



PROTOCOLO DE GESTÃO DO CUIDADO E AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL



**PROTOCOLO DE
PNEUMOLOGIA ADULTO**



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

JOSÉ RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado do Espírito Santo

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde

QUELEN TANIZE ALVES DA SILVA

Subsecretária de Estado da Atenção à Saúde

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

Diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi

GLEIKSON BARBOSA DOS SANTOS

Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da
Atenção à Saúde

JOSÉ TADEU MARINO

Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

LUIZ CARLOS REBLIN

Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

ERICO SANGIORGIO

Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

Vitória, setembro de 2021.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Elaboração e informações:

Governo do Estado do Espírito Santo

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.
Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão,225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5630
Site : <https://saude.es.gov.br/>

Subsecretaria Estadual de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS)

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão,225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5671
Site : <https://saude.es.gov.br/>
E-mail: ssercas@saude.es.gov.br

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão,225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 5672-3347
Site : <https://saude.es.gov.br/>
E-mail: icepi@saude.es.gov.br

Coordenação-Geral:

Patrícia Rocha Vedova Pirola

Organização:

Elaine Cristina Campos Dallorto
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Laís Coelho Caser
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Margareth Pandolfi
Patrícia Rocha Vedova Pirola
Roberta Pedrini Cuzzuol
Sílvio José Santana

Autores:

Carla Cristiana De Castro Bulian
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Kristiane Rocha
Laís Coelho Caser
Maria Cristina Alochio De Paiva
Roberta Pedrini Cuzzuol

Revisão Técnica:

Roberta Pedrini Cuzzuol

Projeto Gráfico, design, diagramação e capa:

Gabriel Torobay
Guilherme Campello



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

SUMÁRIO

Introdução.....	01
Apresentação.....	02
Critérios de Prioridade.....	03
Lista de Abreviaturas.....	05
1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.....	06
2. Asma.....	07
3. Alterações em Exames de Imagem Torácica.....	08
4. Tosse Crônica e Dispnéia.....	10
5. Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono.....	11
6. Pneumonias de Repetição.....	12
7. Oxigenoterapia.....	12
8. Avaliação Pré-Operatória.....	13
9. Referências Bibliográficas.....	14



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) define a atenção à saúde como tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a Atenção Básica, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Os motivos de encaminhamento selecionados e as patologias descritas são os mais prevalentes para as especialidades compreendidas neste Protocolo de Gestão do Cuidado e Autorregulação Formativa Territorial para acesso às consultas especializadas.

Protocolos são instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde. Porém, é importante ressaltar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações e esse fato traz a necessidade de se combinar a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso, para garantia da integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

Os pacientes podem não se enquadrar exatamente nas situações elencadas, outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos, portanto, faz-se necessário que informações consideradas relevantes pelo profissional solicitante sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso.

Os resultados de exames complementares são uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e devem ser descritos quando realizados pelo paciente e suas solicitações constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

APRESENTAÇÃO

A gestão do cuidado é compreendida como a produção do cuidado orientado pelas necessidades de saúde do usuário, fundamentada em uma abordagem integral construída através do diálogo entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, implementada por meio de discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente como ferramentas centrais para produção de uma atenção básica resolutive, pois os mecanismos de comunicação com troca de informações entre profissionais dos diversos pontos da rede de atenção e serviços de saúde são essenciais para os profissionais de saúde da atenção básica exercerem a coordenação e garantirem a continuidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da necessidade de otimização do processo regulatório, a Portaria ICEPi nº 003-R, de 03 de fevereiro de 2020, instituiu no âmbito do Laboratório de Práticas de Inovação em Regulação e Atenção à Saúde - LIPRAS/ICEPi, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde “Projeto de Implantação da Regulação Formativa: Inovação do acesso assistencial”, com o objetivo de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, incorporando ao perfil de competências clínicas dos trabalhadores de saúde assistenciais, conhecimentos e habilidades de regulação, vigilância em saúde, educação permanente e pesquisa.

