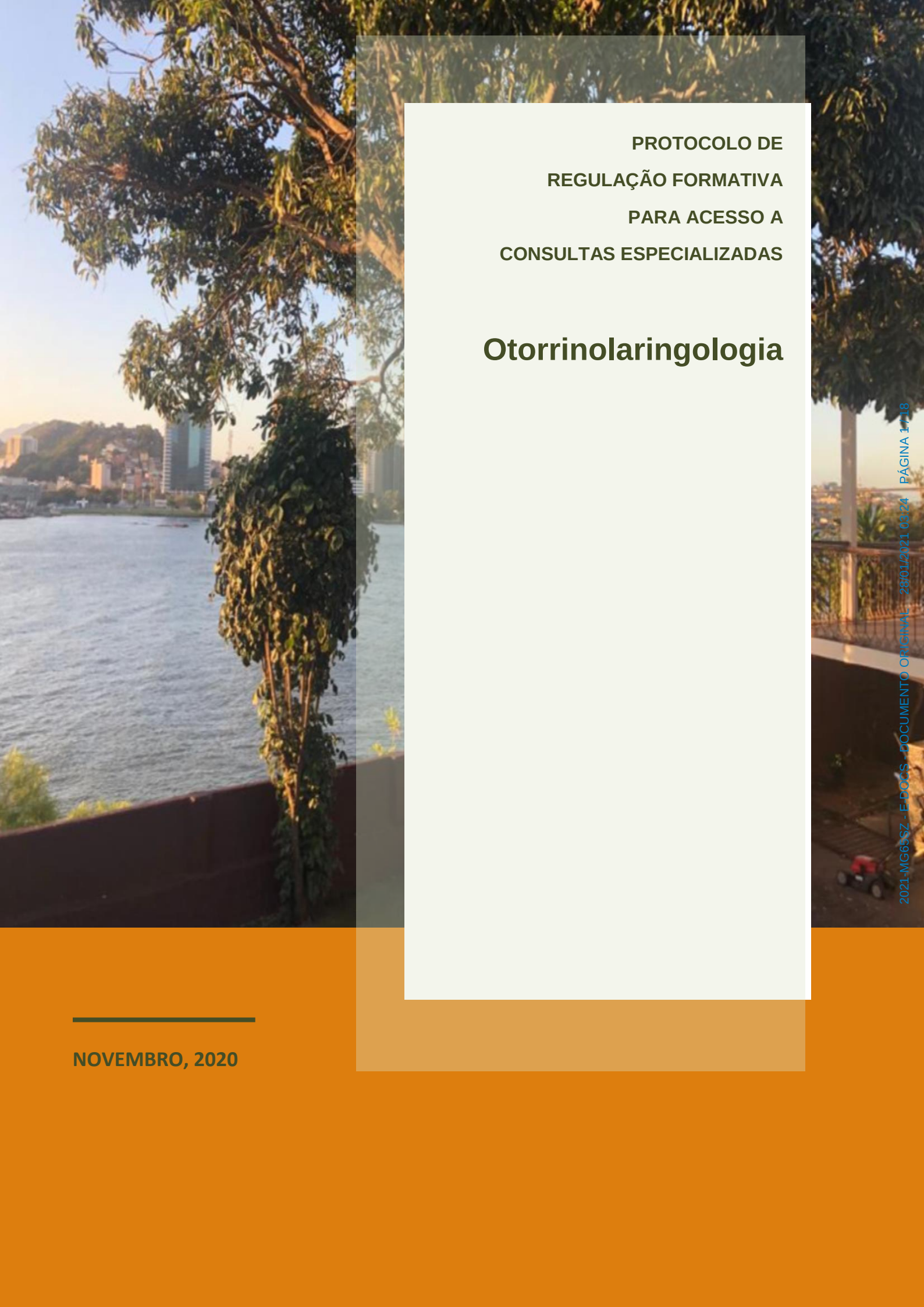




PROTOCOLO DE
REGULAÇÃO FORMATIVA
PARA ACESSO A
CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Otorrinolaringologia

NOVEMBRO, 2020



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

RAFAEL GROSSI GONÇALVES PACÍFICO
Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

ORGANIZAÇÃO

Fernanda Croce Pinheiro Loureiro, Karla Fazollo Paiva Dornelas, Margareth Pandolfi, Patricia Rocha Vedova e Roberta Pedrini Cuzzuol

