



**PROTOCOLO DA PNEUMOLOGIA INFANTIL**

**CONDIÇÕES CLÍNICAS ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO:**

- ASMA MODERADA OU GRAVE DE DIFÍCIL CONTROLE.
- ASMA INDUZIDA POR EXERCÍCIO.
- LACTENTE SIBILANTE OU SIBILÂNCIA RECORRENTE DO PRÉ-ESCOLAR E FENÓTIPO PERSISTENTE SEM CONTROLE COM O USO DE CORTICOTERAPIA INALATÓRIA EM DOSE MODERADA OU ALTA.
- LACTENTE COM ESTRIDOR ASSOCIADO À SIBILÂNCIA (ESTRIDOR CONGÊNITO ISOLADO DEVE SER AVALIADO PELO OTORRINO).
- LACTENTE COM DISPLASIA BRONCOPULMONAR EM USO DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR OU PORTADOR DE SIBILÂNCIA RECORRENTE.
- BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA COM INTERNAÇÃO EM UTI E/OU NECESSIDADE DE OXIGENIOTERAPIA.
- PNEUMONIAS GRAVES OU DE REPETIÇÃO.
- TOSSE CRÔNICA (DESCREVER DEFINIÇÃO).
- MALFORMAÇÃO PULMONAR.
- TUBERCULOSE PLEURAL E HIPER-REATIVIDADE BRÔNQUICA PÓS-TUBERCULOSE PULMONAR (TB).
- DISTROFIA MUSCULAR.

**OBS: FIBROSE CÍSTICA:** O AGENDAMENTO PARA PACIENTES COM IDADE INFERIOR A 1 ANO SEGUE VINCULADO AO SERVIÇO DE TRIAGEM NEONATAL DO HIJD. PACIENTES COM IDADE SUPERIOR A 1 ANO DEVEM SER REFERENCIADOS DIRETAMENTE PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE DO SUOR. CASO O EXAME ESTEJA ALTERADO, O LABORATÓRIO NOTIFICA O SERVIÇO DE TRIAGEM NEONATAL PARA AGENDAR CONSULTA JUNTO A EQUIPE MULTIDICPLINAR DE FIBROSE CÍSTICA.

EM CASO DE DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO:

(48) 3251-9194)

**[martawinck@hotmail.com](mailto:martawinck@hotmail.com)**

**CONDIÇÕES QUE CONFIGURAM EMERGÊNCIA E QUE NÃO DEVEM SER INSERIDAS EM FILA AMBULATORIAL NO SISREG E SIM CAMINHADAS PARA SERVIÇO DE EMERGÊNCIA:**

- CIANOSE;
- DISPNEIA EM REPOUSO;
- ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO;
- TAQUIPNÉIA.



**CONDIÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA OUTRAS ESPECIALIDADES: INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA:** Tuberculose pulmonar.

**SOLICITAÇÕES DE BRONCOSCOPIA INFANTIL:**

Em caso de Aspiração de Corpo Estranho (ACE), encaminhar para emergência do HIJG para avaliação conjunta da pneumologia e serviço de endoscopia respiratória.

**PROTOCOLO DE ACESSO – ASMA/ BRONQUITE**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ASMA PERSISTENTE MODERADA A GRAVE SEM RESPOSTA AO USO DE CORTICOTERAPIA INALATÓRIA (CI) EM DOSE MODERADA A ALTA ASSOCIADA OU NÃO A BETA AGONISTA DE AÇÃO PROLONGADA (LABA) OU ANTILEUCOTRIENO.
- PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE ASMA OU SUSPEITA COM INTERNAÇÃO PRÉVIA EM UTI.
- PACIENTE COM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS SIGNIFICATIVOS PODENDO CORRESPONDER À ASMA ASSOCIADA.
- PACIENTE SEM DIAGNÓSTICO DE ASMA, MAS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS PERSISTENTES ASSOCIADOS À IGE ELEVADA (COMPROVAÇÃO COM EXAME IGE).
- PACIENTE SEM DIAGNÓSTICO QUE APRESENTE CRISE SUGESTIVA COM REGISTRO DE CIANOSE, INTERNAÇÃO COM OXIGENIOTERAPIA PROLONGADA OU DISPNEIA AOS PEQUENOS ESFORÇOS.
- ASMA INDUZIDA POR EXERCÍCIO.
- PACIENTE MEDICADOS E CONTROLADOS DEVEM SEGUIR NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

**ATENÇÃO:** ANTES DE ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO COM O PNEUMOLOGISTA É IMPRESCINDÍVEL QUE O TRATAMENTO SEJA INICIADO, PELO MENOS OS STEP 1 E 2 DO GINA\* E DEPENDENDO DA RESPOSTA ENCAMINHADO OU NÃO PARA AVALIAÇÃO COM O ESPECIALISTA.

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

A ASMA É UMA SÍNDROME DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS RECORRENTES DESENCADEADOS POR DIVERSOS FATORES, TAIS COMO INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS VIRAIS, ALÉRGENOS AMBIENTAIS, POLUIÇÃO E MUDANÇAS CLIMÁTICAS. OU SEJA, A ASMA NÃO É UMA ÚNICA DOENÇA; AO CONTRÁRIO, COMPREENDE UMA SÍNDROME COM FENÓTIPOS COMPLEXOS. É CARACTERIZADA POR INFLAMAÇÃO CRÔNICA DAS VIAS AÉREAS E LIMITAÇÃO VARIÁVEL DO FLUXO AÉREO EXPIRATÓRIO. A OBSTRUÇÃO AO FLUXO AÉREO É DIFUSA, VARIÁVEL E REVERSÍVEL



ESPONTANEAMENTE OU COM TRATAMENTO. É UMA CONDIÇÃO MULTIFATORIAL DETERMINADA PELA INTERAÇÃO DE FATORES GENÉTICOS E AMBIENTAIS.

