

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À OTORRINOLARINGOLOGIA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí - 2022
Versão I



Prefeitura
de Jundiaí



Organização e

Elaboração

Núcleo de Regulação da Saúde
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dra. Andrea Martins Gusson (Otorrinolaringologista)

Dra. Fabiana Petter Camillo (Assistente técnica em
saúde da criança e adolescente)

Dra. Paloma Pacheco (Médica Reguladora –
Departamento de Regulação da Saúde)

Dra. Patricia Ledo (Assistente técnica em saúde do
adulto e do idoso)

Diretora do Departamento de Regulação da Saúde - UGPS:

Fabiana Barrete de Alcântara



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
FLUXO DE ATENDIMENTO	5
PRIORIZAÇÃO	6
VERTIGEM/TONTURA	7
OBSTRUÇÃO NASAL	12
RINITE	14
RINOSSINUSITE	17
EPISTAXE	23
SÍNDROME DA APNEIA E HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAHOS)-	25
AMIGDALITES E FARINGITES	28
OTITES/OTALGIA	31
ZUMBIDO	36
PERDA AUDITIVA	38
DISFONIA	39
LARINGOMALÁCIA	41
CORPO ESTRANHO NASAL E OTOLÓGICO	43
PARALISIA FACIAL	44
ALTERAÇÃO NA FALA	47
CIDs	49
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXO I	54
ANEXO II	56
ANEXO III	58



APRESENTAÇÃO:

A **Atenção Básica** se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Para isso, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

O **Serviço Especializado** é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas e em função da própria resolutividade da atenção básica.

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

Regulação da Assistência à Saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos aos pacientes de maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, em tempo oportuno.

Para este ordenamento são necessárias informações mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

A oferta deste protocolo objetiva que, este seja mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica. Complementarmente, ele deve servir como filtro de encaminhamentos

desnecessários, priorizando o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos quando eles apresentem indicação clínica para tanto e



otimizando o uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia é reduzir o tempo de espera ao atendimento especializado, garantir o acompanhamento tanto pela especialidade quanto pela Atenção Básica, além de dar qualificação e resolutividade ao cuidado, com cada ponto de atenção atuando dentro de suas competências e responsabilidades.

FLUXO DE ATENDIMENTO

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico /generalista ESF, que deve constatar esta necessidade e fará o referenciamento deste paciente.
- Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.
- O paciente será agendado de acordo com a classificação de prioridade e disponibilidade de vagas da Central de Regulação.
- O paciente será acompanhado pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria unidade básica (UBS).



PRIORIZAÇÃO:

- **P 0 / Urgência:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar ao Pronto Socorro.
- **P1:** casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 21 dias);
- **P2:** Casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses;
- **P3:** Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente.



1. VERTIGEM/TONTURA

1.1 DEFINIÇÃO

Tontura: é um termo impreciso utilizado para descrever sensações como desmaios, visão turva, sensação de desequilíbrio ou instabilidade, sensação de flutuação ou cabeça vazia.

Vertigem: é uma falsa sensação de movimento próprio ou do ambiente, é percebido pelo paciente como movimento rotatório.

Os principais sistemas associados ao equilíbrio são: Sistema vestibular periférico (labirinto e VIII par craniano), Núcleos vestibulares no tronco encefálico e cerebelo, Visão, Propriocepção (receptores sensoriais periféricos localizados músculos, aponeuroses, tendões, ligamentos e articulações)

Portanto, a **alteração em qualquer um desses sistemas** pode levar à sensação de tontura e/ou vertigem referida pelo paciente.

1.2 QUADRO CLÍNICO

Vertigem Periférica:

- Sensação de vertigem é intensa,
- Geralmente de curta duração,
- Caráter rotatório,
- Sintomas neurovegetativos (náuseas/vômitos),
- Nistagmo horizontal espontâneo,
- Sintomas auditivos podem estar presentes (zumbido e/ou hipoacusia) e
- Alteração do equilíbrio corporal.

Pode ser desencadeada por movimentos de rotação cefálica (vertigem posicional paroxística benigna- VPPB - 17%), quadros virais (Neurite vestibular), descompensações metabólicas, cinetose, uso de medicamentos ototóxicos, trauma e enxaqueca.



Vertigem Central:

- Sensação de tontura é inespecífica,
- Geralmente caracterizada como desequilíbrio,
- Fraca intensidade
- Início insidioso,
- De longa duração (dias ou constante),
- Raramente com sintomas auditivos,
- Os nistagmos quando presentes são verticais ou oblíquos e pode vir acompanhada de outros sinais neurológicos (alteração de força motora, da marcha, déficits sensoriais, cefaleia, aura).

História clínica do paciente:

A anamnese do paciente é fundamental para **direcionar a suspeita** topográfica da tontura/vertigem e devem ser incluídos os seguintes questionamentos:

- Tipo de sintoma: se é tontura, desequilíbrio de marcha ou vertigem, quedas
- Duração das crises,
- Intensidade e frequência de aparecimento das crises,
- Fatores desencadeantes (movimento cefálico, alteração postural, estimulação ocular, estresse, ansiedade, alimentação),
- Fatores de melhora,
- Horário de aparecimento das crises, associação da crise a locais específicos (ambiente de trabalho, ambientes com muita gente, ambientes fechados)
- Fatores associados à crise (náusea, vômito, zumbido, hipoacusia/ouvido tampado, amaurose, fraqueza, cefaleia)
- Associação de sintomas neurológicos como parestesia, paresia, desmaio, perda de consciência ou história de doenças neurológicas como acidente vascular cerebral prévio, enxaqueca, traumatismo crânio encefálico prévio
- Presença de fatores como ansiedade, depressão e pânico,
- Qualidade do sono
- Presença de cervicalgia e dorsalgia



- Presença de doenças ou sintomas cardiovasculares
- Presença de alterações visuais
- Doenças coexistentes como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, hipercolesterolemia, alterações tireoidianas, sífilis, lúpus
- Medicamentos em uso
- Dieta e hábito alimentar (consumo de cafeína, açúcar, doces, carboidratos, jejum prolongado)
- Tabagismo, etilismo, consumo de drogas
- História recente de infecção viral
- História de otites ou cirurgia otológica prévia

1.3 DIAGNÓSTICO

- Otoscopia **deve ser realizada** de rotina nos pacientes com esta queixa para avaliação de cerume em conduto auditivo, otites, perfuração timpânica, otorréia e tumorações;
- Aferição de PA e ausculta cardíaca;
- Avaliação da marcha e equilíbrio;
- Pesquisa de nistagmo espontâneo (olhar em um ponto fixo e observar o movimento ocular) e do nistagmo semi-espontâneo (pedir para o paciente olhar para um objeto fixo colocado a 20° à esquerda e à direita).
- Avaliação neurológica do paciente com teste de força muscular e simetria, função cerebelar (teste index-nariz e diadococinesia) e avaliação de marcha

1.3.1 Exames laboratoriais

Alguns exames devem ser solicitados de rotina na avaliação do paciente com tontura/vertigem:

- Hemograma completo
- Glicemia em jejum/ Hb glicada
- Dosagem de triglicérides, colesterol total e frações
- Dosagem de TSH e T4 livre
- Sorologia de sífilis (VDRL)



1.4 TRATAMENTO:

Logo na primeira consulta, deve-se:

1. Orientar dieta com restrição de estimulantes (caféina, açúcares, sal e carboidrato), restrição da ingestão de bebidas alcoólicas, diminuição/ cessação do tabagismo e drogadição.
2. Orientar sobre higiene do sono e,
3. Em casos de paciente com queixas de cunho emocional importante, avaliar encaminhamento para equipe de psicologia/NASF.
4. Avaliar os exames laboratoriais e compensar clinicamente as alterações encontradas.

1.4.1 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO:

Nas **crises agudas** o tratamento farmacológico deve ser utilizado a fim de suprimir o sistema vestibular.

- Cinarizina 12,5mg ou 25mg de 8/8horas (preferível)

ou

- Clonazepam 0,25-0,5mg 12/12h (ótima supressão vestibular, mas usar com precaução pois pode retardar a compensação vestibular)

O uso dessas medicações não deve ser contínuo (máximo por 3 meses), já que nos quadros de labirintopatia periférica ocorre compensação da tontura pelo sistema vestibular central.

Tontura contínua com duração de meses ou anos provavelmente não é de causa periférica (labirinto) e merece melhor avaliação clínica!

1.5 VERTIGEM NO IDOSO

No paciente idoso **a causa é quase sempre multifatorial**, como doenças neurológicas, instabilidade cardiovascular, doença cerebrovascular, distúrbio músculo esquelético, problemas visuais, doenças metabólicas, hipotensão



postural, alteração de postura e marcha, perda auditiva, uso de múltiplos medicamentos e fatores psicológicos (depressão, ansiedade).

Geralmente a queixa tende a ser crônica, com duração de meses ou anos, muitas vezes diária, diminuindo a probabilidade de etiologia vestibular periférica. Portanto deve-se ter muito cuidado na prescrição de medicações para supressão vestibular de forma indiscriminada e lembrar que todas elas podem causar efeitos colaterais que no idoso podem ser exacerbados.

1.6 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

P0: Vertigem associada a sinais neurológicos **agudos** (alteração de força motora, diplopia, disartria, dismetria, ataxia, cefaléia intensa, suspeita de AVCI/AVCH);

P1: Vertigem aguda associada a surdez súbita uni ou bilateral (**sem cerume na otoscopia**);

- Vertigem de origem central (suspeita de tumores ou AVC prévio):
encaminhar para **NEUROLOGIA**;

- Sintoma (s) sugestivo (s) de neurite vestibular (ANEXO I)

P2: Suspeita de Síndrome de Ménière (ANEXO I);

- Vertigem Postural Paroxística Benigna (VPPB);

- Vertigem do idoso sem melhora após orientação e medicações prescritas na avaliação inicial;

- Vertigem associada a alterações metabólicas ou emocionais que não melhoram após estabilização e compensação clínica/laboratorial;



2. OBSTRUÇÃO NASAL

2.1 DEFINIÇÃO

A obstrução nasal é a sensação de diminuição na capacidade de inspirar ou expirar pelas fossas nasais, podendo ser uni ou bilateral, intermitente ou crônica.

É um sintoma e não um diagnóstico.

Pode vir associado a outros sintomas como: **rinorréia, hiposmia, epistaxe, prurido e dores.**

Além disso, pode acarretar sintomas sistêmicos como fadiga, baixo rendimento escolar, prejuízos nas atividades diurnas, anorexia, distúrbios do sono, irritabilidade, febre, perda de peso, entre outros.

