



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA: **PNEUMOLOGIA**

Ouro Preto, julho de 2026



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

Secretário Municipal de Saúde

Leandro Leonardo Assis Moreira

Secretária Adjunta de Saúde

Isabela Teixeira Rezende Guimarães

Gerente da Atenção Secundária/Terciária

Simone de Cassia Caetano

Diretora da Atenção Especializada

Sanley Soares Santiago Gomes

Gerente da Atenção Primária

Ricardo Duarte Pereira

Diretora de Programas e Estratégia na Atenção Primária

Luiza Poliana Godoy Paiva Gouveia

Diretor Técnico Policlínica Municipal de Ouro Preto

Roberto Gonçalves Machado

Responsável Técnico de Enfermagem Policlínica Municipal de Ouro Preto

Leonora de Campos Santos

Responsável técnica da Junta Reguladora

Taciana de Oliveira



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

COLABORADORES

Juliana Pessoa Moreira - Médica Reguladora

Marina Fonseca Neves Pontes - Médica Pneumologista

Graziela das Mercês Pimenta Rioga - Médica Pneumologista



Sumário

1. APRESENTAÇÃO.....	5
2. REGULAÇÃO.....	5
3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO.....	6
3.1 ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES.....	6
3.2 SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES.....	6
4. PROFISSIONAIS SOLICITANTES.....	6
5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO E PRIORIDADE.....	7
5.1 DPOC.....	7
5.2 ASMA.....	7
5.3 TOSSE CRÔNICA/DISPNEIA.....	8
- Presença de tosse por 8 semanas ou mais em paciente com radiografia de tórax normal e não fazendo uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA);.....	8
5.4 HIPERTENSÃO PULMONAR.....	9
5.5 BRONQUIECTASIAS.....	9
5.6 DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS.....	10
5.7 DISTÚRBIOS DO SONO/ SAHOS.....	10
5.8 ALTERAÇÕES EM EXAMES COMPLEMENTARES.....	11
6.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	12
6.1 SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS IMEDIATAMENTE À UPA OU SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR.....	12
7. REFERÊNCIAS.....	13
8. ANEXOS.....	14
Anexo I - Escala modificada do Medical Research Council (MRC) para avaliação da dispneia.....	14
Anexo II - Ferramenta de avaliação GOLD DPOC ABE.....	14
Anexo III - Gravidade de obstrução de fluxo aéreo na DPOC pós broncodilatador.....	15
Anexo IV - Algoritmo de tratamento farmacológico inicial de paciente com DPOC.....	15
Anexo V - Doses de corticóide inalatório para adultos e adolescentes com 12 anos ou mais.....	15
Anexo VI - Avaliação do controle dos sintomas da asma.....	16
Anexo VII - Equivalência das doses de corticoides inalatórios.....	16
Anexo VIII - Recomendações de tratamento da asma para pacientes com 12 anos ou mais....	17
Anexo IX- Alterações em exames complementares compatíveis com Doença Pulmonar Intersticial.....	18
Anexo X - Periodicidade de seguimento de nódulo de pulmão* incidental, com TC sem contraste na APS.....	18
Anexo XI - Escala de sonolência de Epworth.....	20



1. APRESENTAÇÃO

Os protocolos de encaminhamento são importantes ferramentas de gestão do cuidado, pois orientam as decisões clínicas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e funcionam como referência técnica para a análise das solicitações pelas equipes reguladoras.

A APS desempenha um papel estratégico nas Redes de Atenção à Saúde, sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o espaço onde se organiza e se coordena o cuidado dos usuários. Sua resolutividade depende diretamente da capacidade clínica e de cuidado das equipes, da incorporação adequada de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da articulação efetiva com os demais pontos da rede de atenção.

Este protocolo aborda aspectos essenciais do processo de referência de usuários com condições clínicas relacionadas à especialidade pneumologia no município de Ouro Preto. Trata-se de um documento elaborado com base nas diretrizes do Ministério da Saúde e nas experiências locais de organização da atenção ambulatorial especializada.

