



PROTOCOLO DE GESTÃO DO CUIDADO E AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL



PROTOCOLO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

JOSÉ RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado do Espírito Santo

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde

QUELEN TANIZE ALVES DA SILVA

Subsecretária de Estado da Atenção à Saúde

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

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

GLEIKSON BARBOSA DOS SANTOS

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

JOSÉ TADEU MARINO

Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

LUIZ CARLOS REBLIN

Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

ERICO SANGIORGIO

Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

Vitória, setembro de 2021.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Elaboração e informações:

Governo do Estado do Espírito Santo

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

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

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

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

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

Coordenação-Geral:

Patrícia Rocha Vedova Pirola

Organização:

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

Autores:

Emerson de Arruda Brandão
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Laís Coelho Caser
Maria José Alves Barbera
Roberta Pedrini Cuzzuol
Suely Zanetti Brioschi Vieira

Revisão Técnica:

Roberta Pedrini Cuzzuol

Projeto Gráfico, design, diagramação e capa:

Gabriel Torobay
Guilherme Campello





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

SUMÁRIO

Introdução	01
Apresentação	02
Critérios de Prioridade	03
Lista de Abreviaturas	05
1. Asma Alérgica.....	06
2. Suspeita de Deficiências Imunológicas em Adultos.....	08
3. Rinite Alérgica.....	09
4. Dermatite Atópica em Adultos.....	10
5. Dermatite de Contato Alérgica.....	11
6. Alergia a Picada de Inseto.....	11
7. Urticária e/ou Angioedema.....	12
8. Alergia a Medicamentos.....	13
9. Alergia Alimentar no Adulto.....	13
10. Conjuntivite Alérgica.....	14
11. Referências Bibliográficas	15





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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

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



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

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

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

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

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

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

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

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

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





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

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

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





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anti-DNA	Anti-Ácido Desorribonucleico
Anti-ENA	Anti-Antígenos Extraíveis do Núcleo
APS	Atenção Primária em Saúde
C	Complemento
EPF	Exame Parasitológico de Fezes
FAN	Fator Antinúcleo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IgA	Imunoglobulina A
IgE	Imunoglobulina E
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
PA	Póstero Anterior
PCR	Proteína C Reativa
TC	Tomografia Computadorizada
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VHS	Velocidade de Hemossedimentação





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA

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

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

1. ASMA ALÉRGICA

1.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Paciente com suspeita de asma associada a outras doenças alérgicas (dermatite, rinite, conjuntivite alérgica);
- Paciente em Estágio 5 para tratamento da asma (Figura 1);
- Paciente em Estágio 4 (Figura 1) por mais de seis meses, sem controle dos sintomas;
- Pacientes com indicadores de risco de fatalidade (Quadro 1);
- Asma lábil (crises que iniciam abruptamente e de forma grave, principalmente quando o paciente não consegue reconhecer sintomas iniciais da crise).

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

Anamnese:

- **Sinais e sintomas - descrever baseando-se nas últimas quatro semanas:**
 - Frequência e intensidade das crises diurnas e noturnas;
 - Frequência de uso de Beta-2 agonistas de curta ação por semana;
 - Limitação para atividade física devido à asma;
 - Sintomas associados à exposição ocupacional;
 - Outras alterações relevantes;
 - História pessoal e/ou familiar de alergia;
 - Correlacionar sintomas com desencadeantes do meio ambiente como: poeira domiciliar, animais domésticos, fungos, etc.;
 - Tratamento para asma profilático e de alívio (medicamentos utilizados com dose e posologia);
 - Número de exacerbações com uso de corticóide oral no último ano;
 - Quantidade de internações por asma no último ano;
 - Paciente apresenta indicadores de risco de fatalidade. Se sim, descrever quais.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Exame físico:

- Citar achados significativos.

Exames complementares:

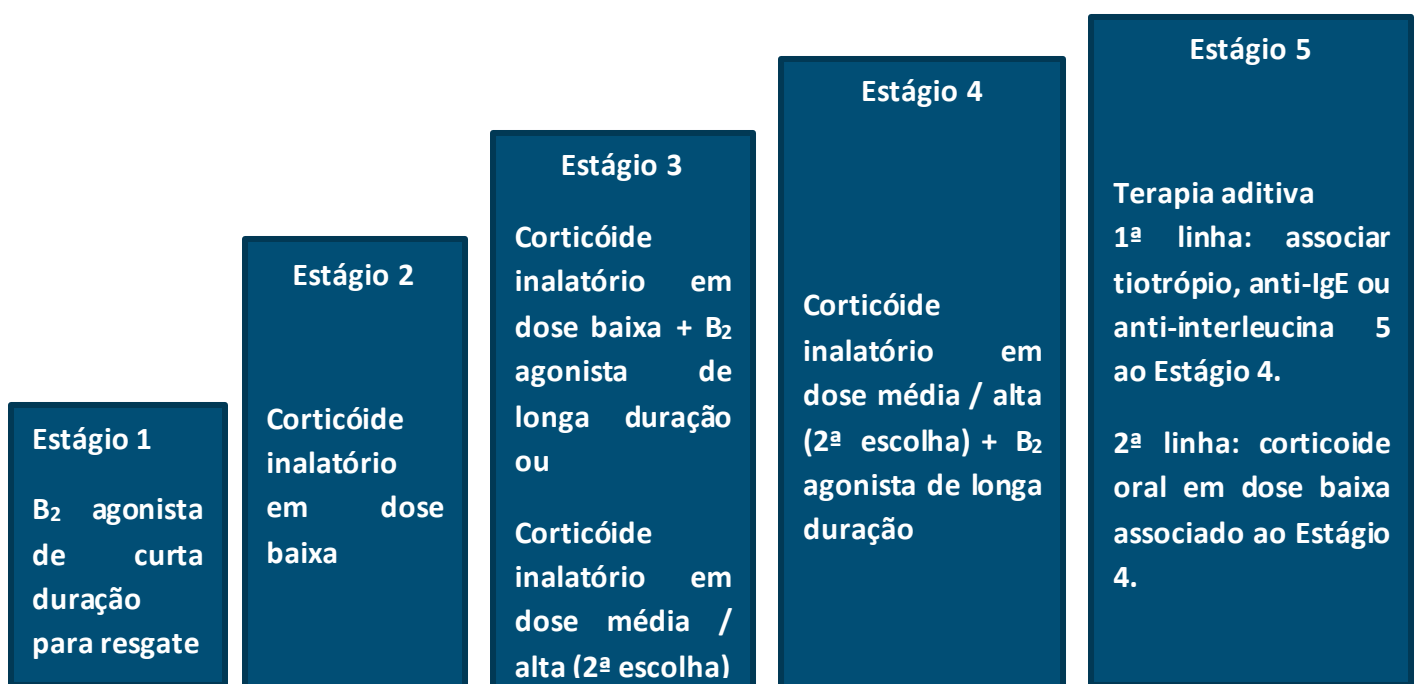
- Hemograma completo, Imunoglobulinas - IgG, IgA, IgM e IgE total e IgE específico (ácaro, fungo, epitélio de animal);
- Descrição do Raio-X de tórax (obrigatório), Tomografia computadorizada (TC) de tórax, com data;
- Descrever resultado da espirometria completa (com prova broncodilatadora), com data.

1.3. Prioridades para regulação:

- Casos de difícil controle.

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

- Crise de asma com sinais de gravidade que não possibilitam manejo na Atenção Primária em Saúde (APS).



OBS: Em todos os estágios prescrever Beta₂ agonista de curta duração para tratamento e resgate

Figura 1. Tratamento de primeira escolha para controle da asma e dose corticóide inalatório para adultos e adolescentes acima de doze anos de idade.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018), adaptado de *Global Initiative Asthma* (GINA) (2017).



INDICADORES DE RISCO DE FATALIDADE EM PACIENTES COM ASMA

Episódio de crise de asma grave alguma vez na vida (parada cardiorrespiratória, necessidade de ventilação mecânica ou internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI))
Episódio prévio de hospitalização no último ano
Três ou mais consultas em serviços de emergência no último ano (apesar de tratamento adequado)
Paciente com asma e episódios de anafilaxia ou alergia alimentar conhecida

Quadro 1. Indicadores de risco de fatalidade em pacientes com asma.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018), adaptado de Global Initiative for Asthma (2017).

2. SUSPEITA DE DEFICIÊNCIAS IMUNOLÓGICAS EM ADULTOS

2.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Casos de suspeita de deficiências imunológicas:
 - Duas ou mais novas otites no período de um ano;
 - Duas ou mais novas sinusites no período de um ano na ausência de alergia;
 - Diarreia crônica com perda de peso;
 - Infecções virais de repetição (resfriados, herpes, verrugas, condilomas);
 - Uso de antibiótico intravenoso de repetição para tratar infecção;
 - Abscessos profundos de repetição na pele ou órgãos internos;
 - Monilíase ou infecção fúngica de repetição na pele ou qualquer lugar;
 - Infecção por *Mycobacterium tuberculosis* ou atípica;
 - História familiar de imunodeficiência.
 - Uma pneumonia por ano por mais que um ano.

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

Anamnese:

- Citar história relevante ao caso.

Exame físico:

- Citar achados significativos.

Exames complementares

- Hemograma, Velocidade de Sedimentação das Hemácias (VHS), Proteína C Reativa (PCR), Complemento (C3 e C4, CH50);
- IgA, IgM, IgG e subclasses (IgG1, IgG2, IgG3, IgG4), IgE total;
- Descrever resultados do Raio-X tórax Pósterio Anterior (PA) e perfil e TC de tórax, com data.