Avaliar a queixa do paciente com **história detalhada, exame físico e exames complementares em casos específicos.**

Dentre as principais causas de obstrução nasal podemos citar:

- Rinites
- Hipertrofia de adenoide
- Desvio septal
- Infecção viral (IVAS) ou bacteriana (sinusite)
- Pólipo nasal
- Tumores nasais
- Corpo estranho
- Uso crônico de vasoconstritor tópico nasal

2.2 DIAGNÓSTICO

No exame físico é importante:

- A **avaliação facial** do paciente, para observar desvios na pirâmide nasal, assimetria nasal ou na face, observar estigmas de respirador oral crônico (face alongada, olheiras, boca entreaberta, lábio superior curto, projeção da arcada dentária superior), observar saída de secreção ou de massas intranasais.



- A **rinoscopia anterior** pode ser feita com o auxílio de otoscópio, com ele pode-se observar desvios anteriores no septo, massas intranasais, hipertrofia de mucosa nasal e sua coloração.

- Associar a realização de oroscopia e
- Palpação cervical em todo exame físico de queixas relacionadas à cabeça e pescoço.

Exame complementar fica limitado a realização de radiografias:

- **RX de cavum** deve ser solicitado nos casos de suspeita de massas em rinofaringe e reavaliado pelo médico da UBS antes de encaminhar para o especialista.
- A realização de **RX de seios da face** tem sensibilidade moderada e muitas vezes é mal interpretada, e por este motivo **NÃO deve ser solicitada na rotina** da atenção básica à saúde.

2.3 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P1: Obstrução nasal unilateral **persistente** associado a sangramento ou secreção purulenta **constante (suspeita de tumor ou corpo estranho)**;

P2: Obstrução nasal crônica unilateral ou bilateral (sem sinais de alarme): suspeita de desvio de septo, pólipos nasais, hipertrofia de adenóide, trauma nasal prévio;

P3: Obstrução nasal secundária a rinite sem resolução com o tratamento estipulado no protocolo



3. RINITE

3.1 DEFINIÇÃO:

Rinite é a inflamação ou disfunção de mucosa nasal caracterizada por sintomas :

- Prurido (nasal, ocular, faríngeo e/ou otológico)
- Espirros em salva
- Coriza hialina
- Obstrução nasal
- Eventualmente epistaxe devido à friabilidade da mucosa e trauma por coçar.

A congestão nasal grave interfere com a aeração e drenagem dos seios paranasais e da tuba auditiva podendo desencadear quadros de cefaléia, otalgia e/ou hipoacusia.

3.2 CLASSIFICAÇÃO:

Quanto prejuízo na qualidade de vida:

- Leve: sintomas não interferem no sono, trabalho, escola, esporte e atividades diárias.
- Moderada/severa: sintomas acabam por atrapalhar a qualidade de vida do paciente sendo considerados perturbadores.

Quanto à frequência dos sintomas:

- Intermitente: sintomas estão presente em menos de 4 dias/semana ou em menos de 4 semanas/ano
- Persistente: sintomas por mais de 4 dias/semana ou mais de 4 semanas/ano. Geralmente associado a alérgenos domésticos ou ocupacionais

3.3 DIAGNÓSTICO:

Avaliar e caracterizar os sintomas:

- Presença dos sintomas (PECO)
- Intensidade (+/++/+++/++++)
- Frequência



- Fatores desencadeantes (higiene ambiental, ocupacional, tabagismo)
- Medicamentos em uso

Presença de comorbidades (otites, sinusites) e outras doenças alérgicas (asma, eczema atópico, conjuntivite atópica).

O diagnóstico é baseado principalmente na **história do paciente e exame físico**.

A avaliação da cavidade nasal para avaliação da característica da mucosa nasal (edema, palidez).

Não sendo necessário a realização de exames laboratoriais ou de imagem na rotina, exceto radiografia de cavum **se suspeita de hipertrofia de adenoide associada ao quadro**.

A radiografia de seios da face **não** tem valor no diagnóstico de rinite e não deve ser solicitado de rotina

Alterações dentárias são comuns nos pacientes alérgicos, pois devido à respiração oral apresentam palato ogival, assoalho nasal curto, mordida aberta e cruzada

Na faixa etária pediátrica é sempre importante a diferenciação com quadros infecciosos já que a rinite alérgica desencadeada por aeroalérgenos é pouco observada até os 4 anos de idade.

3.4 TRATAMENTO:

O tratamento da rinite alérgica deve englobar terapia não farmacológica e farmacológica.

Medida não farmacológica: (**associada** ao início do tratamento farmacológico)

- Orientar higiene ambiental.

Medida farmacológica:

-

Lavagem nasal diária usando solução salina (SF 0,9%) pelo menos 2x/dia,



- Anti Histamínico (Loratadina 1 mg/ml - 2 a 6 anos 2,5 mg/dia, 6 a 12 anos 5 mg/dia ou 10 mg acima 12 anos 1x/dia por 4 semanas) e
- Corticoide nasal (Budesonida 32mcg) - 1 puff em cada narina de 12/12h por 8 semanas.

Reavaliar após 8 semanas:

Se melhora:

- Manter higiene ambiental,
- Lavagem nasal e
- Corticoide nasal 1x/dia por até 12 semanas.

Se não houver melhora:

- Revisar a higiene ambiental e adesão ao tratamento, manter tratamento por 4 semanas e reavaliar após.

Se após este período apresentar melhora da queixa deve-se manter em seguimento na APS com dose de manutenção de corticoide nasal e lavagem nasal diária.

IMPORTANTE:

O uso de **vasoconstritor nasal tópico ou sistêmico deve ser evitado** no tratamento da rinite, principalmente em crianças, idosos e gestantes, já que não levam a uma melhora do processo inflamatório nasossinusal.

O **uso de corticoides sistêmicos não está indicado** para o controle de casos de rinite alérgica e deve ser evitado.

3.5 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

P1: Não se aplica

P2: Crianças com rinite moderada/severa, **sem fatores alérgicos** concomitantes encaminhar ao otorrino (P2),

OBS: Crianças **com fatores alérgicos concomitantes** (dermatite, alergia alimentar, asma) encaminhar para alergopediatria



P3: Crianças e adultos sem melhora do tratamento clínico otimizado realizado na atenção primária

4. RINOSSINUSITE

4.1 DEFINIÇÃO

A rinossinusite é definida como inflamação do nariz e dos seios paranasais, caracterizada por dois ou mais sintomas:

- Um dos quais deve ser obrigatoriamente a **obstrução/congestão nasal e/ou descarga nasal** (gotejamento nasal anterior/posterior)
- Somados à pressão/dor facial, redução ou perda do olfato.

É classificada como:

- Aguda: duração inferior a 4 semanas,
- Subaguda: duração de 4 semanas a 12 semanas e
- Crônica: duração de mais de 12 semanas.

A **rinossinusite viral aguda/resfriado** comum é definida como presença de sintomas descritos acima por menos de dez dias.

A **rinossinusite bacteriana** é definida como piora dos sintomas após cinco dias (dupla piora) ou sintomas persistentes após dez dias com menos de 12 semanas de duração

4.2 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico baseando-se nos sintomas e tempo de duração do quadro. Os principais sintomas descritos são:



- Obstrução/ congestão nasal e/ou Descarga nasal anterior ou posterior (obrigatoriamente)
- Dor na face
- Hiposmia/ anosmia
- Irritação faríngea, dor de garganta,
- Dor em arcada dentária superior
- Disfonia
- Tosse
- Mal-estar e febre

Nota: Não há necessidade de realização de RX de Seios da Face.

4.3 TRATAMENTO:

RINOSSINUSITE AGUDA:

Tratar inicialmente os sintomas principais do paciente:

- Dor (analgesia/AINH),
- Obstrução nasal (descongestionante oral ou tópico -exceto crianças e idosos),
- Secreção (lavagem nasal com solução salina)

NOTA:

Antibióticos não estão indicados nos casos de rinossinusites virais, pois não alteram o curso da doença; nunca devem ser indicados como tratamento sintomático, evitando-se seu uso indiscriminado, o que pode contribuir para o aumento de resistência bacteriana. Observar os sintomas, a sua evolução e duração antes de prescrever antibióticos, a maioria dos casos tem resolução espontânea mesmo sem uso deles.

O corticoide tópico no quadro viral agudo (resfriado comum) tem pouca recomendação de uso, mas é melhor indicado naqueles pacientes com suspeita de rinossinusite bacteriana já instalada (budesonida 32mcg 1 puff de 12/12h).

[Digite texto]



O corticoide oral, apesar de trazer melhora nos sintomas iniciais, deve ser evitado.

Os Anti histamínicos devem ser evitados pois podem diminuir o clearance mucociliar dificultando a drenagem da secreção.

RINOSSINUSITE BACTERIANA:

Pacientes com sintomas de rinorreia purulenta, prostração, sinais de toxemia, febre, que geralmente persistem com sintomas intensos após o 10º dia mesmo após uso das medidas adjuvantes. Antibióticos devem ser priorizados.

- Amoxicilina é o antibiótico de primeira escolha para o tratamento da rinossinusite aguda bacteriana (1,5g/dia por 10-14 dias em adultos e 45-90mg/kg/dia para crianças)
- Amoxicilina com clavulanato também é uma opção para o tratamento inicial em pacientes que tenham feito uso recente de antibiótico (1,5g/250mg/dia por 10-14 dias para adultos e 45-90mg/kg/dia para crianças).
- No caso de pacientes alérgicos à penicilina uma opção é o uso de claritromicina 500mg 12h/12h por 7-10 dias nos adultos e 10-15mg/kg/dia 1 ou 2x ao dia por 7-10 dias em crianças.

NOTA: Casos de rinossinusite aguda devem ser conduzidos na atenção primária e devem ser encaminhados ao especialista somente se persistência dos sintomas após esgotadas as terapêuticas descritas acima, incluindo o uso de antibiótico por 10-14 dias.

**Tabela 2 - Rinossinusite aguda**

Antibióticos	Adultos	Crianças
Amoxicilina	1.5- 4 g/dia c/ 8 ou 12h	45-90 mg/kg/dia
Amoxicilina + inibidor de beta lactamase	1.5- 4g / 250 mg/ dia c/ 8 ou 12h	45-90 mg/6.4 mg/ kg/dia
Cefalosporinas de 2a geração	500 mg-1g /dia c/ 12h	15-30 mg/kg/dia
Macrolídeos	500 mg /dia c/ 12 ou 24h	10-15 mg/kg/dia- 1x ou 2x dia
Sulfametaxazol-trime-toprima	1600 mg + 320mg /dia c/ 12h	30 mg/kg + 6 mg/ kg/dia
Doxiciclina	200 mg /dia c/12h, 1o dia, após 100 mg c/24h	
Ceftriaxona	1 g/dia / 5dias c/ 24h	50 mg/kg/dia / 5dias
Levofloxacino	500 mg /dia c/ 24h	
Moxifloxacino	400 mg /dia c/24h	
Gemifloxacino	320 mg c/ 24h	



RINOSSINUSITE CRÔNICA:

De uma forma geral nos pacientes com rinossinusite crônica, devido ao processo inflamatório associado aos quadros, o tratamento tópico é o que tem melhor evidência científica e clínica para o controle do quadro

1. Utilizar:

- Irrigação de alto volume com solução salina +
- Budesonida 32mcg- 2 puff em cada narina de 12/12h por 6 meses.