**OS INDICATIVOS CLÍNICOS DE ASMA SÃO:**

- ✓ UM OU MAIS DOS SEGUINTE SINTOMAS – DISPNEIA (“FALTA DE AR”, “RESPIRAÇÃO OFEGANTE”), TOSSE SECA, SIBILÂNCIA (CHIEIRA), TAQUIPNEIA, APERTO NO PEITO OU DESCONFORTO TORÁCICO, PARTICULARMENTE À NOITE OU NAS PRIMEIRAS HORAS DA MANHÃ;
- ✓ SINTOMAS FREQUENTES (REPETITIVOS);
- ✓ MELHORA ESPONTÂNEA OU COM USO DE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS PARA ASMA (BRONCODILATADORES OU CORTICOIDES);
- ✓ DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS EXCLUÍDOS.

A ANAMNESE DE UM PACIENTE COM ASMA DEVE INCLUIR, ALÉM DA IDENTIFICAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DESCRITA ACIMA, A IDADE DO APARECIMENTO DAS CRISES, A FREQUÊNCIA E INTENSIDADE DESTAS, A NECESSIDADE DE ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA E PRESENÇA DE COMORBIDADES COMO RINITE E REFLUXO GASTROESOFÁGICO. DEVE-SE AINDA PESQUISAR A HISTÓRIA FAMILIAR DE ASMA E ATOPIA (INDICATIVO DE ASMA MAIS CLARAMENTE DEFINIDO) E IDENTIFICAR A PRESENÇA DE FATORES DESENCADEANTES DOS SINTOMAS. O EXAME FÍSICO PODE SER NORMAL E UM ACHADO FREQUENTE É A SIBILÂNCIA À AUSCULTA, MUITAS VEZES SÓ AUDÍVEL DURANTE INSPIRAÇÃO E EXPIRAÇÃO MAIS PROFUNDA (FORÇADA).

**É IMPORTANTE AVALIAR NA ANAMNESE:**

- EM LACTENTES (< 2 ANOS), PERGUNTAR SOBRE:

A) RESPIRAÇÃO RUIDOSA, TOSSE SECA, VÔMITOS ASSOCIADOS À TOSSE.  
B) RETRAÇÕES (ESFORÇO RESPIRATÓRIO).  
C) DIFICULDADE À ALIMENTAÇÃO (SUÇÃO DEFICIENTE OU RECUSA ALIMENTAR).  
D) ALTERAÇÕES DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA E PADRÃO RESPIRATÓRIO (EXPIRAÇÃO PROLONGADA, TIRAGENS).

- PARA OS MAIORES DE DOIS ANOS, PERGUNTAR SOBRE:

A) RESPIRAÇÃO CURTA (DIURNA OU NOTURNA).  
B) FADIGA, TOSSE SECA APÓS CORRER, RIR MUITO OU CHORAR, OU APÓS FAZER ALGUM ESPORTE (CANSADO MAIS RÁPIDO EM COMPARAÇÃO COM CRIANÇAS DA MESMA FAIXA ETÁRIA, MAIOR IRRITABILIDADE).  
C) QUEIXAS SOBRE “NÃO SE SENTIR BEM, COM FALTA DE AR”.  
D) DESEMPENHO ESCOLAR RUIM OU ABSENTEÍSMO.  
E) MENOR FREQUÊNCIA OU INTENSIDADE DA ATIVIDADE FÍSICA, POR EXEMPLO, NOS ESPORTES, NAS AULAS DE GINÁSTICA.



F) DESENCADEANTES ESPECÍFICOS: ESPORTES, AULAS DE GINÁSTICA, EXERCÍCIO FÍSICO/ATIVIDADES COM ESFORÇO.

**O DIAGNÓSTICO DE ASMA É ESSENCIALMENTE CLÍNICO E PODE SER FEITO SEM O AUXÍLIO DE EXAMES COMPLEMENTARES.** ESSES SÃO RECOMENDADOS QUANDO OS ACHADOS CLÍNICOS NÃO SÃO TÍPICOS, EM CASOS DE SINTOMAS COMPATÍVEIS ISOLADOS OU QUANDO NÃO HOUVE RESPOSTA SATISFATÓRIA APÓS TRATAMENTO, SITUAÇÕES QUE INCLUSIVE SUGEREM REFERENCIAR AO PNEUMOLOGISTA. PACIENTES COM 5 ANOS OU MAIS GERALMENTE JÁ SÃO CAPAZES DE EXECUTAR AS MANOBRAS EXPIRATÓRIAS NECESSÁRIAS NA AVALIAÇÃO FUNCIONAL (ESPIROMETRIA).

**Quadro 1** Classificação baseada nos achados clínicos do paciente com asma antes do tratamento.

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
<b>Sintomas</b>	no máximo uma vez por semana	mais do que uma vez por semana e menos que uma vez por dia	diários, mas não contínuos	diários e contínuos
<b>Sintomas noturnos</b>	raros, menos que duas vezes por mês	ocasionais, mais que duas vezes por mês	comuns, mais que uma vez por semana	quase diários, mais que duas vezes por semana
<b>Crises</b>	ocasionais, geralmente leves	infrequentes	Frequentes	frequentes e graves

Fonte Protocolo e Manejo Asma PM Belo Horizonte

**Quadro 2** Classificação baseada nos níveis de controle do paciente com asma.

Nas últimas 4 semanas, o paciente apresentou:		Bem controlado	Parcialmente controlado	Sem controle
<b>Sintomas diários de asma mais que 2 vezes por semana?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nenhum desses	1-2 desses critérios	3-4 desses critérios
<b>Despertar noturno devido a sintomas de asma?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>Medicação de alívio para asma mais de 2 vezes por semana?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>Alguma limitação de atividade devido aos sintomas de asma?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