A Portaria SESA nº 102-R, de 20 de maio de 2021, estabeleceu a organização da Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado do Espírito Santo (RAVS-ES), sendo uma das diretrizes organizadoras a Autorregulação Formativa Territorial (Inciso I do Artigo 4º), fundamentada na reorientação do modelo de atenção à saúde desde a Atenção Primária até a Terciária/Hospitalar, com a organização de fluxos assistenciais a partir do referenciamento e compartilhamento de informações entre serviços e profissionais de saúde de diferentes níveis de assistência, permitindo a coordenação do cuidado dos usuários do SUS, visando a integração sistêmica, favorecendo o acesso, a equidade e a eficácia clínica.

O caráter inovador está na potencialização do protagonismo dos profissionais da área da saúde nos processos de educação permanente e qualificação da atenção (principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde), baseadas em diretrizes e protocolos clínicos (Inciso V do Artigo 4º), incorporação do uso de tecnologia da informação, na desburocratização do acesso, no incremento de eficiência, de desempenho no sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária, visando a estruturação de um sistema integrado nos diferentes níveis de atenção e de gestão do sistema de saúde.

Desta forma, o processo de educação permanente ganha importância central para a qualificação da atenção, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, permitindo assim que esta alcance seu máximo potencial de resolubilidade, sendo uma ferramenta de gestão e apoio à atenção à saúde para melhoria da qualidade.

A consolidação dessa prática pretende aprimorar os processos de trabalho em saúde, reduzir o tempo nas filas de espera por consultas e exames especializados, oferecer atendimentos mais qualificados, encaminhamentos mais resolutivos e diminuir o absenteísmo.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

A Autorregulação Formativa Territorial se destina às consultas ambulatoriais especializadas bem como aos exames complementares e procedimentos, todos em caráter eletivo. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e portanto o encaminhamento deve ser uma conduta reservada aos pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Não se destina, portanto à regulação de vagas urgentes e situações de emergência nem tampouco regulação de vagas de internação hospitalar.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve seguir os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, os profissionais da atenção primária devem exercer a coordenação do cuidado dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso aos demais níveis de atenção, mantendo o foco na resolutividade das ações em saúde. Este protocolo serve como um parâmetro de critérios para embasamento das decisões tendo as melhores evidências clínicas disponíveis no momento. Existem outras condições clínicas que não foram contempladas neste protocolo, portanto o médico solicitante possui autonomia profissional para decidir sobre a melhor conduta e orientar o encaminhamento do paciente para o atendimento especializado apropriado conforme sua avaliação técnica e estabelecimento dos critérios de prioridade, assim como o médico especialista, enquanto profissional de referência, também possui autonomia para alterar a classificação da prioridade, intervir ou orientar sobre a melhor conduta na condução de cada caso e realizar a regulação das vagas de consultas especializadas, para disponibilizar a assistência mais adequada aos usuário do SUS, sendo essas ações atos médicos baseados no rigor técnico e na objetividade .

A Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, registra nos Incisos VIII e XVI do Capítulo I, e inciso II do Capítulo II:

Capítulo I: “(...) VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (...).”

(...) XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente (...).”

Capítulo II: “(...) II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente (...).”

O sistema informatizado da Autorregulação Formativa Territorial permite no momento da solicitação de exame e/ou consulta especializada a priorização por cores, que deve ser utilizada criteriosamente de acordo com a real necessidade, para uma melhor orientação do acesso aos serviços especializados de saúde.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Legenda dos Critérios de Prioridades: os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO		
COR	PRIORIDADE	MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO
VERMELHO	MUITO ALTA	Eletivo de alta prioridade: são pacientes que necessitam de atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações clínicas e/ou físicas.
LARANJA	ALTA	Eletivo prioritário: são pacientes que necessitam de atendimento médico em um prazo curto de tempo, pois a demora na marcação pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar em interrupção do acesso a outros procedimentos subsequentes.
AMARELO	MÉDIA	Prioridade eletiva não urgente: são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento eletivo.
VERDE	BAIXA	Eletivo de rotina: são pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª versão
CVF	Capacidade Vital Forçada
IAH	Índice de Apneia-Hipopnéia
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
mMRC	Modified Medical Research Council
SAOS	Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono
VEF1	Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo





MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA

Os principais motivos de encaminhamento para consulta em Pneumologia Adulto eletiva são descritos neste protocolo, e vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter:

- Anamnese completa, incluindo:
 - História da doença atual;
 - Sintomas e tempo de evolução
 - História patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial); e
 - História patológica familiar.
- Exame físico; e
- Exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) clínico(s) e/ou cirúrgico(s) prévio(s).

1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

1.1 Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Suspeita clínica de DPOC: história de tabagismo passivo/ativo, biomassa, tosse crônica e/ou dispneia, com Raio-X de tórax PA e perfil (orientar o paciente a levar a imagem) com ou sem sinais de hiperinsuflação pulmonar.

1.2 Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o Programa Respira-ES:

- Paciente com DPOC e relação Volume Expiratório forçado no primeiro segundo/ Capacidade Vital Forçada (VEF1/CVF) menor do que 70%.

1.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese:

- Sinais e sintomas - descrever (baseado nas últimas quatro semanas):
 - Frequência e intensidade das crises;
 - Pontuação na escala de dispnéia “Modified medical research council (mMRC)” (Quadro 1);
 - Tabagismo (sim ou não);
 - Medicações inalatórias em uso (profiláticas e de alívio);
 - Número de exacerbações ou internações hospitalares, no último ano;
 - Descrever outras alterações relevantes.

Exame físico:

- Buscar sinais de hiperinsuflação pulmonar: tórax em barril, hipersonoridade à percussão do tórax, ausência de ictus, bulhas abafadas, excursão diafragmática reduzida;
- Sinais de obstrução ao fluxo aéreo (sibilos, expiração prolongada);
- Presença de secreção nas vias aéreas (roncos);



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- Oximetria de pulso.

Exames complementares:

- Descrever resultado da espirometria e anexar cópia, com data, se houver;
- Descrever resultado do Raio-X de tórax PA e perfil, e anexar cópia, com data (orientar o paciente a levar a imagem).

1.4. Prioridades para regulação:

- Exacerbações frequentes (com descrição do número) nos últimos três meses;
- Dispnéia com mMRC maior ou igual ao Grau 3 e VEF1 abaixo de 60% do previsto.

1.5. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- Exacerbação de DPOC com sinais de gravidade que não possibilitam manejo na APS.

Quadro 1 - Escala modificada do Medical Research Council (mMRC) para avaliação da dispnéia

GRAU	DESCRIÇÃO
0	Sinto falta de ar ao correr no plano ou subir uma ladeira leve.
1	Caminho mais lentamente que as pessoas da minha idade no plano por causa da falta de ar, ou tenho que parar para tomar fôlego quando caminho no meu próprio ritmo, no plano.
2	Paro para tomar fôlego após caminhar cerca de 100 metros ou após alguns minutos, no plano.
3	Paro para tomar fôlego após caminhar cerca de 100 metros ou após alguns minutos, no plano.
4	Tenho muita falta de ar para sair de casa, ou ao me vestir ou despir.

Fonte: GRUFFYDD-JONES, K. (2012).

2. ASMA

2.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Broncoespasmo refratário às medicações inalatórias em uso (checar se a manobra inalatória está correta, afastar doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), rinosinusite e tosse pós-infecciosa);
- Asma moderada a grave;
- Pacientes com indicadores de risco de fatalidade (Quadro 4); ou
- Asma lábil (crises que iniciam abruptamente e de forma grave, principalmente quando o paciente não consegue reconhecer os sintomas iniciais da crise).

