.M. (2023, agosto 21). Acute bronchitis in adults. UptoDate. <https://www.uptodate.com/contents/acute-bronchitis-in-adults?csi=f5cdde7d-2c21-400c-b9ac-79256a7a0bfe&source=contentShare>
✓ Marchant J. M., Chang A. B. (2023, abril 17) Causes of chronic cough in children. UptoDate. <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-chronic-cough-in-children?csi=3ea789cc-69cc-469a-b7d8-a260f42c05a2&source=contentShare>
✓ National Institute for Health and Care Excellence. (2019, fevereiro 07). Cough (acute): antimicrobial prescribing. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng120>

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Tosse convulsa <i>ICPC 2 – R71</i> <i>(SINAVE)</i>	<i>Bordetella pertussis</i>	<u>Adulto</u> Azitromicina 500mg, oral, 24/24h, 3 dias. <u>Adolescente</u> Azitromicina 10mg/kg/dia, (máx. 500mg/dia), oral, 24/24h, 5 dias	<u>Adulto</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg + 160mg, oral, 12/12h, 7 dias (1)	(1) Contraindicado na gravidez.
		<u>Criança (lactentes)</u> Se suspeita de Tosse Convulsa com história de não vacinação materna e tosse acessual>>>>referenciação hospitalar		
Pneumonia atípica <i>ICPC 2 – R83</i>		Consultar tabela “Pneumonia adquirida na comunidade”		
Epiglotite <i>ICPC 2 – R83</i>		Avaliação em meio hospitalar		
Laringite ou laringotraqueo-bronquite <i>ICPC 2 – R77</i>		Infecções geralmente virais. Se evolução não favorável, referenciar para avaliação hospitalar.		

Bibliografia:

- ✓ Mathew J., Qaseem A., Randall D., Currie G. P. (2023). Acute Bronchitis. EBSCO Information Services. <https://www.dynamed.com/condition/acute-bronchitis>.
- ✓ File T.M. (2023, agosto 21). Acute bronchitis in adults. UptoDate. <https://www.uptodate.com/contents/acute-bronchitis-in-adults?csi=f5cdde7d-2c21-400c-b9ac-79256a7a0bfe&source=contentShare>
- ✓ Marchant J. M., Chang A. B. (2023, abril 17) Causes of chronic cough in children. UptoDate. <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-chronic-cough-in-children?csi=3ea789cc-69cc-469a-b7d8-a260f42c05a2&source=contentShare>
- ✓ National Institute for Health and Care Excellence. (2019, fevereiro 07). Cough (acute): antimicrobial prescribing. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng120>

Infeções Gastrointestinais

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
<i>Helicobacter pylori</i> ICPC 2 – D70	<i>Helicobacter pylori</i>	Adulto <u>Esquema Quádruplo sem bismuto – concomitante</u> Amoxicilina 1000mg, oral, 12/12h + Clarithromicina 500mg, oral, 12/12h + Metronidazol 500mg, oral, 12/12h + IBP* dose standard, oral, 12/12h, 14 dias. Ou <u>Esquema Quádruplo com bismuto</u> Pylera® (1) (Bismuto, Metronidazol e Tetraciclina), 3 cápsulas, oral, 6/6h + Omeprazol 20mg, oral, 12/12h, 10 dias	Adulto Se: 1ª linha foi o esquema quádruplo sem bismuto, > 2ª linha deve ser esquema quádruplo com bismuto. Se 1ª linha foi o esquema quádruplo com bismuto, > 2ª linha deve ser esquema com levofloxacina Levofloxacina 500mg, oral, 12/12h + Amoxicilina 1000 mg, oral, 12/12h + IBP* Dose standard, oral, 12/12h, 14 dias.	(1) Atualmente sem comparticipação. * IBP: Inibidor da Bomba de Protões.
Bibliografia ✓ Malfertheiner P, et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut. 2022 Aug 8;gutjnl-2022-327745. ✓ Katelaris P, et al. Helicobacter pylori World Gastroenterology Organization Global Guideline. J Clin Gastroenterol. 2023 Feb 1;57(2):111-126.				

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Diverticulite aguda ICPC 2 - D92	Microbiota intestinal, geralmente polimicrobiana.	Atitude expectante ou prescrição diferida. Não está recomendado o uso de antibióticos por rotina. Apenas tratamento sintomático (1) (2)		(1) Sugere-se avaliação laboratorial e imagiológica. (2) A diverticulite aguda não complicada tem um curso geralmente autolimitado. (3) Se hipersensibilidade aos beta-lactâmicos.
		Adulto Amoxicilina + Ácido Clavulânico 875mg + 125mg, oral, 8/8h, 7 dias	Adulto Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg + 160mg, oral, 12/12h + Metronidazol 500, oral, 8/8h, 7 dias (3)	
Bibliografia: ✓ Sartelli, M., Weber, D. G., Kluger, Y., Ansaloni, L., Coccolini, F., Abu-Zidan, F., Augustin, G., Ben-Ishay, O., Biffi, W. L., Bouliaris, K., Catena, R., Ceresoli, M., Chiara, O., Chiarugi, M., Coimbra, R., Cortese, F., Cui, Y., Damaskos, D., De' Angelis, G. L., Delibegovic, S., ... Catena, F. (2020). 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. <i>World journal of emergency surgery : WJES</i> , 15(1), 32. https://doi.org/10.1186/s13017-020-00313-4 ; ✓ Fugazzola, P., Ceresoli, M., Agnoletti, V., Agresta, F., Amato, B., Carcoforo, P., Catena, F., Chiara, O., Chiarugi, M., Cobiainchi, L., Coccolini, F., De Troia, A., Di Saverio, S., Fabbri, A., Feo, C., Gabrielli, F., Gurrado, A., Guttadauro, A., Leone, L., Marrelli, D., ... Ansaloni, L. (2020). The SIFIPAC/WSES/SICG/SIMEU guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis in the elderly (2019 edition). <i>World journal of emergency surgery : WJES</i> , 15(1), 19. https://doi.org/10.1186/s13017-020-00298-0				

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Diarreia aguda infecciosa ICPC 2 – D70 / D73 (SINAVE)	Atitude expectante ou prescrição diferida. Não está recomendado o uso de antibióticos por rotina. Apenas tratamento sintomático (1) (2) (3) (4)			(1) Doença autolimitada a 5-7 dias. (2) Tratamento sintomático: hidratação. (3) Antibióticos: ✓ não recomendados para doença leve a moderada; ✓ recomendados para doença grave, prolongada, imunodepressão ou risco de surtos (shigella); ✓ Realizar antibiograma prévio. (4) Loperamida não recomendada em situações de diarreia inflamatória. (5) NOTAS: SE: febre, sangue ou muco nas fezes, dor abdominal intensa ou sinais de sépsis, realizar: ✓ Colheita de coproculturas; ✓ Antibioterapia de acordo com agente e sensibilidades. SE: diarreia associada a tratamento antibiótico: ✓ suspeitar de Clostridioides; ✓ suspender antibioterapia; ✓ confirmar existência de toxina antes de iniciar tratamento. SE: diarreia com duração prolongada (>14 dias): ✓ sugere parasitas intestinais; ✓ questionar viagens internacionais. (6) Se hipersensibilidade a macrólidos. (7) Se hipersensibilidade a quinolonas.
	Campylobacter spp	Adulto (5) Azitromicina 500mg, oral, 24/24h, 3-5 dias.	Adulto (5) Ciprofloxacina 750mg, oral, 12/12h, 3 dias (6)	
	Salmonela spp.	Azitromicina, 1000mg, oral, D1; 500mg D2-D6, 24/24h	Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h, 5 dias (6) Ou Ciprofloxacina 500mg, oral, 12/12h, 5 dias (6)	
	Shigella spp.	Ciprofloxacina 500mg, oral, 12/12h, 3 dias.	Na ausência de antibiograma Cefixima 200mg, oral, 12/12h, 5 dias (7) Ou Azitromicina 500mg, oral, 24/24h, 3 dias (7) Ou Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h, 5 dias (7)	
	Criança Avaliar história de viagens recentes. Se não tem história de viagens, a etiologia mais provável é viral. O uso empírico de antibióticos não está preconizado EXCETO em doença grave e imunossupressão que exigem referência hospitalar. Diarreia no Recém-Nascido > referenciar para o Serviço de Urgência Pediátrico.			
Bibliografia: ✓ Guia de Uso de Antimicrobianos em adultos com tratamentiento ambulatorio. Salud Madrid 2021. ✓ Shane AL, et al. 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. CID. 2017;65(12): e45–e80. ✓ Meisenheimer ES et al. Acute Diarrhea in Adults. American Academy Family Physician. 2022; 106(1) 72-80. ✓ Guidelines for Treatment of Acute Infectious Diarrhea in Adults. Michigan Medicine, University of Michigan.				

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Diarreia do viajante ICPC 2 – D70 / D73 (SINAVE)	Escherichia coli enterotoxigénica (ETEC)	Atitude expectante ou prescrição diferida. Não está recomendado o uso de antibióticos em diarreias ligeiras a moderadas. Apenas tratamento de suporte (1)		(1) Terapêutica de suporte: ✓ Reidratação oral; ✓ Loperamida está contraindicado nas crianças. (2) Antibioterapia: ✓ Usada em diarreia moderada; ✓ Recomendada apenas na diarreia grave (desidratação), febril e disenteria. (3) Primeira linha em pessoas no Sul e Sudeste asiático onde o Campylobacter é resistente às quinolonas. (4) A tolerabilidade gastrointestinal aumenta com divisão da dose 500+500mg. (5) Efeitos adversos importantes: ✓ aneurisma da aorta; ✓ impacto no microbioma intestinal; ✓ aumento de risco de Clostridioides; ✓ rutura de tendão de Aquiles. (6) Pode ser utilizado na diarreia moderada sem suspeita de agentes invasivos: ✓ Disponível em https://guia-abe.es/
	Campylobacter spp.			
	Shigella spp.	Adulto (2) Aзитromicina 1000mg, oral, toma única (3) Ou Aзитromicina 500mg, oral, 24/24h, 3 dias (4)	Adulto Ciprofloxacina 750mg, oral, toma única (5) Ou Ciprofloxacina 500mg, oral 12/12h, 3 dias (5) Ou Rifaximina 200mg, oral, 8/8h, 3 dias (6)	
	Salmonella spp.	Criança (2) Aзитromicina 10mg/kg/dia, (máx. 500mg), oral, 24/24h, 3 dias		
	Vírus (ex. Rotavirus)			
	Protozoários (ex. Giardia lamblia, Cryptosporidium)			
Bibliografia				
✓ Connor, B. Travelers' Diarrhea. In: Nemhauser, Jeffrey B (editor). CDC Yellow Book 2024: Health Information for International Travel New York, Oxford University Press; 2023				
✓ Riddle R. S. et al. Guidelines for the prevention and treatment of travelers’ diarrhea: a graded expert panel report. J Travel Med. 2017 Apr; 24(Suppl 1): S63–S80 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5731448/				
✓ Navarro KB et al. Diarrea del viajero (2020) Guia_ABE- Tratamiento de las infecciones en Pediatría- Guia rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. Actualizado 06/05/2020. Disponível em https://guia-abe.es				