O objetivo é padronizar os critérios de encaminhamento em pneumologia, identificando os principais quadros clínicos que demandam avaliação especializada, os dados mínimos obrigatórios na solicitação e a definição de prioridades de atendimento. Dessa forma, busca-se garantir a qualificação do cuidado, a otimização dos fluxos assistenciais e a efetivação da integralidade da atenção no território.

2. REGULAÇÃO

A regulação organiza e qualifica o acesso aos serviços especializados, promovendo o uso adequado e equitativo dos recursos da Rede de Atenção à Saúde. Em Ouro Preto, os encaminhamentos são avaliados tecnicamente com base nas informações clínicas, nos critérios deste protocolo e na estratificação de risco. A equipe de reguladores será responsável pela avaliação técnica dos laudos, classificação de risco do paciente (P0, P1, P2) e de prioridades, baseados em critérios clínicos e nos protocolos de regulação.

P0: Situações clínicas graves que, embora não configurem emergência, requerem agendamento eletivo com máxima brevidade.

P1: Condições clínicas em que o tempo de espera pode comprometer o acesso oportuno a outros procedimentos subsequentes (como cirurgias ou exames complementares). Inclui também casos em que a demora pode interferir negativamente na evolução do quadro clínico.



P2: Não necessitam de um agendamento prioritário. Deverão seguir a ordem cronológica de entrada na lista de espera nas Unidades Solicitantes. Demandas de rotina/ acompanhamento.

3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Motivo do encaminhamento, com registro dos sinais e sintomas atuais
- História clínica sucinta e relevante (incluindo tempo de evolução, fatores agravantes, comorbidades);
- Resultados de exames complementares já realizados;
- Tratamentos instituídos na APS e resposta clínica observada;
- Avaliação do grau de funcionalidade e impacto no cotidiano do paciente (quando pertinente).

3.1 ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES

Na primeira consulta no serviço especializado, oriente o paciente a levar:

- Formulário de referência devidamente preenchido (com dados clínicos e motivo do encaminhamento);
- Receitas dos medicamentos em uso;
- Exames complementares realizados.

3.2 SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Solicitar os seguintes exames para paciente levar na primeira consulta, **de forma direcionada à queixa clínica e à hipótese diagnóstica.**:

- Radiografia de Tórax;
- Tomografia Computadorizada do Tórax;
- Espirometria.

4. PROFISSIONAIS SOLICITANTES

O encaminhamento deve ser realizado por médico(a) da Atenção Primária à Saúde (APS), médicos(as) especialistas da Atenção Secundária e/ou pela Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto.



5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO E PRIORIDADE

5.1 DPOC

- Pacientes com VEF1 < 50% ou entre 50-80% com evolução desfavorável apesar do tratamento.
- Pacientes que persistem com exacerbações (2 ou mais por ano ou 1 internação hospitalar no último ano).
- Paciente muito sintomático: níveis 3 e 4 da escala de dispneia MRC (anexo I), apesar do tratamento otimizado conforme GOLD ABE (anexo II, III e IV).
- Avaliação para uso de oxigenoterapia domiciliar, em caso de dúvida do manejo na APS.

• CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	Dispneia em repouso ou nível 4 da escala do MRC Paciente que persiste com exacerbações (2 ou mais por ano ou 1 internação hospitalar no último ano) Dependência de oxigênio.
P1	Dispneia nível 3 do MRC Paciente com VEF1 < 50% ou entre 50-80% com evolução desfavorável apesar do tratamento
P2	Demais casos

5.2 ASMA

- Pacientes em etapa IV ou etapa V para tratamento da asma;
- Todos os casos de asma não controlada ou parcialmente controlada (anexo VI), que já estão em uso de corticoide inalatório (anexo V);
- Casos com internação recente por asma (para otimização do tratamento e possível retorno para acompanhamento na unidade básica de saúde);
- Procura de 3 vezes ou mais o serviço de urgência no último ano, com uso recorrente de corticoide oral;
- Episódio de crise grave em algum momento da vida (internação em CTI ou episódio de PCR);
- Pacientes com VEF1 < 60% do previsto



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaoasecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

OBSERVAÇÕES:

- O ajuste da dose (aumento ou redução) do tratamento de controle deve ser feito com ferramentas objetivas que indicam o grau de controle da asma. Se a asma não estiver controlada, ajusta-se a medicação subindo as etapas e vice - versa (anexo VIII).
- Rever fatores que influenciam na resposta ao tratamento da asma: diagnóstico incorreto; falta de adesão; uso de drogas que podem diminuir a resposta ao tratamento (anti-inflamatórios não esteroidais e β -bloqueadores); exposição domiciliar (por exemplo, poeira ou fumaça); exposição ocupacional; tabagismo e outras comorbidades;
- Checar com paciente a técnica adequada de uso das medicações inalatórias.

• CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	Episódio prévio de crise grave (parada cardiorrespiratória, necessidade de ventilação mecânica ou internação em UTI) Uso de dose alta de corticóide inalatório VEF1 <60% do predito
P1	Internação por asma no último ano Uso de dose moderada de corticóide inalatório Sintomas diários de asma VEF1 entre 60-80% do predito.
P2	Uso de dose baixa de corticóide inalatório Sintomas diurnos mais do que duas vezes por semana Sintomas noturnos mais que duas vezes por semana Demais casos

5.3 TOSSE CRÔNICA/DISPNEIA

- Presença de tosse por 8 semanas ou mais em paciente com radiografia de tórax normal e não fazendo uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA);
- Presença de tosse por 8 semanas ou mais em paciente que realizou investigação inconclusiva para possíveis etiologias de tosse;
- Presença de tosse por 8 semanas ou mais em paciente que realizou tratamento para causas comuns de tosse (ex: asma, doença do refluxo gastroesofágico ou rinosinusopatia), porém sem resultado adequado;
- Pacientes com dispneia de provável etiologia pulmonar, após investigação inconclusiva na unidade básica de saúde.



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

OBSERVAÇÃO: pacientes com suspeita ou diagnóstico de tuberculose devem ser tratados na unidade básica de saúde com cuidado compartilhado com infectologista.

- **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

P0	Dispneia em repouso ou nível 4 do MRC Dependência de oxigênio
P1	Dispneia nível 3 do MRC
P2	Demais casos

5.4 HIPERTENSÃO PULMONAR

- Pacientes com presença de hipertensão pulmonar (HP) no ecocardiograma e/ou cateterismo cardíaco direito;

- **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

P0	Pacientes com menos de 50 anos de idade Pacientes em classe funcional IV e presença de síncope Pacientes em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada Presença de derrame pericárdico associado
P1	Demais casos
P2	

5.5 BRONQUIECTASIAS

- Apenas serão aceitos pacientes com diagnósticos tomográficos de bronquiectasias;
- Paciente que persiste com exacerbações (2 ou mais por ano ou 1 internação hospitalar no último ano);
- Paciente muito sintomático: níveis 3 e 4 da escala de dispneia MRC (anexo I);
- Escarro com presença de pseudomonas aeruginosa ou de outros micro-organismos potencialmente patogênicos;



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

• CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	
P1	
P2	Todos os casos

5.6 DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS

- Todos os pacientes com alterações pulmonares intersticiais na tomografia de tórax (anexo IX);
- Pacientes com diagnóstico de doenças autoimunes e envolvimento pulmonar;
- Achados tomográficos de enfisema pulmonar associados a fibrose.

• CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	Dispneia em repouso ou nível 4 do mrc Dependência de oxigênio
P1	Dispneia nível 3 do MRC Pacientes com alteração da função pulmonar Achados tomográficos de enfisema pulmonar associados a fibrose
P2	Demais casos

5.7 DISTÚRBIOS DO SONO/ SAHOS

- Diagnóstico de SAHOS moderado/grave (maior ou igual a 15 apneias/hipopneias por hora) determinado por polissonografia;
- Pacientes com suspeita de SAHOS na indisponibilidade de solicitar polissonografia na APS e sem potencial fator obstrutivo de via aérea superior (como desvio de septo, pólipos nasais, hipertrofia de amígdalas, entre outros)
- Demais distúrbios respiratórios relacionados ao sono (ronco, apneia presenciada, sonolência diurna excessiva conforme escala de Epworth - anexo XI)



• CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	SAHOS grave; portadores de doenças neuromusculares com restrição e sinais de hipoventilação, pacientes com obesidade grave e dessaturação, pacientes cardiopatas graves, pacientes com IAH>30H e profissão com risco de morte, como motoristas e pilotos
P1	SAHOS moderado, pacientes com CIPAP para acompanhamento
P2	Demais casos

5.8 ALTERAÇÕES EM EXAMES COMPLEMENTARES

- Alterações em exames complementares que geram dúvida diagnóstica ou com impossibilidade de seguimento radiológico na APS (anexo X);
- Alterações em exame de imagem associada à suspeita de neoplasia (anexo IX);
- Nódulo sólido ou subsólido com indicação de seguimento com exame de imagem, na impossibilidade de realizar TC de tórax na APS;
- Nódulo sólido ou subsólido em pessoa com alterações clínicas sugestivas de malignidade 4, independentemente do tamanho;
- Lesão mediastinal sólida (até 3 cm) ou cística;
- Linfonodomegalia mediastinal (linfonodo maior ou igual a 1 cm no menor eixo).
- Massa pulmonar (lesão sólida circunscrita maior que 3 cm);

OBSERVAÇÕES:

- Achados isolados em exame de imagem como cicatrizes de tuberculose, nódulo calcificado, espessamento pleural e atelectasia laminar geralmente são achados benignos e não necessitam investigação com Pneumologia. Nesses casos, avaliar sintomas, sinais clínicos e fatores de risco que indicam seguimento para investigação;
- Para seguimento de nódulos pulmonares utiliza-se, preferencialmente, a TC sem contraste de baixa dose, quando disponível;
- São considerados nódulos subsólidos: nódulos em vidro fosco/despolido e nódulos parcialmente sólidos (ou seja, com componentes de vidro fosco/despolido e sólido).
- Alterações clínicas sugestivas de malignidade: hemoptise, perda ponderal, linfonodomegalia supraclavicular, cervical baixa ou mediastinal, derrame pleural, hipocratismo digital.
- A *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) recomenda rastreio (triagem anual com tomografia computadorizada de baixa dosagem) para todos os adultos de 50 a 80 anos com história de tabagismo de 20 maços-ano e que atualmente fumam



ou pararam de fumar nos últimos 15 anos (recomendação de grau B).

• **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

P0	Lesões com suspeita de neoplasia
P1	
P2	Demais casos

6.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

6.1 SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS IMEDIATAMENTE À UPA OU SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

- Asma ou DPOC exacerbados com sinais de gravidade
- Dispnéia em repouso;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Alterações do estado mental;
- Hipoxemia com necessidade de suplementação com oxigenoterapia;
- Taquipnéia (FR>40 rpm);
- Cianose.
- Tosse com hemoptise (> 25 ml em 24 h).



7. REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Protocolo de consulta em pneumologia - adulto. Disponível em: <https://saude.sc.gov.br/index.php/pt/regulacao/protocolo-de-acesso-e-classificacao-de-risco/pneumologia-adulto/download>
2. Protocolos de Regulação Ambulatorial Pneumologia Adulto Versão Digital. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://atencaobasica-saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201712/13112337-protocolos-ses-pneumologia.pdf>
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. Brasília: Ministério da Saúde. 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 25).
4. Protocolo de regulação formativa para a atenção primária à saúde especialidade Pneumologia -Secretaria Estadual da Saúde Governo do Espírito Santo. 26 de Janeiro. 2020. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Protocolos%20de%20Regula%C3%A7%C3%A3o%20Formativa/Protocolo_Pneumologia_-_janeiro.pdf
5. GOLD Science Committee Members (2022-2023): C. Vogelmeier. Chair, A. Agusti, A. Anzueto. P. Barnes. J. Bourbeau. G. Criner, D. Halpin. M. Han. F. Martinez, M. Montes de Oca, A. Papi, I. Pavord, N. Roche, D. Sin, D. Singh, R. Stockley. N. Victorina Lopez Varcla. J. Wedzicha.