2.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese:

- Sinais e sintomas - descrever (baseados nas últimas quatro semanas):
 - Frequência e intensidade das crises diurnas e noturnas;
 - Frequência do uso de Beta-2 agonistas de curta ação por semana;





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- Limitação à atividade física devido à asma;
- Sintomas associados à exposição ocupacional;
- Outras alterações relevantes.
- Tratamento com medicação inalatória (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- Número de exacerbações com uso de corticóide oral no último ano;
- Quantidade de internações por asma no último ano;
- Paciente apresenta indicadores de risco de fatalidade (Quadro 2). Se sim, descrever quais.

Exame físico:

- Sibilância à ausculta pulmonar durante a expiração forçada ou tosse;
- Sinais vitais;
- Uso de musculatura acessória.

Exames complementares:

- Descrever resultado da espirometria e anexar cópia, com data, se houver;
- Descrever resultado do Raio-X de tórax PA e perfil, e anexar cópia, com data (orientar o paciente a levar a imagem).

2.3. Prioridades para regulação:

- Exacerbações frequentes (com descrição do número) nos últimos três meses;
- Broncoespasmo refratário a medicações inalatórias em uso;
- Uso de altas doses de corticóide inalatório e/ou uso frequente de corticóide oral (mais de dois cursos no último ano).

2.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Crise de asma com sinais de gravidade que não possibilitam manejo na APS.

INDICADORES DE RISCO DE FATALIDADE EM PACIENTES COM ASMA
Episódio de crise de asma grave alguma vez na vida (parada cardiorrespiratória, necessidade de ventilação mecânica ou internação em UTI)
Episódio prévio de hospitalização no último ano
Três ou mais consultas em serviços de emergência no último ano (apesar de tratamento adequado)
Paciente com asma e episódios de anafilaxia ou alergia alimentar conhecida

Quadro 2 – Indicadores de risco de fatalidade em pacientes com asma

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de GINA, GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (2017).

3. ALTERAÇÕES EM EXAME DE IMAGEM TORÁCICA

3.1. Condições radiológicas/tomográficas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Qualquer suspeita de doença intersticial com alteração no Raio-X (Quadro 3).

OBS: Se clínica, Raio-X e espirometria, encaminhar direto para o programa RESPIRA-ES.

- Presença de nódulo não calcificado ou massa pulmonar no exame de imagem (levar imagem);
- Derrame pleural.



OBS: Achados isolados em exame de imagem como: cicatrizes de tuberculose, nódulo calcificado, espessamento pleural e atelectasia laminar, geralmente são achados benignos e não necessitam de investigação com pneumologista ou cirurgião torácico. Nesses casos, avaliar sintomas, sinais clínicos e fatores de risco que sugiram seguimento de investigação.

3.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese:

- Sinais e sintomas;
- Tabagismo atual ou passado. Se sim, estimar carga tabágica (em maços/ano);
- História de risco para neoplasia pulmonar:
 - Exposição ocupacional ou medicamentosa de risco pulmonar. Se sim, descrever qual;
 - História familiar de neoplasia pulmonar. Se sim, indicar grau de parentesco;
 - História pessoal de outras neoplasias. Se sim, qual e se realizou radioterapia torácica.

Exames complementares:

- Descrever resultado do exame de imagem de tórax atual e anexar cópia, com data (orientar o paciente a levar a imagem).
- Descrever resultado do exame de imagem de tórax prévio quando disponível e anexar cópia, com data (orientar o paciente a levar a imagem).

3.3. Prioridades para regulação:

- Nódulo pulmonar não calcificado e massa pulmonar;
- Doenças intersticiais difusas.

3.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Dispnéia aos moderados e pequenos esforços;
- Saturação de O₂ menor do que 93%.