Infeções Geniturinárias

Patologia	Microrganismos	1.ª linha	Alternativas	Observações
Cistite aguda (4) ICPC 2 - U71	Escherichia coli Klebsiella pneumoniae Proteus mirabilis Enterococcus spp. Pseudomonas aeruginosa Staphylococcus saprophyticus	<u>Mulher (1)</u> Nitrofurantoína 100mg, oral, 6/6h, 5 dias <u>Ou</u> Fosfomicina 3000mg, oral, toma única <u>Ou</u> Pivmecilinam 400mg, oral, 8/8h, 3-5 dias	<u>Mulher (1)</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160 mg, oral, 12/12h, 3 dias <u>Ou</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg+125mg, oral, 8/8h, 5-7 dias <u>Ou</u> Cefuroxima 250mg, oral, 12/12h, 5-7 dias	NOTA: De acordo com a classificação da European Association of Urology (março de 2025), as Infecções do Trato Urinário, ITU LOCALIZADAS, incluem as CISTITES, as quais não apresentam sintomas sistémicos, aplicando-se classificação a ambos os sexos. (1) Se boa evolução clínica, não efetuar Urocultura, nem antes, nem depois do tratamento. (2) Efetuar Urocultura prévia: ✓ Na suspeita clínica de prostatite aguda, tratar como indicado no Quadro da Prostatite, ✓ A urocultura deve ser acompanhada da análise do sedimento urinário, no qual deve constar a presença de esterase leucocitária e/ou nitritos. (3) <u>As bacteriúrias assintomáticas não devem ser medicadas</u> , excetuando-se a gravidez e procedimentos urológicos invasivos.
		<u>Grávida (2)</u> Fosfomicina 3000mg, oral, toma única	<u>Grávida (2)</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg+125mg, oral, 8/8h, 5-7 dias	
		<u>Homem (3)</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160 mg, oral, 12/12h, 7 dias	<u>Homem (3)</u> Ciprofloxacina 500mg, oral, 12/12h, 7 dias	

(4) Recomendações de tratamento baseadas nos dados preliminares do “Projeto de Investigação. Carta Microbiológica do Ambulatório, para a Região de Lisboa e Vale do Tejo” realizado pelo Centro de Medicina Laboratorial Germano de Sousa, que analisou o perfil microbiológico das Urocultura da comunidade.

Patologia	Microrganismos	1.ª linha	Alternativas	Observações
Infeção do trato urinário (ITU) <u>Criança</u> ICPC 2 - U71	<i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella</i> spp. <i>Proteus</i> spp. <i>Staphylococcus saprophyticus</i> <i>Enterococcus</i> spp. <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<u>Criança</u> FEBRIL (1) AFEBRIL (2) Cefuroxima 20-30mg/Kg/dia (máx. 1000mg/dia), oral, 12/12h, 3-4 dias <u>Adolescente</u> (sexo feminino) Fosfomicina 3000mg, oral, toma única	AFEBRIL Amoxicilina+ Ácido Clavulânico 50 mg/kg/dia, (máx. 3000mg/dia), oral, 12/12h, 3-4 dias (3) <u>Ou</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 10mg/kg/dia, (máx. 160mg/dia), oral, 12/12h, 3-4 dias (4)	(1) Se ITU FEBRIL: - EM CRIANÇA SEM CONTROLO DE ESFÍNCTERES > > referenciar ao hospital; - EM CRIANÇA COM CONTROLO DE ESFÍNCTER: - urocultura com TSA para adequar a terapêutica; - reavaliação às 48h e exclusão de malformação do trato urinário; - Terapêutica empírica igual a ITU afebril; - Duração tratamento 7-10 dias. (2) Se ITU AFEBRIL: - Em crianças SEM controlo de esfínteres > > realizar <u>Urocultura do seguinte modo:</u> ✓ Lactente > 4 meses e baixo risco de ITU: - Colheita de urina por saco coletor, pedir sedimento urinário ou usar tira teste; - Resultado NEGATIVO (sedimento urinário normal ou tira teste com leucócitos e nitritos negativos) não se admite ITU>reavaliar; - Resultado POSITIVO: referenciar ao hospital para colheita de Urocultura por algáliação ou punção suprapúbica (PSP); ✓ Lactente <3 meses e alto risco de ITU: - Colheita de urina imediata (por algáliação ou punção suprapúbica (PSP) em meio hospitalar); - Após resultado de Urocultura adequar a antibioterapia ao TSA. (3) Se intolerância ao cefuroxime e/ou de acordo com a sensibilidade local. Dose referida à componente de amoxicilina, formulação 4:1. (4) Se alergia aos beta-lactâmicos. Dose referida à componente trimetoprim.
Bibliografia: ✓ Direção Geral da Saúde. Norma n.º 006/2014, atualizada a 17/11/2022 - Duração de Terapêutica Antibiótica em Patologia Infeciosa. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/05/norma_006_2014_atualizada_17_11_2022_duracao_terapeutica_antibiotica_patologia_infeciosa.pdf. ✓ Direção Geral da Saúde. Norma 008/2012 de 16/12. Diagnóstico e Tratamento da Infecção do Trato Urinário em Idade Pediátrica https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/16/diagnostico-e-tratamento-da-infecao-do-trato-urinario-em-idade-pediatica/ ✓ Direção Geral da Saúde. Norma n.º 015/2011 de 30/08/2011. Terapêutica de infeções do aparelho urinário (comunidade) https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/08/30/terapeutica-de-infeco-es-do-aparelho-urinario-comunidade/ ✓ European Association of Urology Guidelines on Urological Infections limited update March 2025. Disponível em: EAU-Guidelines-on-Urological-infections-2025_2025-05-24-110339_pxm.pdf				

Patologia	Microrganismos	1.ª linha	Alternativas	Observações
Pielonefrite aguda <i>ICPC 2 - U70</i>	<i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella</i> spp. <i>Proteus</i> spp. <i>Staphylococcus saprophyticus</i> <i>Enterococcus</i> spp.	Sem critério para internamento		NOTA: De acordo com a classificação da <i>European Association of Urology</i> (março de 2025), a pielonefrite aguda faz parte das ITU SISTÉMICAS, isto é, com sintomas tais como febre ou calafrios, além de eventuais sintomas localizados. (1) Realizar urocultura prévia. (2) Se hipersensibilidade a beta-lactâmicos.
		<u>Adulto (1)</u> Ceftriaxona 1000mg IV ou IM, toma única <u>Seguida de 1 dos seguintes esquemas:</u> - Cefuroxima 500mg, oral, 12/12h, 7 dias; - Amoxicilina + Ácido Clavulânico 875mg+125mg, oral,12/12h, 7 dias; - Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h, 7 dias.	<u>Adulto</u> Ciprofloxacina 500mg, oral, 12/12h, 5-7 dias (2)	

Bibliografia:

- ✓ Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 006/2014 de 8 de maio, atualizada a 17/11/2022. Duração de Terapêutica Antibiótica em Patologia Infeciosa. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/05/norma_006_2014_atualizada_17_11_2022_duracao_terapeutica_antibiotica_patologia_infeciosa.pdf.
- ✓ Direcção Geral da Saúde. Norma n.º 015/2011 de 30/08/2011. Terapêutica de infeções do aparelho urinário (comunidade) <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/terapeutica-de-infecoes-do-aparelho-urinario-comunidade.pdf>
- ✓ UpToDate 2023 Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=pielonefrite&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- ✓ Acute Pyelonephritis: *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy*. Antimicrobial Therapy, Inc. (2023) (última atualização 13/07/2021)

Patologia	Microrganismos	1.ª linha	Alternativas	Observações
Prostatite aguda <i>ICPC 2 – Y73</i>	<i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella</i> spp. <i>Proteus</i> spp. <i>Enterococcus faecalis</i> <i>Enterococcus faecium</i> <i>Proteus mirabilis</i> <i>Enterobacter</i> spp. <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<u>Adulto</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h, 10 dias a 4 semanas (1) <u>Ou</u> Ciprofloxacina 500mg, oral, 12/12h, 10 dias a 4 semanas		NOTAS: ✓ De acordo com a classificação da <i>European Association of Urology</i> (março de 2025), a prostatite aguda faz parte das ITU SISTÉMICAS, isto é, com sintomas tais como febre ou calafrios, além de eventuais sintomas localizados; ✓ Efetuar Urocultura prévia; ✓ A Urocultura deve ser acompanhada de análise do sedimento urinário, no qual deve ser valorizada a presença de esterase leucocitária e/ou nitritos; ✓ Em caso de suspeita ou contexto epidemiológico de IST, realizar tratamento dirigido, conforme tabela respetiva. (1) Considerada primeira linha dado o padrão de resistências às quinolonas
Prostatite crónica <i>ICPC 2 - Y73</i>	<i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella</i> spp. <i>Proteus</i> spp. <i>Enterococcus faecalis</i> <i>Enterococcus faecium</i> <i>Proteus mirabilis</i> <i>Enterobacter</i> spp. <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<u>Adulto</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h, 4-6 semanas (1) <u>Ou</u> Ciprofloxacina 500mg, oral, 12/12h, 4-6 semanas.	<u>Adulto</u> Levofloxacina 500mg-750mg, oral, 24/24h, 4-6 semanas	NOTAS: Sempre que possível; ✓ Efetuar referenciação à Urologia; ✓ Efetuar estudos microbiológicos para direcionamento terapêutico; ✓ Em caso de suspeita ou contexto epidemiológico de IST, realizar tratamento dirigido conforme tabela respetiva. (1) Considerada primeira linha dado o padrão de resistências às quinolonas
Bibliografia: ✓ Direção Geral da Saúde. Norma 006/2014, atualizada a 17/11/2022 - Duração de Terapêutica Antibiótica em Patologia Infeciosa https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/05/norma_006_2014_atualizada_17_11_2022_duracao_terapeutica_antibiotica_patologia_infeciosa.pdf . ✓ European Association of Urology Guidelines on Urological Infections limited update March 2025 ✓ Dynamed Acute Bacterial Prostatitis. EBSCO Information Services. Accessed 28 de junho de 2023 https://www.dynamed.com/condition/acute-bacterial-prostatitis#GUID-CBAAE9DE-0C99-4765-A336-BEB93D5A51E2 ✓ UpToDate 2025 Chronic bacterial prostatitis. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/chronic-bacterial-prostatitis Acedido a 19 de novembro de 2025. ✓ Dynamed Chronic Bacterial Prostatitis. EBSCO Information Services. Accessed 18 de junho de 2023 https://www.uptodate.com/contents/chronic-bacterial-prostatitis ✓ Acute Bacterial Prostatitis: The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. Antimicrobial Therapy, Inc. (2025) (última atualização 13/07/2021) ✓ Chronic Bacterial Prostatitis: The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. Antimicrobial Therapy, Inc. (2025) (última atualização 13/07/2021) ✓ Borgert BJ, Wallen EM, Pham MN. Prostatitis - a Review. JAMA 2025 Aug 10.1001/jama.2025.11499				