Adaptado do GINA – 2014

Fonte Protocolo e Manejo Asma PM Belo Horizonte

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ ANAMNESE COMPLETA ATENTANDO PARA: IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS, PASSADO DE PREMATURIDADE, QUADRO CLÍNICO (DESCRIÇÃO



- DAS CRISES, FREQUÊNCIA, GRAVIDADE, NECESSIDADE DE USO DE MEDICAÇÃO, USO DE OXIGENIOTERAPIA, INTERNAÇÃO EM UTI), HISTÓRIA FAMILIAR DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E DE ATOPIAS, HISTÓRIA PESSOAL DE QUADROS ATÓPICOS/ALÉRGICOS (RINITE, DERMATITE ATÓPICA, APLV).
- ✓ PRESENÇA DE FATORES DE RISCO AMBIENTAIS, PRINCIPALMENTE EXPOSIÇÃO A FUMO PASSIVO.
  - ✓ PRESENÇA DE COMORBIDADES QUE POSSAM MIMETIZAR OU AGRAVAR O QUADRO DE ASMA (COMO POR EXEMPLO: DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO, HIPERTROFIA DE VIAS AÉREAS SUPERIORES).
  - ✓ DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO.
  - ✓ DESCRIÇÃO DE EXAMES SOLICITADOS NA INVESTIGAÇÃO (QUANDO INDICADOS): RADIOGRAFIA DE TÓRAX, LABORATORIAIS (IGE), ESPIROMETRIA.
  - ✓ DESCRIÇÃO DAS MEDICAÇÕES EM USO E A RESPOSTA À INSTITUIÇÃO DO TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO (CORTICOIDE INALATÓRIO ASSOCIADO OU NÃO A BETA AGONISTA DE LONGA DURAÇÃO E ANTILEUCOTRIENO).

**ENCAMINHAR PARA EMERGÊNCIA:**

- PACIENTE EM CRISE COM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO, CIANOSE, TAQUIPNEIA, TIRAGEM DE QUALQUER LOCALIZAÇÃO. **NÃO INSERIR EM CONSULTA VIA SISREG.**

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALISTAS.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	INTERNAÇÃO PRÉVIA EM UTI
<b>AMARELO</b>	CASOS DESCOMPENSADOS APESAR DE BOA ADEÇÃO AO TRATAMENTO. CASOS EM QUE O TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO AINDA NÃO FOI INSTITUÍDO, MAS PACIENTE APESENTOU CRISE COM NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO E OXIGENIOTERAPIA.
<b>VERDE</b>	CASOS COM CRISES FREQUENTES + IGE ELEVADA. PORÉM, SEM GRAVIDADE. ASMA INDUZIDA POR EXERCÍCIO.
<b>AZUL</b>	DEMAIS CASOS.

**PROTOCOLO DE ACESSO - LACTENTE SIBILANTE OU SIBILÂNCIA RECORRENTE DO LACTENTE E DO PRÉ-ESCOLAR**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- LACTENTE SIBILANTE (BEBÊ CHIADOR COM TRÊS OU MAIS EPISÓDIOS DE SIBILÂNCIA NO PERÍODO DE UM ANO).
- SIBILÂNCIA RECORRENTE DO PRÉ-ESCOLAR.



**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- ✓ A SIBILÂNCIA É UM SINAL RESPIRATÓRIO INESPECÍFICO RESULTANTE DO FLUXO DE AR EM VIAS AÉREAS PARCIALMENTE OBSTRUÍDAS. A SIBILÂNCIA RECORRENTE DEFINE-SE COMO A EXISTÊNCIA 3 AO MAIS EPISÓDIOS DE SIBILÂNCIA, EM UM PERÍODO MÍNIMO DE 2 MESES OU SIBILÂNCIA SUPERIOR A UM MÊS DE DURAÇÃO; EM CRIANÇA MENORES DE 2 OU 3 ANOS.
- ✓ A SIBILÂNCIA É UMA MANIFESTAÇÃO COMUM EM IDADE PEDIÁTRICA. ATÉ AOS 3 ANOS, 30-50% DAS CRIANÇAS TÊM PELO MENOS UM EPISÓDIO. É, FREQUENTEMENTE, UM SINTOMA TRANSITÓRIO E 60% DAS CRIANÇAS DE IDADE PRÉ-ESCOLAR QUE SIBILAM DEIXAM DE TER QUEIXAS EM IDADE ESCOLAR.
- ✓ PESQUISAR ANTECEDENTES FAMILIARES DE ATOPIA, IMUNODEFICIÊNCIA E EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A FUMO DE TABACO PRÉ E PÓS-NATAL. RELATIVAMENTE À HISTÓRIA PESSOAL, IDENTIFICAR ANTECEDENTES DE PREMATURIDADE, RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO, ATOPIA (DERMATITE ATÓPICA, RINITE OU ALERGIA ALIMENTAR), INFECÇÕES RECORRENTES, DIARREIA CRÔNICA OU MÁ PROGRESSÃO ESTATURO-PONDERAL.
- ✓ CARACTERIZAR OS EPISÓDIOS DE SIBILÂNCIA QUANTO À IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS, DURAÇÃO/GRAVIDADE DOS EPISÓDIOS E PERSISTÊNCIA DE SINTOMAS ENTRE CRISES. PESQUISAR EVENTUAIS CIRCUNSTÂNCIAS ASSOCIADAS, COMO INÍCIO SÚBITO E EPISÓDIO DE ENGASGAMENTO (SUGEREM ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO), AGRAVAMENTO DOS SINTOMAS APÓS AS REFEIÇÕES OU COM ALTERAÇÕES POSICIONAIS (REFLUXO GASTROESOFÁGICO, ANOMALIAS ESTRUTURAIS). IDENTIFICAR FATORES DESENCADEANTES COMO INFECÇÕES VIRAIS, EXERCÍCIO/RISO, FRIO OU EXPOSIÇÃO A AEROALERGÊNICOS (ASMA). AVALIAR E CARACTERIZAR SINTOMAS ACOMPANHANTES COMO A FEBRE, TOSSE (PRODUTIVA, SECA, COM OU SEM AGRAVAMENTO NOTURNO), RONCOPATIA (COM OU SEM APNEIA) E VÔMITOS. VERIFICAR SE HÁ PADRÃO DE SAZONALIDADE, CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DE DOENÇA OU COINCIDÊNCIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS COM A ENTRADA EM CRECHE OU ESCOLA. AVALIAR A RESPOSTA À TERAPÊUTICA, SE PREVIAMENTE INSTITUÍDA.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ ANAMNESE COMPLETA ATENTANDO PARA: IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS, PASSADO DE PREMATURIDADE, QUADRO CLÍNICO (DESCRIÇÃO DAS CRISES, FREQUÊNCIA, GRAVIDADE, NECESSIDADE DE USO DE MEDICAÇÃO, USO DE OXIGENIOTERAPIA, INTERNAÇÃO EM UTI), HISTÓRIA





ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO  
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

- FAMILIAR DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E DE ATOPIAS, HISTÓRIA PESSOAL DE QUADROS ATÓPICOS/ALÉRGICOS (RINITE, DERMATITE ATÓPICA, APLV).
- ✓ PRESENÇA DE FATORES DE RISCO AMBIENTAIS, PRINCIPALMENTE EXPOSIÇÃO A FUMO PASSIVO.
  - ✓ PRESENÇA DE COMORBIDADES QUE POSSAM GERAR EPISÓDIOS DE SIBILÂNCIA (COMO POR EXEMPLO: DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO, HIPERTROFIA DE VIAS AÉREAS SUPERIORES).
  - ✓ DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO.
  - ✓ DESCRIÇÃO DE EXAMES SOLICITADOS NA INVESTIGAÇÃO (QUANDO INDICADOS): RADIOGRAFIA DE TÓRAX, LABORATORIAIS (IGE), ESPIROMETRIA, RADIOGRAFIA DE CAVUM.
  - ✓ DESCRIÇÃO DAS MEDICAÇÕES EM USO E A RESPOSTA À INSTITUIÇÃO DO TRATAMENTO.

**ENCAMINHAR PARA EMERGÊNCIA:**

PACIENTE EM CRISE COM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO, CIANOSE, TAQUIPNEIA, TIRAGEM DE QUALQUER LOCALIZAÇÃO. **NÃO INSERIR EM CONSULTA VIA SISREG!**

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALISTAS

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	INTERNAÇÃO PRÉVIA EM UTI
<b>AMARELO</b>	DEMAIS CASOS
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE ACESSO – LACTENTE COM ESTRIDOR**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- LACTENTES COM ESTRIDOR E RESPIRAÇÃO RUIDOSA (DIFICULDADE RESPIRATÓRIA E TIRAGEM DE FÚRCULA), ASSOCIADO A SIBILÂNCIA OU CONGÊNITO, DEPOIS DE AFASTADAS AS CAUSAS INFECCIOSAS E DE OBSTRUÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES.

**OBS:** CASOS DE ESTRIDOR APÓS EVENTO AGUDO GRAVE DEVEM SER ENCAMINHADOS AO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA.

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- O ESTRIDOR É UM SINTOMA AUDÍVEL, PRODUZIDO POR UM FLUXO RÁPIDO E TURBULENTO DO AR, ATRAVÉS DE UM SEGMENTO ESTREITADO DO TRATO RESPIRATÓRIO, MAIS ESPECIFICAMENTE, AS GRANDES VIAS AÉREAS.



- IMPORTANTE DIFERENCIAR CAUSAS AGUDAS E INFECCIOSAS, POIS ESTAS DEVEM SER ENCAMINHADAS DE FORMA IMEDIATA PARA A EMERGÊNCIA (EXEMPLOS: LARINGITE, ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO, QUALQUER CAUSA QUE LEVE A DESCONFORTO RESPIRATÓRIO SÚBITO E POTENCIAL INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA).
- ENTRE AS CAUSAS CRÔNICAS, ENCONTRAMOS: ANOMALIAS CONGÊNITAS (LARINGO E TRAQUEOMALÁCIA, HEMANGIOMAS); PÓS INTUBAÇÃO ORO-TRAQUEAL, PREMATURIDADE COM NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA E DESENVOLVIMENTO DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR, LESÃO CÁUSTICA, REFLUXO GASTROESOFÁGICO.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ ANAMNESE COMPLETA ATENTANDO PARA: IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS (CONGÊNITO OU NÃO), PASSADO DE PREMATURIDADE E VENTILAÇÃO MECÂNICA, HISTÓRICO DE TRAQUEOSTOMIA E INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL, QUADRO CLÍNICO DETALHADO (DESCRIÇÃO SE ESTRIDOR CONTÍNUO OU INTERMITENTE, SE INÍCIO ABRUPTO OU NÃO, PRESENÇA DE SINAIS E SINTOMAS QUE SUGIRAM QUADRO INFECCIOSO, NECESSIDADE DE MEDICAÇÕES, USO DE OXIGENIOTERAPIA, INTERNAÇÃO EM UTI), HISTÓRIA FAMILIAR DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E DE ATOPIAS, HISTÓRIA FAMILIAR DE MALFORMAÇÕES, HISTÓRIA PESSOAL DE QUADROS ATÓPICOS/ALÉRGICOS (RINITE, DERMATITE ATÓPICA, ASMA, SIBILÂNCIA, APLV).
- ✓ PRESENÇA DE COMORBIDADES QUE POSSAM GERAR EPISÓDIOS DE ESTRIDOR (POR EXEMPLO: DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO).
- ✓ DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO.
- ✓ DESCRIÇÃO DE EXAMES SOLICITADOS NA INVESTIGAÇÃO (PRINCIPALMENTE VIDEOLARINGOSCOPIA NOS CASOS DE ESTRIDOR CONGÊNITO).
- ✓ INFORMAR SE PACIENTE JÁ TEVE AVALIAÇÃO COM OTORRINOLARINGOLOGISTA INFANTIL.
- ✓ DESCRIÇÃO DAS MEDICAÇÕES EM USO E A RESPOSTA À INSTITUIÇÃO DO TRATAMENTO.

