

# **Protocolo de atenção a crianças e adolescentes com doenças respiratórias na rede de saúde do Distrito Federal**

**Área (s): Pediatria, Saúde da Criança, Pneumologia  
pediátrica.**

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

## **1- Metodologia de Busca da Literatura**

### **1.1 Bases de dados consultadas**

A pesquisa de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2018 nas bases de dados PUBMED, LILACS e COCHRANE, bem como em livros-texto, legislação vigente sobre o assunto, protocolos validados em outras instituições de saúde.

### **1.2 Palavras chaves**

Doenças respiratórias, Criança, Adolescente, regulação, pneumopediatria.

### **1.3 Período referenciado e protocolo relevante**

O material apresentado foi elaborado durante os anos de 2016, 2017 e 2018. Foram utilizados como referenciais teóricos principais: “Protocolos de Acesso Ambulatorial: Consultas especializadas. Hospitais Federais do Rio de Janeiro” (BRASIL, 2015); o diagnóstico situacional com avaliação da

demanda para a pneumologia pediátrica na rede SES-DF, e a implantação da regulação regionalizada para a especialidade que se iniciou em maio de 2017 (DA SILVA- MARTINS, 2017).

## **2- Introdução**

A lei 8080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, preconiza a universalidade e integralidade no atendimento à saúde. Para que isso ocorra, é necessária a hierarquização dos serviços de saúde, para uma boa assistência (BRASIL,1990).

A pneumologia pediátrica assiste os pacientes pediátricos com necessidade de tratamento de doenças respiratórias complexas que exigem investigação e acompanhamento por especialista (ROZOV, 2011).

A assistência a criança e ao adolescente pode necessitar de um grau de especialização, que ultrapasse a capacidade na rede de atenção primária à saúde e, por esse motivo, surge a necessidade de critérios de encaminhamento para a atenção secundária e terciária (MENDES, 2011).

O emprego de protocolos de regulação de acesso aos serviços de saúde se constitui em importante ferramenta na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde, que requerem esforço conjunto de gestores e profissionais no estabelecimento de objetivos e metas por meio da implementação de ações (BRASIL, 2015).

O processo de regulação das vagas disponíveis para consultas e outros procedimentos representa relevância em Saúde Pública, garantindo as leis aos usuários, e controle de qualidade dos serviços, pela portaria 1.559 (08/2008), que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS. A Central de Regulação Disponibiliza vagas em atendimento especializado e leitos, agilizando marcação de consultas e exames, dentre outros (BRASIL · 2008).

“Os sistemas de regulação em saúde atendem às funções do SUS voltadas para a busca de otimização na alocação e distribuição de recursos nas áreas de transplante de órgãos, procedimentos de alta complexidade, recursos hospitalares e ambulatoriais especializados, serviço móvel de atendimento de urgência e avaliação de serviços de saúde.”(BRASL, 2018)

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), diz obrigatória a regulação, “A central de regulação beneficia os gestores de Saúde ao evidenciar onde existe a maior demanda por atendimento. As informações geradas pelo sistema norteiam ações estratégicas para resolver os gargalos e diminuir as filas de espera.” (COSCELLI,2017)

Para os usuários, ter acesso ao diagnóstico, procedimentos e terapia, é fundamental. Destacando a importância de os profissionais dominarem os conhecimentos, e serem capazes da articulação com o contexto e singularidade, evitando a referência sem responsabilização, a contrarreferência não efetivada, e protocolos construídos unilateralmente e não adotados.( FEUERWERKER, 2011).

O atendimento eletivo para pacientes em Pneumologia Pediátrica na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) inclui o Entorno, e outros estados, Roraima, Goiás, Minas Gerais, Bahia, em regime de tratamento fora de domicílio (TFD), ou em investigação diagnóstica.