2. Um ciclo curto de corticoide oral pode ser utilizado nos pacientes com sintomas importantes, diminuindo assim o desconforto :

- Prednisona 20mg - 2cp vo 1 vez ao dia por 5 dia, depois 1cp vo 1 vez ao dia por 5 dias e depois ½ cp vo 1 vez ao dia por 5 dias.

Obs: O uso de antibióticos não é de recomendação frequente, inclusive estudos mostram que o biofilme bacteriano pode estabilizar o processo inflamatório evitando piora do quadro.

4.4 ENCAMINHAMENTO À ESPECIALIDADE:

Os pacientes com **rinossinusite crônica** podem iniciar o tratamento descrito acima na atenção primária, mas devem ser encaminhados para avaliação com o especialista (**P2**).

IMPORTANTE: Uma opção para o uso de solução salina nas irrigações de alto volume é o uso de soro alcalino feito em domicílio:

ÁGUA FILTRADA E FERVIDA 250ML + 1 COLHER DE CHÁ (RASA) DE SAL MARINHO + 1 COLHER DE CHÁ (RASA) DE BICARBONATO DE SÓDIO

4.5 COMPLICAÇÕES DA RINOSSINUSITE:

[Digite texto]



Nos quadros agudos as complicações acometem principalmente as crianças e nos casos crônicos os adultos, sendo mais frequente nos pacientes com rinosinusite crônica associada a pólipos. Podem ser orbitopalpebrais, ósseas e intracranianas. A maior parte é originária da infecção do seio etmoidal. As vias de disseminação são por contiguidade, erosões ósseas, veias diploicas (sem válvulas) ou hematogênicas. Sendo elas:

- Celulite periorbital (edema palpebral sem qualquer limitação dos movimentos oculares, nem prejuízo da acuidade visual)

- Abscesso subperiosteal (edema palpebral, quemose, proptose não-axial além de inflamação da conjuntiva, dor e restrição da motilidade ocular)

- Abscesso orbital (a exoftalmia é irreduzível, dolorosa, com quemose importante, oftalmoplegia completa e diminuição significativa da acuidade visual

- Trombose de seio cavernoso (propagação da infecção ao longo do canal óptico ou por via venosa, pode provocar cegueira com abolição do reflexo fotomotor, acometimento bilateral, oftalmoplegia)

- Meningite

- Abscesso extradural, subdural e cerebral

- Osteomielite

ENCAMINHAMENTO: TODOS os casos de suspeita de complicação devem ser encaminhados ao PRONTO-SOCORRO- P0

4.6 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P0: Rinosinusite aguda com sinais de toxemia, complicação orbitária (edema, proptose, alteração visual, alteração motora), sinais neurológicos/meníngeos

[Digite texto]



P1: Pacientes que tiveram alta hospitalar após episódio de complicação de RSA se possível encaminhar com resumo de alta)

P2: - Rinossinusite aguda refratária ao tratamento

- Rinossinusite crônica

5. EPISTAXE

5.1 DEFINIÇÃO

É o sangramento nasal que pode ser anterior (maioria dos casos) ou posterior, apenas 6% dos pacientes com epistaxe necessitam de avaliação ou intervenção especializada.

Os quadros de sangramento anterior são originários da porção anterior do septo nasal correspondem a cerca de 90% dos quadros de epistaxe e são de fácil controle com a compressão local.

Os quadros de sangramento posterior são de difícil manejo, apresentam um sangramento mais volumoso e necessitam de intervenções mais específicas como o tamponamento e até procedimentos cirúrgicos.

As principais causas de epistaxe são:

- Trauma digital local ou trauma na face/nariz
- Alterações anatômicas (desvio septal, perfuração septal)
- Inflamatório (rinites, sinusites)
- Tumores nasais (nasoangiofibroma)
- Doenças granulomatosas
- Metabólicas (insuficiência hepática, insuficiência renal)
- Hematológicas (hemofilia, leucemia, Von Willebrand, Osler-Weber-Rendu)
- Alteração vascular (ICC, hipertensão)
- Alcoolismo, drogadição
- Medicamentoso (vasoconstritores, anticoagulantes, corticóide nasal, AINEs)
- Baixa umidade (nos meses mais secos é comum o aumento das queixas)

5.2 DIAGNÓSTICO

[Digite texto]



Diante de um paciente com história de sangramento nasal recente ou com sangramento ativo no momento da consulta, a primeira medida é a avaliação da permeabilidade de vias aéreas e da estabilidade hemodinâmica, se necessário encaminhar o paciente para uma unidade de urgência/emergência- P0

Na história questionar lateralidade e frequência de sangramento. São importantes os antecedentes pessoais, incluindo histórias de hipertensão arterial sistêmica, uso de medicamentos, doenças metabólicas e coagulopatias.

No exame físico avaliar a rinoscopia anterior observando a permeabilidade nasal, presença de massas, tumores ou alterações septais.

Os antecedentes familiares de epistaxes ou sangramentos recorrentes sugerem a presença de coagulopatias e podem determinar a avaliação da equipe de hematologia.

Investigar exames de função hepática e renal, alterações na contagem de plaquetas e coagulograma, não há necessidade de realizar exames de imagem na UBS.

Os **sangramentos posteriores**, por serem mais graves, necessitam de passagem de tampão posterior e internação hospitalar por no mínimo 24h. Casos que tiveram alta no mesmo dia provavelmente foram após passagem de tampão anterior e portanto de menor gravidade.

5.3 TRATAMENTO

Na avaliação inicial sempre orientar:

- Lavagem nasal com solução salina (SF 0,9%) 2-3 vezes ao dia,
- Umidificação do ambiente nos períodos de seca,
- Tratar a rinite caso o paciente apresente sintomas sugestivos.

IMPORTANTE: Nos casos de pacientes com epistaxe associado a alterações metabólicas e pressóricas, deve-se fazer a compensação clínica do paciente na APS, ou se necessário encaminhar para avaliação com hematologista na suspeita de coagulopatias.

Na persistência do quadro, mesmo após compensação clínica e realização das orientações acima, encaminhar para avaliação com otorrinolaringologista.



5.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P0: Sangramento **ativo** volumoso sem controle com medidas de compressão nasal, em pacientes idosos, hipertensos descontrolados, com história de coagulopatias e sinais de descompensação hemodinâmica.

P1: Pacientes com história de sangramento frequente associados a **massas intranasais visíveis** à rinoscopia anterior ou com sinais de deformidade nasal/facial ou com história de **tamponamento posterior** prévio com necessidade de internação por mais de 24h

P2: Pacientes com história de epistaxe frequente ou esporádica associada a história de rinite alérgica, trauma digital local, uso de medicação nasal tópica nasal, associadas a mudanças climáticas, drogadição, uso de anticoagulantes.

6. SÍNDROME DA APNEIA E HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAHOS)

6.1 DEFINIÇÃO:

A síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS) caracteriza-se por episódios de obstrução parcial ou total da via aérea superior durante o sono, ocasionando dessaturação da oxi-hemoglobina e fragmentação do sono. Ocorre mais no sexo masculino principalmente na quarta e quinta década de vida.

Como consequência dessa ineficiência do sono o paciente apresenta graus variáveis de sonolência diurna, aumentando risco de acidentes; além de alterações sistêmicas (hipertensão, arritmias, doenças tromboembólicas, depressão) que elevam a morbimortalidade desses pacientes.

A obesidade tem se mostrado o principal fator associado com a ocorrência e a gravidade do SAHOS. Além da obesidade, as alterações anatômicas no esqueleto facial, na arcada dentária, na via aérea superior e cervical contribuem para a fisiopatologia do quadro.



6.2 QUADRO CLÍNICO:

Os principais sintomas são: ronco entrecortado por períodos de pausas respiratórias, engasgos, sufocação, insônia, nocturia, sonolência diurna excessiva, diminuição na concentração, déficit de atenção, mudanças de humor, cefaléia matinal.

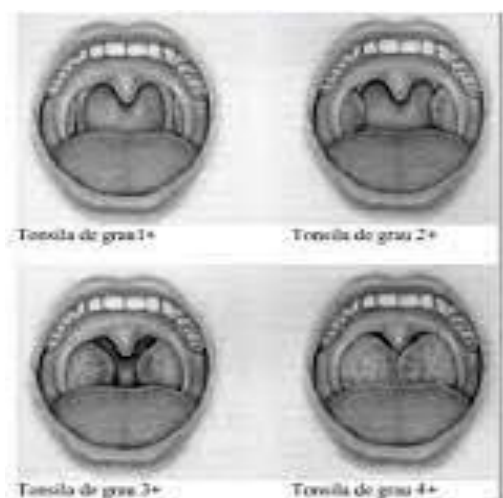
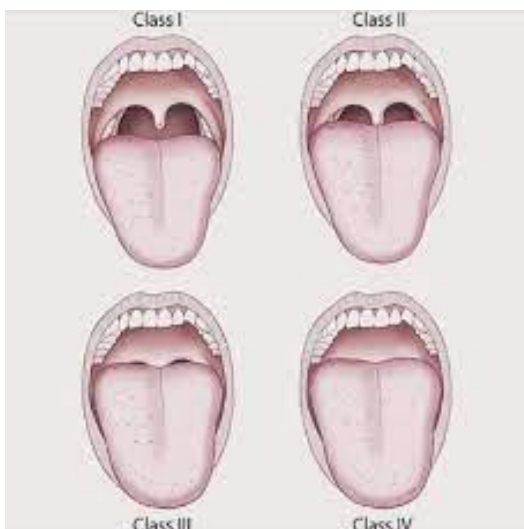
É importante caracterizar o grau da sonolência (se há prejuízo nas atividades diárias) e presença de comorbidades.

6.3 DIAGNÓSTICO

No exame físico avaliar índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal e cervical, alterações no esqueleto facial, oroscopia e rinoscopia anterior.