COLABORAÇÃO

Médicos

Nélio Arthur de Paula Brandão - Angiologia
Emerson de Arruda Brandão - Alergia
Suely Zanetti Brioshi Vieira - Alergia
Elen Tatiana Cruz Rangel - Cardiologia
Edilson de Castro Araujo - Cardiologia
Lilian Claudia Souza Angelo - Cardiologia
Rachel Bertolani do Espirito Santo - Dermatologia
Luciana Vieira de Paula - Dermatologia
Elida Alves Leal - Dermatologia
Renildes Leia Bertoli Gasparini - Dermatologia
Tania Regina Pova Canuto - Dermatologia
Telma Lucia Serra Guimaraes Macedo - Dermatologia
M^a Amélia Sobreira Gomes Julião - Endocrinologia
Eliane Marcia Vantil - Endocrinologia
Ana Maria de Almeida Castro - Gastrologia
Michelle do Carmo Siqueira Sampaio - Gastrologia
Karina Zamprogno de Souza - Gastrologia
Leonardo De Paula Liparizi - Neurologia
Gregory Pelicão - Neurologia
Sérgio Peneira Canedo - Oftalmologia
Patricia Grativol Costa Saraiva - Oftalmologia
Maria Do Rosario Souza - Oftalmologia
Rodrigo De Paula Laiola - Ortopedia
Roger Vieira da Silva - Ortopedia
Adriana Pereira Barcelos - Otorrinolaringologia
Rossana Pego - Otorrinolaringologia
Victor Araujo De Oliveira - Otorrinolaringologia
Tarciana Ribeiro Santos - Proctologia

Maria Cristina Alochio De Paiva - Pneumologia
Carla Cristiana De Castro Bulian - Pneumologia
Kristiane Rocha - Pneumologia
Edson De Assis Pantaleão - Psiquiatria
Leila Maria Farias - Psiquiatria
Marcelo Zouain de Almeida - Urologia
Orlando Cardoso Caetano - Urologia
Paulo Roberto Fernandes de Oliveira - Urologia

Médico Regulador

Ana Cristina Vervloet do Amaral - Dermatologia
Anna Carolina Cesana - Cirurgia Vascular
Carlos Magno Passos Pellegrini – Dermatologia
Caroline Secatto Tres
Elane Dellacqua Passos - Oftalmologia
Heron Souza Bomfim - Cardiologia
Janaína Ferreira Paulo - Geriatria
João Guilherme Tavares Marchiori - Ortopedia
Maria José Alves Barbera - Dermatologia
Mauricio Aquino Paganotti - Otorrinolaringologia
Mauricio Fazolo Puppim - Cirurgia Geral
Paulo Marcus Altoé
Pedro Cabral Filho - Cirurgia Geral
Raiane Marchesi Figueiredo - Reumatologia
Roberta Pedrini Cuzzuol - Anestesiologia
Sergio Riguete Zacchi - Urologia

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi)

Fernanda Croce Pinheiro Loureiro - Medicina de Família e Comunidade
Karla Fazollo Paiva Dornelas - Medicina de Família e Comunidade
Laís Coelho Caser - Medicina de Família e Comunidade

Criação e Design

Margareth Pandolfi

Gestão da Clínica e Regulação Formativa

A Gestão da Clínica é um conjunto de tecnologias de micro gestão destinada a promover atenção à saúde com excelência e qualidade, centrada em pessoas, efetiva, estruturada e com base em evidências científicas, segura para as pessoas e para os profissionais, eficiente, oportuna, equitativa e humanizada. Sua Governança têm quatro dimensões: desempenho clínico e avaliação; desenvolvimento profissional; risco e segurança; e, valores e envolvimento do paciente.

As possíveis conexões entre Gestão, Atenção à Saúde e Educação (que se configuram no âmbito da Gestão da Clínica) podem ser compreendidas à luz da contemporaneidade social e, para que possamos conviver com esses desafios, é importante aprender e vivenciar a simultaneidade entre supostas certezas e incertezas, por meio de uma consciência crítica e aberta às mudanças e inovações.

No estado do Espírito Santo tais conexões/Gestão, Atenção à Saúde e Educação vêm se concretizando por meio de projetos e iniciativas do Instituto de Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), um instrumento de Educação e Atenção à Saúde, mediante as Residências profissionais e Editais de provimento e Bolsas de formação instrumentos de promoção, qualificação e expansão da Atenção Primária à Saúde e da Saúde da Família.

Com a mesma finalidade, mais recentemente foi idealizado o Programa de Regulação formativa. Sobre essa, é emergente que o processo de ensino e aprendizagem dê lugar às regulação e avaliação formativas, com o objetivo de ajudar os alunos e tutores a aprenderem, aprenderem a fazer e a se desenvolver.

