



# ITU

## TEMPO DE CRESCER

### **Protocolo singularizado para o Município de ITU**

#### **OTORRINOLARINGOLOGIA**

**Organização e Elaboração**

Departamento de Regulação da Saúde Unidade de Gestão de  
Promoção da Saúde

**2023**



Secretaria Municipal  
de Saúde



Guilherme Gazzola  
**Prefeito Municipal**

Janaina Guerino de Camargo  
**Secretária Municipal de Saúde**

Dra. Claudia Cristina Pinton Magaldi  
**Gestora médica**

Dr. Fabiano C. B. Ralid  
**Coordenador Médico do Ambulatório de Especialidades Médicas**

Dra. Carolina Cumani Toledo  
**Médica Otorrinolaringologista do Ambulatório de Especialidades Médicas**

Erica J. de Castro Tuani  
**Coordenação de Enfermagem do Ambulatório de Especialidades Médicas**

## Sumário

APRESENTAÇÃO .....	5
FLUXO DE ATENDIMENTO .....	7
Priorização .....	7
DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA .....	8
Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta .....	8
1. Tontura.....	8
2. Obstrução nasal .....	12
3. Rinossinusite .....	13
4. Ronco e apneia obstrutiva do sono .....	14
5. Otite .....	14
6. Hipoacusia / perda auditiva e protetização auditiva .....	15
7. Disfonia .....	15
8. Disfagia.....	16
9. Suspeita de neoplasia em região de cabeça e pescoço .....	16
10. Lesões em glândula salivar .....	17
11. Laringomalácia .....	18
12. Corpo estranho nasal e otológico .....	19
13. Amigdalites e faringites .....	20
ORIENTAÇÃO DE HIGIENE AMBIENTAL .....	22
REFERÊNCIAS .....	23

## APRESENTAÇÃO

A **Atenção Básica** se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado da 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. Portanto, é importante que a Atenção Básica seja altamente resolutiva, 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** (ou secundário) é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas 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.

A **Regulação da Assistência à Saúde** visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno. Para este ordenamento são necessárias informações clínicas 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 e colabora com uma melhor qualificação das indicações/solicitações médicas.

A oferta deste protocolo é mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da atenção primária. Serve como subsídio para uma triagem clínica mais qualificada dos encaminhamentos desnecessários, colaborando com a priorização do acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos.

Por fim, tendo como objetivo essencial o melhor uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários, trazendo eficiência e equidade à gestão da demanda reprimida.

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Otorrinolaringologia. Ressaltamos que 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. 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. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e deve ser descrito quando realizado pelo paciente e sua solicitação consta 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.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do

médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

**Atenção:** Importante orientar o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

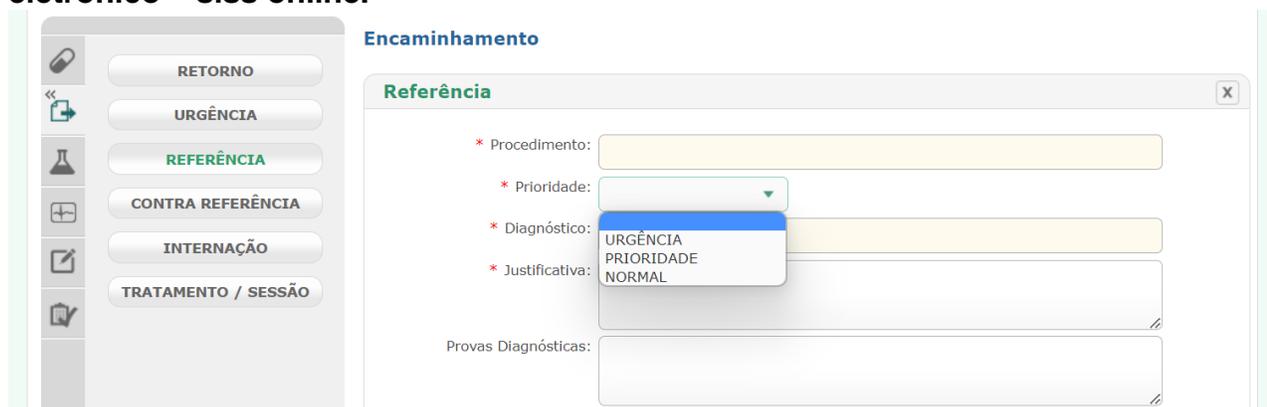
## FLUXO DE ATENDIMENTO

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico/generalista ESF, que deve constatar esta necessidade e fará o encaminhamento 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 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

- **Urgência:** Não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar as Unidades de Urgência e Emergência do Município.
- **PRIORIDADE:** Casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 21 dias); e casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 02 meses;
- **NORMAL:** 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 02 meses sem prejuízo ao paciente.

**Quadro demonstrando as priorizações disponíveis em nosso sistema de prontuário eletrônico – siss online.**



The screenshot displays the 'Encaminhamento' (Referral) form in the Siss online system. On the left, there is a sidebar with navigation buttons: RETORNO, URGÊNCIA, REFERÊNCIA (highlighted), CONTRA REFERÊNCIA, INTERNAÇÃO, and TRATAMENTO / SESSÃO. The main form area is titled 'Encaminhamento' and contains a 'Referência' section. This section includes fields for: \* Procedimento: (text input), \* Prioridade: (dropdown menu with options URGÊNCIA, PRIORIDADE, and NORMAL), \* Diagnóstico: (text input), and \* Justificativa: (text input). Below these fields is a section for 'Provas Diagnósticas:' with a text input area.

## **DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA**

- Tontura
- Obstrução nasal
- Rinossinusite
- Ronco e apneia obstrutiva do sono
- Otite
- Hipoacusia / perda auditiva e protetização auditiva
- Disfonia
- Disfagia
- Suspeita de neoplasia em região de cabeça e pescoço
- Lesões em glândula salivar
- Laringomalácia
- Corpo estranho nasal e otológico
- Amigdalites e faringites

**Este PROTOCOLO foi baseado em publicação do Ministério da Saúde e UFRGS denominado PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA OTORRINOLARINGOLOGIA.**

### **Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta**

#### **1. Tontura**

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:**

- Tontura com suspeita de origem central (quadro 1) e sinais de gravidade:
- Sintomas ou sinais neurológicos focais (como cefaléia, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, paresia, dismetria, ataxia, entre outros); ou
- Novo tipo de cefaléia (especialmente occipital); ou
- Surdez aguda unilateral; ou
- Nistagmo vertical.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:**

- Suspeita de doença de Ménière (quadro 2); ou
- Suspeita de vertigem posicional paroxística benigna (VPPB);
- Neuronite (quadro 2, figura 1) com sintomas que não melhoram após 15 dias de tratamento conservador (quadro 3); ou
- Tontura de origem periférica (quadro 1) com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS como medicamentos, diabetes, hipertireoidismo ou hipotireoidismo descompensados.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:**

- Tontura com suspeita de origem central (quadro 1) após avaliação em serviço de emergência.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas (duração, tempo de evolução e frequência dos episódios de tontura; fatores desencadeantes; outros sintomas associados, exame físico neurológico e otoscopia);
- Tratamento em uso ou já realizado para tontura (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados como dose, posologia e resposta a medicação);
- Resultado de TSH e glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, com data;
- Faz uso de medicamentos que podem causar tontura? Se sim, quais.

**Quadro 1 – Suspeita de tontura central e periférica**

**Tontura central:**

- Istagmo vertical (altamente sugestivo) ou outras apresentações (horizontal, rotatório ou multidirecional). Nistagmo de origem central não costuma ter latência, não é fatigável (pode durar semanas a meses) e não é inibido com a fixação do olhar;
- Grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé;
- Presença de outros sinais e/ ou sintomas neurológicos focais (cefaléia, diplopia, disartria, parestesia, - fraqueza muscular, dismetria);
- Surdez súbita unilateral;
- Vertigem e nistagmo menos intensos, raramente associados a zumbido ou hipoacusia.