Em levantamento dos atendimentos realizados pela Atenção Especializada, utilizando-se o código: 0301010072 foram realizados 5371 atendimentos em pneumologia na faixa etária até 18 anos na rede SES-DF no ano de 2016 (SUPLANS SES-DF, 2016). Quando também foi realizado diagnóstico situacional da demanda da especialidade, CIDs, ambulatorios na especialidade, e estimativa da necessidade do especialista frente a população, baseando-se na portaria GM/MS nº 1.631/GM, de 01/10/2015 (BRASIL, 2015), que versa sobre Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS, que estima três pneumologistas de 40h/100mil habitantes. A mesma portaria estima a população >18 anos de 70,49%. Extrapolando-se que 29,5% corresponderia a faixa etária <18 anos, concordando com dados do IBGE/2016 (GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF, 2016), verificou-se a necessidade do pneumologista pediátrico por 100mil habitantes conforme a Região de Saúde no DF. Foi encontrada necessidade de 335 horas do pneumopediatra, ao passo que toda a rede tinha 137 horas do referido profissional, déficit de 205 horas, especialmente Região Sudoeste, seguida da Região Oeste. Assim, passou-se a identificação dos pneumopediatras na rede, e pactuação com gestores visando à implantação e/ou reorganização do processo de trabalho e ampliação de carga horária nos ambulatorios da especialidade nas Regionais de Saúde e HCB, iniciando-se a regulação regionalizada da especialidade.

Segundo dados da Gerência de Regulação Ambulatorial da SES/DF, em dezembro de 2016, havia 1774 solicitações de atendimento ambulatorial em pneumologia pediátrica no DF. Após a implantação da regulação regionalizada, a demanda passou a 978 em julho de 2017, uma redução de 45%, resultado apresentado na "I Mostra de Experiências Inovadoras no SUS", realizada pela SES/DF, em Brasília nos dias 04 e 05 de dezembro de 2017 (DA SILVA-MARTINS CLF, 2017). Desde maio de 2018 a fila da especialidade de pneumopediatria está zerada em 100%, sendo os atendimentos. Na atualidade, realizados na mesma semana de inserção na regulação. Tal resultado foi apresentado em forma de Pôster comentado no XXXIV Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia no período de 04-08 de agosto de 2018.

### **3- Justificativa**

A assistência integral à criança e o adolescente com doenças respiratórias, por meio de diretrizes, busca auxiliar e qualificar o atendimento, sem perder o foco na necessidade do usuário e sua família.

Assim, o presente protocolo tem como objetivo normatizar o atendimento de crianças e adolescentes com doenças respiratórias, de forma hierarquizada nas distintas esferas de complexidade na rede de saúde SES-DF, contribuindo para os princípios de equidade, universalidade e integralidade às ações e aos serviços de saúde preconizados pelo SUS.

#### **4- Diagnóstico Clínico ou Situacional**

As crianças e adolescentes atendidos na APS por Médico de Família e Comunidade, bem como, aquelas atendidas nos ambulatórios de especialidades na atenção secundária (pelo pneumopediatra, ou Pediatra Geral), ou na atenção terciária, serão referenciados ou contrarreferenciados dentro da rede, com base nos sinais e sintomas, e nas hipóteses diagnósticas no âmbito da pneumologia pediátrica.

#### **5- Critérios de Inclusão**

Todas as crianças e os adolescentes (até a idade de 14 anos, 11 meses e 29 dias) atendidos na atenção secundária; e crianças e adolescentes (até a idade de 17 anos, 11 meses e 29 dias) atendidos no Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB) ou no Instituto Hospital de Base (IHBDF), com queixas respiratórias e/ou achados correlatos, sem limite de idade para o usuário atendido pelo Médico de Família e Comunidade na APS, na rede de saúde SES- DF.

#### **6- Critérios de Exclusão**

Adolescente  $\geq$  15 anos, na atenção secundária; e  $\geq$  18 anos no Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB).

#### **7- Conduta**

As crianças e adolescentes poderão ser avaliados nas esferas da atenção primária, secundária ou terciária, conforme critérios de encaminhamento deste protocolo e relatório médico, com a recomendação de sempre manter o acompanhamento com o Médico de Família e Comunidade de sua referencia.

#### **8- Apresentação do Protocolo:**

O protocolo foi dividido nos seguintes itens:

**A) Motivo da consulta:** sinais e sintomas que motivaram o paciente a procurar atendimento nos serviços de saúde.

**B) Quando encaminhar:** orientação de quando deve se encaminhar o paciente. A definição é feita com base na própria doença, hipótese diagnóstica com exames complementares sugeridos e **não necessariamente obrigatórios**, e exame físico do usuário (anexoI).

**C) Anamnese e exame físico:** achados clínicos presentes ao exame físico.

**D) Exames complementares sugeridos:** São exames complementares sugeridos e não obrigatórios que devem ser solicitados, quando disponível, para melhor definição da hipótese diagnóstica, e subsequente instituição do tratamento ou contra referência.