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Balanite de causa infecciosa ICPC 2 - Y75 (SINAVE)	<i>Candida albicans</i> (1) (2)	<u>Adulto</u> Clotrimazol creme 10mg/g, 12/12h, 7-14 dias <u>Ou</u> Fluconazol 150mg, oral toma única (3)	<u>Adulto</u> Miconazol + Hidrocortisona, creme 20mg/g, 12/12h, 7-14 dias (4) <u>Ou</u> Clotrimazol + Betametasona, (creme 10mg/g+0,5mg/g, 12/12h, 7-14 dias (4)	(1) Fatores de risco: ✓ Diabetes; ✓ idade avançada. (2) Clínica: ✓ eritema com dor e ou prurido associados. (3) Se sintomas graves. (4) Em caso de inflamação marcada.
	<i>Vírus papiloma humano (HPV)</i> <i>Vírus Herpes simplex (HSV)</i> <i>Treponema pallidum</i> <i>Trichomonas vaginalis</i> <i>Streptococcus pyogenes</i>	<u>Balanite não fúngica</u> Tratamento dirigido ao microrganismo identificado.		

Bibliografia:
✓ 2022 European guideline for the management of balanoposthitis <https://iusti.org/wp-content/uploads/2023/03/2022-European-guideline-for-the-management-of-balanoposthitis.pdf>
✓ Fernández-Cuesta Valcarce MA, Plaza Almeida J, López Nieves MJ. Vulvovaginitis (v./2019). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 10/4/2019; consultado el 29/10/2023]. Disponible en <https://guia-abe.es/>

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Orquiepididimite causada por infecções sexualmente transmissíveis ICPC 2 - Y74 (SINAVE)	<i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Mycoplasma genitalium</i> <i>Enterobacterales</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i> <i>Candida albicans</i> <i>Vírus Paramyxovirus</i> (Parotidite)	<u>Adulto (1)</u> Ceftriaxona 1000mg, IM, toma única + Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 10-14 dias	<u>Adulto</u> Ofloxacina 200mg, oral 12/12h, 14 dias. <u>Ou</u> Levofloxacina 500mg, oral, 24/24horas, 10 dias	(1) NOTAS: ✓ Pesquisar <i>N. Gonorrhoeae</i> , <i>C. Trachomatis</i> e <i>Mycoplasma genitalium</i> no exsudado uretral; ○ Detecção por PCR; ○ Realizar <i>Combur</i> teste; ○ Realizar Urocultura. ✓ Avaliar fatores de risco: ○ doença urinária obstrutiva; ○ cirurgia; ○ instrumentalização do trato urinário. ✓ Suspeitar de torção do testículo em: ○ Adolescente ou jovem adulto com dor e edema testicular unilateral; ○ Enviar para Serviço de Urgência de Urologia (emergência cirúrgica).
Orquiepididimite causada por infecções <u>NÃO</u> sexualmente transmissíveis ICPC 2 - Y74	<i>Enterobacterales</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i> <i>Candida albicans</i> <i>Vírus Paramyxovirus</i> (Parotidite)	<u>Adulto (1)</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h, 10-14 dias (2) <u>Ou</u> Ofloxacina 200mg, oral, 12/12h, 10-14 dias <u>Ou</u> Levofloxacina 500mg, oral, 1x/dia, 10 dias		(1) NOTAS: ✓ Prescrever de acordo com a identificação do microrganismo e da respetiva sensibilidade aos antibióticos; ✓ Avaliar fatores de risco para: ○ Parotidite; ○ Tuberculose; ○ Brucelose; ○ <i>Candida albicans</i> . (2) Considerada primeira linha dado o padrão de resistências às quinolonas.
Bibliografia: ✓ The 2016 European guideline on the management of epididymo-orchitis https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Epididymoorchitis.pdf ✓ Epididymo-orchitis: <i>The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy</i> . Antimicrobial Therapy, Inc. (2023) (última atualização 13/07/2021)				

Patologia	Microorganismos	1.ª Linha	Alternativas	Observações
Vulvo-vaginite no Adulto <i>ICPC 2</i> <i>(código segundo o microorganismo)</i>	Candidíase <i>ICPC 2 – X72</i> <i>Candida</i> spp.	(1) (2) (3) (4) Clotrimazol 500mg, cápsula mole vaginal, aplicação única Ou Clotrimazol 100mg, 1 comprimido vaginal, 24/24, 6 dias Ou Clotrimazol: creme vaginal 1%, 1 aplicação 24/24, (5g), 6 dias Ou Clotrimazol: creme vaginal 2%, 1 aplicação 24/24h, 3 dias	Fluconazol 150 mg, oral, toma única	(1) Tratar apenas mulheres sintomáticas. (2) Na gravidez: usar apenas tratamento tópico, durante 6 dias. (3) As terapêuticas tópicas, com óvulos e cremes vaginais, diminuem a eficácia dos preservativos. (4) Existem outras opções com imidazóis tópicos (ver consensos SPG https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-revisao-dos-consensos-em-infeccoes-vulvovaginais-2012.pdf).
	Vaginose bacteriana (1) (2) <i>ICPC 2 – X84</i> <i>Gardnerella vaginalis</i> <i>Prevotella</i> spp. <i>Mobiluncus</i> spp. <i>Ureaplasma</i> spp. <i>Mycoplasma hominis</i>	Metronidazol 500mg, oral, 12/12h, 7 dias. Ou Metronidazol 500mg, óvulos vaginais, 1 aplicação 24/24h, 5 dias (3) Ou Clindamicina 2% creme vaginal, 1 aplicação 24/24h, 7 dias (3)	Clindamicina 300 mg, oral, 12/12h, 7 dias Ou Cloreto de dequalínio 10 mg, 1 comprimido vaginal de 24/24h, 6 dias	(1) Tratar apenas mulheres sintomáticas ou que vão ser submetidas a tratamento cirúrgico ginecológico. (2) Na gravidez: tratar apenas mulheres sintomáticas. (3) Reduz a eficácia dos preservativos.
	Tricomoniase (1) (2) <i>ICPC 2 – X73</i> <i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol 500 mg, oral, 12/12h, 7 dias	Secnidazol 2000mg, oral, toma única	(1) Tratar parceiros sexuais (últimos 60 dias): ✓ Homens: Metronidazol 2000mg, oral, toma única). (2) Manter abstinência sexual durante o tratamento e até cura sintomática.

Bibliografia:

- ✓ Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais. 2012.
- ✓ Hazra A, Collison MW, Davis AM. CDC Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. JAMA. 2022 Mar 1;327(9):870-871. doi: 10.1001/jama.2022.1246. PMID: 35230409. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2789560>

Patologia	Microrganismos	1.ª Linha	Alternativas	Observações
Vulvo-vaginite na Criança pré-pubertária (1) <i>ICPC 2 – X84</i>	A maioria das vulvovaginites pediátricas não são infecciosas e não requerem tratamento antibiótico. (2) Se suspeita de abuso sexual ativar protocolos necessários			(1) Nas adolescentes devem ser usadas as recomendações para a mulher adulta. (2) Se houver suspeita de vulvovaginite infecciosa específica, por presença de leucorreia abundante ou refratário ao tratamento com medidas gerais, deve ser pedido exsudado vaginal pré-tratamento. (3) Se houver suspeita de infestação parasitária, deve ser realizado o teste da fita cola ou pedir teste parasitológico das fezes. (4) Tratar agregado familiar. (5) Repetir tratamento 15 dias depois. (6) Para crianças dos 12-24 meses. (7) Para crianças ≥24 meses. (8) Para criança <10 Kg. (9)) Se hipersensibilidade tipo I às penicilinas.
	<i>Streptococcus pyogenes</i> <i>Haemophilus influenzae</i>	Amoxicilina 50mg/kg/dia (máx. 1000mg/dia), oral, 8/8 h, 10 dias	Clindamicina 20-30 mg/kg/dia, (máx. 1800mg/dia), 8/8h, 10 dias (manipulado) (9)	
	<i>Staphylococcus aureus</i>	Amoxicilina + Ácido Clavulânico , 40mg/kg/dia (máx. 1500mg/dia), oral, 8/8h, 10 dias	Azitromicina 10-12mg/kg/dia, (máx. 500mg/dia), 24/24 horas, 3-5 dias (9)	
	<i>Candida albicans</i>	Clotrimazol 1%, creme tópico, 2-3 aplicações nos lábios e zonas adjacentes, 8/8h, 7-14 dias		
	<i>Oxiúros - Enterobius vermicularis</i> (3) (4) (5)	Albendazol 200mg (5ml), suspensão oral, toma única (6) Albendazol 400mg (10ml), suspensão oral, toma única (7)	Mebendazol 100mg, (5 ml) suspensão oral, toma única Mebendazol 50mg, (2,5 ml) suspensão oral, toma única (8)	

Bibliografia:

- ✓ Fernández-Cuesta Valcarce MA, Plaza Almeida J, López Nieves MJ. Vulvovaginitis (v./2019). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 10/4/2019; consultado el 29/10/2023]. Disponible en <https://guia-abe.es/>
- ✓ Ortiz Movilla, R. and Acevedo Martín, B. Vulvovaginitis infantil. Rev Pediatr Aten Primaria, Dic 2011, vol.13, no.52, p.601-609. ISSN 1139-7632
- ✓ Direção Geral da Saúde. Norma n.º 06/2017 de 12/06. Abordagem Diagnóstica e Terapêutica das Parasitoses em Idade Pediátrica. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/06/12/abordagem-diagnostica-e-terapeutica-das-parasitoses-em-idade-pediatica/>