2.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica.

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

- Paciente com instabilidade hemodinâmica.



3. RINITE ALÉRGICA

3.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Ausência de resposta após três meses de tratamento prévio (especificar tratamento), outros estigmas alérgicos associados.

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

Anamnese:

- Descrever sinais e sintomas, com início e duração dos mesmos:
 - Obstrução unilateral ou bilateral;
 - Rinorréia;
 - Roncos;
 - Epistaxe;
 - Anosmia;
 - Desvio de septo;
 - Deformidades faciais;
 - Outros achados relevantes.
- História pessoal e/ou familiar de alergia;
- Correlacionar sintomas característicos com desencadeantes do meio ambiente como: poeira domiciliar, animais domésticos, fungos, etc.;
- Tratamento realizado (medicamentos, com posologia e duração);
- Faz uso de medicamentos que causam obstrução nasal (Quadro 2) (sim ou não)? Se sim, descrever quais.

Exame físico:

- Citar achados significativos de atopia.

Exames complementares necessários:

- Hemograma, Imunoglobulinas IgG, IgA, IgM, IgE total e IgE específico;
- Descrição de Raio-X de cavum ou Tomografia de seios da face, com data, se houver.

3.3. Prioridades para regulação:

- Casos de difícil controle.

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

- Não se aplica.



ALGUNS MEDICAMENTOS/SUBSTÂNCIAS QUE CAUSAM OBSTRUÇÃO NASAL
Antitireoidianos
Anti-hipertensivos (Alfa-bloqueadores, IECA, Beta-bloqueadores, Bloqueadores de canal de cálcio, Hidralazina)
Anti-inflamatórios não esteroides
Benzodiazepínicos
Estrogênio e Progestogênios
Inibidores da 5-fosfodiesterase (agentes utilizados em disfunção erétil)
Descongestionante nasal de uso tópico (rinite medicamentosa)

Quadro 2. Alguns medicamentos/substâncias que causam obstrução.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018), adaptado de Bhattacharyya (2018).

4. DERMATITE ATÓPICA EM ADULTOS

3.2. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Dermatite atópica grave e extensa ou que ocasione prejuízo funcional grave;
- Dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de três meses;
- Dermatite atópica recidivante (três ou mais recidivas em um período de seis meses) apesar do tratamento clínico otimizado.

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

Anamnese:

- Descrição do quadro clínico:
 - Lesões e localização;
 - Tempo de evolução;
 - Outros sinais e sintomas associados.
- História pessoal e familiar de alergia;
- Prurido cutâneo importante e/ou infecções cutâneas repetidas;
- Apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descrever qual;
- Tratamento em uso ou já realizado para dermatite atópica (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso).

Exame físico:

- Descrever:
 - Localização típica das lesões;
 - Xerose;
 - Sinais de atopia.

Exames complementares:

- Hemograma completo, IgE total, IgE específico, se necessário.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

4.3. Prioridades para regulação:

- Dermatite atópica extensa.

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

- Eczema herpeticum (novas lesões vésico-pustulares, erosões e crostas hemorrágicas com dor, febre e linfadenopatia) sobreposto às lesões de dermatite atópica;
- Infecção bacteriana secundária (impetiginização) grave e extensa, sem resposta à antibioticoterapia sistêmica.

5. DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA

5.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Pacientes com eczema de difícil controle.

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

Anamnese

- Relato de história de eczema associado a contato;
- Descrever substância de contato suspeita;
- Descrever todos medicamentos usados e tempo de uso.

OBS: Não há necessidade de exames laboratoriais para o encaminhamento ao especialista.

5.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica.

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

- Não se aplica.

6. ALERGIA À PICADA DE INSETO

6.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Paciente refratário após seis meses de tratamento clínico otimizado (prurigo estrófulo);
- História de alergia à picada de insetos himenópteros (abelha, vespa, marimbondo e formiga).

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

Anamnese

- História de reação moderada a grave após picada de insetos himenópteros, descrevendo o quadro clínico (presença de anafilaxia, edema de glote, angioedemas, urticária, dispnéia);
- Relato de surgimento de lesões por picada de insetos, principalmente mosquito, pernilongo e pulga;
- Prurido intenso.





Exame físico:

- Lesões ativas e cicatriciais;
- Localização típica das lesões.

Exames complementares:

- Hemograma completo, IgE total e IgE específica para o inseto suspeito.

6.3. Prioridades para regulação:

- História pregressa de anafilaxia.

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

- Anafilaxia;
- Infecção bacteriana secundária (impetiginização) grave e extensa, sem resposta à antibioticoterapia sistêmica.