**Tontura periférica:**

- Nistagmo horizontal ou horizonto-rotatório. Geralmente desencadeado após teste provocativo (como Manobra de Dix-Hallpike), com tempo de latência em torno de 20 segundos após manobra. O nistagmo é inibido após fixação do olhar e é fatigável;
- Desequilíbrio leve a moderado (geralmente para o lado do labirinto comprometido), porém consegue caminhar;
- Comumente associada a sintomas auditivos (zumbido, hipoacusia, plenitude aural);
- Vertigem e nistagmo pronunciados, associado à náusea e ao vômito.

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2018) adaptado de Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Labuguen (2006).

## Quadro 2 – Características das causas mais comuns de vertigem periférica

### **Vertigem Paroxística Posicional Benigna (VPPB):**

- Sensação rotatória que geralmente dura menos que 1 minuto e é desencadeada por movimentação da cabeça (como sair da cama, inclinar-se para frente ou para trás);
- Vertigem costuma ser intensa e associada à náusea;
- Presença de nistagmo (horizontal ou rotatório) desencadeado por manobras como Dix-Hallpike.
- O nistagmo apresenta período de latência (inicia 5 a 20 segundos após manobra), é fatigável e inibido após fixação do olhar.

### **Neurite vestibular aguda:**

- Sensação rotatória sustentável (não-posicional) unidirecional, geralmente de início abrupto, com melhora progressiva durante semanas;
- Associada à náusea e ao vômito, porém sem outros sintomas, como zumbido, ou sintomas neurológicos focais;
- Nistagmo (horizontal ou rotatório) é inibido após a fixação do olhar;
- Apresenta teste do impulso cefálico positivo (sacada para manter o alvo visual) quando cabeça é movimentada para o lado afetado.

### **Doença de Meniere:**

- Crises recorrentes de vertigem com sintomas cocleares (hipoacusia, zumbido e plenitude aurial);
- Crise inicia com os sintomas cocleares, seguido pela vertigem, que tem pico de intensidade rápido e dura cerca de 20 minutos a horas,
- Pacientes costumam apresentar perda auditiva neurosensorial unilateral ou assimétrica.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Duncan et al. (2013), Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Harcourt, Barraclough e Bronstein (2017).

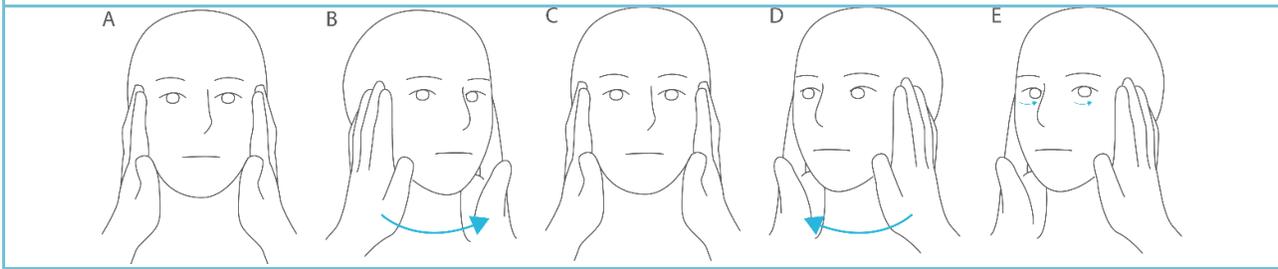
**Figura 1 – Teste do impulso cefálico**

**Teste que auxilia no diagnóstico de neuronite vestibular aguda.**

Trata-se de vertigem sustentada (não posicional) que apresenta nistagmo unidirecional, predominantemente horizontal, sem perda auditiva, zumbido ou manifestação neurológica.

