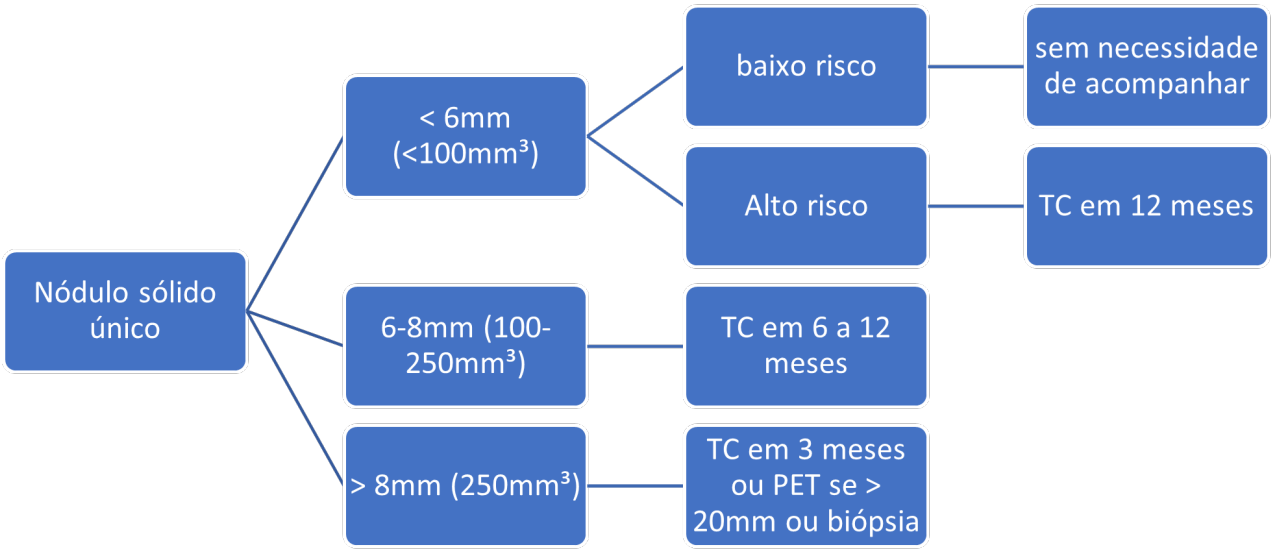
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA

ALTERAÇÕES EM EXAMES DE IMAGEM

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:
1. Sinais e sintomas;
2. Tabagismo atual ou passado (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em maços-ano);
3. História de risco para neoplasia pulmonar:
   a. exposição ocupacional ou medicamentosa de risco pulmonar (sim ou não). Se sim, qual;
   b. história familiar de neoplasia pulmonar (sim ou não). Se sim, indicar grau de parentesco;
   c. História pessoal de outras neoplasias (sim ou não). Se sim, qual e se realizou radioterapia torácica;
4. Descrição/cópia em anexo do exame de imagem de tórax, com data;
5. Descrição/cópia em anexo de exame de imagem de tórax prévio, quando disponível, com data;



Alterações em exames de imagem com suspeita de neoplasia pulmonar

Massa (lesão sólida circunscrita maior que 3 cm).
Lesão sólida ou subsólida com alteração clínica/radiológica sugestiva de malignidade (hemoptise, perda ponderal, linfonodomegalia supraclavicular, cervical ou mediastinal, derrame pleural, nódulo com bordas irregulares, espiculadas ou lobuladas).
Nódulo sólido maior ou igual a 8 mm, independente do risco pessoal para câncer de pulmão.

Nódulo sólido entre 4 mm e 8 mm em pessoas com alto risco para câncer de pulmão
Nódulo com crescimento no seguimento do exame de imagem
Nódulo sólido indicação de acompanhamento periódico com tomografia de tórax sem contraste, na impossibilidade de realizar o exame na APS
Nódulo subsólido
Massa mediastinal ou alargamento no mediastino
Linfonodomegalia mediastinal
Atelectasia lobar e/ou segmentar
Derrame pleural (sem etiologia definida)

TOSSE CRÔNICA E DISPNEIA

Atenção: Pacientes com suspeita ou diagnóstico de tuberculose não devem ser encaminhados via central de regulação ambulatorial. Os pacientes devem ser tratados na Atenção Primária à Saúde e, quando exauridos todos os recursos diagnóstico e/ou terapêuticos na APS, avaliados em SAE.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- PRESENÇA DE DE TOSSE POR 8 SEMANAS OU MAIS EM PACIENTE COM RADIOGRAFIA DE TÓRAX NORMAL E NÃO FAZENDO USO DE INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA (IECA).