**E) CID provável:** CID que deve ser colocado na solicitação de exames e no SISREG para marcação de consulta com o especialista.

**F) Prioridade de Regulação:** está baseado na classificação de prioridade pertinente aos motivos da consulta, como demonstrado no quadro 01. É importante observar que a classificação da prioridade se relaciona com o grau de urgência de atendimento daquele caso, e não para o nível de atenção para o qual deve ser encaminhado.

**G) Atenção Primária a Saúde (APS):** É a porta de entrada para todos os pacientes na rede de saúde da SESDF. A APS é o ordenador do cuidado e contra referência do cuidado especializado.

**H) Ambulatórios secundários de especialidades:** inclui a especialidade da pneumologia pediátrica nas unidades de complexidade secundária na rede de atenção à saúde.

**I) Ambulatórios de especialidades terciários:** inclui os ambulatórios da especialidade da pneumologia pediátrica no Hospital da Criança de Brasília José de Alencar (HCB), e a assistencial ambulatorial as crianças e adolescentes traqueostomizados, ou com estridor crônico, a critério do médico assistente, atendidos na Unidade de Endoscopia Respiratória do Instituto Hospital de Base do DF(IHBDF).

**J) Contrarreferência:** após avaliação ou tratamento realizados pelo especialista da Atenção Terciária, podem ser encaminhados para os ambulatórios de Pneumologia Pediátrica, ou Pediatria geral, ambos, de complexidade secundária na rede de atenção à saúde, ou ainda para o Médico de Família na APS.

## Quadro 01 – Classificação de prioridade

PRIORIDADE DE REGULAÇÃO		
Cor	Classificação	Descrição
Vermelho	P0	Emergência, necessidade de atendimento imediato
Amarelo	P1	Urgência, atendimento o mais rápido possível
Verde	P2	Prioridade não urgente
Azul	P3	Atendimento de acordo com a demanda do serviço

### 8.1 Conduta Preventiva

Não se aplica

### 8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica.

### 8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica

#### 8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica

### **8.3.2 Esquema de Administração**

Não se aplica

### **8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

Não se aplica

## **9- Benefícios Esperados**

A implantação do Protocolo de atenção a crianças e adolescentes com doenças respiratórias na rede de saúde do Distrito Federal proporcionará orientações de propedêutica no atendimento inicial, estabelecendo um fluxo de encaminhamento nas várias esferas da assistência.

Este protocolo irá aprimorar o cuidado especializado à saúde, a partir da atenção primária à saúde (APS), promoção da articulação entre os níveis de atenção, e a corresponsabilização dos gestores e profissionais envolvidos na assistência nos diferentes níveis de atenção, com a garantia da manutenção do vínculo do cuidado na APS.

## **10- Monitorização**

Os resultados serão monitorados mensalmente pela Referência Técnica em Pediatria e supervisor (a) de pneumologia pediátrica, por meio de indicadores de monitoramento, processo e resultados. Os indicadores sugeridos para o monitoramento e avaliação do processo de implantação/implementação do referido protocolo devem ser coletados por meio dos Sistemas Oficiais de Informações da SES/DF:

- Relação de solicitações por região de saúde no DF;
- Relação dos CIDs solicitados;
- Prioridade de risco geral e conforme região de saúde;
- Data da solicitação;
- Data do atendimento;
- Tempo entre a solicitação e o atendimento;
- Percentual de atendimentos de pacientes oriundos da RIDE-DF;
- Percentual que permaneceu na atenção terciária especializada;

- Percentual de alta da especialidade;
- Mapa da contra referência.

### **11- Acompanhamento Pós-tratamento**

Não se aplica

### **12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

Não se aplica

### **13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor**

Os dados coletados anualmente pelas Regiões de Saúde, através dos indicadores pactuados neste protocolo, servirão para o planejamento das ações dos gestores de cada localidade e das áreas técnicas responsáveis. Este protocolo terá a validade de dois anos quando deverá ser revisado.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL. Constituição Federal Brasileira. Lei 8080, 19 de setembro de 1990. BRASIL.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria número 1.559, de 1º de agosto de 2008. "Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS." (Ementa M.S).

[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.consulta](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.consulta) em 25-03-2108.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação © 2018 DATASUS - acesso on-line em 25-03-2018.