**ENCAMINHAR PARA EMERGÊNCIA:**

PACIENTE COM ESTRIDOR COM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO, CIANOSE, TAQUIPNEIA, TIRAGEM DE QUALQUER LOCALIZAÇÃO.

PACIENTE COM ESTRIDOR E SINAIS E SINTOMAS QUE SUGIRAM DOENÇA INFECCIOSA OU ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALISTAS.



**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	
<b>AMARELO</b>	TODOS OS CASOS.
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE ACESSO – LACTENTE BRONCODISPLÁSICO****CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- LACTENTE BRONCODISPLÁSICO (LACTENTES COM DIAGNÓSTICO DE BRONCODISPLASIA PULMONAR, EGRESSOS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA OU AMBULATÓRIO DE FOLLOW-UP DE MATERNIDADES) EM USO DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR OU PORTADOR DE SIBILÂNCIA RECORRENTE.

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

A BRONCODISPLASIA PULMONAR (BDP) É UMA DOENÇA MULTIFATORIAL CARACTERIZADA POR ALTERAÇÕES NA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA DE RECÉM-NASCIDOS DECORRENTES À PREMATURIDADE, OS QUAIS FORAM SUBMETIDOS A OXIGENIOTERAPIA E VENTILAÇÃO MECÂNICA NOS PRIMEIROS DIAS DE VIDA, GERANDO UMA DEPENDÊNCIA DE OXIGÊNIO OU DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA POR UM PERÍODO PROLONGADO.

ATUALMENTE, ACEITA-SE COMO BASE PARA A DOENÇA A PRESENÇA DE VENTILAÇÃO MECÂNICA POR NO MÍNIMO TRÊS DIAS ASSOCIADO À NECESSIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO DE O<sub>2</sub> (FIO<sub>2</sub> > 21%) POR PELO MENOS 28 DIAS.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ ANAMNESE COMPLETA ATENTANDO PARA IDADE GESTACIONAL AO NASCIMENTO, NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA, TEMPO DE SUPLEMENTAÇÃO COM OXIGÊNIO, TEMPO DE INTERNAÇÃO EM UTI NEONATAL, INTERCORRÊNCIAS NESTE PERÍODO, ALTERAÇÕES RADIOLÓGICAS COMPATÍVEIS COM BRONCODISPLASIA.
- ✓ PRESENÇA DE COMORBIDADES QUE POSSAM PIORAR O QUADRO RESPIRATÓRIO (CARDIOPATIAS, DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO).
- ✓ DESCRIÇÃO DETALHADA DO EXAME FÍSICO (INCLUINDO FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA, PRESENÇA DE TIRAGENS, SATURAÇÃO DO O<sub>2</sub> BASAL DO PACIENTE), ATENTANDO PARA OS PARÂMETROS DE CRESCIMENTO (GANHO PONDERAL ADEQUADO OU ABAIXO DO ESPERADO).
- ✓ DESCRIÇÃO DAS MEDICAÇÕES EM USO BEM COMO SOBRE A NECESSIDADE DE O<sub>2</sub> DOMICILIAR.
- ✓ INFORMAR SE USO FREQUENTE DE BRONCODILATADORES E DEMAIS MEDICAÇÕES PARA SIBILÂNCIA OU CRISE DE ASMA, BEM COMO



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO  
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO FREQUENTE EM DECORRÊNCIA DO QUADRO RESPIRATÓRIO.

**ENCAMINHAR PARA EMERGÊNCIA:**

PACIENTE COM SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA EMINENTE.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

✓ MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALISTAS.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	PACIENTES COM GANHO PONDERAL INSUFICIENTE, USO DE OXIGÊNIO DOMICILIAR, INTERNAÇÃO PROLONGADA EM UTI NEONATAL OU PEDIÁTRICA, TAQUIDISPNEIA PERSISTENTE.
<b>AMARELO</b>	DEMAIS CASOS.
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE ACESSO – HISTÓRICO DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA GRAVE**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO**

✓ **TODOS OS CASOS DE BRONQUIOLITE COM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO EM UTI.**

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA CONSISTE EM UMA AFECÇÃO VIRAL QUE ACOMETE LACTENTES COM IDADE INFERIOR A DOIS ANOS, SENDO O PICO DE INCIDÊNCIA ABAIXO DE SEIS MESES DE VIDA. O QUADRO CLÍNICO CONSISTE EM SINTOMAS DE INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, QUE EVOLUI APÓS DOIS A QUATRO DIAS COM CANSAÇO, DISPNEIA, TAQUIPNEIA, ALÉM DE ESFORÇO RESPIRATÓRIO. FEBRE E REDUÇÃO DA ACEITAÇÃO DA DIETA TAMBÉM PODEM OCORRER. APNEIA É RELATADA EM CASOS GRAVES OU EM PREMATUROS. O DIAGNÓSTICO BASEIA-SE NA HISTÓRIA CLÍNICA E NO EXAME FÍSICO, SENDO EXAMES COMPLEMENTARES RESERVADOS QUANDO HÁ SUSPEITA DE OUTROS DIAGNÓSTICOS OU DE COMPLICAÇÕES. O TRATAMENTO É SUPORTIVO, SENDO A OXIGENOTERAPIA INDICADA PARA PACIENTES COM QUEDA DE SATURAÇÃO. ATUALMENTE, O CORTICOIDE ORAL NÃO TEM INDICAÇÃO NO TRATAMENTO. BRONCODILATADORES NÃO SÃO INDICADOS DE ROTINA.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ ANAMNESE COMPLETA SE ATENDANDO PARA IDADE DO PACIENTE, EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO, ANTecedENTE DE PREMATURIDADE, NECESSIDADE DE OXIGENIOTERAPIA PROLONGADA, INTERNAÇÃO EM UTI.
- ✓ DESCRIÇÃO DETALHADA DO EXAME FÍSICO