**Estado Normal:** o olhar se mantém fixo a um objeto quando se rotaciona a cabeça de maneira rápida. (A,B)

**Teste do impulso cefálico positivo:** Ao rotacionar a cabeça de maneira rápida, o olhar não é mantido e o paciente faz uma sacada (rápido movimento corretivo) para refixar o olhar no objetivo. (C,D,E)



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Furman (2018).

**Quadro 3 – Tratamento farmacológico da neuronite aguda**

**Sintomáticos:** antieméticos ou antivertiginosos devem ser oferecidos durante os 3 primeiros dias da fase aguda. Não ultrapassar o prazo de 3 dias, pois pode atrasar o período de compensação pelo sistema nervoso central.

**Anti-histamínicos:**

- Dimenidrato: 50 mg, de 6 em 6 horas (VO); ou Meclizina: 25 a 50 mg, de 6 em 6 horas (VO); ou Benzodiazepínicos:
- Clonazepam: 0,25 a 0,5 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou
- Diazepam: 5 a 10 mg, de 12 em 12 horas (VO); ou
- Lorazepam: 1 a 2 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou Antieméticos:
- Cinarizina: 25 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou Prometazina: 25 mg de 8 em 8 horas (VO); ou Domperidona: 10 a 20 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou
- Metoclopramida: 5 a 10 mg, de 6 em 6 horas (VO). ou
- Ondansetrona: 4 a 8 mg, 12 em 12 horas (VO).

**Corticosteroide ou antiviral:** utilizado na suspeita de neuronite aguda por infecção viral (exemplos: herpes simples, herpes zoster).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Furman (2018).

## 2. Obstrução nasal

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- obstrução nasal aguda por corpo estranho.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- Obstrução nasal relacionada a fator estrutural:
  - Tumor nasal (obstrução nasal unilateral persistente associada a epistaxe ou drenagem purulenta); ou
  - Desvio de septo; ou
  - Hipertrofia de adenoide.
- Obstrução nasal associada a pólipos nasais com potencial indicação cirúrgica (como múltiplos pólipos, sintomas graves refratários ao tratamento conservador (corticoide intranasal)); ou
- Obstrução nasal sem etiologia definida após avaliação inicial na APS.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (início dos sintomas e duração, obstrução unilateral ou bilateral, presença de rinorreia, roncos, epistaxe, anosmia, desvio de septo, deformidades faciais, entre outros achados relevantes);
- Paciente apresenta diagnóstico de rinite ou rinosinusite crônica (sim ou não)? Se sim, descreva tratamento realizado (medicamentos, com posologia e duração);
- Faz uso de medicamentos que causam obstrução nasal? Se sim, quais.

#### Quadro 4 – Características e tratamento da rinite alérgica

##### **Rinite alérgica deve ser tratada na Atenção Primária à Saúde.**

**Característica:** espirros, rinorreia e obstrução nasal, frequentemente acompanhado de prurido nos olhos, nariz e palato. Gotejamento pós-nasal, tosse, irritabilidade e fadiga são sintomas comuns.

**Tratamento:** o tratamento de primeira linha é realizado com uso prolongado de corticoide intranasal e evitar a exposição a alérgenos. Os anti-histamínicos orais também podem ser utilizados no tratamento da rinite alérgica, porém descongestionantes nasais e corticoide oral não devem ser utilizados de maneira rotineira. Orientar controle ambiental (Anexo 1). Em pacientes com sintomas moderados/graves, iniciar dose máxima e reduzir conforme melhora sintomática, mantendo menor dose para controle dos sintomas.

##### **Posologias usuais em sintomas moderados/graves:**

- Budesonida (suspensão aquosa 50 mcg/dose intranasal): aplicar 1 a 2 jatos em cada narina, duas vezes ao dia; ou
- Beclometasona (suspensão aquosa 50 mcg/dose intranasal): aplicar 1 a 2 jatos em cada narina, duas vezes ao dia.