COSCELLI A. Implantação garante proteção e acesso a serviços, impede fraudes e estabelece um padrão de qualidade do atendimento. O papel da Central de Regulação na gestão em Saúde Pública Central de Regulação. Comunicação feita a mídia eletrônica da MV Sistema de Gestão em Saúde, 12/05/2017.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde in Marins J.J et al (org) EDUCAÇÃO, SAÚDE e GESTÃO, Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011- no prelo) Laura Camargo M cruz Feuerwerker

ROZOV T. Doenças pulmonares em pediatria: diagnóstico e tratamento. —2.ed.—São Paulo: Editora Atheneu,2011.



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.

SUPLANS.TABWIN/SIA/DATASUS, SES-DF, informação recolhida em dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1.631/GM, de 1 de outubro de 2015.

GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF, dados IBGE, informação recolhida em dezembro de 2016.

DA SILVA- MARTINS CLF. “LINHA DE CUIDADO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA REDE DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL”. Apresentação oral feita durante a “I MOSTRA DE EXPERIÊNCIAS INOVADORAS NO SUS”, realizada em Brasília-DF, nos dias.04 e 05 de dezembro de 2017.

BRASIL. Constituição Federal Brasileira. Lei 8080, 19 de setembro de 1990. 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.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção a Saúde. Organização Panamericana da Saúde, 2ª ed. Brasília, 2011.

**Anexo I:**

MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	ANAMNESE E EXAME FÍSICO	EXAMES COMPLEMENTARES SUGERIDOS	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAMENTO	Ambulatório de Especialidade na atenção secundária	Ambulatório de Especialidade na atenção terciária	REFERENCIA E CONTRARREFERENCIA
<p><b>CRIANÇA COM TESTE DO PEZINHO ALTERADO PARA FIBROSE CÍSTICA OU TESTE DO SUOR ALTERADO.</b></p>	<p>Todos os casos com suspeita diagnóstica no teste do pezinho</p>	<p>Sem alterações e/ou retardo na eliminação meconial. História familiar positiva.</p>	<p>Repetir TESTE DO PEZINHO em até 30 dias de vida</p>	<p>E84</p>	<p><b>P0</b></p>	<p>Não se aplica</p>	<p>X</p>	<p>Centro de referência em FC no HCB.</p>
	<p>Teste do suor alterado em qualquer idade, com infecções respiratórias recorrentes.</p>	<p>Tosse crônica Déficit pondero-estatural, presença de cristais de sódio na testa, prostração ao calor, polipose nasal, infecções respiratórias recorrentes.</p>	<p>Repetir TESTE DO SUOR Em serviço de referência (HBDF ou HCB).</p>	<p>E84</p>	<p><b>P0</b></p>	<p>Não se aplica</p>	<p>X</p>	<p><b>OBS:</b> - Se teste do suor se mantiver alterado encaminhar para Centro de referência em FC no HCB.  - Se teste do suor for normal encaminhar para Ambulatório de pneumopediatria na atenção secundária para investigação.</p>

<b>CRIANÇA COM PNEUMONIA RECORRENTE</b>	Paciente com 3 ou mais episódios no ano e radiografias normais nos intervalos.	Tosse Febre Taquipneia Tiragem Intercostal	<b>RADIOGRAFIA DE TÓRAX</b>  TESTE DO SUOR Em serviço de referência (HBDF ou HCB).  HEMOGRAMA	J15 J18	<b>P2</b>	X	Não se aplica	Ambulatório de pneumopediatria na Atenção Secundaria.  *Na ausência deste ambulatório de especialidade na Regional, encaminhar para o ambulatório de pneumologia geral no HCB pela Regulação (Sisreg).
	Imagem radiologica inalterada por > 3 meses episódio com duração com > 30 dias.	Tosse Febre Taquipneia Tiragem Intercostal	<b>RADIOGRAFIA DE TÓRAX</b>  PPD  Exame de escarro: baciloscopia (Crianças > 7 anos)  <b>CONSIDERAR</b> ➤ Avaliação endoscópica da via respiratória (suspeita de doença pulmonar) ➤ Vídeo endoscopia da Deglutição (suspeita de broncoaspiração), (Unidade de Endoscopia Respiratória do IHBDF);	A15 A16 A19	<b>P0</b>	X	Não se aplica	Contato imediato com o Programa de Tuberculose ou Saúde Coletiva em cada Regional de Saúde, <b>SE AFASTADO O DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE</b> , encaminhar, a critério médico, para o ambulatório de pneumopediatria na Atenção Secundaria.  *Na ausência deste ambulatório de especialidade na Regional, encaminhar para o ambulatório de pneumologia geral no HCB pela Regulação (Sisreg).
<b>CRIANÇA COM ROUQUIDÃO OU ESTRIDOR</b>	Estridor, respiração ruidosa e disfonia	Estridor, sem sinais de insuficiência respiratória, que melhora com repouso.	<b>RADIOGRAFIA DE TÓRAX e PESCOÇO.</b>  <b>CONSIDERAR</b> Avaliação endoscópica da via respiratória (Unidade de Endoscopia Respiratória do IHBDF);	J37 R06.1	<b>P2</b>	X	Não se aplica	Encaminhar, a critério médico, para o ambulatório de pneumopediatria na Atenção Secundaria.  *Na ausência deste ambulatório de especialidade na Regional, encaminhar para o ambulatório de pneumologia geral no HCB pela Regulação (Sisreg).