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO  
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

- ✓ DESCRIÇÃO DAS MEDICAÇÕES EM USO BEM COMO SOBRE A NECESSIDADE DE O2 DOMICILIAR.
- ✓ INFORMAR SOBRE USO FREQUENTE DE BRONCODILATADORES E DEMAIS MEDICAÇÕES PARA SIBILÂNCIA, BEM COMO NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO FREQUENTE EM DECORRÊNCIA DE QUADRO RESPIRATÓRIO

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALISTAS.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	INTERNAÇÃO PRÉVIA EM UTI
<b>AMARELO</b>	
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE ACESSO – PNEUMONIAS GRAVES OU DE REPETIÇÃO**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- COMPROMETIMENTO PULMONAR APÓS PNEUMONIA AGUDA GRAVE (NECESSITOU DE TERAPIA INTENSIVA OU VENTILAÇÃO MECÂNICA);
- PNEUMONIA COM DERRAME PLEURAL;
- PNEUMATOCELE OU PNEUMOTÓRAX;
- PNEUMONIA DE REPETIÇÃO (DOIS OU MAIS EPISÓDIOS NO ÚLTIMO ANO).

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

PNEUMONIA AGUDA É UMA DOENÇA QUE RESULTA DA INFECÇÃO DAS VIAS AÉREAS INFERIORES E PULMÕES, POR AGENTES VIRAIIS, BACTERIANOS OU FÚNGICOS.

OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO EM CRIANÇAS SÃO: BAIXO PESO AO NASCIMENTO, DESNUTRIÇÃO, FALTA DE ALEITAMENTO MATERNO, POLUIÇÃO AMBIENTAL, EXPOSIÇÃO A FUMAÇA DO CIGARRO, FALTA DE VACINAÇÃO, EXPOSIÇÃO A AMBIENTES FECHADOS EM AGLOMERAÇÃO COM OUTRAS CRIANÇAS (CRECHES).

OS SINAIS E SINTOMAS MAIS FREQUENTES SÃO: FEBRE, TOSSE, PROSTAÇÃO, TAQUIPNÉIA, GEMÊNCIA, RECUSA ALIMENTAR.

TEM COMO COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES O DERRAME PLEURAL, PNEUMATOCELE, ABCESSO PULMONAR O QUE PODE LEVAR A MAIOR GRAVIDADE DO QUADRO COM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

CARACTERIZA-SE PNEUMONIA DE REPETIÇÃO 2 OU MAIS EPISÓDIOS EM 1 ANO, OU MAIS DE 3 EM QUALQUER ÉPOCA DA VIDA COM MELHORA RADIOLÓGICA ENTRE OS EPISÓDIOS.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ ANAMNESE COMPLETA (SINTOMATOLOGIA, EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO, NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA, TEMPO DE SUPLEMENTAÇÃO COM OXIGÊNIO, TEMPO DE INTERNAÇÃO EM UTI)
- ✓ DESCRIÇÃO DETALHADA DO EXAME FÍSICO (INCLUINDO FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA, PRESENÇA DE TIRAGENS, SATURAÇÃO DO O<sub>2</sub> BASAL DO PACIENTE).
- ✓ INFORMAR SOBRE COMORBIDADE (ASMA, IMUNODEFICIÊNCIA, PREMATURIDADE, SÍNDROME GENÉTICA, DISTÚRBIOS DE DEGLUTIÇÃO).
- ✓ INFORMAR SOBRE USO FREQUENTE DE BRONCODILATADORES E DEMAIS MEDICAÇÕES PARA SIBILÂNCIA, BEM COMO NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO FREQUENTE EM DECORRÊNCIA DE QUADRO RESPIRATÓRIO.
- ✓ DESCREVER EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: PPD, ANTI- HIV, RX DE TÓRAX COM LAUDO, TOMOGRAFIA DE TÓRAX COM LAUDO.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALISTAS.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA OU UTI.
<b>AMARELO</b>	DEMAIS CASOS.
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE ACESSO – TOSSE CRÔNICA****CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- TOSSE CRÔNICA/PERSISTENTE HÁ MAIS DE 8 SEMANAS

**OBS.** SE SUSPEITA DE TUBERCULOSE PULMONAR ENCAMINHAR AO SERVIÇO DE INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA.

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

A TOSSE CONSTITUI UM SINTOMA DE UMA GRANDE VARIEDADE DE PATOLOGIAS, PULMONARES E EXTRAPULMONARES, E POR ISTO MESMO É MUITO COMUM, SENDO, COM CERTEZA, UMA DAS MAIORES CAUSAS DE PROCURA POR ATENDIMENTO MÉDICO.