Fonte: TelesaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado Hamilos (2018) e Brook (2018)

### 3. Rinossinusite

O tratamento para rinossinusite aguda e crônica deve ser realizado inicialmente na APS.

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:**

- Rinossinusite aguda ou crônica com sinais clínicos sugestivos de complicação (toxemia, presença de edema periorbitário ou malar, proptose orbital, dificuldades visuais ou sinais neurológicos).

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:**

- Rinossinusite crônica:
  - Associada a anormalidades estruturais (desvio de septo, pólipos, entre outros); ou
  - Refratária ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (quadro 5); ou
  - Rinossinusite bacteriana recorrente ( $\geq 4$  episódios ao ano).

#### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas (características do quadro, alterações anatômicas, episódios recorrentes);
- Tratamento em uso ou já realizado para rinossinusite (medicamentos e posologia).

#### **Quadro 5 – Avaliação e tratamento da rinossinusite crônica**

**Definição:** Inflamação que envolve os seios paranasais e via nasal que dura 12 semanas ou mais, apesar do tratamento otimizado.

Quatro sinais/sintomas cardinais no adulto (aumenta suspeição clínica quando o paciente apresenta ao menos 2 sintomas por mais de 12 semanas)

- Secreção mucopurulenta em região nasal anterior e/ou posterior;
- Obstrução nasal/congestão;
- Dor facial, pressão ou sensação de preenchimento;
- Redução ou perda olfatória.

**Tratamento empírico na rinossinusite crônica:** corticoesteróide oral + antibioticoterapia oral + terapia adjuvante

**Corticoesteróide oral:** prednisona 20mg 2 vezes ao dia por 5 dias e após 1 vez ao dia por mais 5 dias (total de 10 dias de tratamento); E Antibioticoterapia oral por 3 a 4 semanas (pode ser estendido por até 6 semanas ou 7 dias após resolução do quadro). Algumas opções:

- Amoxicilina com clavulanato (500 mg 3 vezes ao dia ou 875 mg duas vezes ao dia);  
ou
- Clindamicina (300 mg 4 vezes ao dia ou 450 mg 3 vezes ao dia); ou
- Metronidazol MAIS um entre os seguintes: cefuroxime, levofloxacino, Azitromicina, claritromicina ou sulfametoxazol+trimetoprima.

**Terapia adjuvante** (pode ser mantida indefinidamente após término do antibiótico): Soro

nasal; Corticoesteroide intranasal (budesonida, beclometasona entre outros).

**Observação:** rinossinusite crônica associada a pólipos pode ter manejo inicial com corticoide oral + antibioticoterapia prolongada + terapia de manutenção com corticoide intranasal. Se refratário ao tratamento conservador, considerar encaminhamento para intervenção cirúrgica.

Fonte: TelesaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado Hamilos (2018).

#### 4. Ronco e apneia obstrutiva do sono

##### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:**

- Paciente com suspeita de SAHOS (presença de dois entre os três sintomas: roncos, sonolência diurna excessiva e pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa) associada a fator de via aérea superior: tais como:
  - Desvio de septo nasal; ou
  - Pólipos nasais; ou
  - Hipertrofia de amígdalas.
- Diagnóstico de SAHOS moderado/grave (maior ou igual a 15 eventos por hora) determinado por polissonografia; ou
- Pacientes com suspeita de SAHOS (presença de dois entre os três sintomas: roncos, sonolência diurna excessiva e pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa) na indisponibilidade de solicitar polissonografia na APS e sem potencial fator obstrutivo de via área superior (como desvio de septo, pólipos nasais, hipertrofia de amígdalas, entre outros).

##### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas (descreva presença de roncos, sonolência diurna e prejuízo funcional associado, pausas respiratórias durante o sono identificados por outra pessoa, entre outros);
- Comorbidades (sim ou não). Se sim, quais;
- IMC.