PRINCIPAIS ACHADOS NO PACIENTE COM APNEIA DO SONO:

- IMC \geq 30
- Circunferência cervical: homem > 43cm, mulher > 38cm
- Circunferência abdominal: homem > 95cm, mulher > 85cm
- Mallampati modificado graus III e IV
- Hipertrofia de amígdala palatina graus III e IV
- Presença de palato ogival





6.4 TRATAMENTO

Como medidas gerais orientar o **decúbito lateral e elevação da cabeceira em 30-60°**, evitando o decúbito dorsal

Pacientes com **sobrepeso, obesidade grau I e obesidade grau II** sem comorbidades devem ser acompanhados na Unidade Básica de Saúde com apoio da equipe de nutrição do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) para medidas de perda ponderal.

6.5 ENCAMINHAMENTOS:

- Pacientes que apresentem $IMC > 35$ com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose) OU $IMC > 40$ com ou sem comorbidades e suspeita de obesidade secundária (causada por distúrbio endocrinológico) devem ser encaminhados ao endocrinologista.
- Pacientes com suspeita de alterações anatômicas de via aérea superior (desvio septal, hipertrofia de amígdala palatina, hipertrofia de conchas nasais, pólipos nasais) devem ser encaminhados para avaliação com otorrinolaringologia.

6.6 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P1 Não se aplica

P2 OTORRINO: Se suspeita de apneia associado a alterações anatômicas faciais e de via aérea superior

P2 PNEUMO: Se suspeita de apneia sem a presença de alterações anatômicas faciais ou de via aérea superior

7. AMIGDALITES E FARINGITES:

7.1 DEFINIÇÃO:

As faringotonsilites são processos inflamatórios/ infecciosos que se desenvolvem nas amígdalas, faringe posterior e palato mole.

A faringotonsilite infecciosa é a mais frequente causa de infecção de via aérea superior, sua maior incidência é na faixa etária pediátrica, pode ter como

[Digite texto]



agente causal bactérias, vírus e fungos.

As **faringotonsilites virais correspondem a 75%** das causas, sendo o principal agente o adenovírus, rinovírus, influenza, parainfluenza e coronavírus.

A faringotonsilite bacteriana tem como seu principal agente o *Streptococcus pyogenes* do grupo A, além do *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Mycoplasma*, *Chlamydia*. Esses quadros correspondem a 20-40% dos casos, com pico de incidência de 5 a 10 anos.

7.2 QUADRO CLÍNICO:

Nos **quadros virais** o paciente apresenta quadro clínico menos intenso, com febre geralmente mais baixa, mialgia, coriza, sem sinais toxemia; no exame físico apresenta eritema de faringe e amígdalas, podendo apresentar exsudato catarral nas amígdalas e faringe. Um exemplo clássico de amigdalite viral com exsudato é a mononucleose causada pelo vírus Epstein Barr.

Nas **infecções bacterianas** o quadro clínico tende a ser mais exuberante com dor intensa, odinofagia, febre alta, calafrios, queda do estado geral, aumento no volume das amígdalas que apresentam exsudato purulento e em 60% dos casos aumento do volume dos linfonodos na cadeia jugulo-digástrica, com ausência de sintomas nasais ou laringo-traqueal associado.

IMPORTANTE:

Considera-se **amigdalite de repetição** (critérios de Paradise):

- **Sete episódios em um ano**
- **Cinco episódios por ano, em dois anos consecutivos**
- **Três ou mais episódios por ano, em 3 anos consecutivos**

Sendo que cada episódio deve apresentar pelo menos uma das seguintes características: temperatura maior ou igual a 38,3°C, linfadenomegalia cervical maior que 2cm, exsudato amigdaliano, tratamento com antibiótico com cobertura para estreptococo

O **abscesso periamigdaliano** é uma complicação dos quadros de faringoamigdalites e é caracterizado por um edema unilateral dos tecidos localizados no pólo superior da amígdala que acaba por deslocar a úvula, causa

[Digite texto]



trismo, quadro toxêmico importante, odinofagia, sialorréia. Geralmente cursa com necessidade de drenagem local e internação para antibioticoterapia endovenosa, sendo portanto necessário **encaminhamento para pronto socorro (P0) no momento do diagnóstico.**

7.3 TRATAMENTO:

Vale ressaltar a importância do tratamento correto para evitar as complicações do quadro.

Na **avaliação inicial** orientar a hidratação oral, umidificar o ambiente nos climas secos, orientar tratamento de rinite alérgica (se queixa presente).

Nos **quadros virais** o tratamento é de suporte com aumento da ingestão de líquidos, analgésicos e antitérmicos

Nas **infecções bacterianas**, a penicilina e seus derivados são a primeira escolha podendo ser substituída nos pacientes alérgicos por macrolídeos, cefalosporinas e clindamicina.

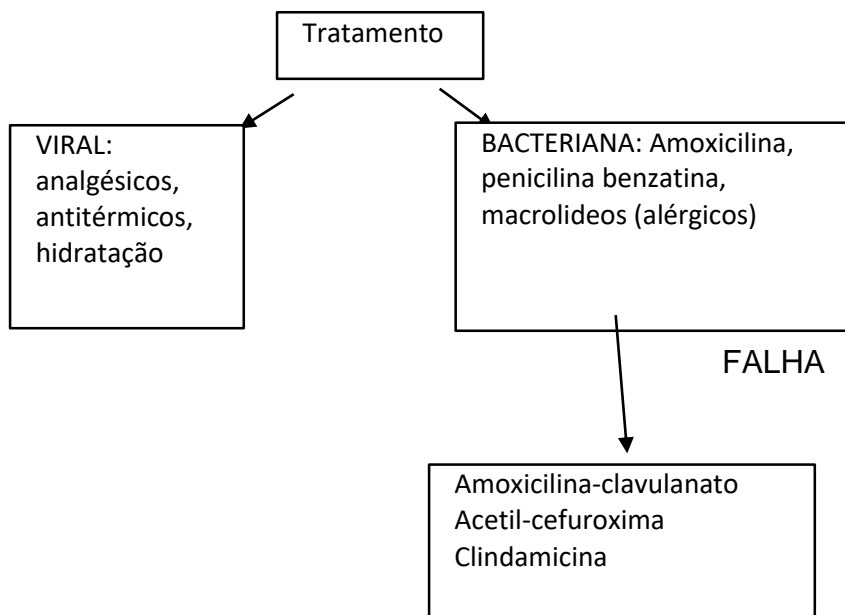
- Penicilina Benzatina <27 kg: 600.000 IM, dose única; >27kg: 1.200.000UI IM, dose única

- Amoxicilina na dose de 50 mg/kg/dia dividida em 3 doses VO, por 10 dias. Lembrar que o tratamento com esta droga por 7 dias pode não ser efetiva na prevenção primária de febre reumática, por não erradicar o *S. pyogenes* da orofaringe

- Em caso de alergias a penicilinas pode-se usar: Claritromicina (15 mg/kg/dia, dividida em 2 tomadas VO, máximo de 500mg/ dose) ou Eritromicina (40mg/Kg/dia dividida em 2 doses VO por 10 dias) ou Clindamicina: 20mg/Kg/dia dividido em 3 tomadas VO, 10 dias

Dentre os **processos inflamatórios e não infecciosos**, deve-se destacar os quadros secundários:

- Refluxo laringofaríngeo, muito comum em adultos;
- Respiradores orais que irão apresentar ressecamento da mucosa com conseqüente desconforto faríngeo. É importante investigar hipertrofia de adenoide e sintomas de rinite
- Presença de caseum. Nesses casos orientar a limpeza local e gargarejos com soluções bucais sem álcool



7.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P0: abscesso periamigdaliano (sinais de toxemia, febre, odinofagia importante, abaulamento da região superior da amígdala acometida que desloca a amígdala em direção à linha média, irradiação da dor para a orelha, pode apresentar trismo e alteração da voz)

P1: paciente **pós** alta por episódio de abscesso periamigdaliano prévio (houve drenagem? Internação?)- se possível encaminhar com resumo de alta

Disfagia/odinofagia orofaríngea em paciente com história de tabagismo e etilismo com alto risco para neoplasia.

P2: paciente com amigdalites bacterianas de repetição (>7/ano ou >5 episódios/ano por 2 anos consecutivos).

P3: paciente com queixa de faringite associada a sintomas de refluxo, obstrução nasal – avaliação inicial em UBS tratando queixas associadas.

- Paciente com queixa de caseum – orientação em UBS de limpeza e gargarejos com soluções bucais sem álcool

8. OTITES/OTALGIAS



8.1 DEFINIÇÃO:

De forma geral as otites podem ser classificadas em:

- Otite externa: que acomete as estruturas do conduto auditivo e pavilhão auricular;
- Otite média: que acomete a orelha média, mastóide, ápice petroso e células perilabirínticas.

Podem ser de origem infecciosa ou inflamatória e geralmente cursam com otalgia e alteração auditiva.

8.2 QUADRO CLÍNICO

8.2.1 Otite externa

A otite externa é uma inflamação difusa da pele da orelha externa que se acompanha de: dor intensa, edema, hiperemia, secreção, descamação e, muitas vezes, diminuição da acuidade auditiva, na ausência de alteração de membrana timpânica. Um sinal muito característico da otite externa é a dor que o paciente refere à **compressão do tragus**, o que pode ser útil no diferencial com otite média.

Os principais fatores desencadeantes são:

- Cerume impactado
- Traumatismos
- Exposição à água (80% dos casos ocorre no verão)
- Presença de corpo estranho
- Doenças dermatológicas

O principal agente causador é a *Pseudomonas* (mais de 60%). Sempre orientar a proteção otológica para **evitar contato com água!!!**

8.2.2 Otite média:

I- Secretora: presença de secreção mucóide em orelha média, com presença de membrana timpânica íntegra e sem sinais de infecção. É mais frequente em menores de 5 anos.

Os principais fatores associados ao quadro são: disfunção tubárea, tuba auditiva horizontalizada nas crianças, imunodeficiência, alergias, aleitamento materno, hipertrofia de adenoide, refluxo gastroesofágico, infecções de vias

[Digite texto]



aéreas superiores, otite média aguda, malformação facial, creches/escolas, poluição e tabagismo passivo.

A maioria dos pacientes são assintomáticos em relação a dor e as queixas geralmente ocorrem quando os pais referem dificuldade da criança em escutar a TV, falta de atenção, dificuldade escolar, atraso no desenvolvimento da fala, estalos nas orelhas, irritação e manipulação constante das orelhas.

No exame otoscópico visualiza-se líquido claro (âmbar) ou mucóide (glue ear) retrotimpantal, hiperemia de membrana timpânica sem abaulamento, nível hidroaéreo, bolhas de ar retrotimpânicas.

O paciente apresenta-se em bom estado geral, afebril, sem prostração ou sinais de toxemia.

II- Média aguda: inflamação da orelha média que corresponde à otopatia mais frequente na criança e apresenta dois picos de incidência, dos 6-24 meses e de 4-7 anos.