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaoasecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

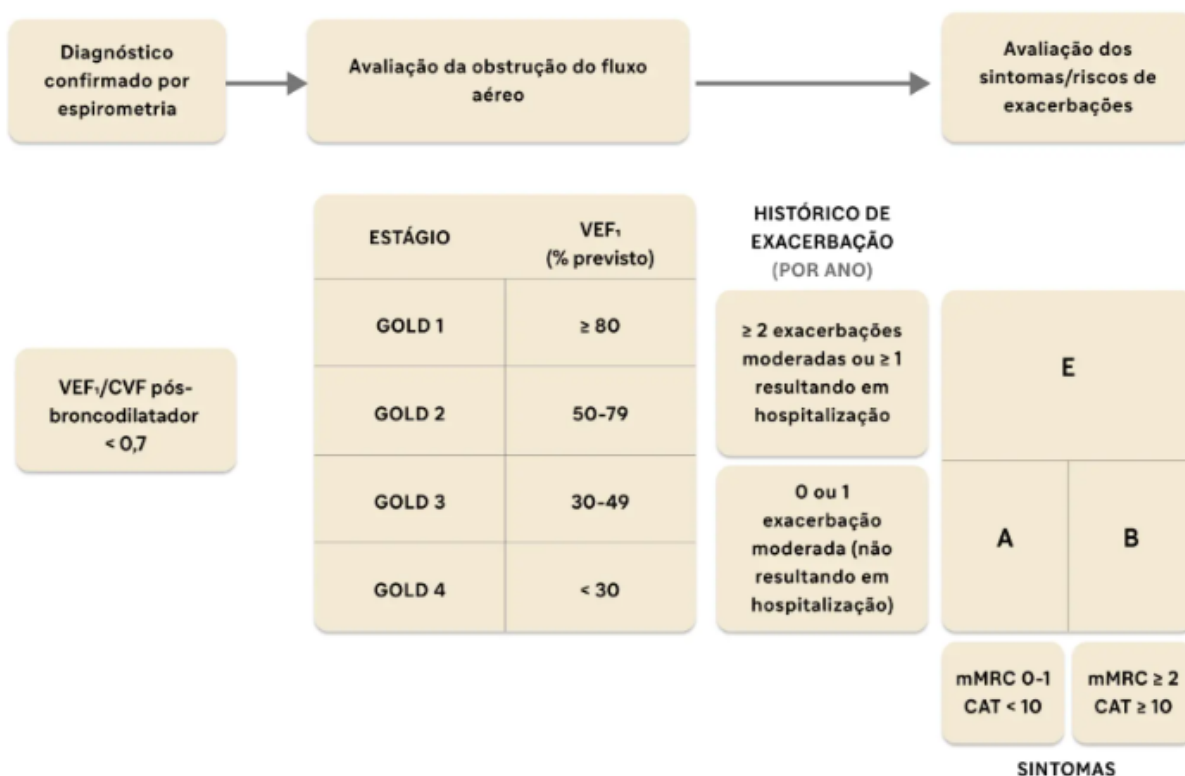
8. ANEXOS

Anexo I - Escala modificada do Medical Research Council (MRC) para avaliação da dispneia.

Grau	Descrição
0	Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso.
1	Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira.
2	Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas de minha idade.
3	Paro para tomar fôlego após caminhar cerca de 100 metros ou após alguns minutos, no plano.
4	Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho.

Fonte: Santa Catarina, 2022

Anexo II - Ferramenta de avaliação GOLD DPOC ABE



Fonte: apatado

https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2025/06/2025-Portuguese-Translation-PG_WMV.pdf



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaoasecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

Anexo III - Gravidade de obstrução de fluxo aéreo na DPOC pós broncodilatador

GOLD 1	Leve	VEF1 $\geq$ 80% do previsto
GOLD 2	Moderado	50% $\leq$ VEF1 <80% do previsto
GOLD 3	Grave	30% $\leq$ VEF1 <50% do previsto
GOLD 4	Muito grave	VEF1 <30% do previsto

Fonte: elaborado pela autora

Anexo IV - Algoritmo de tratamento farmacológico inicial de paciente com DPOC



Fonte:

<https://pro.campus.sanofi.br/copd/artigos/recomendacoes-gold-para-o-tratamento-e-o-manejo-da-dpoc>

Anexo V - Doses de corticóide inalatório para adultos e adolescentes com 12 anos ou mais

	Dose baixa	Dose média	Dose alta
Apresentação	Em mcg/dia, com intervalo de 12h entre as doses		
Beclometasona	200 - 500	> 500 - 1.000	> 1.000
Beclometasona na combinação Fostair® (beclometasona + formoterol) pó seco ou spray em partículas extrafinas	100 - 200	> 200 - 400	> 400
Budesonida	200 - 400	> 400 - 800	> 800
Associação CI + LABA			
Formoterol 6 mcg + budesonida 200 mcg Formoterol 12 mcg + budesonida 400 mcg	Dose inicial	Dose máxima (fixa + resgate)	
	Dose do formoterol em mcg/dia, com intervalo de 12 a 24 horas entre as doses fixas ⁴		
	12 - 24	72	
Formoterol 6 mcg + beclometasona 100 mcg Formoterol 6 mcg + beclometasona 200 mcg	Dose inicial	Dose máxima (fixa + resgate)	
	Dose do formoterol em mcg/dia, com intervalo de 12 a 24 horas entre as doses fixas		
	12 - 24	48	



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaoasecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Global Initiative for Asthma (2022)

Anexo VI - Avaliação do controle dos sintomas da asma

Avaliação de controle dos sintomas			Nível de controle da asma		
Nas últimas 4 semanas, o paciente teve?			Bem controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
Sintomas diurnos >2 vezes por semana	SIM	NÃO	Não para todas as questões	SIM para 1 ou 2 questões	SIM para 3 ou 4 questões
Despertares noturnos por asma	SIM	NÃO			
Uso de medicação de resgate >2 vezes por semana	SIM	NÃO			
Limitação das atividades pela asma	SIM	NÃO			

Fonte: elaborado pela autora

Anexo VII - Equivalência das doses de corticoides inalatórios

	Dose baixa (µg/dia)	Dose média (µg/dia)	Dose alta (µg/dia)
Dipropionato de beclometasona	100-200	200-400	> 400
Budesonida	200-400	400-800	> 800
Propionato de fluticasona	100-250	250-500	> 500
Furoato de fluticasona	nd	100	200
Furoato de mometasona	110-220	220-440	> 440

Fonte: Santa Catarina, 2022

Anexo VIII - Recomendações de tratamento da asma para pacientes com 12 anos ou mais

Adultos & Adolescentes

> 12 anos

Controle Personalizado da Asma

A Faixa 1 - O CI-formoterol como droga para alívio é preferível porque reduz o risco de exacerbações graves em comparação ao uso de SABA, por ser mais simples para os pacientes, ao possibilitar a utilização da mesma medicação tanto para alívio como para o tratamento de manutenção.

Sintomas menos de 3-5 dias por semana, com função pulmonar normal (ou ligeiramente reduzida)