#### 5. Otite

##### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:**

- Suspeita de otite externa maligna (otite externa severa com otalgia que não responde ao tratamento da dor, dor em mastoide, tecido de granulação, necrose no conduto ou paralisia facial); ou
- Otite média com complicações graves (mastoidite, paralisia facial, meningite, entre outras).
- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:
- Membrana timpânica perfurada persistente após 6 semanas do tratamento da otite média aguda; ou

- Otite média crônica:
  - Com efusão/otorreia que persiste por mais de 3 meses; ou
  - Que apresenta alteração estrutural da membrana timpânica ou da orelha média; ou
  - Com presença de hipoacusia; ou
- Suspeita de colesteatoma (presença de acúmulo epitelial que pode estar associado a otorreia fétida persistente, hipoacusia, perda auditiva condutiva, cefaleia, vertigem).

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas (descrever duração, presença de otorreia, perda auditiva, entre outros);
- Descrição da otoscopia (anormalidades, perfuração da membrana timpânica);
- Tratamento em uso ou realizado para a condição (descrever medicamentos e posologia).

**6. Hipoacusia / perda auditiva e protetização auditiva**

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:**

- Suspeita de perda auditiva súbita: perda de audição de início agudo sem condição subjacente identificável pela história ou exame físico.
- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:
- Perdas auditivas condutivas ou mistas com otoscopia normal; ou
- Hipoacusia sem alteração de otoscopia e impossibilidade de solicitar audiometria na APS.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, presença de zumbido, plenitude auricular, vertigem);
- Descrição da otoscopia;
- Resultado de audiometria, quando realizada, com data.

**7. Disfonia**

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:**

- Disfonia em pessoa com alto risco de neoplasia (tabagista, etilista, com sintomas associados, como disfagia orofaríngea<sup>1</sup> ou odinofagia); ou
- Disfonia persistente ( $\geq 6$  semanas) sem causa identificável; ou
- Disfonia associada a procedimentos cirúrgicos de pescoço ou tórax.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas (descrever duração, presença de sintomas constitucionais, palpação cervical);
- Fatores de risco: tabagismo, etilismo, profissão;
- História recente de cirurgia de pescoço ou tórax.

## 8. Disfagia

Disfagia orofaríngea: dificuldade para iniciar a deglutição de líquidos ou sólidos, podendo estar associada à tosse, engasgos, regurgitação nasal e sensação de resíduo alimentar na faringe. Paciente costuma apontar a sensação na região cervical.

Disfagia esofágica: dificuldade para deglutir que inicia segundos após ingestão de sólidos ou líquidos, apresentando sensação de alimento trancado na região torácica.

Globus: sensação de desconforto cervical descrito como “bola na garganta” ou “aperto”, sem relação estrita com a deglutição. Sintoma costuma ser intermitente, podendo ocorrer entre as refeições e com piora com questões emocionais e deglutições não alimentares. Globus não deve ser diagnosticado na presença de disfagia ou odinofagia.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia ou oncologia cirurgia de cabeça e pescoço:**

- Disfagia orofaríngea com sinais e sintomas sistêmicos que sugerem neoplasia (sintomas constitucionais, lesão visível a oroscopia, linfonodomegalia cervical ou supraclavicular).

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:**

- Disfagia orofaríngea persistente com duração maior que 1 mês sem etiologia definida na APS.

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas (descrever as características, frequência da disfagia, tempo de evolução, fatores desencadeantes e associados, exame físico neurológico);
- Medidas ou tratamentos já realizados para disfagia (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta);
- Comorbidades, fatores de risco e sinais de alerta para neoplasia orofaríngea.