A Regulação formativa, está fundamentada nos processos de aprendizagem, baseadas em seus aspectos cognitivos, afetivos e relacionais e na aprendizagem significativa e funcional aplicada em diversos contextos. Atentos a essas mudanças e inovações foi inevitável a adoção de novas práticas e conceitos de Gestão da Clínica e de Regulação formativa no Estado.

Apresentação

Desde a graduação tenta-se capacitar o médico não especialista para diagnosticar e tratar algumas alterações e doenças respiratórias, evitando assim impactos negativos na vida das pessoas, bem como promover encaminhamentos qualificados ao especialista em Otorrinolaringologia, especialidade que se dedica ao estudo e tratamento das doenças respiratórias.

Atualmente a demanda por consulta Ambulatorial de Otorrinolaringologia tem aumentado, gerando longas filas de espera, e essas exigem critérios para classificação dos sintomas. Pensando no melhor atendimento aos usuários, redefiniu-se o Protocolo de Regulação de Consulta com o Otorrinolaringologista no Espírito Santo.

Trata-se do Protocolo de Regulação para Encaminhamentos para a Especialidade de Otorrinolaringologia, visando garantir a assistência integral à saúde dos pacientes, além de qualificar a triagem da demanda regulada melhorando assim o serviço ofertado ao usuário.

MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA

Os principais motivos de encaminhamento para consulta Otorrinolaringologista 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 com risco de comprometimento circulatório (exemplo, *diabetes mellitus* e hipertensão arterial), e história patológica familiar (com foco nas doenças circulatórias familiares). Também deve conter, se possível e dentro da realidade de cada local de trabalho, exame Angiológico sucinto, incluindo os exame(s) complementar(s) e/ou tratamento(s) Otorrinolaringológico prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

1. Diminuição da Acuidade Auditiva

1.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Perdas auditivas condutivas ou mistas com otoscopia normal;
- Hipoacusia sem alteração de otoscopia e impossibilidade de solicitar audiometria na APS.

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

Anamnese

- Sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, presença de zumbido, plenitude auricular, vertigem).

Exame físico

- Descrição da otoscopia;

Exames complementares

- Descrição de resultado de audiometria (tonal e vocal) e impedanciometria, quando realizada, com data.

1.3. Prioridades para regulação

- Diagnóstico de Otite Média Crônica Simples (Perfuração de Membrana Timpânica);
- Otite Média Crônica Colesteatomatosa;

- Suspeita de Neurinoma do Acústico;
- Faixa etária idosos e crianças devido risco.

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

- Surdez súbita;
- Traumas;
- Paralisia facial associada a otite;
- Quadros infecciosos de ouvido;
- Corpo estranho.

1.5. APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

2. Obstrução Nasal

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

- Obstrução nasal relacionada a fator estrutural:
 - tumor nasal (obstrução nasal unilateral persistente associada a epistaxe ou drenagem purulenta);
 - desvio de septo;
 - hipertrofia de adenóide.
- Obstrução nasal associada a pólipos nasais;
- Obstrução nasal sem etiologia definida após avaliação inicial na APS como medicamentosa, rinosinusite crônica e rinite alérgica.

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

Anamnese

- Sinais e sintomas (início dos sintomas e duração, obstrução unilateral ou bilateral, presença de rinorréia, roncos, epistaxe, anosmia, desvio de septo, deformidades faciais, entre outros achados relevantes);
- Apresenta diagnóstico de rinite ou rinosinusite crônica? Se sim, descreva tratamento realizado (medicamentos, com posologia e duração);

- Faz uso de medicamentos que causam obstrução nasal (quadro anexo)?. Se sim, quais.

Exames complementares

- Descrição de exames realizados na investigação, com data (como raio-x de cavum ou tomografia de seios da face, nasofibrofaringolaringoscopia).

2.3. Prioridades para regulação

- Múltiplos pólipos;
- Sintomas graves refratários ao tratamento conservador com potencial cirúrgico.
- Comorbidades associadas e/ou agravadas: Asma, Pneumopatias, Hipertensão, idosos.

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

- Corpo estranho;
- Traumas;
- *Epistaxes*;
- Complicações infecciosas como celulite, abscessos, paralisia facial.