7. URTICÁRIA E/OU ANGIOEDEMA

7.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Urticária crônica (lesões recorrentes por pelo menos seis semanas) refratária ao tratamento clínico;
- Angioedema (mais de um episódio) sem lesões de urticária e sem etiologia identificada;
- Angioedema e/ou urticária associados a sinais de gravidade (obstrução de via aérea, broncoespasmo e hipotensão), após avaliação em serviço de urgência/emergência.

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

Anamnese:

- Descrição do quadro clínico:
 - Lesões e localização;
 - Tempo de evolução;
 - Outros sinais e sintomas associados.
- História pessoal e/ou familiar de alergia;
- Pesquisar relação causa/efeito principalmente para alimentos, insetos e medicamentos. Frequência de aparecimento e duração das lesões;
- Relacionar desencadeantes suspeitos;
- Tratamento em uso ou já realizado para urticária (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso).

Exame físico:

- Tipo e localização das lesões.

Exames complementares:

- Hemograma completo;
- Velocidade de Hemossedimentação (VHS);
- Sorologias para hepatites B e C;
- Imunoglobulinas;
- Fator antinúcleo (FAN);



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- Fator reumatoide (FR);
- Anticorpo Anti-Ácido Desorribonucleico (Anti-DNA);
- C3, C4, CH50;
- Anticorpo Anti-antígenos extraíveis do núcleo (anti-ENA);
- Anticorpo Anti-tireoglobulina,
- Anticorpo Anti-tireoperoxidase (anti-TPO),
- Sorologias para Sífilis e Síndrome da Imunodeficiência Humana (HIV);
- Exame Parasitológico de Fezes (EPF).

7.3. Prioridades para regulação:

- Quadros que cursam com angioedema.

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

- Angioedema e/ou urticária associados a sinais de gravidade (obstrução de via aérea, broncoespasmo e hipotensão).

8. ALERGIA A MEDICAMENTOS

8.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Pacientes que apresentam urticária/angioedema associado a uso de medicamentos.

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

Anamnese:

- Relato de urticária, angioedema, anafilaxia associado a uso de medicamentos;
- Descrever todos medicamentos usados e o tempo de uso.

8.3. Prioridades para regulação:

- Paciente com história de anafilaxia medicamentosa.

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

- Paciente com angioedema e/ou urticária associados a sinais de gravidade (obstrução de via aérea, broncoespasmo e hipotensão).

9. ALERGIA ALIMENTAR NO ADULTO

9.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Todos os pacientes com suspeita de alergia alimentar, excluindo intolerância alimentar.

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

Anamnese:

- História pessoal e/ou familiar de alergia;
- Correlacionar sintomas como: urticária, angioedema, diarreia, vômitos, dor abdominal, rush cutâneo, anafilaxia com ingestão de alimentos;
- Descrever tipo de alimento suspeito.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

9.3. Prioridades para regulação:

- História de anafilaxia desencadeada por alimentos.

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

- Paciente com angioedema e/ou urticária associados a sinais de gravidade (obstrução de via aérea, broncoespasmo e hipotensão).

10. CONJUNTIVITE ALÉRGICA

10.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Paciente com conjuntivite alérgica refratária ao tratamento clínico otimizado por três meses.

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

Anamnese:

- História pessoal e familiar de alergia;
- Correlacionar sintomas com fatores desencadeantes do meio ambiente como poeira domiciliar, pêlos de animais, etc. Uso de lentes de contato, medicamentos tópicos, cosméticos, etc.

Exames Complementares:

- Hemograma completo, IgE total e IgE específico.

10.3. Prioridades para regulação:

- Paciente com prurido ocular intenso.

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

- Infecção bacteriana secundária em região ocular.





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADKINSON, N. F. Jr. et al. Middleton's Allergy: Principles and Practice. 8 ed., 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL. IV Consenso Brasileiro sobre Rinite – atualização em rinite alérgica, Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, Volume 84, páginas 3-14, 2018.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Protocolos de encaminhamento para Pneumologia adulto. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>. Acesso em: 17 jun. 2021.

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

EUROPEAN ACADEMY OF ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY. Classification, diagnosis, and approach to treatment for angioedema: consensus report from the Hereditary Angioedema International Working Group, Allergy 2014 May;69(5):602-616

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA - Global Strategy for Asthma Management and Prevention. (2019 update)

KALIL FILHO, J. E., Motta, A. A., & Agondi, R. C. (2015). Alergia & imunologia: aplicação clínica. São Paulo: Atheneu, 2015.

LACK G. Update on risk factors for food allergy. J. Allergy. Clin.Immunol.v. 129, p. 1187-97, 2012.

SICHERER, S. H.; SAMPSON, H. A. Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. J. Allergy Clin. Immunol. v. 133, n. 2, p. 291+307, fev. 2014

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

STÄNDER, S. Atopic Dermatitis. New England Journal of Medicine;384(12):1136-1143, 2021.

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

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

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