Patologia	Microrganismos	1.ª Linha	Alternativas	Observações
Bartolinite ICPC 2 - X99	Escherichia coli Staphylococcus spp Streptococcus spp. Bacteroides spp.	Não está recomendado o uso de antibióticos num primeiro abcesso (1) (2)		(1) 1ª linha de tratamento: incisão e drenagem. (2) Fazer antibioterapia, se: ✓ abcesso recorrente (≥2); ✓ sinais de infeção sistémica (febre, arrepios); ✓ risco aumentado de complicações (celulite extensa, gravidez, imunossupressão); ✓ MRSA em cultura. (3) Contraindicado na gravidez.
		<u>Adulto</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h, 7 dias <u>Ou</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h + Amoxicilina + Ácido Clavulânico 875mg+125mg, 12/12h, oral, 7 dias <u>Ou</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h + Metronidazol 500mg, 8/8h, 7 dias.	<u>Adulto</u> Doxiciclina 100mg, 12/12h + Amoxicilina+ Ácido Clavulânico 875mg+125mg, 12/12h, oral, 7 dias. (3) <u>Ou</u> Doxiciclina 100mg 12/12h + Metronidazol 500mg, oral, 8/8h, 7 dias. (3)	
Bibliografia: ✓ UpToDate 2022 Bartholin gland masses. https://www.uptodate.com/contents/bartholin-gland-masses ✓ Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 006/2014 de 8 maio, atualizada a 17/11/2022. Duração de Terapêutica Antibiótica em Patologia Infeciosa. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/05/norma_006_2014_atualizada_17_11_2022_duracao_terapeutica_antibiotica_patologia_infeciosa.pdf .				

Infeções Sexualmente Transmissíveis

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Sífilis (SINAVE)	<i>Treponema pallidum</i>	Se suspeita de abuso sexual ativar os protocolos necessários		(1) Grávidas com hipersensibilidade às penicilinas deverão fazer dessensibilização. (2) Se hipersensibilidade tipo I às penicilinas. (3) Contraindicado na gravidez. (4) Crianças com < 8 anos podem usar com segurança em ciclos <21 dias. (5) Baixa eficácia. Usar apenas em caso de hipersensibilidade à penicilina, sendo recomendada a dessensibilização. (6) NOTA: ✓ Doentes com infecção VIH concomitante são tratados da mesma forma.
Primária, secundária ou latente recente (<1 ano) ICPC 2 –X70 (sífilis feminina)		<u>Adulto</u> Benzilpenicilina benzatínica 2.400.00 UI, IM, administração única (1) (6)	<u>Adulto</u> Ceftriaxona 1000mg, IM/IV, 24/24h, 10-14 dias (6) <u>Ou</u> Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 14 dias (2) (3) <u>Ou</u> Doxiciclina 200mg, oral, 24/24h, 14 dias (2)(3)	
ICPC 2 - Y70 (sífilis masculina)		<u>Criança</u> Benzilpenicilina benzatínica 50.000 UI/kg (máx. 2.400.000 UI), IM, administração única (6)	<u>Criança</u> Doxiciclina 2 mg/kg/dia (máx. 200mg/dia), oral, 12/12h, 14 dias (2) (4)	
Latente tardia (>1 ano ou duração desconhecida) ICPC 2 –X70 (sífilis feminina)		<u>Adulto</u> Benzilpenicilina benzatínica 2.400.00 UI, IM, semanalmente, 3 semanas consecutivas (1) (6)	<u>Adulto</u> Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 21-28 dias (2) (3) (5) (6) <u>Ou</u> Doxiciclina 200mg, oral, 24/24h, 21-28 dias (2) (3) (5) (6)	
ICPC 2 – Y70 (sífilis masculina)		<u>Criança/Adolescente</u> Benzilpenicilina benzatínica 50.000 UI/kg, IM (máx. 2.400.000 UI), semanalmente, durante 3 semanas consecutivas (6)	<u>Criança</u> <u>Peso ≤45kg</u> Doxiciclina: 2 mg/kg/dia (máx. 200mg/dia), oral, 12/12h, 21-28 dias (2) (3) <u>Peso >45kg</u> Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 21-28 dias (2) (3)	

Bibliografia:

- ✓ Garcia, MC *et al.* . Infecciones de transmisión sexual en adolescentes (v./2023). Guía_ABE. Tratamiento de las Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 2023; consultado el 29/10/2023]. Disponible en <https://guia-abe.es/>
- ✓ Janier M. et al. 2020 European guideline on the management of syphilis. Journal of European Academy of Dermatology and Venereology. 2020.
- ✓ Syphilis: Red Book- 2021-2024 Report of the Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics. (ed 32). 2021
- ✓ Latent Syphilis: *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy*. Antimicrobial Therapy, Inc. (2023) (última atualização 13/07/2021)

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Uretrite/ cervicite no Adulto <i>ICPC 2 (código segundo o microorganismo)</i>	Microrganismo não identificado (Sem diagnóstico etiológico)	Ceftriaxona , 1000mg, IM, toma única + Azitromicina 2000mg, oral, toma única (1) (2) (6)	Gentamicina 240mg, IM, toma única + Azitromicina 2000mg, oral, toma única (1) (2) (3) Ou Cefixima 400mg, oral, toma única + Azitromicina 2000mg, oral, toma única (1) (2) (4)	(1) Recomenda-se fazer teste de cura para: ✓ confirmar erradicação da infecção; ✓ confirmar eventual falência da terapêutica; ✓ Avaliar eventual resistência antimicrobiana. (2) Para minimizar os efeitos gastrointestinais adversos da Azitromicina, recomenda-se: ✓ tomar com refeição; ✓ tomar 1g + 1g com 6-12h de intervalo. (3) Se hipersensibilidade a cefalosporinas. (4) Quando ceftriaxona não está disponível, em caso de tripanofobia (medo de injetáveis) ou se contraindicado. (5) Monoterapia recomendada: ✓ quando se demonstra não haver resistência do gonococo à ceftriaxona; ✓ porque a resistência do gonococo à azitromicina está a aumentar. (6) Tratar parceiros e recomendar abstinência sexual por 14 dias.
	Gonocócica <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ICPC 2 - X71 (uretrite gonocócica feminina) ICPC 2 - Y71 (uretrite gonocócica masculina) (SINAVE)	Ceftriaxona 1000mg, IM, toma única (1) (5) (6) Ou Ceftriaxona 1000mg, IM, toma única + Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 7 dias. (1) (6) Grávida /Amamentação Ceftriaxona 1000mg IM, toma única + Azitromicina 2000mg toma única (1) (2) (6)	Cefixima 800mg, oral, toma única (1) (4) (6)	
	NÃO Gonocócica <i>C.trachomatis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i> <i>Mycoplasma genitalis</i> ICPC 2 - U72 (Uretrite) ICPC 2- X85 (Doença do Colo, NE) ICPC 2 - X29 (Sinal / sintoma do aparelho genital feminino, outro) ICPC - X92 (Infecção genital por chlamydia)	Adulto (1) (5) Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 7 dias (2)	Adulto (1) (5) Azitromicina 1000mg, oral, toma única (3) Ou Levofloxacina 500mg, oral, 24/24h, 7 dias (4)	

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Uretrite/ cervicite na <u>Criança</u> <i>ICPC 2</i> (<i>códigos</i> <i>conforme</i> <i>Adulto</i>) (4)	Microrganismo não identificado (Sem diagnóstico etiológico)	Se suspeita de abuso sexual seguir Protocolo de Abuso		(1) Monoterapia recomendada quando se demonstra <u>não haver resistência</u> do gonococo à ceftriaxona. (2) Utilizar apenas em caso de ceftriaxona não estar disponível ou ser contraindicado. (3)) Se não há adesão ao tratamento de 7 dias com doxiciclina . (4) Códigos do <i>ICPC 2</i> iguais à uretrite/ cervicite no Adulto. NOTA: ✓ Sempre que há suspeita de uretrite, a criança deve ser referenciada para o hospital.
	Gonocócica <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (<i>SINAVE</i>)	<u>Peso ≤ 45kg</u> Ceftriaxona 25–50 mg/kg, (máx. 500mg), EV/ IM, toma única + Azitromicina 10-15mg/Kg (máx 1000mg) oral, toma única <u>Peso >45kg</u> Ceftriaxona 1000 mg, EV/ IM, toma única + Azitromicina 1000mg, oral, toma única	<u>Peso ≤ 45kg</u> Cefixima 8mg/kg, (máx. 400mg), oral, toma única + Azitromicina 10-15mg/Kg (máx 1000mg) oral, toma única (2) <u>Peso >45kg</u> Cefixima 800 mg, oral, toma única + Azitromicina 1000mg, oral, toma única (2)	
	Não gonocócica <i>C.trachomatis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i> <i>Mycoplasma genitalis</i>	<u>Peso ≤ 45kg</u> Doxiciclina 2mg/Kg/dia (máx 200mg) oral, 12/12h, 7 dias <u>Peso >45kg</u> Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 7 dias	<u>Peso ≤ 45kg</u> Azitromicina 10-15mg/Kg (máx 1000mg) oral, toma única (3) <u>Peso >45kg</u> Azitromicina 1000mg, oral, toma única (3)	
Bibliografia: ✓ Unemo M. et al. 2020 European Guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhea in adults. International Journal of STDs and AIDS 2020. 0(0) 1- 17. ✓ Fifer, H et al. British Association for Sexual Health and HIV National Guideline for the management of infection with <i>Neisseria gonorrhoeae</i> . ✓ Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines- Gonococcal Infections Among Infants and Children. CDC 2021. (Atualizado a 22/07/2021) ✓ Garcia, MC et al. . Infecciones de transmisión sexual en adolescentes (v./2023). Guía_ABE. Tratamiento de las Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 2023; consultado el 29/10/2023]. Disponível em https://guia-abe.es/ ✓ Anti-Infective Guidelines for Community-acquired Infections. (2019) Toronto: MUMS Health Clearinghouse, 2019				