**CLASSIFICAÇÃO:**

**AGUDA:** É A PRESENÇA DO SINTOMA POR UM PERÍODO DE ATÉ TRÊS SEMANAS.

**SUBAGUDA:** TOSSE PERSISTENTE POR PERÍODO ENTRE TRÊS E OITO SEMANAS.

**CRÔNICA:** TOSSE COM DURAÇÃO MAIOR QUE OITO SEMANAS

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO  
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

- ✓ ANAMNESE COMPLETA COM (DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS, HORÁRIOS DE PIORA DA TOSSE, DESCRIÇÃO DAS CRISES DE TOSSE, PRESENÇA DE CIANOSE, PRESENÇA OU NÃO DE OUTROS TOSSIDORES NA FAMÍLIA)
- ✓ PRESENÇA DE FATORES DE RISCO AMBIENTAIS (EXPOSIÇÃO AO FUMO PASSIVO)
- ✓ PRESENÇA DE COMORBIDADES QUE POSSAM GERAR EPISÓDIOS DE TOSSE (ASMA, DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO, TUBERCULOSE)
- ✓ DESCRIÇÃO DE EXAMES SOLICITADOS NA INVESTIGAÇÃO (QUANDO INDICADOS): RADIOGRAFIA DE TÓRAX, IGE, TESTE TUBERCULÍNICO (PPD).
- ✓ DESCRIÇÃO DAS MEDICAÇÕES EM USO E A RESPOSTA À INSTITUIÇÃO DO TRATAMENTO.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALISTAS.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	
<b>AMARELO</b>	
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	DEMAIS CASOS.

**PROTOCOLO DE ACESSO – TUBERCULOSE**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- TUBERCULOSE PLEURAL
- HIPERREATIVIDADE BRÔNQUICA PÓS- TUBERCULOSE
- SUSPEITA TB MULTIRRESISTENTE

**OBS: TUBERCULOSE PULMONAR: ENCAMINHAR PARA O SERVIÇO DE INFECTOLOGIA PEDIATRIA.**

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

A TUBERCULOSE É UMA DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA CAUSADA PELA BACTÉRIA MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS OU BACILO DE KOCH (BK), QUE AFETA PRINCIPALMENTE OS PULMÕES, MAS, TAMBÉM PODEM OCORRER EM OUTROS ÓRGÃOS DO CORPO, COMO OSSOS, RINS, PLEURA E MENINGES.

A TUBERCULOSE É TRANSMITIDA POR VIA AÉREA EM PRATICAMENTE A TOTALIDADE DOS CASOS. A INFECÇÃO OCORRE A PARTIR DA INALAÇÃO DE GOTÍCULAS CONTENDO BACIOS EXPELIDOS PELA TOSSE, FALA OU ESPIRRO DO DOENTE COM TUBERCULOSE ATIVA DE VIAS RESPIRATÓRIAS.

CARACTERIZA-SE COMO TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE (TBMR) A TUBERCULOSE RESISTENTE A PELO MENOS DOIS MEDICAMENTOS ANTI-



TUBERCULOSOS QUE SÃO NUCLEARES NO SEU TRATAMENTO - A **ISONIAZIDA** E A **RIFAMPICINA**. ALGUMAS FORMAS DE TBMR SÃO TAMBÉM RESISTENTES A OUTROS MEDICAMENTOS ANTI-TUBERCULOSOS.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ ANAMNESE COMPLETA COM INÍCIO DOS SINTOMAS, PERDA PONDERAL, HISTÓRIA DE FAMILIARES COM TUBERCULOSE
- ✓ INSERIR ESQUEMA TERAPÊUTICO JÁ USADO, E QUANTO TEMPO DE USO
- ✓ RESULTADO DE EXAMES QUE LEVARAM AO DIAGNÓSTICO (RADIOGRAFIA DE TÓRAX, PPD, LAVADO GÁSTRICO).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALISTAS.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	SUSPEITA TB MULTIRRESISTENTE.
<b>AMARELO</b>	DEMAIS CASOS.
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE ACESSO – MALFORMAÇÃO PULMONAR**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

INVESTIGAÇÃO DE MALFORMAÇÕES PULMONARES (MASSA OU CISTO PULMONAR);

**SINAIS DE ALARME**

- DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
- PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO.

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

AS MALFORMAÇÕES PULMONARES SÃO UM ESPECTRO DE LESÕES CUJA ORIGEM DECORRE DO PERÍODO EMBRIONÁRIO.

PACIENTES COM MALFORMAÇÕES PULMONARES CONGÊNITAS PODEM MANIFESTAR SINTOMAS RESPIRATÓRIOS AO NASCIMENTO, ENQUANTO OUTROS PODEM PERMANECER ASSINTOMÁTICOS POR LONGOS PERÍODOS. QUANDO DIAGNOSTICADOS TARDIAMENTE, ESSES PACIENTES APRESENTAM ALGUM TIPO DE COMPLICAÇÃO, COMO INFECÇÕES PULMONARES.





ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO  
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

AS PRINCIPAIS PATOLOGIAS SÃO: SEQUESTRO PULMONAR, MALFORMAÇÃO ADENOMATOSA CÍSTICA, ENFISEMA LOBAR CONGÊNITO, MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA.

NA GRANDE MAIORIA DAS VEZES O TRATAMENTO É CIRÚRGICO.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ ANAMNESE COMPLETA COM (DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS, SINTOMAS NO PERÍODO NEONATAL, NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO)
- ✓ DESCRIÇÃO DE EXAMES SOLICITADOS NA INVESTIGAÇÃO (QUANDO INDICADOS): RADIOGRAFIA DE TÓRAX, TOMOGRAFIA DE TÓRAX, ANGIOTOMOGRAFIA
- ✓ DESCRIÇÃO DAS MEDICAÇÕES EM USO E A RESPOSTA À INSTITUIÇÃO DO TRATAMENTO.
- ✓ DESCREVER EXAMES COMPLEMENTARES QUANDO DISPONÍVEIS: RX E TC DE TÓRAX.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALISTAS.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	TODOS OS CASOS.
<b>AMARELO</b>	
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE ACESSO – DISTROFIA MUSCULAR**

**CRITÉRIOS EM ENCAMINHAMENTO:**

- SEGUIMENTO DE PACIENTES COM DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENE
- SUGERIDO SEGUIMENTO ANUAL COM O PNEUMOLOGISTA A PARTIR DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA

**SINAIS DE ALARME:**

- DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
- PNEUMONIA DE REPETIÇÃO

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

A DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE (DMD) É UMA DOENÇA HEREDITÁRIA PROGRESSIVA QUE POSSUI HERANÇA RECESSIVA LIGADA AO CROMOSSOMO X. PORTANTO, AFETA A METADE DOS MEMBROS MASCULINOS DA FAMÍLIA, E A METADE DOS MEMBROS DO SEXO FEMININO SÃO PORTADORES ASSINTOMÁTICOS.