	<b><u>Estridor crônico</u></b> Afastar causas de obstrução aguda ou infecciosas das vias aéreas superiores.	Estridor com dificuldade respiratória progressiva, acompanhada de cianose, tiragem sibilo e gemido	<b>RADIOGRAFIA DE TÓRAX e PESCOÇO.</b>  Avaliação endoscópica da via respiratória		<b>P2</b>	X	Não se aplica	Unidade de Endoscopia Respiratória do IHBDF.  *Manter acompanhamento com o Pediatra Geral da Atenção Secundária.
<b>CRIANÇA COM TOSSE CRÔNICA (&gt; 8 semanas)</b>  OBS: já excluída TB pulmonar.	Tosse crônica, quadros recorrentes de infecção de vias aéreas inferiores, prejuízo pondero-estatural e das atividades diárias, com internações frequentes.		<b>RADIOGRAFIA DE TÓRAX</b>  PPD  HEMOGRAMA  IMUNOGLOBULINAS (IGG, IGM, IGA, IGE)  <b><u>CONSIDERAR:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ TCAR de Torax,</li> <li>➤ Phmetria,</li> <li>➤ Prick teste</li> <li>➤ Teste do suor (no HBDF ou HCB)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliação endoscópica da via respiratória (suspeita de doença pulmonar) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ou</li> <li>➤ Vídeo endoscopia da Deglutição (suspeita de broncoaspiração), (Unidade de Endoscopia Respiratória do IHBDF);</li> </ul> </li> <li>➤ ESPIROMETRIA para crianças &gt; 4 anos no HCB.</li> </ul> (agendamento@hcb.org.br ou, pelo Sisreg, em fase de implantação.	R05	<b>P1</b>	X	Não se aplica	Ambulatório de pneumopediatria da Atenção Secundária.  *Na ausência de ambulatório de especialidade na Regional, encaminhar para o ambulatório de pneumologia geral do HCB pela Regulação (Sisreg).

	<p>Relato de episódio de bronquiolite viral aguda. Chiado no peito e taquipneia, presença de tiragens (intercostal, subcostal e supra-esternal), sibilos e estertores finos persistentes mesmo após a resolução da BVA.</p> <p><b>Radiografia de tórax:</b> infiltrado peribrônquico, hiperinsuflação pulmonar e atelectasia segmentar ou subsegmentar.</p> <p><b>TCAR de Torax:</b> espessamento brônquico, bronquiectasia, atelectasia e padrão em mosaico de atenuação pulmonar.</p>		<p><b>RADIOGRAFIA DE TÓRAX</b></p> <p>PPD</p> <p>HEMOGRAMA</p> <p>IMUNOGLOBULINAS (IGG, IGM, IGA, IGE)</p> <p><b>CONSIDERAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Phmetria,</li> <li>➤ Prick teste</li> <li>➤ Teste do suor (I HBDF ou HCB).</li> <li>➤ Dosagem de <math>\alpha</math>-1-antitripsina,</li> <li>➤ Avaliação endoscópica da via respiratória (suspeita de doença pulmonar), (Unidade de Endoscopia Respiratória do IHBDF); <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vídeo endoscopia da Deglutição (suspeita de broncoaspiração), (Unidade de Endoscopia Respiratória do IHBDF);</li> <li>➤</li> </ul> </li> <li>➤ <b>ESPIROMETRIA</b> para crianças &gt; 4 anos no HCB.(agendamento@hcb.org.br ou, pelo Sisreg, em fase de implantação.</li> </ul>	<p>J41</p> <p>J44.8</p> <p>J44.9</p> <p>J47</p>	<p><b>P1</b></p>	<p>Não se aplica</p>	<p>X</p>	<p>Ambulatório de pneumologia geral do HCB pela Regulação (Sisreg).</p>
	<p><b><u>ASMA LEVE</u></b></p> <p>Presença de sintomas de tosse, chiado no peito, cansaço, &lt; duas vezes na semana, sem limitação a atividade física mesmo na intercrise. Em tratamento no <b>STEP 1 ou 2</b> da <b>Diretriz de Asma</b> com</p>	<p>Tosse, chiado e cansaço, que evolui com crises, com intercrise assintomático respiratório.</p>	<p>HEMOGRAMA</p> <p>IMUNOGLOBULINAS</p>	<p>J45</p> <p>J45.0</p> <p>J45.1</p> <p>J45.8</p>	<p><b>P2</b></p>	<p>Não se aplica</p>	<p>Não se aplica</p>	<p>Realizar o acompanhamento na APS, e a critério médico, encaminhar para o ambulatório de pneumopediatria na Atenção Secundaria.</p> <p>*Na ausência de ambulatório de especialidade na Regional,</p>