Infeções da pele e tecidos moles

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Impétigo/éctima ICPC 2 – S84	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus</i> ✓ <i>beta-haemolyticus</i> ✓ <i>pyogenes</i> ✓ <i>agalactiae</i> ✓ <i>dysgalactiae</i>	<u>Adulto</u> Tópico: Ácido Fusídico 20mg/g, creme, 8/8h, 5 dias (1) Sistémico: Flucloxacilina 500mg-1000mg, (6) oral, 6/6h, 7dias (2)	<u>Adulto</u> Tópico: Mupirocina 20mg/g, pomada de 8/8h, 5 dias (1) Sistémico: Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg +125mg, oral, 8/8h, 7dias (2) <u>Ou</u> Clindamicina 300-450mg, oral, 6/6h-8/8h, 7dias. (2) (3) (4) <u>Ou</u> Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 7 dias. (2) (3) (5) <u>Ou</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg +160mg, oral, 12/12h, 7 dias (2) (3)	(1) Associar ao tratamento tópico limpeza com antisséptico. (2) Se refratário ao tratamento tópico, lesões extensas ou ectima. (3) Se hipersensibilidade a beta-lactâmicos. (4) Se suspeita de infeção por MRSA. (5) Contraindicado na gravidez. (6) Considerar dose de 1000mg nas infeções graves ou doente obeso.
		<u>Criança (1)</u> Tópico: Ácido Fusídico 20mg/g, creme, 8/8h, 5 dias. (2) Sistémico: Flucloxacilina 50-100 mg/kg/dia, (máx. 1500mg-2000mg/dia), oral, 6/6h, 7dias (3)	<u>Criança</u> Tópico: Mupirocina 20mg/g, pomada de 8/8h, 5 dias (2) (4) Sistémico: Amoxicilina + Ácido. Clavulânico 500mg +125mg, 40-50 mg/kg/dias, (máx. 1500mg/dia), oral, 8/8h, 5-7dias (5) <u>Ou</u> Clindamicina 30-40 mg/kg/dia (máx. 1800mg/dia), oral, 6/6-8/8h 5-7dias (6) <u>Ou</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 10mg/kg/dia (máx. 160mg/dia), oral, 12/12h, 5-7 dias (6) (7)	(1) NOTA: ✓ Doença de evicção escolar até 24horas após início tratamento + penso de cobertura das lesões ou até cura clínica. (2) Associar ao tratamento tópico limpeza com antisséptico. (3) Se refratário ao tratamento tópico, lesões extensas ou ectima. (4) Se falência de resposta ao ácido fusídico ou suspeita de infeção por MRSA. (5) Se intolerância ou indisponibilidade de flucloxacilina. Dose referida à componente de amoxicilina, formulação 4:1. (6) Se hipersensibilidade aos beta-lactâmicos ou suspeita de MRSA. (7) Dose calculada para o trimetoprim.

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Foliculite, furúnculo, carbúnculo - Adulto ICPC 2 – S10; R73	Foliculite Maioria resolve espontaneamente com medidas gerais (1)			(1) Medidas Gerais: ✓ Aplicar calor para facilitar a drenagem espontânea. ✓ Incisão e drenagem de lesão extensa e com flutuação. (2) Portadores nasais, hiperhidrose, oclusão folículos pilosos, barbear. (3) Jacúzis e piscinas, humidade. (4) Terapêutica oral prolongada para acne e rosácea, sobreinfecção. (5) Se refratário ao tratamento tópico e/ou: ✓ sinais inflamatórios francos; ✓ falência da incisão+drenagem; ✓ lesão extensa; ✓ infecção sistêmica. (6) Se hipersensibilidade a beta-lactâmicos. (7) Se suspeita de infecção por MRSA. (8) Contraindicado na gravidez. (9) Se lesão pouco extensa. (10) Se tem sinais de celulite circundante ou infecção sistêmica. (11) Considerar dose de 1000mg nas infecções graves ou doente obeso.
	Staphylococcus aureus (2) Streptococcus ✓ beta-haemolyticus ✓ pyogenes ✓ agalactiae ✓ dysgalactiae	Tópico: Ácido Fusídico 20mg/g, creme, 8/8h, 5 dias Sistêmico: Flucloxacilina 500mg-1000mg (11), oral, 6/6h, 7dias (5)	Tópico: Mupirocina 20mg/g, pomada de 8/8h, 5 dias Sistêmico: Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg + 125mg, oral, 8/8h, 7dias (5) Ou Clindamicina 300-450mg, oral, 6/6h -8/8h, 7dias (5) (6) (7) Ou Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg + 160 mg, oral, 12/12h, 7 dias (5) (6) Ou Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 7dias (5) (6) (8)	
	Pseudomonas aeruginosa (3)	Sistêmico: Ciprofloxacina 500mg, oral, 12/12h, 7 dias		
	Enterobacterales (4)	Sistêmico: Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg oral, 12/12h, 7 dias		
	Furúnculo/Carbúnculo Tópico: Ácido Fusídico 20mg/g, creme, 8/8h, 5 dias (9) Sistêmico: Flucloxacilina 500mg-1000mg (11), oral, 6/6h, 7dias (10)			

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Foliculite, furúnculo, carbúnculo – <u>Criança</u> <i>ICPC 2 – S10; R73</i>	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (2)	Foliculite Maioria resolve espontaneamente com medidas gerais (1)		(1) Medidas Gerais: ✓ Aplicar calor para facilitar a drenagem espontânea. ✓ Incisão e drenagem de lesão extensa e com flutuação. (2) Relacionado com jacúzis, piscinas, ambientes húmidos. (3) Associar ao tratamento tópico limpeza com antisséptico. (4) Se refratário ao tratamento tópico ou sinais inflamatórios exuberantes. (5) Se falência de resposta ao ácido fusídico ou suspeita de infecção por MRSA. (6) Se intolerância ou indisponibilidade de flucloxacilina. Dose referida à componente de amoxicilina, formulação 4:1. (7) Se hipersensibilidade aos beta-lactâmicos ou suspeita de MRSA. (8) Dose calculada para a componente trimetoprim.
		Tópico: Ácido Fusídico 20mg/g, creme, 8/8h, 5 dias (3) Sistêmico: Flucloxacilina 50-100 mg/kg/dia, (máx. 1500-2000 mg/dia), oral, 6/6h, 7 dias (4)	Tópico: Mupirocina tópico 8/8h, 5 dias (3) (5) Sistêmico: Amoxicilina + Ácido Clavulânico 40-50 mg/kg/dia, (máx. 1500mg/dia), oral, 8/8h, 5-7 dias (6) <u>Ou</u> Clindamicina 30-40 mg/kg/dia, (máx. 1800mg/dia), oral, 6/6-8/8h, 5-7 dias (7) <u>Ou</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 10mg/kg/dia, (máx. 160mg/dia), oral, 12/12h, 5-7 dias (7) (8)	

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Paroníquia/panarício ICPC 2 – S09	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus</i> ✓ <i>beta-haemolyticus</i> ✓ <i>pyogenes</i> ✓ <i>agalactiae</i> ✓ <i>dysgalactiae</i> Lesão por contacto com a cavidade oral: <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus</i> spp. <i>Eikenella corrodens</i> Anaeróbios: <i>Fusobacterium</i> spp. <i>Peptostreptococcus</i> spp. <i>Prevotella</i> spp. <i>Porphyromonas</i> spp.	<u>Adulto</u> Incisão e drenagem (1) Ou Tópico: Ácido Fusídico 20mg/g creme, 8/8h, 5 dias (2) Sistémico: Flucloxacilina 500mg-1000mg (10), oral, 6/6h, 7 dias (3) Ou Sistémico: Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg+125mg, oral, 8/8h, 7 dias (3) (4)	<u>Adulto</u> Tópico: Mupirocina 20mg/g, pomada de 12/12h, 5 dias (2) Sistémico: Clindamicina 300-450mg, oral, 6/6h-8/8h, 7 dias (3) (6) (7) Ou Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160 mg, oral, 12/12h, 7 dias (3) (6) Ou Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h + Metronidazol 500mg, oral, 8/8h, 7 dias (3) (6) (9)	(1) Se se apresentar com abscesso. (2) Associar ao tratamento tópico limpeza com antisséptico e aplicação de água quente. (3) Se refratário ao tratamento tópico ou falência da incisão e drenagem. (4) Se exposição à cavidade oral (por ex.: por roer as unhas ou chuchar no dedo, etc.). (5) Reservar para situações de evolução para abscesso e após colheita de exsudato. (6) Se hipersensibilidade a beta-lactâmicos. (7) Se suspeita de MRSA. (8) Dose referida à componente de amoxicilina, formulação 4:1. (9) Contraindicado na gravidez. (10) Considerar dose de 1000mg nas infeções graves ou doente obeso.
		<u>Criança</u> Incisão e drenagem (1) Ou Tópico: Ácido Fusídico 20mg/g creme, 8/8h, 5 dias. (2) Sistémico: Flucloxacilina 50-100mg/kg/dia, (máx. 1500mg-2000mg/dia), oral, 6/6h, 7 dias (3) Ou Sistémico: Amoxicilina + Ácido Clavulânico 40-50 mg/kg/dia, (máx. 1500mg/dia), 8/8h, 5 dias (3) (4) (8)	<u>Criança</u> Tópico: Mupirocina 20mg/g, pomada, 8/8h, 5 dias (2) (5) Sistémico: Clindamicina 30-40mg/kg/dia, (máx. 1800mg/ dia), oral, 6/6-8/8h, 7 dias (3) (6)	

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Abcesso <i>ICPC 2 – S10; R73</i>	<i>Staphylococcus aureus*</i> <i>Polimicrobiana</i>	<u>Adulto</u> 1ª linha: Incisão e drenagem. Sistêmico: Flucloxacilina 500mg-1000mg (8) , oral, 6/6h, 7 dias (1)	<u>Adulto</u> Sistêmico: Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg + 125mg, oral, 8/8h, 7 dias (2) <u>Ou</u> Clindamicina 300-450mg, oral, 6/6h-8/8h, 7 dias (3) (4) <u>Ou</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h, 7 dias (3) <u>Ou</u> Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 7dias (3) (5)	(1) Considerar terapêutica sistêmica se: ✓ Doença multifocal /sistêmica com progressão rápida; ✓ Celulite associada; ✓ Imunossupressão; ✓ Idades extremas; ✓ Área difícil de drenar; ✓ Ausência de resposta a incisão e drenagem ou incapacidade de drenagem. (2) Se exposição à cavidade oral (por ex.: por roer as unhas ou chuchar no dedo etc.). (3) Se hipersensibilidade a beta-lactâmicos. (4) Se suspeita de MRSA. (5) Contraindicado na gravidez. (6) Dose referida à componente de amoxicilina, formulação 4:1. (7) Dose referida à componente Trimetoprim. (8) Considerar dose de 1000mg nas infecções graves ou doente obeso. *Representam 75% dos casos
		<u>Criança</u> 1ª linha: Incisão e drenagem. Sistêmico: Flucloxacilina 50-100mg/kg/dia, (máx. 1500mg-2000mg/dia), oral, 6/6h, 5 dias (1)	<u>Criança</u> Sistêmico: Amoxicilina + Ácido Clavulânico 40-50 mg/kg/dia, (máx. 1500mg/dia), 8/8h, 5dias (2) (5) <u>Ou</u> Clindamicina 30-40 mg/kg/dia, (máx. 1800mg/dia), oral, 6/6-8/8h, 5dias (3) <u>Ou</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 10 mg/kg/dia, (máx. 160mg/dia), oral, 12/12h, 5dias (6)	