O GENE EM CONDIÇÕES NORMAIS É O RESPONSÁVEL PELA PRODUÇÃO DE UMA PROTEÍNA CHAMADA DISTROFINA, LOCALIZADA NO SARCOLEMA DAS FIBRAS MUSCULARES.

AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS NORMALMENTE COMEÇAM NA INFÂNCIA, GERALMENTE NOS TRÊS PRIMEIROS ANOS DE VIDA. AS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS INICIAM-SE COM O ENFRAQUECIMENTO MUSCULAR, QUE OCORRE GRADUALMENTE E DE FORMA ASCENDENTE, SIMÉTRICA E BILATERAL, COM INÍCIO NA CINTURA PÉLVICA E MEMBROS INFERIORES, PROGREDINDO PARA MUSCULATURA DE TRONCO. A FRAQUEZA MUSCULAR TORNA-SE EVIDENTE POR VOLTA DOS CINCO ANOS DE IDADE, QUANDO AS CRIANÇAS APRESENTAM SINTOMAS INICIAIS, TAIS COMO DIFICULDADE DE DEAMBULAR, PULAR E CORRER, ALÉM DE QUEDAS FREQUENTES.

DURANTE A PROGRESSÃO DA DOENÇA, SURGE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA COM DIFICULDADE NA VENTILAÇÃO, FALTA DE FORÇA PARA TOSSIR, OCASIONANDO INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO, QUE NA MAIORIA DOS CASOS, LEVAM O PACIENTE AO ÓBITO. O MÚSCULO CARDÍACO TAMBÉM É AFETADO EM PRATICAMENTE TODOS OS PACIENTES QUE SOBREVIVEM POR MAIOR TEMPO.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ ANAMNESE COMPLETA COM (DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS, PRESENÇA DE DISTÚRBIOS VENTILATÓRIOS, INFECÇÕES PULMONARES DE REPETIÇÃO)
- ✓ DESCRIÇÃO DE EXAMES SOLICITADOS NA INVESTIGAÇÃO (QUANDO INDICADOS): RADIOGRAFIA DE TÓRAX, ESPIROMETRIA
- ✓ DESCRIÇÃO DAS MEDICAÇÕES EM USO E A RESPOSTA À INSTITUIÇÃO DO TRATAMENTO.
- ✓ DESCREVER EXAMES COMPLEMENTARES QUANDO DISPONÍVEIS: RX TÓRAX, TC DE TÓRAX E ESPIROMETRIA.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	PACIENTES EM VNI
<b>AMARELO</b>	DEMAIS CASOS
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

**CRITÉRIOS RESUMIDOS DE REGULAÇÃO:**

<b>VERMELHO</b>	DEPENDÊNCIA DE OXIGÊNIO, INTERNAÇÃO PROLONGADA EM UTI NEONATAL E/OU PEDIÁTRICA OU NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA; ASMA E LACTENTE SIBILANTE GRAVE; TOSSE CRÔNICA COM POSSIBILIDADE DE ACE; SUSPEITA TB MULTIRRESISTENTE; MALFORMAÇÃO PULMONAR.
<b>AMARELO</b>	LACTENTE COM ESTRIDOR, BRONCODISPLASIA, PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO, TUBERCULOSE PLEURAL.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO  
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

<b>VERDE</b>	ASMA E LACTENTE SIBILANTE, EXCETO CASOS GRAVES (DESCRIÇÃO DETALHADA NOS CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO).
<b>AZUL</b>	TOSSE CRÔNICA.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do MS:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/l3-cgceaf/11646-pcdt>

Protocolos de acesso do Ministério da Saúde: endocrinologia e nefrologia, 2015.

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_atencao\\_especializada.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada.pdf)

Protocolo de regulação médica. Prefeitura de Guarulhos, 2015.

[http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo\\_de\\_regulacao\\_medica-versao\\_5.pdf](http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf)

Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015.

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_acesso\\_ambulatorial\\_consulta\\_especializada.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf)

Protocolos de acesso a exames de média e alta complexidade. Prefeitura de Pelotas.

<http://www.pelotas.com.br/central-de-regulacao/arquivos/Protocolo-Exames.pdf>

Protocolos de acesso à rede de serviços ambulatoriais com classificação de risco por prioridade. SESAU/Recife, 2013. [http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/PROTOCOLO\\_ACESSO\\_AMBULATORIAL.pdf](http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/PROTOCOLO_ACESSO_AMBULATORIAL.pdf)

Protocolos da Secretaria de Saúde do Município de São José, 2015.

<http://saude.pmsj.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PROTOCOLOS-DE-ACESSO-AOS-SERVIÇOS-DE-SAÚDE.pdf>

<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2006/RN%2014%2001/Pages%20from%20RN%2014%2001-3.pdf>

<https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32s6/v32s6a02.pdf>

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132011000200017](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000200017)



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO  
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

**COLABORADORES:**

---

Dra Pillar Rodrigues Couto  
Médica Reguladora GERAM  
CRM/SP 149298

---

Dr. Norberto Ludwig Neto  
CRM/SC 3542

---

Dr. Eduardo Piacentini Filho  
CRM/SC 14359

---

Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo  
CRM/SC 3651

---

Dra Karla Rosana de Oliveira  
Coordenadora Médica CERA/GERAM  
CRM/SC 14398

---

Dra Juliana Vieira Gomes  
Coordenadora Médica GERAM  
CRM/SC 14923

---

Dr. Ramon Tartari  
Superintendente de Serviços  
Especializados e Regulação