Geralmente é precedida por infecção de via aérea superior, sendo mais comum nos meses de inverno.

Os principais fatores de risco associados são os mesmos da otite média secretora.

Caracteriza-se por dor intensa e exsudação mucóide da orelha média, hiperemia de membrana timpânica, abaulamento da membrana, podendo ocorrer febre e sinais de toxemia.

Durante sua evolução pode cursar com otite média supurada (presença de exsudação/otorreia com alívio da dor), otite média secretora (regressão do quadro) e otite média crônica se a perfuração manter-se por mais de 3 meses. Nos casos de otite média aguda com supuração, onde a otorreia se mantém por mais de 4 semanas, deve-se encaminhar com prioridade para avaliação com especialista para tentar evitar a evolução para otite média crônica.

III- Média crônica: condição inflamatória de orelha média associada com perfuração timpânica com duração maior que 3 meses podendo vir associada ou não a otorreia.

É secundária principalmente a dois fatores: otite média aguda supurada recorrente ou diminuição da ventilação em orelha média levando a retração de membrana timpânica e conseqüentemente sua perfuração. Geralmente não

[Digite texto]



curso com dor, mesmo nos quadros onde a otorreia está presente (processo inflamatório crônico). A queixa de perda auditiva e otorreia intermitente/persistente são as mais comuns nesses pacientes.

8.3 TRATAMENTO

8.3.1 OTITE EXTERNA:

- **Sempre orientar a proteção otológica**, evitando deixar entrar água na orelha acometida.
- Para o **tratamento medicamentoso** deve-se utilizar gotas tópicas como escolha principal.
- Dentre os **antibióticos tópicos** os de menor custo e de alta eficiência tem-se os aminoglicosídeos (neomicina), porém devem ser evitados em perfurações timpânicas devido a ototoxicidade.
- Os antibióticos tópicos à base de ciprofloxacino são a escolha mais indicada, inclusive nos pacientes com perfuração timpânica.
- Geralmente esses antibióticos tópicos são comercializados em apresentações associadas a corticoides e anestésicos tópicos, aliviando rapidamente a dor.
- A prescrição de analgésicos via oral e compressas quentes ajudam na melhora dos sintomas e podem ser prescritas conjuntamente.

Obs: O uso de antibiótico sistêmico raramente é necessário, sendo indicado em casos com manifestações sistêmicas, infecções disseminadas ao redor do CAE como celulite auricular ou facial, linfadenite cervical ou parotídea, acometimento do pavilhão auricular ou otalgia muito intensa.

8.3.2 OTITE MÉDIA SECRETORA:

O tratamento clínico baseia-se principalmente no uso de **corticoides orais e nasais** para resolução do quadro inflamatório a curto prazo:

Prednisolona 3 mg/ml - 0,4 ml/kg/dia por dias, depois 0,2 ml/kg/dia por 5 dias e finalmente 0,1ml/kg dia por 5 dias. ou prednisona 20mg: 2cp vo 1 vez ao dia por 5 dias, depois 1 cp vo 1 vez ao dia por 5 dias e finalmente ½ cp vo 1 vez ao dia por 5 dias) + Budesonida 32mcg 1 jato em cada narina de 12/12 horas por 2 meses.

[Digite texto]



Obs:

1. Alguns autores preconizam o uso de antibiótico (mesmo esquema da otite média aguda) porém com resultados de pouco valor a longo prazo.
2. Reavaliar paciente após tratamento, na persistência do quadro ou no caso de episódios recorrentes encaminhar para avaliação especializada.
3. Lembrando que na regressão da otite média aguda o quadro de efusão na orelha média pode durar até 3 meses.

8.3.3 OTITE MÉDIA AGUDA: A história natural das OMAs não-graves demonstra que a cura desta afecção ocorre independentemente do uso de antibióticos.

O tratamento recomendado para casos não complicados é a Amoxicilina (45-90 mg/Kg/dia dividida em duas ou três doses, por 10 dias). A Academia Americana de Pediatria recomenda o uso de doses de 90 mg/Kg/dia de amoxicilina, associada ou não ao clavulanato de potássio.

Nos casos de alergia à penicilina: Claritromicina (15mg/Kg peso/día) por 10 dias.

Em caso de perfuração é extremamente importante **orientar a NÃO deixar entrar água na orelha.**

Na recorrência (3 episódios ou mais em 6 meses) do quadro e/ou presença de perfuração timpânica por mais de 3 meses encaminhar para avaliação com especialista.

8.3.4 OTITE MÉDIA CRÔNICA: O ideal para estes pacientes é manter um bom funcionamento nasal e evitar a entrada de água no conduto auditivo. Em casos de otorreia prescrever **gotas tópicas de antibiótico (preferencialmente ciprofloxacino)**.

Encaminhar para avaliação com especialista.

OBS: Em todos os casos de otorreia abundante onde será necessário o uso de antibiótico tópico, pode-se prescrever o uso de:

- ÁGUA OXIGENADA 10 VOLUMES pingar 3 gotas no conduto auditivo afetado, deixando agir por alguns segundos e posteriormente orientar retirada

[Digite texto]



do excesso do líquido com o auxílio de um chumaço de algodão (não usar cotonete). Logo após a retirada do excesso de líquido pode pingar o antibiótico tópico. Dessa forma o excesso de otorreia é removido e o antibiótico tópico tem melhor penetração no conduto auditivo.

8.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P0: emergência: Sinais de otite associado a sintomas de mastoidite (ABAULAMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DE PAVILHÃO AURICULAR), paralisia facial ou sinais de meningite

P1: Otite aguda ou crônica associada a vertigem súbita de início concomitante ao quadro de otite;

-Paciente com **otite média aguda** que persiste com otorreia **após 4 semanas de tratamento** clínico com antibiótico oral ou tópico e proteção otológica (**exclui** pacientes com história prévia de perfuração timpânica ou otites de repetição);

P2: Otite (média ou externa) recorrente (>4 episódios/ano),
Otite média crônica (perfuração timpânica com ou sem otorrêia),
Otite associada à hipoacusia (**sem cerume**),
Otorrêia fétida crônica e persistente (colesteatoma?)

9. ZUMBIDO

9.1 DEFINIÇÃO:

O conceito de zumbido mais aceito atualmente é como sendo a sensação de som na ausência de estímulo sonoro externo.

Acomete 15-20% da população.

O zumbido pode ser gerado por estruturas para auditivas (musculatura, vascularização local, tuba auditiva patente) descrito como pulsátil ou rítmico; ou por estruturas do próprio sistema auditivo (origens otológicas, cardiovascular,

[Digite texto]



metabólica, neurológica, farmacológica, odontogênica ou psicogênica) gerando um zumbido mais contínuo, sem ritmo ou sensação pulsátil.

A perda auditiva está relacionada com o zumbido em 85 a 96% e somente 8 a 10% apresentam audição normal.

9.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA

Por se tratar de um sintoma, a história clínica deve ser detalhada. Alguns dados devem ser investigados:

- Localização (unilateral, bilateral ou na cabeça)
- Caracterização (apito, chiado, grave, agudo, pulsátil)
- Tempo de história
- Apresentação dos sintomas (insidioso, abrupto, após episódio de surdez súbita ou tontura, etc.)
- Fatores de melhora e piora
- Disacusia e/ou tontura associadas
- Doenças sistêmicas (hipertensão arterial, diabetes, hipertireoidismo ou hipotireoidismo, etc.)
- Medicamentos em uso (medicamentos que causam zumbido: salicilatos, ibuprofeno, naproxeno, furosemida, gentamicina, amicacina, estreptomicina, cisplatina, ciclofosfamida, metotrexate, propranolol, cloroquina)
- Tratamentos realizados previamente
- Hábitos alimentares (café, chá preto/mate, chocolate)
- Drogadição, tabagismo, etilismo
- Exposição a ruído ocupacional ou recreacional

9.3 EXAME FÍSICO E COMPLEMENTAR:

No exame físico avaliar a otoscopia do paciente.

Os exames laboratoriais de rotina na investigação de zumbido são:

- hemograma completo,
- sódio,
- potássio,
- uréia,

[Digite texto]



- creatinina,
- glicemia de jejum,
- colesterol total e frações,
- triglicérides,
- TSH, T4 livre e
- reações sorológicas para sífilis (VDRL).

Na presença de qualquer alteração metabólica compensar inicialmente na APS e reavaliar após 2 meses.

Na maioria dos casos, o zumbido está associado a perda auditiva secundária a exposição a ruído, envelhecimento ou uso de agentes ototóxicos, resultando em dano ou destruição de estruturas da cóclea e função anormal da orelha interna. Fatores extra auditivos podem piorar a intensidade e frequência de aparecimento do zumbido, devendo ser investigados e tratados corretamente.

Na persistência do zumbido após descartado e tratado fatores metabólicos, dietéticos e/ou farmacológicos encaminhar para avaliação com especialista.

9.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P2: Zumbido associados à exposição a ruído, associado a barotrauma, associado a alterações de vias aéreas superiores (IVAS, rinite, sinusite), associado a medicações ototóxicas;

Zumbido associado a alterações metabólicas, que permanecem mesmo após compensação clínica

Zumbido progressivo

10. PERDA AUDITIVA

10.1 DEFINIÇÃO:

Disacusia significa perda da capacidade auditiva, em caráter transitório ou definitivo, estacionário ou progressivo. Na maioria das vezes acompanha-se de zumbido. Podem ser do tipo condutivo, neurossensorial e mista.

[Digite texto]



10.2 DIAGNÓSTICO:

Sempre realizar a otoscopia para avaliação de patologias que possam ser tratadas clinicamente (rolha de cerume, otites), investigar hábitos diários (medicações em uso, exposição a ruído, tabagismo), presença e descompensação de comorbidades (DM/HAS), história familiar, fatores associados com a queixa, tempo de duração, uni ou bilateralidade e frequência/intensidade.

Após descartar rolha de cerume e processos inflamatórios/infecciosos agudos encaminhar para avaliação com otorrino para que o paciente seja avaliado quanto a possibilidade de encaminhamento para aparelho auditivo.

10.3 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P0- Perda auditiva súbita associada a sinais e sintomas neurológicos AGUDOS (cefaléia, diminuição da força motora, desequilíbrio incapacitante, alteração de pares cranianos)

P1- Perda auditiva súbita (**sem cerume em conduto auditivo**) SEM ASSOCIAÇÃO COM SINTOMAS NEUROLÓGICOS;

Perda auditiva súbita associado a vertigem

P2- Perda auditiva progressivos

Perda auditiva associada à exposição a ruído, associado a barotrauma, associado a alterações de vias aéreas superiores (IVAS, rinite, sinusite), associado a medicações ototóxicas

P3- Perda auditiva/zumbido associados a rolha de cerume

11. DISFONIA

11.1 DEFINIÇÃO:

Disfonia é toda e qualquer dificuldade na emissão vocal, manifesta-se por rouquidão ou outros defeitos da fonação caracterizadas por diversos padrões acústicos, localizações anatômicas e variadas etiologias laringeas e extra laringeas, sendo portanto apenas um sintoma e não uma doença.