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Erisipela/ celulite (1) <i>ICPC 2 – S76</i>	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus pyogenes</i> <i>Bacilos Gram negativo e anaeróbios (2)</i>	<u>Adulto (3) (4) (5)</u> Flucloxacilina 500mg-1000mg (13) , oral, 6/6h, 5-10 dias <u>Ou</u> Benzilpenicilina benzatínica IM, 1.200.00 UI, toma única (6)	<u>Adulto (3) (4) (5)</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg +125mg, oral, 8/8h, 5 dias (7) <u>Ou</u> Clindamicina 300-450mg, oral, 6/6h-8/8h, 7 dias (8) (9) <u>Ou</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h, 5 dias (8) <u>Ou</u> Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 5 dias (8) (10)	(1) Atualmente consideradas dermohipodermite bacterianas agudas não necrotizantes, com agentes etiológicos sobreponíveis. (2) Frequentes na Diabetes, Doença Hepática Crônica, Imunossupressão. (3) No membro inferior é importante realizar diagnóstico diferencial com estigmas de doença venosa crônica, nomeadamente dermite de estase. (4) Medidas de suporte: ✓ Elevação do membro+tratamento dos fatores predisponentes (edema, problemas cutâneos). (5) Referenciação hospitalar SE: ✓ Sintomatologia sistêmica grave; ✓ Persistência de sintomas após 48-72h de antibioterapia oral adequada; ✓ Rápida progressão do eritema; ✓ Idades extremas; ✓ Imunodeprimidos; ✓ Deformidades anatómicas/ face; ✓ Proximidade com dispositivo médico; ✓ Ausência de via oral. (6) Se há confirmação de <i>Streptococcus pyogenes</i> . (7) Se suspeita de gram-negativos. (8) Se hipersensibilidade a beta-lactâmicos. (9) Se suspeita de MRSA. (10) Contraindicado na gravidez. (11) Dose referida à componente de amoxicilina, formulação 4:1. (12) Dose referida à componente trimetoprim. (13) Considerar dose de 1000mg nas infeções graves ou doente obeso.
		<u>Criança (5)</u> <u>Erisipela</u> Amoxicilina , 50 mg/kg/dia, oral, 8/8h, 10 dias <u>Celulite</u> Flucloxacilina 50-100 mg/kg/dia, (máx. 1500mg-2000mg/dia), oral, 6/6h, 7 dias	<u>Criança</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico , 40-50 mg/kg/dia, (máx. 1500mg/ dia), 8/8h, 7 dias (11) <u>Ou</u> Clindamicina 30-40 mg/kg/dia, (máx. 1800mg/dia), oral, 6/6-8/8h, 7 dias (8) <u>Ou</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 10mg/kg/dia, (máx. 160mg/dia), 12/12h, 7 dias (8) (12)	

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Infecção em úlcera de perna <i>ICPC 2 – S11; S76</i>	Não está recomendado o uso de antibióticos tópicos (1)			(1) NOTAS: ✓ O diagnóstico de infecção é clínico; ✓ Não necessita de zaragatoa; ✓ Tratar as condições subjacentes como a insuficiência venosa crônica e o edema; ✓ Fazer o diagnóstico diferencial de infecção superficial (a maioria dos casos que melhora com cuidados locais: antissépticos e apósitos antimicrobianos) e de infecção profunda que requer uso de antibiótico sistêmico. (2) Se hipersensibilidade a beta-lactâmicos. (3) Se suspeita de MRSA. (4) Contraindicado na gravidez. (5) Considerar dose de 1000mg nas infecções graves ou doente obeso.
	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus</i> ✓ <i>beta-haemolyticus</i> ✓ <i>pyogenes</i> ✓ <i>agalactiae</i> ✓ <i>dysgalactiae</i>	<u>Feridas recentes (1-3 meses)</u> Flucloxacilina 500mg-1000mg (5), oral, 6/6h, 7 dias	<u>Feridas recentes (1-3 meses)</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg +125mg, oral, 8/8h, 7 dias	
	Gram positivo <i>Staphylococcus</i> spp <i>Streptococcus</i> spp. Gram negativo <i>Enterobacteriales</i> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Anaeróbios	<u>Feridas não recentes (>3 meses)</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg +125mg, oral, 8/8h, 7 dias <u>Feridas não recentes e com suspeita de anaeróbios</u> Clindamicina 300-450mg, oral, 6/6h-8/8h, 7 dias	<u>Feridas não recentes (>3 meses)</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h, 7 dias <u>Feridas não recentes e com suspeita de anaeróbios</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h + Metronidazol 500mg, oral, 8/8h, 7 dias <u>Ou</u> <u>Hipersensibilidade a betalactâmicos</u> Clindamicina 300-450mg, oral, 6/6h-8/8h, 7 dias (3) <u>Ou</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160 mg, oral, 12/12h, 7 dias <u>Ou</u> Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 7 dias (4)	

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Infeção em pé diabético ICPC 2 – S11; S76	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus</i> ✓ <i>pyogenes</i> ✓ <i>agalactiae</i> ✓ <i>dysgalactiae</i> <i>Enterococcus</i> spp. <i>Enterobacteriales</i> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Anaeróbios	<u>Infeção ligeira</u> (IDSA/IWGDF 2) Flucloxacilina 500mg-1000mg (6) oral, 6/6h, 7-14 dias. <u>Infeção moderada a grave</u> (IDSA/IWGDF 3) (1) Sem critérios de gravidade: Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg +125mg, oral, 8/8h, 14-30 dias <u>Se suspeita anaeróbios</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h + Metronidazol 500mg, oral, 8/8h, 14-30 dias <u>Se suspeita pseudomonas/osteomielite</u> (2) Ciprofloxacina 500-750mg, oral, 12-12h + Clindamicina 300-450mg, oral, 6/6h-8/8h, 14-30 dias	<u>Infeção ligeira</u> (IDSA/IWGDF 2) Com exposição recente a ATB Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg + 125mg, oral, 8/8h, 7-14 dias <u>Hipersensibilidade a beta-lactâmicos</u> Clindamicina 300-450mg, oral, 6/6h-8/8h, 7-14 dias (3) <u>Ou</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg + 160mg, oral, 12/12h, 7-14 dias (3) <u>Ou</u> Doxiciclina 100mg, oral, 12/12h, 7-14 dias(3) (4) <u>Infeção moderada a grave</u> (IDSA/IWGDF 3) (1) Sem critérios de gravidade e exposição recente a ATB: Cefuroxima 500mg, 12/12h, oral, 14-30 dias Polimicrobiana (5) Amoxicilina + Ácido Clavulânico 875mg + 125mg, oral, 12/12h + Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg, oral, 12/12h, 14-30 dias	(1) CrITÉRIOS de hospitalização: ✓ Infeção severa ((IDSA/IWGDF 4); ✓ Infeção moderada (IWGDF/IDSA 3) com comorbilidades: doença arterial periférica, inexistência de suporte familiar/ cuidador; ✓ Incapacidade para realizar tratamento em regime de ambulatório por fatores psicológicos/sociais; ✓ Ausência de resposta ao tratamento instituído. (2) Suspeita osteomielite: ✓ Osso visível ou <i>probe-to-bone</i>; ✓ Úlcera > 2 cm²; ✓ Úlcera com duração >2 semanas; ✓ Dedo em salsicha; ✓ VS > 70mm. (3) Se suspeita de MRSA. (4) Contraindicado na gravidez. (5) O risco de infeção polimicrobiana e com envolvimento de anaeróbios aumenta com o tempo de evolução da ferida e profundidade/extensão da lesão. (6) Considerar dose de 1000mg nas infeções graves ou doente obeso.

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Mordedura humana e animal ICPC 2 – S11, S13 (SINAVE)	Humana <i>Streptococcus</i> spp. <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Eikenella corrodens</i> Anaeróbios <i>Fusobacterium</i> spp. <i>Peptostreptococcus</i> spp. <i>Prevotella</i> spp. <i>Porphyromonas</i> spp. Cão / Gato <i>Streptococcus</i> spp. <i>Staphylococcus</i> spp. <i>Pasteurella multocida</i> <i>Fusobacterium</i> spp. <i>Bacteroides</i> spp. <i>Capnocytophaga canimorsus</i> *Animais selvagens (6)	<u>Adulto (1) (2)</u> <u>Tratamento</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg +125mg, oral, 8/8h, 7 dias <u>Profilaxia (3)</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 500mg +125mg, oral, 8/8h, 3 - 5 dias	<u>Adulto (1)(2)</u> <u>Alergia beta-lactâmicos</u> Trimetoprim + Sulfametoxazol 160mg +800mg, oral, 12/12h + Clindamicina 300-450mg, oral, 6/6h-8/8h ou Metronidazol 500mg, oral, 8/8h, 7 dias <u>Ou</u> Doxiciclina 200mg + 100 em D1; 100mg D2-D7, oral, 12/12h + Metronidazol 500mg, oral, 8/8h, 7 dias <u>Ou</u> Ciprofloxacina 500mg, oral, 12/12h + Clindamicina 300-450mg, oral, 6/6h-8/8h, 7 dias	(1) A limpeza, lavagem copiosa e desbridamento são importantes. (2) Considerar profilaxia antitetânica. (3) Profilaxia de Infecção por mordedura: ✓ Humana: - Quebra cutânea e sangramento; - Quebra cutânea sem sangramento se: ferida nas mãos, pés, face, genitais, área de circulação pobre, contigua a estruturas cartilaginosas; - comorbilidades (diabetes, imunossupressão, asplenia, doença hepática descompensada). ✓ Cão: - Quebra cutânea e sangramento se: penetração de osso, articulação, tendão ou estrutura vascular; - zona alto risco; - comorbilidades; - ferida profunda ou com dano tecidual significativo; - ferida visivelmente contaminada. ✓ Gato: - Quebra cutânea e sangramento; - Quebra cutânea sem sangramento se ferida aparentemente profunda. (4) Dose referida à componente de amoxicilina, formulação 4:1. (5) Dose referida à componente Trimetoprim. (6) Avaliar a necessidade da <u>profilaxia da raiva humana</u> , cf Orientação da DGS n.º 003/2013 e Norma da DGS n.º 007/2017.
		<u>Criança (1) (2)</u> <u>Tratamento</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 40-50 mg/kg/dia, (máx. 1500mg/dia), 8/8h, 7 dias (4) <u>Profilaxia (3)</u> Amoxicilina + Ácido Clavulânico 40-50 mg/kg/dia, (máx. 1500mg/dia), 8/8h, 3 – 5 dias (4)	<u>Criança (1) (2)</u> <u>Hipersensibilidade tipo I</u> Clindamicina 30-40 mg/kg/dia, (máx. 1800mg/dia), oral, 6/6-8/8h, + Sulfametoxazol + Trimetoprim 10mg/kg/dia, (máx. 160mg/dia), 12/12h, 3 - 5 dias (profilaxia) ou 7 dias (tratamento) (5) <u>Hipersensibilidade não tipo I</u> Cefuroxima 20-30 mg/kg/dia, (máx. 500mg/dia), de 12/12h, + Clindamicina 30-40 mg/kg/dia, (máx. 1800mg/dia), oral, 6/6-8/8h, ambos 3 - 5 dias (profilaxia) ou 7 dias (tratamento)	