PREFERÊNCIA

PARA CONTROLE - Alívio

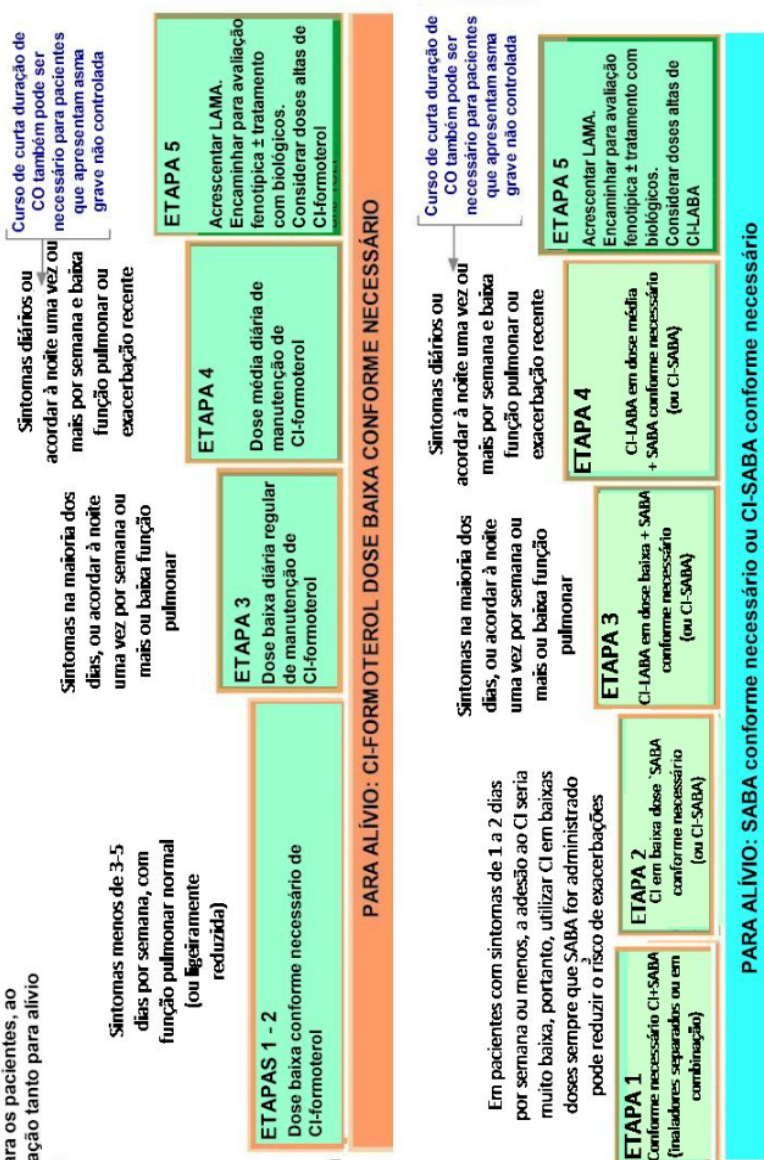
(Faixa -1) - Usar a associação CI-formoterol que reduz o risco de exacerbações em comparação com aqueles que utilizam SABA

CONTROLE e

ALÍVIO ALTERNATIVO

(Faixa -2) - Antes de considerar o regime com SABA, verifique a possibilidade de o paciente ser aderente à medicação de manutenção diária.

Outras opções de controle (indicações limitadas ou menos evidências de eficácia de segurança - ver texto)



Entre as estratégias não farmacológicas, destacam-se a cessação do tabagismo, a prática regular de atividade física, a reabilitação pulmonar, a redução de peso, a vacinação (ver texto para detalhes) e a imunoterapia com alérgenos. Opções adicionais de controle, como a introdução de LAMA na Etapa 4 ou o uso de LTRA, possuem menor embasamento científico em termos de eficácia e segurança quando comparadas às Trilhas 1 ou 2 (consulte o texto para mais informações). O uso de corticoide oral como terapia de manutenção deve ser considerado apenas em último recurso.



Fonte: <https://www.asma-bronquica.com.br/medical/etapas22.html>

Anexo IX- Alterações em exames complementares compatíveis com Doença Pulmonar Intersticial.

Espirometria
Padrão restritivo.
Exame de imagem (raio-X ou tomografia computadorizada de tórax)
- Espessamento de septos interlobulares. - Áreas com padrão de atenuação em vidro fosco. - Padrão de faveolamento. - Infiltrado intersticial difuso (na ausência de insuficiência cardíaca congestiva ou infecção). - Padrão reticular/reticulonodular. - Padrão em árvore em brotamento. - Padrão de perfusão em mosaico. - Padrão de pavimentação em mosaico. - Cistos pulmonares.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Anexo X - Periodicidade de seguimento de nódulo de pulmão* incidental, com TC sem contraste na APS.

Diretrizes não aplicáveis para pacientes com menos de 35 anos (baixo risco câncer de pulmão), para imunocomprometidos (alto risco de infecção) ou pacientes com história pessoal de câncer (alto risco de metástase).