[Digite texto]



Podem ser causadas por alterações anatômicas (laríngeas, torácicas, faciais), lesões laríngeas secundárias a abuso vocal ou tumores de laringe, refluxo laringofaríngeo, doenças neurológicas, alterações psicogênicas.

11.2 DIAGNÓSTICO:

- Avaliar hábitos dos pacientes (tabagismo, etilismo, alimentação),
- Abuso vocal (professor, cantores, pastores, crianças),
- Doenças pré existentes,
- Cirurgias prévias,
- Traumas cervicais,
- Avc prévio,
- Doenças neurológicas e
- Psiquiátricas.

No exame físico **sempre** avaliar a oroscopia e palpação cervical (pesquisa de massas e linfonodos).

Encaminhar para especialista de acordo com a classificação descrita adiante.

11.3 REFLUXO LARINGOFARÍNCEO

É desencadeado ou agravado por fatores que aumentam a pressão intra abdominal (esforço físico, obesidade, gravidez), por aumento da pressão intragástrica (alimentação volumosa associada a ingestão de líquidos) ou por relaxamento do esfíncter esofágico inferior (café, chocolate, fumo, teofilina, agentes alfa-adrenérgicos, progesterona).

Manifestações extra esofágicas ocorrem frequentemente e uma das regiões mais acometidas é a laringe/faringe, causando sintomas crônicos e intermitentes, na maioria das vezes sem associação com sintomas gastroesofágicos clássicos (azia, pirose).

Dentre os principais sintomas do refluxo laringofaríngeo temos: disfonia, irritação na garganta, tosse persistente, sensação de pigarro ou bola presa na garganta e engasgos.

[Digite texto]



Deve-se orientar dieta, hábito alimentar, elevação da cabeceira da cama e prescrever omeprazol 80mg/dia por 3 meses(40mg em jejum e 40 mg meia hora antes do jantar) e reavaliar após.

Se persistir os sintomas após tratamento e dieta o paciente deve ser encaminhado para a equipe de otorrinolaringologia.

ORIENTAÇÕES PARA EVITAR REFLUXO

- EVITAR ALIMENTOS: CAFÉ, CHOCOLATE, FRITURA, LEITE, COMIDAS APIMENTADAS, ÁLCOOL, BEBIDAS GASEIFICADAS
- EVITAR INGERIR LÍQUIDO JUNTO COM AS REFEIÇÕES
- EVITAR JANTAR TARDE E SEMPRE FAZER UMA DIETA MAIS LEVE NO JANTAR
- NÃO INGERIR LÍQUIDO ANTES DE DORMIR
- ELEVAR A CABECEIRA DA CAMA

11.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

P1: Disfonia associada a alto risco de neoplasia (**tabagista, etilista, com sintomas de odinofagia, perda de peso, linfonodos cervicais, massas cervicais**),

- Disfonia com duração **maior que 6 semanas sem causa identificável** (descartado refluxo e/ou história de abuso vocal);

- Disfonia associada a procedimento cirúrgico recente (pescoço, coluna e tórax);

P2: Disfonia associada a sintomas de refluxo laringo faríngeo que persiste **após tratamento e reavaliação em UBS** (tosse, globus faríngeo, disfonia intermitente, sensação de queimação);

- Disfonia secundário a abuso vocal



12. LARINGOMALÁCIA

12.1 DEFINIÇÃO:

A laringomalácia consiste no colabamento das estruturas supraglóticas durante a inspiração, ou seja, inabilidade da laringe em manter a sua permeabilidade durante os movimentos inspiratórios.

É a causa mais frequente de estridor inspiratório em lactentes e é a malformação congênita laríngea mais comum.

12.2 SINTOMAS:

- Estridor inspiratório que piora com agitação, choro, alimentação ou na posição supina, melhora quando a criança está em repouso e quando faz hiperextensão cervical.
- Engasgos,
- Cansaço ao mamar,
- Dificuldade de ganho de peso.
- Aparecem entre a primeira e a segunda semana de vida, com pico de incidência em 6 a 8 meses,
- Apresenta resolução (em 90% dos casos) até os 24 meses de idade.

Avaliar a história clínica, caracterizar as crises de estridor, os sintomas associados e os fatores de melhora.

Avaliar curva de crescimento e ponderal da criança, já que nos quadros mais graves há déficit nutricional.

Após avaliação inicial e caracterizando-se os sintomas descritos acima encaminhar para consulta com otorrinolaringologista na suspeita de laringomalácia, principalmente nos casos onde há prejuízo do crescimento ponderal da criança e ansiedade dos pais.

A maioria das crianças necessita apenas de observação e seguimento com a equipe de pediatria, uma vez que o quadro se resolve até os dois anos de idade em mais de 90% dos casos. Nesses casos o pediatra deve **tranquilizar os pais** em relação a benignidade do quadro e seu curso autolimitado, mantendo

[Digite texto]



a observação do crescimento e desenvolvimento do paciente nas consultas de rotina.

As crianças que apresentarem déficit de crescimento, dificuldade respiratória, dessaturação e cianose devem seguir conjuntamente com a equipe de otorrinolaringologia, já que numa minoria dos casos pode ser necessário intervenção cirúrgica.

12.3 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P1: laringomalácia com comprometimento do crescimento/ganho ponderal

P2: suspeita de laringomalácia sem comprometimento do crescimento/ganho ponderal. (Fica a critério do pediatra encaminhar para avaliação com especialista caso haja dificuldade de conduzir o caso ou por ansiedade por parte dos pais)

13. CORPO ESTRANHO NASAL E OTOLÓGICO

A maioria dos objetos encontrados no ouvido ou nariz dos pacientes foram colocados ali intencionalmente, são encontrados em crianças que colocam por curiosidade ou brincadeira; e em adultos com transtornos psiquiátricos ou déficit mental.

Em alguns casos pode ocorrer a entrada de forma acidental como por exemplo insetos, sementes (auriculoterapia) e algodão de cotonete.

A presença de corpo estranho na orelha pode acarretar dor local, diminuição da audição, trauma do conduto auditivo e da membrana timpânica.

Já a presença de objetos nas narinas podem causar obstrução nasal, rinorreia (geralmente unilateral) de odor fétido, epistaxe, migração para seios maxilares e aspiração pulmonar.

É importante avaliar o material que está dentro da cavidade através da rinoscopia anterior ou da otoscopia. Alguns materiais causam maiores prejuízos e desconforto que outros. Por exemplo:



- **Pilhas e baterias** trazem risco de vazamento de substância tóxica podendo levar a perfuração septal ou timpânica, devendo **ser encaminhado o mais rápido possível ao pronto socorro para retirada.**
- **Insetos** no conduto auditivo causam desconforto importante ao paciente, que queixam-se de dor intensa pela movimentação do animal dentro da cavidade. Deve-se nesses casos **instilar material oleoso (óleo, azeite) para evitar o movimento do mesmo dentro do conduto e encaminhar para remoção.** Evitar tentar remoção com pinças e outros instrumentos não adequados.
- **Sementes de feijão, milho, ervilha** entre outros são comumente encontrados tanto na orelha quanto no nariz. Quando em conduto auditivo externo **evite instilar água para remoção**, pois a semente aumenta de volume acabando por causar mais incômodo ao paciente e dificulta sua remoção posteriormente. Quando em fossa nasal pode-se solicitar que o paciente assoe com força a narina onde se encontra o objeto, mas nem sempre é resolutivo.

Sempre examinar o paciente na tentativa de identificar qual é o objeto locado na cavidade e encaminhar com maior ou menor prioridade para avaliação especializada.

Evite utilizar instrumentos inadequados para a remoção, pois podem trazer prejuízo ao paciente e dificultar a retirada posteriormente.

13.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P0: Presença de corpo estranho (**exceto cerume**) em conduto auditivo externo, por materiais como **baterias, pilhas, sementes e insetos.**

Corpo estranho nasal: independente do material deve ser retirado com brevidade devido ao risco de infecção local e de aspiração.

P1: Corpo estranho otológico: algodão, papel, miçangas e outros **materiais não listados em P0**



14. PARALISIA FACIAL:

14.1 DEFINIÇÃO:

É a diminuição ou ausência de movimentação facial decorrente de uma lesão no nervo facial (VII par), desde a sua origem no núcleo até suas fibras mais distais.

É a neuropatia periférica mais comum, atingindo todas as faixas etárias. Diversas causas (inflamatória, infecciosa, traumática, neoplásica, iatrogênicas, metabólicas), sendo a idiopática (Paralisia de Bell) a mais comum.

O nervo facial (VII) é um nervo misto (sensitivo e motor) sendo responsável pela contração dos músculos da mímica facial, gustação nos dois terços anteriores da língua, sensações táteis, algicas e térmicas da pele do meato acústico externo e pela secreção lacrimal e salivar

14.2 CAUSAS:

- **Paralisia de Bell:** principal causa (60-70%), idiopática, início súbito, unilateral, pode apresentar como sintoma inicial parestesia na face/orelha/língua, bom prognóstico (80-90% curam em 1 mês), inflamação do nervo no trajeto intratemporal (viral? isquêmico?, imunológico?)
- **Trauma:** segunda causa mais frequente (19-40%), fratura de base de crânio, fratura de osso temporal, ferimentos penetrantes de face. Podem apresentar pior prognóstico dependendo do mecanismo de trauma (secção parcial ou total)
- **Ramsay-Hunt:** 10-15% dos casos, reativação do vírus Varicela Zoster no VII par. Acompanha-se de lesões vesico-bolhosas em pavilhão auricular e conduto externo, podendo acometer também região de pele pré auricular e palato. Prognóstico ruim, pode acometer outros pares cranianos levando à perda auditiva/vertigem, leva a um processo de isquemia neural
- **Infecciosas:** otite média aguda (crianças principal faixa etária

[Digite texto]



acometida), otite média crônica, otite externa maligna (*Pseudomonas aeruginosa*), colesteatoma, mastoidite, parotidite, sarampo.

- **Neoplásicas:** Schwannoma vestibular, leucemia, meningioma, tumores parotídeos
- **Iatrogênicas:** cirurgias otológicas, bloqueio anestésico mandibular, parto fórceps
- **Metabólicas:** Diabetes, neuropatia alcoólica, gestação, hipotireoidismo
-

14.3 QUADRO CLÍNICO:

Ocorre fraqueza dos músculos de um lado do rosto, com paralisia da pálpebra superior que leva a dificuldade de fechar o olho e dificuldade para piscar, levando a ressecamento ocular e complicações como lesões da córnea.