Bibliografia (Infecções da pele e tecidos moles)

- ✓ Dennis L. Stevens, Alan L. Bisno, Henry F. Chambers, E. Patchen Dellinger, Ellie J. C. Goldstein, Sherwood L. Gorbach, Jan V. Hirschmann, Sheldon L. Kaplan, Jose G. Montoya, James C. Wade, Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America, Clinical Infectious Diseases, Volume 59, Issue 2, 15 July 2014, Pages e10–e52, <https://doi.org/10.1093/cid/ciu296>.
- ✓ UpToDate. 2022. Impétigo. <https://www.uptodate.com/contents/impetigo>.
- ✓ UpToDate. 2023. Infectious folliculitis. <https://www.uptodate.com/contents/infectious-folliculitis>.
- ✓ Leça, A e Carvalho, L: Infecções da Pele e Tecidos Moles Recomendações da Secção de Infecciologia Pediátrica.
- ✓ UpToDate. 2021. Paronychia. <https://www.uptodate.com/contents/paronychia>
- ✓ UpToDate. 2022. Cellulitis and skin abscess: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis. <https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>.
- ✓ UpToDate. 2023. Skin abscesses in adults: Treatment. <https://www.uptodate.com/contents/skin-abscesses-in-adults-treatment>.
- ✓ Rodrigues, MA et al. dermo-hipodermite bacterianas agudas não necrotizantes: Erisipela e Celulite Infeciosa. Acta Med Port 2021 MAR; 34(3):217-228
- ✓ Sibbald, R. Gary BSc, MD, FRCPC (Med) (DERM), FAPWCA, MEd; Woo, Kevin RN, MSc, ACNP GNC(C); Ayello, Elizabeth A. PhD, RN, APRN, BC, CWOON, FAPWCA, FAAN. Increased Bacterial Burden and Infection: The Story of NERDS and STONES. Advances in Skin & Wound Care 19(8):p 447-461, October 2006.
- ✓ UpToDate. 2023. Clinical manifestations, diagnosis, and management of diabetic infections of the lower extremities. <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-management-of-diabetic-infections-of-the-lower-extremities>
- ✓ Benjamin A. Lipsky, Anthony R. Berendt, Paul B. Cornia, James C. Pile, Edgar J. G. Peters, David G. Armstrong, H. Gunner Deery, John M. Embil, Warren S. Joseph, Adolf W. Karchmer, Michael S. Pinzur, Eric Senneville, 2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections, Clinical Infectious Diseases, Volume 54, Issue 12, 15 June 2012, Pages e132–e173, <https://doi.org/10.1093/cid/cis346>
- ✓ Senneville E, Albalawi Z, van Asten SA, et al. Guidelines on the diagnosis and treatment of foot infection in persons with diabetes. IWGDF/IDSA 2023. Disponível para consulta em: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-04-Infection-Guideline.pdf>
- ✓ Direção Geral da Saúde. Orientação n.º 005/2025 de 11/11/2025 - Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Pessoa com Pé Diabético. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0052025-de-11112025-prevencao-diagnostico-e-tratamento-da-pessoa-com-pe-diabetico.aspx>
- ✓ National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Diabetic foot problems: prevention and management [(NG19)]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng19>
- ✓ National Institute for Health and Care Excellence. (2020). Human and animal bites: antimicrobial prescribing [(NG184)]. www.nice.org.uk/guidance/ng184
- ✓ UpToDate 2023. Animal bites (dogs, cats, and other mammals): Evaluation and management. <https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-mammals-evaluation-and-management>

Outras infecções frequentes na comunidade

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Mastite <i>ICPC 2 – W94; X21</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	<u>Lactacional</u> Medidas de suporte (1) (2) Flucloxacilina 500mg-1000mg (6), oral, 6/6h, 7 dias (3) <u>Não-Lactacional</u> Flucloxacilina 500mg-1000mg (6), oral, 6/6h, 7 dias (4)	Amoxicilina + Ácido Clavulânico 875mg +125mg, oral, 12/12h, 7 dias Ou Clindamicina 300mg, oral, 6/6h, 7 dias (5)	(1) _Medidas de suporte: ✓ Anti-inflamatórios não esteroides (AINE)/Paracetamol; ✓ Remoção efetiva de leite; ✓ Ingestão líquidos, repouso, compressas quentes e/ou frias. (2) <u>Crítérios de referenciação hospitalar:</u> ✓ Sinais de sépsis; ✓ Progressão rápida com instabilidade hemodinâmica; ✓ Imunossupressão; ✓ Suspeita de abscesso mamário; ✓ Mastite neonatal. (3) Se duração>12-24horas, apesar das medidas de suporte, nomeadamente: ✓ Agravamento da dor; ✓ Sintomas sistêmicos. (4) Tratamento imediato. (5) Se hipersensibilidade a beta-lactâmicos e suspeita de MRSA. (6) Considerar dose de 1000mg nas infecções graves ou puerpera obesa.
Bibliografia: ✓ Dixon M, Louis-Jacques A. Lactational mastitis. In UptoDate http://www.uptodate.com/ (acesso 03/09/2023) ✓ Dixon M, Pariser K. Nonlactational mastitis in adults. In UptoDate http://www.uptodate.com/ (acesso 03/09/2023) ✓ Casaubon J. Mastite e abscesso mamário. In BMJ Best Practice https://bestpractice.bmj.com/ (acesso 03/09/2023) ✓ Boakes E, Woods A, Johnson N, Kadoglou N. Breast Infection: A Review of Diagnosis and Management Practices. Eur J Breast Health. 2018 Jul 1;14(3):136-143. doi: 10.5152/ejbh.2018.3871. PMID: 30123878; PMCID: PMC6092150.				

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Conjuntivite bacteriana		A maioria das conjuntivites infecciosas são autolimitadas (1)		
ICPC 2 –F70 (Conjuntivite infecciosa)	<i>Staphylococcus aureus</i> (2) <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> (3) <i>Pseudomonas</i> (4)	Cloranfenicol colírio 8mg/ml, 1 gota a cada 2 horas D1-D2, 1 gota de 6/6-8/8h (5) (6) Ou Cloranfenicol pomada oftálmica 10mg/g, 1 aplicação de 6/6-8/8h. (5) (6). Ou Ácido fusídico gel oftálmico 10mg/g, 1 aplicação de 6/6-8/8h (5) (6)	Ciprofloxacina pomada oftálmica 3mg/ml, Tira de 1,5cm, 8/8h D1-D2; depois 12/12h D3-D7 (4) (5) (6) Ou Ofloxacina colírio 3mg/ml 1-2 gotas a cada 2-4h D1-D2, depois 1-2 gotas 6/6h D3-D7 (4) (5) (6)	(1) Todos os recém-nascidos com suspeita de conjuntivite devem fazer colheita de exsudado ocular para identificação do agente etiológico e devem ser referenciados para observação por Oftalmologia. (2) Mais comum em adultos. (3) Mais comum em idade pediátrica. (4) Incidência elevada em utilizadores de lentes de contacto pelo risco aumentado de complicações. ✓ A conjuntivite deve ser sempre tratada com antibiótico. ✓ Utilizar quinolonas como 1ª linha nesta situação. (5) Manter tratamento até 48 horas após a resolução dos sintomas. (6) Aplicar no saco conjuntival.
Bibliografia: ✓ NICE. Conjunctivitis - infective: Scenario: Management in primary care Last revised in October 2022 ✓ DynaMed. Infectious Conjunctivitis. EBSCO Information Services. Accessed 30 de agosto de 2023. https://www.dynamed.com/condition/infectious-conjunctivitis ✓ UpToDate 2023. Conjunctivitis. https://www.uptodate.com/contents/conjunctivitis#H4				