<p align="center"><b>CRIANÇA OU LACTENTE COM SIBILANCIA.</b></p>	<p>corticóide inalatório baixa dose associada ou não ao antileucotrieno, por &gt; 3 meses.</p> <p align="center"><b>Obs:NA FALTA DE CONTROLE DA DOENÇA, ENCAMINHAR PELA REGULAÇÃO PARA O AMBULATÓRIO DE PNEUMOPEDIATRIA DA REGIONAL, OU NA AUSENCIA DESTE, PARA O AMBULATÓRIO DE PNEUMOPEDIATRIA GERAL DO HCB.</b></p>		<p>ESPIROMETRIA para crianças &gt; 4 anos no HCB.(agendamento@hcb.org.br ou, pelo Sisreg, em fase de implantação)</p>	<p>J45.9</p>				<p>encaminhar para o ambulatório de pneumologia geral do HCB pela Regulação (Sisreg).</p>
	<p><b><u>ASMA MODERADA</u></b></p> <p>Presença de sintomas de tosse, chiado no peito, cansaço, &gt; duas vezes na semana, com limitação a atividade física diariamente, porém não continua ao longo do dia.</p> <p>Em tratamento no <b>STEP 3</b> da <b>Diretriz de Asma</b> com corticóide inalatório média dose associada ao LABA, ou ao Antileucotrieno, <b>OU</b> Corticóide inalatório <b>alta dose</b> por &gt; 3 meses.</p> <p align="center"><b>Obs: NA FALTA DE CONTROLE DA DOENÇA, ENCAMINHAR PARA O AMBULATÓRIO DE ASMA GRAVE DE DIFICIL CONTROLE NO HCB COM RELATÓRIO DETALHADO DOS</b></p>	<p>Tosse, chiado, cansaço, ou aperto no peito, que evolui com crises, permanecendo com limitação diária a atividades físicas na intercrise (na ausência do controle da doença).</p>	<p align="center"><b>HEMOGRAMA</b></p> <p align="center"><b>IMUNOGLOBULINAS</b></p> <p>ESPIROMETRIA para crianças &gt; 4 anos no HCB. (agendamento@hcb.org.br ou, pelo Sisreg, em fase de implantação)</p>	<p>J45 J45.0 J45.1 J45.8 J45.9</p>	<p align="center"><b>P1</b></p>	<p align="center">X</p>	<p align="center">Não se aplica</p>	<p>Ambulatório de pneumopediatria na Atenção Secundaria.</p> <p>*Na ausência de ambulatório de especialidade na Regional, encaminhar para o ambulatório de pneumologia geral do HCB pela Regulação (Sisreg).</p>

	<b>MEDICAMENTOS E TEMPO DE TRATAMENTO REALIZADOS.</b>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