2.5. APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

Antitireoidianos
Anti-hipertensivos (alfa-bloqueadores, IECA, beta-bloqueadores, bloqueadores de canal de cálcio, hidralazina)
Anti-inflamatórios não esteróides
Benzodiazepínicos
Estrogênio e progestogênios
Inibidores da 5-fosfodiesterase (agentes utilizados em disfunção erétil)
Descongestionante nasal de uso tópico (rinite medicamentosa)

Quadro 1. Alguns medicamentos/substâncias que causam obstrução nasal

3. Otites

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

- Membrana timpânica perfurada após três meses de acompanhamento na APS;
- Otite média crônica:
 - com efusão/otorreia que persiste por mais de três meses; ou
 - que apresenta alteração estrutural da membrana timpânica ou da orelha média; ou
 - com presença de hipoacusia;
- Suspeita de colesteatoma (presença de acúmulo epitelial que pode estar associado à otorréia fétida persistente, hipoacusia, perda auditiva condutiva, cefaleia, vertigem).

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

Anamnese

- Sinais e sintomas (descrever duração, presença de otorréia, perda auditiva, entre outros);
- Tratamento em uso ou realizado para a condição (descrever medicamentos e posologia).

Exame físico

- Descrição da otoscopia (anormalidades, perfuração da membrana timpânica).

Exames complementares

- Resultado de audiometria, se possível.

3.3. Prioridades para regulação

- Otite Média Aguda que não respondeu ao tratamento de 1ª e 2ª escolha. Criança com dificuldade de aprendizado e risco de desenvolver alterações neurológicas (meningite).

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

- Complicações infecciosas (mastoidites, paralisia facial, etc.);
- Otites externas difusas e agudas.

3.5. APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

4. Rinossinusopatia

4.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Rinossinusite crônica
 - associada a anormalidades estruturais (desvio de septo, pólipos, entre outros); ou
 - refratária ao tratamento clínico otimizado (quadro anexo) por três meses;
- Rinossinusite bacteriana recorrente ($\geq$ quatro episódios ao ano).

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

Anamnese

- Sinais e sintomas (características do quadro, alterações anatômicas, episódios recorrentes);
- Tratamento em uso ou já realizado para rinossinusite (medicamentos e posologia).

Exames complementares

- Descrição de exames realizados na investigação, com data (raio-x ou tomografia de seios da face, nasofibrofaríngolaringoscopia).

4.3. Prioridades para regulação

- Múltiplos pólipos;
- Sintomas graves refratários ao tratamento conservador com potencial cirúrgico.

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

- Corpo estranho;
- Traumas;
- Epistaxes;
- Complicações infecciosas como celulite, abscessos, paralisia facial.

4.6. APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

Corticosteroide oral:

- Prednisona 20 mg duas vezes ao dia por cinco dias e após uma vez ao dia por mais cinco dias (total de dez dias de tratamento); e

Antibioticoterapia oral por três a quatro semanas:

- Amoxicilina com clavulanato (500 mg três vezes ao dia ou 875 mg duas vezes ao dia); OU

- Clindamicina (300 mg quatro vezes ao dia ou 450 mg três vezes ao dia); e

Terapia adjuvante (pode ser mantida após o término do antibiótico)

- Soro nasal;

- Corticosteroide intranasal (budesonida, beclometasona, entre outros).

Quadro 2. Tratamento empírico otimizado na rinosinusite crônica

5. Vertigem

5.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Suspeita de doença de Ménière (quadro anexo);
- Vertigem posicional paroxística benigna (quadro anexo) com mais de 3 episódios de recorrência após manobras de reposição otolítica;
- Labirintite ou neuronite (quadro anexo) com sintomas que não melhoram após 15 dias de tratamento conservador;
- Vertigem periférica com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS (como medicamentos (quadro anexo), diabetes, hipertireoidismo ou hipotireoidismo descompensados);
- Automedicação de medicamentos antivertiginosos.

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

Anamnese

- Sinais e sintomas (duração, tempo de evolução e frequência dos episódios de vertigem; fatores desencadeantes; outros sintomas associados);
- Tratamento em uso ou já realizado para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
- Faz uso de medicamentos que podem causar vertigem (Quadro 4)? Se sim, quais?

Exame físico

- Descrição do exame físico neurológico e otoscopia.

Exames complementares

- Resultado de hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, glicemia pós prandial, TSH, T4L, colesterol total e frações, triglicerídeos, ferritina, creatinina, com data;
- Exame vectoeletronistagmografia (para solicitação do especialista).

5.3. Prioridades para regulação

- Vertigem refratária ao tratamento clínico. Idoso com risco de quedas e trabalhadores em alturas.

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

- Crise vertiginosa.