Nódulo sólido			
	< 6 mm	Entre 6 e 8 mm	> 8 mm
Único			
Pessoa de baixo risco¹	Não é necessário seguimento (benigno ou infecção/inflamação).	TC no diagnóstico, entre 6 e 12 meses e considerar entre 18 e 24 meses.	Investigação adicional com TC em 3 meses, PET/TC ou biópsia. Encaminhar para Cirurgia Torácica.
Pessoa de alto risco²	TC no diagnóstico e aos 12 meses. Se estável/resolvido aos 12 meses, não é necessário seguimento.	TC no diagnóstico, entre 6 e 12 meses e entre 18 e 24 meses.	Investigação adicional com TC em 3 meses, PET/TC ou biópsia. Encaminhar para Cirurgia Torácica.
Múltiplos ³			
Pessoa de baixo risco¹	Não é necessário seguimento. (benigno ou infecção/inflamação).	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e considerar entre 18 e 24 meses.	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e considerar entre 18 e 24 meses.
Pessoa de alto risco²	TC no diagnóstico e aos 12 meses. Se estável/resolvido aos 12 meses, não é necessário seguimento.	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e entre 18 e 24 meses.	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e entre 18 e 24 meses.



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaoasecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

Nódulo subsólido ⁴		
	< 6 mm	≥ 6 mm
	Único	
Vidro fosco	Não é necessário seguimento (benigno ou infecção/inflamação).	TC no diagnóstico, entre 6 e 12 meses e a cada 2 anos até completar 5 anos de seguimento.
Parcialmente sólido	Não é necessário seguimento (benigno ou infecção/inflamação).	TC no diagnóstico e entre 6 e 12 meses. Se persistente/estável e o componente sólido for < 6 mm, TC anual até completar 5 anos de seguimento. Se componente sólido ≥ 6mm ou crescer, tratar como altamente suspeito e encaminhar para Cirurgia Torácica.
Múltiplos³	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses. Considerar TC em pacientes de alto risco entre 18 e 24 meses (usualmente benignos).	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses. Manejo subsequente baseado no nódulo mais suspeito.

*Nódulo pulmonar é definido como uma opacidade aproximadamente arredondada, de limites bem definidos, com 3 cm ou menos no maior diâmetro, circundada por parênquima pulmonar normal.

¹**Pessoa de baixo risco:** pessoa mais jovem, ausência de tabagismo, nódulo com margens regulares, localizado em área diferente do lobo superior.

²**Pessoa de alto risco:** idade elevada, história atual ou prévia de tabagismo, exposição ocupacional a agentes carcinogênicos (asbesto, radiação ionizante, arsênio, cromo e níquel), história familiar de neoplasia pulmonar, nódulo com margens irregulares ou espiculadas e localização no lobo superior.

³Se houver um nódulo maior ou mais suspeito, este deve ser usado como guia para intervalo de seguimento e manejo de acordo com o protocolo de nódulo único. Atentar para nódulos múltiplos com característica de metástases: bilaterais, não calcificados, com bordas regulares, distribuição periférica/subpleural e com grande variação de tamanho. Realizar avaliação clínica detalhada.

⁴São considerados nódulos subsólidos: nódulos em vidro fosco/despolido; e nódulos parcialmente sólidos (ou seja, com componentes de vidro fosco/despolido e sólido).

Fonte: TelessaúdeRS UFRGS (2023), adaptado de MacMahon et al. (2017) e Gould et al. (2013).



Anexo XI - Escala de sonolência de Epworth

Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, nas seguintes situações? Considere o modo de vida que você tem levado recentemente. Mesmo que você não tenha feito algumas destas coisas recentemente, tente imaginar como elas o afetariam. Escolha o número mais apropriado para responder cada questão.

0 = nunca cochilaria

1 = pequena probabilidade de cochilar

2 = probabilidade média de cochilar

3 = grande probabilidade de cochilar

Situação	Probabilidade de cochilar			
Sentado e lendo	0	1	2	3
Assistindo TV	0	1	2	3
Sentado, quieto, em um lugar público (por exemplo, em um teatro, reunião ou palestra)	0	1	2	3
Andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro	0	1	2	3
Sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool	0	1	2	3
Em um carro parado no trânsito por alguns minutos	0	1	2	3

Fonte: J Bras Pneumol. 2009