	<p><b><u>ASMA GRAVE</u></b></p> <p>Cansaço, chiado no peito, tosse crônica, falta de ar e despertar noturno, diários ou quase diários, com limitação a atividade física diária e contínua., Exacerbações e internações e internações frequentes associados ou não a quadros de infecção pulmonar. Relato de intubação, ventilação mecânica e internação em UTI pela doença.</p> <p>Em tratamento no <b>STEP 4 OU 5 da Diretriz de Asma</b> com corticóide inalatório alta dose associada ao LABA, e/ ou ao antileucotrieno, e/ou associado ao Tiotrópio ou Teofilina (pacientes &gt;12 anos), ou ainda, associado a corticóide oral baixa dose diária, por &gt; 3 meses</p> <p><b>Obs: ENCAMINHAR PARA O AMBULATÓRIO DE ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROLE NO HCB COM RELATÓRIO DETALHADO DOS MEDICAMENTOS E TEMPO DE TRATAMENTO REALIZADOS.</b></p>	<p>Tosse, chiado e cansaço, ou aperto no peito, que evolui com crises, permanecendo com limitação diária e contínua a atividades físicas mesmo na intercrise (na ausência do controle da doença).</p>	<p><b>HEMOGRAMA</b></p> <p><b>IMUNOGLOBULINAS</b></p> <p><b>PHMETRIA</b></p> <p><b>TCAR DE TORAX</b></p> <p><b>PRICK TESTE</b></p> <p><b>TESTE DO SUOR (HBDF ou HCB).</b></p> <p><b>ESPIROMETRIA</b> para crianças &gt; 4 anos no HCB.(agendamento@hcb.org.br ou, pelo Sisreg, em fase de implantação)</p>	<p>J45</p> <p>J45.</p> <p>J45.1</p> <p>J45.8</p> <p>J45.9</p>	<p><b>P0</b></p>	<p>Não se aplica</p>	<p>X</p>	<p>Ambulatório de Asma Grave no HCB pela Regulação (Sisreg).</p>
--	--	---	--	---	------------------	----------------------	----------	--



	<b>BEBÊ CHIADOR</b>  Lactente com 3 ou mais episódios de chiado no peito, ou sibilância, ao longo de 2 meses, ou chiado no peito que dura pelo menos 1 mes.	Tosse, chiado, cansaço, e sibilância perisistente.	<b>RADIOGRAFIA DE TÓRAX</b>  <b>TESTE DO SUOR</b> Em serviço de referência (IHBDF ou HCB).	J45.9	<b>P0</b>	X	Não se aplica	Ambulatório de pneumopediatria na Atenção Secundária.  *Na ausência de ambulatório de especialidade na Regional, encaminhar para o ambulatório de pneumologia geral do HCB pela Regulação (Sisreg).
<b>CRIANÇA COM DISPNEIA CRONICA</b>	Dispneia que afeta atividades diárias e com baqueteamento digital.	Dispneia	<b>RADIOGRAFIA DE TÓRAX</b>  ESPIROMETRIA para crianças > 4 anos no HCB.(agendamento@hcb.org.br ou, pelo Sisreg, em fase de implantação)  <b>CONSIDERAR:</b> ➤ TCAR de Torax, ➤ Teste do suor (IHBDF ou HCB). ➤ Gasometria Arterial. ➤ Teste da caminhada de seis minutos.	J84.9	<b>P1</b>	Não se aplica	X	Ambulatório de pneumologia geral do HCB pela Regulação (Sisreg).
<b>CRIANÇA COM ALTERAÇÕES EM EXAME DE IMAGEM</b>	Assintomático respiratório	normal	Considerar: repetir <b>RADIOGRAFIA DE TÓRAX</b>	R91 J94	<b>P2</b>	Não se aplica	Não se aplica	Realizar o acompanhamento na APS, e a critério médico, encaminhar para o ambulatório de pneumopediatria na Atenção Secundária.  *Na ausência de ambulatório de especialidade na Regional, encaminhar para o ambulatório de pneumologia geral do HCB pela Regulação (Sisreg).