5.5. APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

Vertigem Paroxística Posicional Benigna (VPPB)

- Sensação rotatória que geralmente dura menos que 1 minuto e é desencadeada por movimentação da cabeça (como sair da cama, inclinar-se para frente ou para trás);
- Vertigem costuma ser intensa e associada a náusea;
- Presença de nistagmo (horizontal ou rotatório) desencadeado por manobras de Dix-Hallpike;
- O nistagmo apresenta período de latência (inicia 5 a 20 segundos após a manobra), é fatigável e inibido após fixação do olhar.

Neurite Vestibular Aguda (Neurite/Labirintite)

- Sensação rotatória sustentável (não-posicional) unidirecional, geralmente de início abrupto, com melhora progressiva durante semanas;
- Associada à náusea e ao vômito, porém sem outros sintomas, como zumbido, ou sintomas neurológicos focais;
- Nistagmo (horizontal ou rotatório) é inibido após fixação do olhar.

Doença de Meniere

- Crises recorrentes de vertigem com sintomas cocleares (hipoacusia, zumbido e plenitude aural);
- Crise inicia com sintomas cocleares, seguido pela vertigem, que tem pico de intensidade rápido e dura cerca de 20 minutos a horas, porém não costuma durar mais que 24 h;
- Pacientes costumam apresentar perda auditiva neurosensorial unilateral ou assimétrica.

Quadro 3. Características das causas mais comuns de vertigem periférica

Álcool/Cocaína
Aminoglicosídeos
Antiarrítmicos
Anticonvulsivantes (Fenitoína, fenobarbital)
Antidepressivos
Anti-histamínicos sedativos
Anti-hipertensivos
Benzodiazepínicos
Diuréticos (furosemida)
Nitratos
Lítio
Relaxantes musculares

Quadro 4. Alguns medicamentos/substâncias que causam Vertigem

6. Zumbido

6.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Ausência de melhora após controle de doenças de base como diabetes mellitus, hipertensão arterial, epilepsia, enxaqueca, dislipidemia, tireoideopatia, disfunção têmporo-mandibular (DTM), ansiedade, depressão e anemias.

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

Anamnese

- Dados relevantes da história clínica;
- Uso de medicamentos, principalmente AAS e aminoglicosídeos.

Exame físico

- Descrição da otoscopia.

Exames complementares

- Resultado de hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, glicemia pós prandial, TSH, T4L, colesterol total e frações, triglicerídeos, ferritina, creatinina, ácido fólico, zinco e magnésio, com data;
- Audiometria TONAL E VOCAL e impedanciometria, se possível.

6.3. Prioridades para regulação

- Suspeita de tumor.

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

- Zumbidos acompanhados de vertigens de início súbito.

6.5. APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

7. Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)

7.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- 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) associada a fator obstrutivo de via aérea superior: tais como:
 - desvio de septo nasal; ou
 - pólipos nasais; ou
 - hipertrofia de amígdalas, palato redundante.

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

Anamnese

- Descrever presença de roncos, sonolência diurna e prejuízo funcional associado, pausas respiratórias durante o sono identificados por outra pessoa, entre outros;
- Comorbidades (sim ou não). Se sim, quais;
- IMC;
- Profissão do paciente;

- Uso de medicamentos, principalmente benzodiazepínico, álcool, antidepressivo e relaxantes musculares.

Exames complementares

- Descrição dos exames realizados, com data (polissonografia, exames de imagem, nasofibrolaringoscopia).

7.3. Prioridades para regulação

- De acordo com resultado da polissonografia (apneias graves >30 IAH).

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

- A critério médico.

7.5. APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

8. Disfonia

8.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Disfonia em pessoa com alto risco de neoplasia (tabagista, etilista, com sintomas associados, como disfagia orofaríngea ou odinofagia);
- Disfonia acima de 15 dias, sem causa identificável;
- Disfonia associada a procedimentos cirúrgicos de pescoço ou tórax, história de intubação prolongada.

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

Anamnese

- Sinais e sintomas (descrever duração, presença de sintomas constitucionais, palpação cervical);
- Fatores de risco: tabagismo, etilismo, profissão;
- História recente de cirurgia de pescoço ou tórax.

Exames complementares

- Descrição de videolaringoscopia.

8.3. Prioridades para regulação

- Disfonia prolongada;
- Profissional da voz;
- Paciente tabagista.

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

- Quadro associado à dispneia e/ou disfagia.

8.5. APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. **Protocolos de encaminhamento para cirurgia vascular**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

ELIANE PEREIRA DA SILVA
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
SESA - NEAE
assinado em 28/01/2021 15:24:18 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 28/01/2021 15:24:18 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por CLAUDIA RODRIGUES LOPES FERNANDES (ASSESSOR ESPECIAL NIVEL II - QCE-05 - SESA - GEPORAS)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2021-MG65SZ>