ALTERAÇÕES EM EXAMES COMPLEMENTARES COMPATÍVEIS COM DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL

Espirometria

Padrão restritivo

Exame de Imagem (raio-x ou tomografia computadorizada de tórax)

Espessamento de septos interlobulares

Áreas com padrão de atenuação em vidro fosco

Padrão de faveolamento

Infiltrado intersticial difuso (na ausência de insuficiência cardíaca congestiva ou infecção)

Padrão reticular/reticulonodular



Padrão em árvore em brotamento
Padrão de perfusão em mosaico
Padrão de pavimentação em mosaico
Cistos pulmonares

Quadro 3 – Alterações em exames complementares compatíveis com Doença Pulmonar Intersticial
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

4. TOSSE CRÔNICA E DISPNEIA

4.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Pacientes com tosse crônica, após investigação inconclusiva na APS e ausência de resposta ao tratamento empírico para as causas mais comuns (síndrome da tosse de vias aéreas superiores, asma, doença do refluxo gastroesofágico, DPOC);
- Pacientes com dispnéia crônica de provável etiologia pulmonar, após investigação inconclusiva na APS.

4.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, atentar principalmente para anamnese e exame físico cardiológicos e pneumológicos);
- Tabagismo. Se sim, estimar carga tabágica (em maços/ano);
- Utiliza medicação anti-hipertensiva da classe dos inibidores da ECA. Se sim, descrever qual;
- Tratamentos já realizados ou em uso para o sintoma.

Exames complementares:

- Descrever resultado do exame de imagem de tórax e anexar cópia, com data (orientar o paciente a levar a imagem).
- Descrever resultado da espirometria e anexar cópia, com data, se houver;
- Se presença de dispnéia, descrever resultado de eletrocardiograma em repouso, com data;
- Se presença de tosse: Descrever resultado do exame BAAR e anexar, com data (se negativo, mínimo dois exames em dias distintos).

4.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica.

4.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- Dispnéia a moderados e pequenos esforços;
- Saturação de O₂ menor do que 93%.

OBS 1: Casos de Tuberculose sem controle do manejo na APS encaminhar para o serviço de Tuberculose do HUCAM (Casa 5)

OBS 2: Tabagismo deve ser acompanhado na APS com o Programa de Tabagismo (não encaminhar!)



5. SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS)

5.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista pneumologista:

- Paciente com suspeita de SAOS - presença de dois entre os três sintomas:
 - Roncos;
 - Sonolência diurna excessiva; e
 - Pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa, na indisponibilidade de solicitar polissonografia na APS;
- Diagnóstico de SAOS moderada/grave (maior ou igual a 15 eventos por hora) determinado por polissonografia de médico especialista.

5.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista otorrinolaringologista:

- Paciente com suspeita de SAOS relacionada a fator anatômico de via aérea superior:
 - Desvio de septo;
 - Pólipos nasais;
 - Hipertrofia de amígdalas;
 - Entre outros.

5.3. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o Respira-ES (enviar e-mail):

- Pacientes portadores de SAOS grave (Índice de apnéia-hipopnéia - IAH - maior do que 30 eventos por hora) com exames de polissonografia de diagnóstico e polissonografia de titulação (realizados ou validados pelo especialista em Medicina do Sono com registro no CRM), acompanhados de laudo médico.

5.4. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese:

- Presença de roncos (sim ou não);
- Presença de sonolência diurna (sim ou não). Se sim, descrever em que períodos e/ou atividades isso ocorre, e a frequência semanal;
- Presença de pausas respiratórias durante o sono (sim ou não);
- Comorbidades (sim ou não). Se sim, descrever quais;
- Profissão do paciente.

Exames complementares:

- Descrever o(s) resultado(s) do(s) exame(s) de polissonografia(s), com data (se realizado(s)).

5.5. Prioridades para regulação:

- Índice de apnéia-hipopnéia (IAH) maior do que 30 eventos por hora.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

5.6. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- A critério médico.

6. PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO

6.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Dois episódios ou mais no período de um ano com comprovação radiológica.