Observa-se o desvio da boca para o lado contrário ao da paralisia, atenuação dos sulcos faciais, assimetria da face ao repouso ou durante os movimentos, a região de frente fica paralisada (diferencial com o AVC).

Pode cursar com diminuição do paladar na parte anterior da língua pois apresenta função sensitiva e salivação excessiva levando o paciente a babar.

O sinal de Bell também é um diferencial do quadro e é caracterizado pela rotação para cima do quando o paciente tenta fechar o olho.



Tabela 2 Avaliação da movimentação facial segundo House e Brackmann (1985)

Grau	Descrição	Em repouso	Em movimento
I	Normal	Simetria	Função facial normal
II	Disfunção leve	Simetria e tônus normais	Fronte: função moderada a boa Olho: fechamento completo com esforço mínimo Boca: assimetria discreta
III	Disfunção moderada	Simetria e tônus normais	Fronte: movimento discreto a moderado Olho: fechamento completo com esforço Boca: discreta fraqueza com máximo esforço
IV	Disfunção moderadamente grave	Simetria e tônus normais	Fronte: nenhum Olho: fechamento incompleto Boca: assimetria com esforço máximo
V	Disfunção grave	Assimetria	Fronte: nenhum Olho: fechamento incompleto Boca: discreto movimento
VI	Paralisia total	Assimetria	Nenhum movimento

14.4 TRATAMENTO:

O tratamento deve ser instituído o mais breve possível, de preferência dentro das primeiras 24h do sintoma. Ainda há muita controvérsia em relação ao tratamento, uma vez que a principal causa é a idiopática.

Dentre as condutas iniciais deve-se orientar a proteção ocular, com uso de colírios lubrificantes de horário e pomada oftalmológica para dormir.

Apesar de não ter sua eficácia totalmente comprovada, preconiza-se o uso de **PREDNISONA 1mg/kg/dia por 5 dias**, diminuindo a dose gradualmente após esse período.

O uso de antiviral é indiscutível na paralisia secundária a Ramsay-Hunt, sendo seu uso ainda discutido nos casos de paralisia de Bell.

Sua utilização acaba sendo embasada pela forte evidência da associação da presença de herpes virus tipo 1 nesses pacientes. A medicação de escolha é o **ACICLOVIR 400-800 mg, 5 vezes ao dia, por 7 dias**.

O uso de antibiótico é indicado apenas nos casos onde a paralisia seja secundária à otites de origem bacteriana.

Além do tratamento medicamentoso preconiza-se também a fisioterapia facial para os quadros mais exacerbados.

14.5 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

[Digite texto]



P1: Instituir o tratamento adequado e encaminhar para avaliação prioritária com otorrino

15. ALTERAÇÃO NA FALA

Agendamentos de FONOAUDIOLOGIA PARA CRIANÇAS de 0 a 3 anos, 11 meses e 29 dias, com suspeita de deficiência auditiva e/ou atraso na aquisição da linguagem, provenientes das Unidades de Saúde da Atenção Básica e Especializada, serão realizados conforme segue:

Pacientes com até 03 anos 11 meses e 29 dias

1. Verificar se a criança realizou o teste da orelhinha (EOA*), bem como, o resultado do teste.

- Caso não tenha realizado:

- ❖ Criança ATÉ 3 MESES: pediatra deverá solicitar realização do teste da orelhinha* mediante REFERÊNCIA / CONTRARREFERÊNCIA, à ATEAL, indicando a descrição clínica que justifique a solicitação. Exames com resultado alterado serão automaticamente absorvidos pela ATEAL.

- ❖ APÓS 3 MESES DE IDADE, solicitar o exame BERA (PEATE**), via regulação, por meio do fluxo de solicitação de exames não padronizados (email do médico regulador da respectiva regional). Uma vez autorizados e agendados, a unidade solicitante será informada e deve entregar a REFERÊNCIA / CONTRARREFERÊNCIA (constando suspeita e solicitação de BERA) ao paciente para levar à ATEAL no dia agendado. Exames com resultado alterado serão automaticamente absorvidos pela ATEAL.

- Criança que tenha realizado teste da orelhinha com resultado normal, mas persista a suspeita de deficiência auditiva ou distúrbio de comunicação: pediatra deve encaminhar à FONOAUDIOLOGIA - ATEAL, com REFERÊNCIA /CONTRARREFERÊNCIA, descrevendo esta suspeita.

[Digite texto]



Pacientes que forem avaliados e apresentarem exames com resultado alterado serão automaticamente absorvidos pela ATEAL.

- Crianças que realizaram o teste da orelhinha em hospitais particulares ou outros serviços, com resultado alterado: solicitar o exame BERA (PEATE**), via regulação, por meio do fluxo de solicitação de exames não padronizados (email do médico regulador da respectiva regional). Uma vez autorizados e agendados, a unidade solicitante será informada e deve preencher e entregar a REFERÊNCIA / CONTRARREFERÊNCIA (com suspeita, solicitação do BERA e histórico) ao paciente para levar à ATEAL no dia agendado. Exames com resultado alterado serão automaticamente absorvidos pela ATEAL.

Obs: As alterações otorrinolaringológicas, tais como alergias, resfriados, sinusites, otites, laringites, amigdalites, etc; NÃO ESTÃO CONTEMPLADAS NESTA OAC, mantendo o fluxo já estabelecido ao Otorrinolaringologista;

2. Casos em que há falha no teste da orelhinha realizado no HU são automaticamente encaminhados para atendimento na ATEAL.

3. A REFERÊNCIA/CONTRARREFERÊNCIA deve ser entregue aos responsáveis pela criança, que devem ser orientados a comparecer PESSOALMENTE à recepção da ATEAL, conforme fluxo interno já estabelecido.

4. Caso o resultado dos exames/avaliações realizados pela ATEAL não comprovem a deficiência auditiva, a entidade irá contrarreferenciar o paciente de volta à UBS para nova consulta/avaliação.

*** Teste da orelhinha ou EOA (Emissões Otoacústicas) ou TAN (Triagem Auditiva Neonatal)**

**** BERA (PEATE) – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico**

CIDs PARA ENCAMINHAMENTO

-VERTIGEM/TONTURA: R 42, H81, H83

[Digite texto]



- RINITE: J30.4
- DESVIO SEPTAL: J34.2
- HIPERTROFIA DE CONCHAS NASAIS: J34.3
- PÓLIPO NASAL: J33
- HIPERTROFIA DE ADENOIDE: J35.2
- HIPERTROFIA DE AMÍGDALA: J35.1
- HIPERTROFIA ADENOAMIGDALIANA: J35.3
- SINUSITE AGUDA: J01
- SINUSITE CRÔNICA: J32
- EPISTAXE: R04
- SAHOS: G47.3
- AMIGDALITE: J03
- FARINGITE: J02
- ROLHA DE CERUME: H61.2
- OTITE MÉDIA AGUDA: H65
- OTITE MÉDIA SUPURADA: H66
- OTITE EXTERNA: H62
- ZUMBIDO: H93
- PERDA AUDITIVA: H90, H91
- DISFONIA: R49
- DISFAGIA: R13
- PARALISIA FACIAL: G51

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

P0

P0: Vertigem associada a sinais neurológicos agudos (alteração de força motora, diplopia, disartria, dismetria, ataxia, cefaléia intensa, suspeita de AVCI/AVCH);

P0: Rinossinusite aguda com sinais de toxemia, complicação orbitária (edema, proptose, alteração visual, alteração motora), sinais neurológicos/meningeos

P0: Epistaxe - Sangramento ativo volumoso sem controle com medidas

[Digite texto]



de compressão nasal, em pacientes idosos, hipertensos descontrolados, com história de coagulopatias e sinais de descompensação hemodinâmica.

P0: abscesso periamigdaliano (sinais de toxemia, febre, odinofagia importante, abaulamento da região superior da amígdala acometida que desloca a amígdala em direção à linha média, irradiação da dor para a orelha, pode apresentar trismo e alteração da voz)

P0 - emergência: Sinais de otite associado a sintomas de mastoidite (ABAULAMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DE PAVILHÃO AURICULAR), paralisia facial ou sinais de meningite

P0 - Presença de corpo estranho (exceto cerume) em conduto auditivo externo, por materiais como baterias, pilhas, sementes e insetos.

Corpo estranho nasal: independente do material deve ser retirado com brevidade devido ao risco de infecção local e de aspiração.

P1

P1: Vertigem aguda associada a surdez súbita uni ou bilateral (sem cerume na otoscopia);

- Vertigem de origem central (suspeita de tumores ou AVC prévio): encaminhar para NEUROLOGIA;

- Sintoma (s) sugestivo (s) de neurite vestibular (ANEXO I)

P1: Obstrução nasal unilateral persistente associado a sangramento ou secreção purulenta constante (suspeita de tumor ou corpo estranho);

P1: Pacientes que tiveram alta hospitalar após episódio de complicação de rinosinusite aguda se possível encaminhar com resumo de alta)

P1: Epistaxe - Pacientes com história de sangramento frequente associados a massas intranasais visíveis à rinoscopia anterior ou com sinais de deformidade nasal/facial ou com história de tamponamento posterior prévio com necessidade de internação por mais de 24h

P1: Paciente pós alta por episódio de abscesso periamigdaliano prévio (houve drenagem? Internação?)- se possível encaminhar com resumo de alta

[Digite texto]



Disfagia/odinofagia orofaríngea em paciente com história de tabagismo e etilismo com alto risco para neoplasia.

P1: Otite aguda ou crônica associada a vertigem súbita de início concomitante ao quadro de otite;

-Paciente com otite média aguda que persiste com otorreia após 4 semanas de tratamento clínico com antibiótico oral ou tópico e proteção otológica (exclui pacientes com história prévia de perfuração timpânica ou otites de repetição);

P1: Disfonia associada a alto risco de neoplasia (tabagista, etilista, com sintomas de odinofagia, perda de peso, linfonodos cervicais, massas cervicais),

- Disfonia com duração maior que 6 semanas sem causa identificável (descartado refluxo e/ou história de abuso vocal);

- Disfonia associada a procedimento cirúrgico recente (pescoço, coluna e tórax);

P1: Corpo estranho otológico: algodão, papel, miçangas e outros materiais não listados em P0

P1: Paralisia facial - Instituir o tratamento adequado e encaminhar para avaliação prioritária com otorrino

P2

P2: Suspeita de Síndrome de Ménière (ANEXO I);

- Vertigem Postural Paroxística Benigna (VPPB);

- Vertigem do idoso sem melhora após orientação e medicações prescritas na avaliação inicial;

- Vertigem associada a alterações metabólicas ou emocionais que não melhoram após estabilização e compensação clínica/laboratorial;

P2: Obstrução nasal crônica unilateral ou bilateral (sem sinais de alarme): suspeita de desvio de septo, pólipos nasais, hipertrofia de adenóide, trauma nasal prévio;

P2: Crianças com rinite moderada/severa, sem fatores alérgicos concomitantes encaminhar ao otorrino (P2),

P2: Rinossinusite aguda refratária ao tratamento; Rinossinusite crônica

P2: Pacientes com história de epistaxe frequente ou esporádica

[Digite texto]



associada a história de rinite alérgica, trauma digital local, uso de medicação nasal tópica nasal, associadas a mudanças climáticas, drogadição, uso de anticoagulantes.