	Com repercussões e/ ou sintomatologia respiratória.	Tosse, dispneia ou taquipneia	RADIOGRAFIA DE TÓRAX TCAR de Torax	J98.1 J98.6	P1	X	Não se aplica	Ambulatório de pneumopediatria na Atenção Secundaria.  *Na ausência de ambulatório de especialidade na Regional, encaminhar para o ambulatório de pneumologia geral do HCB pela Regulação (Sisreg).
<b>CRIANÇA COM TRAQUEOSTOMIA</b>	Toda criança traqueostomizada	-----	CUIDADOS A TRAQUEOSTOMIA (vide código SIGTAP)	J95 J95.5 Z93.0	P2	**	X	Unidade de Endoscopia Respiratória no IHBDF.  ** Mantendo o acompanhamento com o Pediatra Geral na Atenção Secundária.
<b>LACTENTE COM DOENÇA RESPIRATORIA ORIGINADA NO PERIODO PERINATAL</b>  Relato de uso de O2 por mais de 28 dias ao nascimento.	<b>Doença LEVE:</b> sintomas respiratórios leves sem necessidade oxigenoterapia, ou seu uso somente durante o sono.	Dispneia ou taquipneia leve	NENHUM	P27	P1	X	Não se aplica	Ambulatório de pneumopediatria na Atenção Secundaria.  *Na ausência de ambulatório de especialidade na Regional, encaminhar para o ambulatório de pneumologia geral do HCB pela Regulação (Sisreg).
	<b>Doença MODERADA OU GRAVE:</b> sintomas respiratórios moderados a grave com necessidade oxigenoterapia na vigília e noturna	Dispneia ou taquipneia leve moderados a grave, cianose	RADIOGRAFIA DE TÓRAX  <b>Considerar:</b> TCAR DE TORAX	P27	P1	Não se aplica	X	Ambulatório de Displasia Broncopulmonar no HCB pela Regulação (Sisreg).

<b>OUTRAS AFECÇÕES OU MA-FORMAÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO NEONATAL</b>	<b>ATELECTASIAS</b> Tosse e imagens persistentes na Radiografia de torax	exame físico pode ser normal	RADIOGRAFIA DE TÓRAX	P28.1	P1	X	Não se aplica	Ambulatório de pneumopediatria na Atenção Secundária.  *Na ausência de ambulatório de especialidade na Regional, encaminhar para o ambulatório de pneumologia geral do HCB pela Regulação (Sisreg).
	<b>HIPOPLASIA E AGENESIA DO PULMAO</b> Graus variados de dificuldade respiratória dependendo da quantidade de parênquima pulmonar funcionante	Dispneia variável  Ou exame físico normal	RADIOGRAFIA DE TÓRAX  <b>Considerar:</b> TCAR DE TORAX	Q33.6	P0	Não se aplica	X	Ambulatório de pneumologia geral do HCB pela Regulação (Sisreg).
<b>CRIANÇA COM DEFORMIDADE TORÁCICA: TORAX ESCAVADO TORAX CARINADO</b>	Assintomático	deformidade torácica e restante do exame físico normal	RADIOGRAFIA DE TÓRAX	Q 67.6 Q 67.7	P3	Não se aplica	Não se aplica	Realizar o acompanhamento na APS, e a critério médico, encaminhar para o ambulatório de pneumopediatria na Atenção Secundária.  *Na ausência de ambulatório de especialidade na Regional, encaminhar para o ambulatório de pneumologia geral do HCB pela Regulação (Sisreg).
	Taquicardia, palpitações, cansaço fácil, sintomas psicológicos (timidez)	deformidade torácica Taquicardia, palpitações	RADIOGRAFIA DE TÓRAX  <b>Considerar:</b> TCAR DE TORAX, ECOCARDIOGRAMA	Q 67.6 Q 67.7	P2	X	Não se aplica	Ambulatório de pneumopediatria na Atenção Secundária.  *Na ausência de ambulatório de especialidade na Regional, encaminhar para o ambulatório de pneumologia geral do HCB pela Regulação (Sisreg).
<b>CRIANÇA ou ADOLESCENTE PORTADOR DE</b>	➤ Saturação <93% em pelo menos		RADIOGRAFIA DE TÓRAX	D57	P1	Não se aplica	X	Ambulatório de repercussão respiratória crônica no paciente

<p><b>ANEMIA FALCIFORME E COMPROMETIMEN TO PULMONAR</b></p>	<p>duas visitas ao médico assistente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Duas ou mais pneumonias documentadas com radiografias de torax no último ano</li> <li>➤ sibilancia- 3 ou mais crises no último ano</li> <li>➤ espirometria alterada(fazer pelo menos uma vez por ano nos &gt; 5 anos)</li> <li>➤ Suspeita de SAHOS- roncos &gt; 4 /semana</li> </ul>	<p>Exame fisico pode ser normal Ou Deformidade torácica Ou Dispneia variável, tosse, sibilancia, hipoxemia</p>	<p>ESPIROMETRIA para crianças &gt; 4 anos no HCB.(agendamento@hcb.org.br ou, Não se aplica pelo Sisreg, em fase de implantação)</p>					<p>portador de doença falciforme - HCB pela Regulação (Sisreg).</p>
---	--	--	---	--	--	--	--	---