6.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese:

- Relatar o início dos sintomas, a frequência das crises, duração, fatores de risco (tabagismo, tuberculose, asma), doenças associadas e evolução do quadro;
- Relatar os achados importantes do exame físico, em especial em relação à ausculta pulmonar e hipótese diagnóstica;
- Relatar os tratamentos anteriores e os medicamentos em uso atual.

Exames Complementares:

- Descrever resultado do Raio-X de tórax PA e perfil, com data (orientar o paciente a levar a imagem).

6.3. Prioridades para regulação:

- Se em um dos episódios apresentados no período de um ano houve necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

6.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Clínica de pneumonia atual com sinais de alerta (Quadro 4).

SINAIS DE ALERTA PARA PNEUMONIA
1. Sinais de toxemia (taquipnéia, taquicardia, hipoxemia e hipotensão) geralmente sugerem pneumonia, e não bronquite aguda.
2. Ausência de sinais consolidativos na radiografia torácica não descarta o diagnóstico de pneumonia.
3. Presença de leucopenia no leucograma e hipoxemia na gasometria arterial sugere maior gravidade da pneumonia.

Quadro 4. Sinais de alerta para Pneumonia

7. OXIGENIOTERAPIA

7.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

(Enviar um e-mail para o Programa: creme.oxigenioeasma@gmail.com).



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- Avaliação para oxigenoterapia domiciliar com gasometria arterial (se ambulatorial até trinta dias e internado três dias) com PO₂ igual ou menor a 55 mmHg e/ou Saturação de O₂ igual ou inferior a 88%;
- Nos casos de Cor pulmonale (aumento do ventrículo direito e hipertensão pulmonar) com gasometria arterial com PO₂ igual ou menor a 59 mmHg e/ou Saturação de O₂ igual ou inferior a 89%;
- Necessário laudo médico com a descrição do CID-10 e a prescrição em litros/minuto e horas de uso.

7.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese:

- História sucinta que contenha quadro atual, afastando qualquer exacerbação aguda de doença pulmonar existente ou infecção de vias aéreas inferiores.

Exame físico:

- Descrição da ausculta pulmonar e se possível avaliar saturação.

Exames complementares:

- Descrever resultado do Raio-X de tórax, com data (se houver).

7.3. Prioridades para regulação:

- A critério médico.

7.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- Insuficiência respiratória aguda.

8. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

8.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Pacientes que necessitam de parecer do pneumologista para cirurgia eletiva.

OBS: pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, devem ser avaliados no serviço de referência para cirurgia bariátrica.

8.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese:

- Descrever qual será o tipo de cirurgia e o tipo de anestesia.

Exames complementares:

- Descrever resultado do Raio-X de tórax PA e perfil ou Tomografia computadorizada de tórax dos últimos três meses;
- Descrever resultado do exame de espirometria com prova broncodilatadora dos últimos seis meses.

8.3. Prioridades para regulação:



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- Cirurgias cardiovasculares e oncológicas;
- Cirurgia em paciente pneumológico.

8.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Não se aplica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – doença pulmonar obstrutiva crônica. Portaria SAS/MS n. 609, de 06 de junho de 2013, retificada em 14 de junho de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Protocolos de encaminhamento para Pneumologia adulto. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>. Acesso em: 09 jun. 2021.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DIRETRIZES GOLD (Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease) – Global Strategy For The Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstrutive Pulmonary Disease , (2020 REPORT).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – 2020. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 46 (1), 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Distúrbios respiratórios do sono. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 36, supl. 2, p. s1-s61, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 32, supl. 6, p. s403-s446, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade - 2018. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 44(5):405-424, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes para teste de Função Pulmonar - 2002. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília v.28 - Suplemento 3, 2002.

SILVA, G. P. F. et al. Validação do teste de avaliação da DPOC em português para uso no Brasil. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 39, Suplemento 4, p. s402-s408, 2013.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

SILVA, L. C. et al. Pneumologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