P2: Se suspeita de apneia do sono associada a alterações anatômicas faciais e de via aérea superior

P2: paciente com amigdalites bacterianas de repetição (>7/ano ou >5 episódios/ano por 2 anos consecutivos).

P2: Otite (média ou externa) recorrente (>4 episódios/ano),
Otite média crônica (perfuração timpânica com ou sem otorréia),
Otite associada à hipoacusia (sem cerume),
Otorréia fétida crônica e persistente (colesteatoma?)

P2: Zumbido associados à exposição a ruído, associado a barotrauma, associado a alterações de vias aéreas superiores (IVAS, rinite, sinusite), associado a medicações ototóxicas;

Zumbido associado a alterações metabólicas, que permanecem mesmo após compensação clínica

Zumbido progressivo

P2: Disfonia associada a sintomas de refluxo laringo faríngeo que persiste após tratamento e reavaliação em UBS (tosse, globus faríngeo, disfonia intermitente, sensação de queimação);

- Disfonia secundário a abuso vocal

P3

P3: Obstrução nasal secundária a rinite sem resolução com o tratamento estipulado no protocolo

P3: Crianças e adultos sem melhora do tratamento clínico otimizado realizado na atenção primária

P3: paciente com queixa de faringite associada a sintomas de refluxo, obstrução nasal – avaliação inicial em ubs tratando queixas associadas.

- Paciente com queixa de caseum – orientação em ubs de limpeza e gargarejos com soluções bucais sem álcool

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

[Digite texto]



1. Manual de otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço – 1º edição 2011.
2. Tratado de otorrinolaringologia e cirurgia cervicofacial – 2º edição 2011; volumes 1, 2, 3 e 4.
3. IV CONSENSO BRASILEIRO SOBRE RINITES. ABORL CCF; 2017
4. Anselmo-Lima, Wilma T. e Sakano, Eulalia Rhinosinusitis: evidence and experience. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology [online]. 2015, v. 81, n. 1 Suppl 1 [Acessado 18 Maio 2022] , pp. 1-49. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.01.003>>. ISSN 1808-8686. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.01.003>.
5. Piltcher, Otávio Bejzman *et al.* Como evitar o uso inadequado de antibióticos nas infecções de vias aéreas superiores? Posição de um painel de especialistas. I Campanha sobre uso de antibióticos em infecções de vias aéreas superiores, ABORL CCF; 2017.
6. Corpos estranhos de fossas nasais: descrição de tipos e complicações em 420 casos - Rev. Bras. Otorrinolaringol. vol.72 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2006
7. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. Rhinology. 2020 Feb 20;58(Suppl S29):1-464. doi: 10.4193/Rhin20.600. PMID: 32077450.
8. Diretrizes Brasileiras de Rinossinusites. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia [online]. 2008, v. 74, n. 2 suppl [Acessado 18 Maio 2022] , pp. 6-59. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000700002>>. Epub 07 Out 2008. ISSN 0034-7299.
9. Wipperman J. Dizziness and vertigo. Primary Care: Clinics in Office Practice. Volume 41, Issue 1, March 2014, Pages 115-31

ANEXO I

Tontura central x periférica



Vertigem central	Vertigem periférica
Nistagmo vertical, rotatório. Não é inibido por fixação ocular	Nistagmo horizontal, inibido por fixação ocular
Grave desequilíbrio e limitação para deambular	Desequilíbrio moderado/leve, sem limitação funcional
Sinais e sintomas neurológicos associados	Comumente associado a fatores auditivos (zumbido, plenitude)
Perda auditiva unilateral súbita	Perda auditiva progressiva
Difícil compensação, sintomas duram muito tempo	Compensação é rápida, sintomas melhoram após alguns dias
Sensação de vertigem pouco pronunciado	Sensação de vertigem é muito intensa

Principais causas de vertigem periférica

<p>Vertigem paroxística posicional benigna (VPPB)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensação de vertigem desencadeado pelo movimento cefálico - Vertigem intensa de curta duração associado a náuseas - Nistagmo horizontal, que é inibido após fixação ocular
<p>Neurite vestibular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensação de vertigem de início súbito, de forte intensidade, com náuseas e vômitos. Desequilíbrio do corpo unilateral - Duração de dias a semanas - Nistagmo horizontal - Sem sintomas auditivos ou neurológicos associados - Geralmente associado a quadro viral prévio
<p>Doença de Meniere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crises recorrentes de vertigem associado a zumbido, plenitude aural e hipoacusia - Crise de curta duração – minutos a horas, porém menos que 24h - Geralmente perda auditiva progressiva e flutuante

Drogas ototóxicas

[Digite texto]



Eritromicina, cloranfenicol, fluorquinolona, polimixina b , vancomicina, ampicilina
Tobramicina, estreptomicina, gentamicina, neomicina , amicacina
Interferon e ribavirina
Propranolol
Furosemida, indapamida
Salicilatos, AAS, ibuprofeno, quinino, hidroxicloroquina
Cisplatina, ifosfamina, ciclofosfamida, metotrexato
Quelantes de ferro, mercúrio, iodo
Clorexidina, etanol

Obs: Neomicina e Polimixina B são antibióticos comumente usados em soluções tópicas otológicas, portanto contra indicadas nos casos de perfuração timpânica.

ANEXO II - Rolha de Cerume - Lavagem Otológica

O paciente com acúmulo de cerume geralmente procura atendimento queixando-se de sensação de tamponamento auditivo, estalidos e diminuição da acuidade auditiva, mas o diagnóstico de cerume impactado é realizado por meio da otoscopia cuidadosa.

Indicação da lavagem otológica: presença de cerume obstrutivo em conduto auditivo externo em crianças e adultos.

Ao avaliar a presença de rolha de cerume no exame físico prescrever ceratolítico, orientando o uso de 3 gotas na orelha 3x ao dia por 5-7 dias.

Materiais necessários:

- Cuba rim
- Seringa de 20 ml
- Scalp (nº19-21) ou sonda vesical (nº8-10)
- Recipiente com água **morna**
- Papel toalha

[Digite texto]



- Otoscopia
- Luvas de procedimento

Solicite que não faça uso de cotonetes neste período.

Antes de iniciar o procedimento acomode o paciente numa cadeira ou na maca, realize a otoscopia e avalie a característica do cerume, se amolecido proceder a realização da lavagem. Explique ao paciente como será realizado o procedimento para que o mesmo se tranquilize antes da realização da lavagem.

Método:

- Corte o scalp ou a sonda (aproximadamente 1cm de comprimento) e acople na seringa.
- Acomode a cuba rim na região bem justaposta, à cabeça/pescoço do paciente na altura logo abaixo da orelha
- Aspire todo o volume da seringa com a água morna.
- Tracione o pavilhão auricular no sentido posterior e superior a fim de que o conduto auditivo fique retificado.
- Acomode a ponta do scalp ou da sonda na borda (superior ou inferior) do conduto auditivo e empurre apenas o êmbolo da seringa jogando todo conteúdo líquido para dentro da orelha. Evite a movimentação da seringa durante a realização da lavagem, impedindo assim trauma no conduto auditivo. Não utilizar muita pressão durante a instilação da água aquecida .
- Repita o procedimento acima até a saída completa do cerume verificando esporadicamente por meio da otoscopia se há mais cerume a ser removido.

Não realizar ou suspender a lavagem nos seguintes casos:

- Se o paciente apresentar história de infecções e otorreias de repetição secundário a perfuração timpânica;
- Se tiver história de cirurgia otológica prévia
- Paciente com queixa de otalgia no dia do procedimento
- Se paciente queixar-se de dor durante o procedimento
- Se após diversas tentativas não for possível remover o cerume completamente

O paciente deverá ser encaminhado ao especialista se detectada patologia auricular de difícil resolução na Atenção Primária à Saúde, como

[Digite texto]



perfuração de tímpano ou infecção sem sucesso no tratamento clínico, ou diante de história clínica que contraindique à lavagem otológica. Para o paciente em que o procedimento de remoção do cerume não foi satisfatório, podem-se utilizar ceratolíticos por mais alguns dias e tentar novamente a remoção. Caso seja ineficaz, sugere-se o encaminhamento ao especialista. A lavagem otológica é um procedimento médico, com baixo risco ao paciente desde que seguido as orientações acima.

ANEXO III- ORIENTAÇÃO DE HIGIENE AMBIENTAL

A melhor e mais simples maneira de tratar a rinite alérgica é evitar o contato com substâncias que desencadeiam as crises. Seguem algumas informações úteis:

- Não fume e não permita que fumem dentro da casa
- Roupas raramente utilizadas devem ser lavadas e arejadas antes de vesti-las
- Evite tapetes, cortinas e almofadas nos quartos
- Dê preferência por pisos laváveis e cortina tipo persiana ou de material que possa ser limpo com pano úmido
- Camas e berços não devem ficar encostados nas paredes ou próximos à janelas
- Evite mofo e umidade na casa
- Tire animais de pelúcia e estantes com livros, revistas e muitos objetos no quarto

[Digite texto]



- Evite o uso de sprays com cheiro ou sachês perfumados no quarto
- Evite travesseiros de penas, use travesseiro de espuma e se possível encapado
- Encape o colchão com material que possa ser limpo com pano úmido. Limpar o estrado da cama 1 vez por mês
- Dê preferência ao uso de edredons, se usar cobertor lave a cada 15 dias e exponha ao sol pelo menos 1 vez por semana
- Troque a roupa de cama 1 vez por semana, mantenha uma colcha sobre a cama durante o dia e retire-a para dormir
- Coloque o travesseiro para tomar sol diariamente
- Evite o uso de vassouras e espanadores de pó, utilize pano úmido nos móveis e no chão
- Evite animais dentro de casa, gatos e cachorros devem permanecer fora do quarto de dormir.
- Evite uso de produtos de limpeza com cheiros, cloro, cândida, removedores
- Evite plantas naturais e artificiais dentro de casa.