● 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); ou
● pacientes com dispneia crônica de provável etiologia pulmonar, após investigação inconclusiva na APS.
Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:
1. sinais e sintomas (tempo de evolução, atentar principalmente para anamnese e exame físico cardiológico e pneumológico);
2. tabagismo (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em maços-ano);
3. descrição/cópia em anexo de exame de imagem de tórax (RX de tórax), com data;
4. se presença de tosse: ● utiliza medicação anti-hipertensiva da classe dos inibidores da ECA (sim ou não). Se sim, qual;
5. Tratamentos já realizados ou em uso para o sintoma;

DPOC

1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

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.
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);
• 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).

Categoria mMRC	Descrição
0	Dispneia só com grandes esforços.
1	Dispneia se andar rápido ou subir colina.
2	Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade devido à falta de ar; ou quando caminha no plano, no próprio passo, para respirar.
3	Após andar menos de 100 metros ou alguns minutos no plano, para respirar.
4	Não sai de casa devido à dispneia.

ASMA

- não encaminhar pacientes para solicitar espirometria (exame liberado para ser solicitado na UBS)
- o manejo inicial da doença é na UBS
- encaminhar todos os pacientes com raio-x de tórax, hemograma e Imunoglobulina E

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:
● paciente em estágio 5 para tratamento da asma (figura 1); ou
● paciente em estágio 3 (figura 1) por mais de 6 meses, sem controle dos sintomas; ou
● asma lábil (crises que iniciam abruptamente e de forma grave, principalmente quando o paciente não consegue reconhecer sintomas iniciais da crise).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:
1. sinais e sintomas (descrever baseado nas últimas quatro semanas: frequência e intensidade das crises diurnas e noturnas – tabela 2, frequência de uso de beta-2 de curta ação por semana, limitação a atividade física devido à asma, sintomas associados à exposição ocupacional, outras alterações relevantes);
2. tratamento para asma profilático e de alívio (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. número de exacerbações com uso de corticoide oral no último ano;
4. quantidade de internações por asma no último ano;
5. descrição/cópia em anexo do raio-X de tórax, hemograma e Ig E, com data;

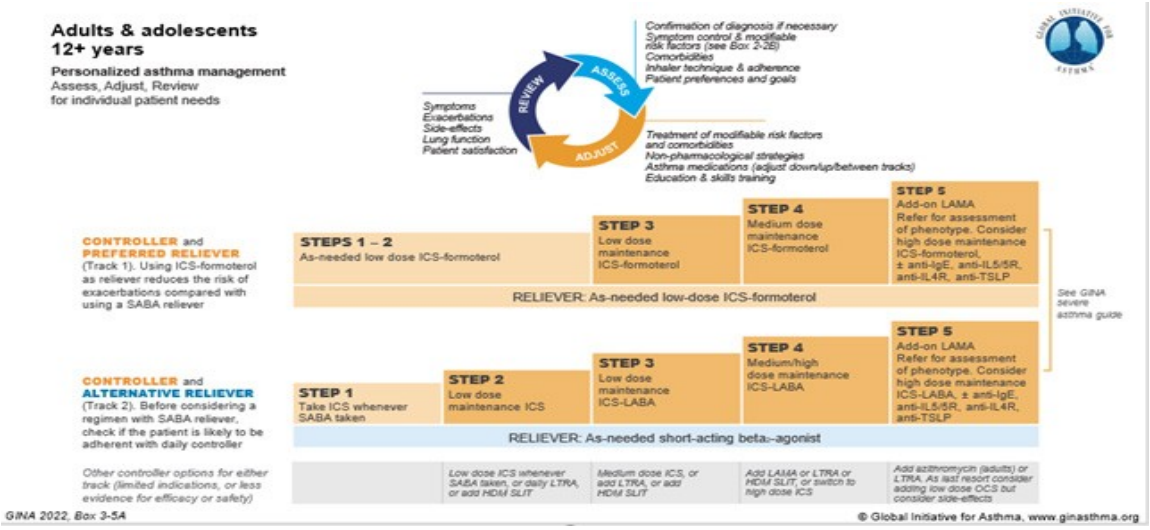


Figura 1

Tabela 2 - Critérios de controle da asma

Sintomas diurnos de asma no máximo 2 vezes por semana
Nenhum despertar noturno
Uso de medicação de resgate no máximo 2 vezes por semana (exceto para medicação de alívio antes de atividade física)
Nenhuma limitação de atividades pela asma