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Infeções odontogénicas Adulto ICPC 2 – D82 (Doença dos dentes /gengivas)	Polimicrobianas (microrganismos aeróbios e anaeróbios facultativos ou estritos)	Uso de antibióticos Não recomendado (1) Uso de antibióticos Recomendado (2)		(1) Pulpite, gengivite, abscesso periodontal sem manifestações sistémicas e alveolite fibrinolítica. (2) Abscesso acompanhado de manifestações sistémicas, como mal-estar, febre ou linfadenopatia. (3) Medidas preventivas de higiene oral: lavagem dos dentes com pasta fluoretada 2-3x/dia, redução de ingestão de açúcares, abstenção tabágica. Tratamento e controlo pela Medicina Dentária.o (4) Salvo formas graves ou doentes com imunodepressão, tratamento igual a abscesso periapical. (5) Colutório de clorohexidina 0,2 %, 10-15 ml para bochechar durante 1 minuto, 12/12h, 15 dias. (6) Tratamento antibiótico apenas indicado em determinadas situações: Imunodepressão; Profilaxia, Gengivite por <i>S. pyogenes</i> , infeção por VIH. Tratamento igual a abscesso periapical. (7) Abordagem fundamental pela Odontologia para tratamento específico. (8) Mesmo esquema na grávida. (9) Se toma de amoxicilina nos últimos trinta dias ou mais de 72 h de evolução da doença sem terapêutica. (10) Se não existir melhoria em 48h. (11) Hipersensibilidade aos beta-lactâmicos (12) Se <i>actinobacillus actinomycetemcomitans</i> ; contraindicado na gravidez. (13) Avaliação em meio hospitalar.
	Cáries não complicadas (3) Pulpite (4) Gengivite (5) (6)	Não está recomendado o uso de antibióticos		
	Abcesso periapical/ dentoalveolar (7) Pericoronarite (5)	Amoxicilina 500mg, oral, 8/8 h, 5-7 dias (8)	Amoxicilina + Ácido Clavulânico 875mg+125mg, oral, 8/8h, 7 dias (9) (10) Ou Clindamicina 300mg, 6/6h ou 450mg, 8/8h, (máx.1800mg/dia), oral 5-7 dias (11) Ou Minociclina 100mg, oral, toma única (12) Ou Doxiciclina 100mg, oral, 24/24h, 7-10 dias (12)	
	Periodontite (5) (7)	Metronidazol 500mg, oral, 8/8 h, 5-7 dias (8) Ou Metronidazol 500mg, oral, 8/8h + Amoxicilina 500mg, oral, 8/8h, 5-7 dias (8) (10)	Clindamicina 300mg, 6/6h ou 450mg, 8/8h, (máx. 1800mg/dia), oral, 5-7 dias (11) Ou Minociclina 100mg, oral, toma única (12) Ou Doxiciclina 100mg, oral, 24/24h, 7-10 dias (12)	
	Gengivoestomatite ulcerativa necrotizante “Angina de Vincent”	Metronidazol 500mg, oral, 8/8 h, 5-7 dias (8)	Clindamicina 300mg, 6/6h ou 450mg, 8/8h, oral (máx. 800mg/dia), 5-7 dias (11)	
Infeções odontogénicas graves	Celulite (13) Fasceíte necrosante (13) Gengivite / periodontite ulcerativa necrosante (13)			

Patologia	Microrganismos	1ª Linha	Alternativas	Observações
Infeções odontogénicas Criança ICPC 2 – D82 (Doença dos dentes/ gengivas)	Polimicrobianas (microrganismos aeróbios e anaeróbios facultativos ou estritos)	Não está recomendado o uso de antibióticos em algumas infeções odontogénicas (1) Está recomendado o uso de antibióticos em algumas infeções odontogénicas (2) (3)		(1) Cáries, pulpite, gengivite (6), abscesso periodontal sem manifestações sistémicas e alveolite fibrinolítica. (2) Abscesso se for acompanhado de manifestações sistémicas, como mal-estar, febre ou linfadenopatia. (3) Referenciação hospitalar nos casos de: intolerância oral, suspeita de complicações como osteomielite ou falência de antibioterapia após 48 horas do início. (4) Medidas preventivas de higiene Oral: Lavagem dos dentes com pasta fluoretada 2-3x/dia, redução de ingestão de açúcares. (5) Tratamento e controlo pela Medicina Dentária. (6) Limpeza e higiene. Colutório de clorhexidina 0,12 %, 12/12h, 10 dias. (7) A dose refere-se à componente de amoxicilina, formulação 4:1. (8) Se hipersensibilidade não tipo I às penicilinas. (9) Se hipersensibilidade tipo I às penicilinas. (10) Dose referida à componente Trimetoprim. (11) Avaliação em meio hospitalar.
	Cáries (4) (5)	Não está recomendado o uso de antibióticos		
	Abscesso periapical/ dentoalveolar (5) Pericoronarite (6) Abscesso dentário / Angina de Vincent	Amoxicilina + Ácido Clavulânico 40-50 mg/kg/dia, (máx.1500mg/dia), 8/8h, oral, 7 dias (7) Adolescente Amoxicilina + Ácido Clavulânico, 500mg + 125mg, 8/8h, 7 dias (7)	Cefuroxima (8) 30-40mg/kg/dia, (máx.1000mg/dia), 12/12h, 7 dias + 1 dos seguintes: – Clindamicina, 10-25mg/Kg/dia, (máx.1800mg/dia), 8/8h, 7 dias (9) – Metronidazol, 30mg/kg/dia, (máx.2250mg/dia), 8/8h, 7 dias (9) <u>Ou</u> Sulfametoxazol + Trimetoprim (10), 10 mg/kg/dia, (máx.160mg/dia), 12/12h, 7 dias + 1 dos seguintes: – Clindamicina, 10-25mg/Kg/dia, (máx.1800mg/dia), 8/8h, 7 dias (9) – Metronidazol, 30mg/kg/dia, (máx.2250mg/dia), 8/8h, 7 dias (9)	
Infeções odontogénicas graves	Celulite (11) Fasceíte necrosante (11) Gengivite / periodontite ulcerativa necrosante (11)			
Bibliografia: ✓ American Academy of Pediatric Dentistry. Use of antibiotic therapy for pediatric dental patients. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Ped, Dent.; 2022:495-9. ✓ Direcção-Geral da Saúde. Prescrição de Antibióticos em Patologia Dentária Norma n.º 064/2011, atualizada a 25/11/2014. http://www.dgs.pt/ ✓ Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. Guía de uso de antimicrobianos en adultos con tratamiento ambulatorio v3. (2021) ✓ Chow A.W. Complications, diagnosis, and treatment of odontogenic infections. In UptoDate (20/06/2023). ✓ Silk, H. J. Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis. In DynaMed (20/06/2023). ✓ The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book. Geneva: World Health Organization, 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240062382				

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

Literacia para a saúde sobre antibioterapia.

Toma de medicamentos e prescrição diferida

O Guia de Bolso de Antibioterapia em Ambulatório é um passo importante para a melhoria da utilização de antibióticos, em adultos e em crianças, e contribui para robustecer as práticas clínicas dos profissionais.

Tem como objetivo reduzir o uso inapropriado de antibióticos, que é a chave para a diminuição da resistência aos antimicrobianos, mas necessita do envolvimento de toda a comunidade.

Todo o processo é uma responsabilidade partilhada que implica o compromisso dos utentes, dos doentes, dos familiares, dos farmacêuticos, dos cuidadores, entre outros, e os saberes de várias disciplinas para o desenho de intervenções eficazes que melhorem o seu nível de literacia para a saúde da comunidade sobre os princípios básicos do uso de antibióticos.

Na comunidade, a sociedade civil, e cada um dos seus elementos, são essenciais para identificar os fatores e os comportamentos que levam à resistência antimicrobiana (RAM), bem como para definir e implementar ações para a conter.

A maior ou menor mobilização da comunidade para a ação decorre da sua preocupação com o impacto da RAM na saúde das pessoas, dos animais, das plantas e do ambiente. Sem o apoio e o compromisso dos cidadãos não será possível preservar os antimicrobianos para as gerações futuras.

Por isso é tão importante empoderar os utentes com conhecimentos e competências para que possam participar nas decisões e nas ações de promoção da saúde, as quais deverão integrar os valores da própria comunidade.

O Guia de Bolso de Antibioterapia em Ambulatório, na senda do diálogo entre profissionais de saúde e utentes, recomenda a realização de atividades de promoção do uso adequado de antibióticos, campanhas de devolução de medicamentos fora de prazo ou sobras, educação sobre como lidar com infeções comuns ou, “como, quando e porquê” se deve fazer uma prescrição diferida. Com ações sustentáveis e partilhadas estamos a promover a melhoria do nível de literacia para a saúde da comunidade e a contribuir para que os objetivos do acesso à Saúde de Qualidade da Agenda 2030 sejam cumpridos.

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

MODELOS

De promoção da literacia para a saúde

(Para reprodução e utilização pelos profissionais de saúde, sem necessidade de autorização)

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

RECOMENDAÇÕES sobre Toma de medicamentos



PROGRAMA DE APOIO À PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS
da Região de Lisboa e Vale do Tejo



COMO
ALIVIAR
sintomas
comuns das
GRIPEs e CONSTIPAÇÕES

RECOMENDAÇÕES GERAIS

- ☐ Utilize máscara e não partilhe refeições nem outros momentos em que não esteja a utilizá-la.
- ☐ Lave as mãos com frequência, tussa ou espirre para o cotovelo e use lenços descartáveis.
- ☐ Beba água com frequência.
- ☐ Se tiver o nariz entupido ou a pingar, utilize soro fisiológico ou um spray de água salgada.
- ☐ Se tiver tosse, pode utilizar mel (*mas não deve dar a crianças com menos de 1 ano*).
- ☐ Descanse, se se sentir cansado.
- ☐ Cumpra a medicação prescrita pelo médico ou recomendada pelo farmacêutico.
- ☐ Não tome antibióticos sem receita médica.
- ☐ Se a febre se mantiver por mais de 5 dias ou tiver agravamento dos sintomas, contacte o seu médico ou ligue para a linha SNS 24 (808 24 24 24) e siga as instruções que lhe forem dadas.

Os antibióticos combatem bactérias.

Não tratam gripes nem doenças provocadas por vírus.

Juntos, vamos prevenir as resistências aos antibióticos.

Data: ____/____/____ O Médico: _____

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

RECOMENDAÇÕES sobre Prescrição diferida

PROGRAMA DE APOIO À PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS da Região de Lisboa e Vale do Tejo



PRESCRIÇÃO DIFERIDA: Porque não deve comprar já o ANTIBIÓTICO?

- ☐ Com base nos seus sintomas atuais, a sua doença pode resolver-se por si.
- ☐ Siga as recomendações que lhe foram dadas, nomeadamente:
 - ✓ Beba água com frequência.
 - ✓ Descanse, se se sentir cansado.
 - ✓ Se tiver o nariz entupido ou a pingar, utilize soro fisiológico ou um spray de água salgada.
 - ✓ Se tiver a garganta irritada, experimente palhetas de gelo, spray ou pastilhas para a garganta (só para adultos e crianças mais velhas).
 - ✓ Se tiver tosse, pode utilizar mel (mas não deve dar a crianças com menos de 1 ano).
 - ✓ Lave as mãos com frequência, tussa ou espirre para o cotovelo e use lenços descartáveis.
- ☐ E continue atento aos sinais e sintomas nos próximos dias.

AGUARDE e ...
SE estiver melhor, não avie a receita. Não tome o antibiótico!
SE não estiver melhor em ___ dias/horas ou se piorar, avie a sua receita.

ANTIBIÓTICOS ...
Não tome por tudo e por nada!
Combatem as bactérias. Não tratam doenças provocadas por vírus.
Tomados sem indicação médica, tornam-se ineficazes.
Juntos, vamos prevenir as resistências aos antibióticos.

Data: ___/___/___ O Médico _____

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

arsivt
LISBOA E VALE DO TEJO

PPCIRA
UR Lisboa e Vale do Tejo