## 9. Suspeita de neoplasia em região de cabeça e pescoço

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia cabeça e pescoço:**

- Resultado de biópsia com evidência de lesão neoplásica maligna; ou
- alta suspeita clínica de lesão bucal maligna - carcinoma espinocelular ou melanoma (quadro 6).
- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:
- Linfonodomegalia cervical ou supraclavicular com características de malignidade (> 2 cm, indolor, aderido a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados) com outros sintomas sugestivos de neoplasia de cabeça e pescoço; ou
- Disfagia orofaríngea (dificuldade para iniciar deglutição, associada à tosse, engasgamento e regurgitação nasal) em pessoa com sintomas e sinais sugestivos de

malignidade (emagrecimento, inapetência, vômito sanguinolento, odinofagia).

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para bucomaxilofacial ou estomatologia:**

- Lesão da região bucomaxilofacial com crescimento rápido, não associado a fatores irritativos como trauma ou dentes necróticos e que não regride após 14 dias de acompanhamento; ou
- Lesão intraóssea do complexo maxilomandibular, não associada a dentes necróticos; ou cistos ou outras lesões benignas dos tecidos moles da boca, da face e/ ou das articulações temporomandibulares (ATM), na indisponibilidade de tratamento na APS ou Centro de Especialidades Odontológicas.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- sinais e sintomas;
- Fatores de risco para neoplasia de cabeça e pescoço (tabagismo/etilismo);
- Resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
- Resultado de biópsia da lesão, com data (se realizado);

Quadro 6 – Lesão bucal com alta suspeita de malignidade

Suspeita Clínica	Descrição da Lesão
Carcinoma Espinocelular	<p style="text-align: center;"><b>Lesão ulcerada:</b></p> <p>(a) Com bordas elevadas e/ou endurecidas e que, após remoção de possíveis fatores traumáticos (próteses fraturadas/desadaptadas, dentes fraturados, mordiscamento), não cicatriza no período de 14 dias; Úlceras com mais do que 1 cm de diâmetro, independente do tempo de duração; ou Lesão Nodular: nódulo de superfície irregular ou lobulada, principalmente quando apresentar base endurecida à palpação.</p>
Melanoma	Mancha acastanhada, azul-acinzentada ou negra, assimétrica, com bordos irregulares, com crescimento e mudança de cor.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

**10. Lesões em glândula salivar**

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia cabeça e pescoço ou otorrinolaringologia:**

- Suspeita de neoplasia maligna de glândulas salivares (maiores ou menores).

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:**

- Cistos ou outras lesões potencialmente benignas em glândulas salivares maiores (parótida, sublingual e submandibular).

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para bucomaxilofacial ou estomatologia:**

- Processos infecciosos/obstrutivos de glândulas salivares (maiores ou menores), na indisponibilidade de tratamento efetivo na APS ou Centro de Especialidade Odontológicas; ou
- Cistos ou outras lesões potencialmente benignas em glândulas salivares menores.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas;
- Resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
- Resultado de biópsia da lesão, com data (se realizado);
- Se processo infeccioso ou obstrutivo, descreva tratamentos já realizados (descrever tempo de acompanhamento, procedimentos e medicamentos empregados).

## **11. Laringomalácia**

**DEFINIÇÃO:** A laringomalácia consiste no colapso 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.

### **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 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. Corpo estranho nasal e otológico

A maioria dos objetos encontrados no ouvido ou nariz dos pacientes foram colocados 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 pode 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 se queixam 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.

Presença de corpo estranho (exceto cerume) em conduto auditivo externo, por materiais como baterias, pilhas, sementes e insetos e Corpo estranho nasal: independente do material deve ser retirado com brevidade devido ao risco de infecção local e de aspiração. Estes casos não se aplicam ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar ao Pronto Socorro.

Corpo estranho otológico: algodão, papel, miçangas e outros materiais não listados necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo.

### **13. Amigdalites e faringites**

**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 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.

**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 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 no momento do diagnóstico.

**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: menor que 27Kg 600.000 IM dose única; maior que 27 Kg 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 consequente 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.

**Casos que necessitam de atendimento especializado:**

- 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.
- Paciente com amigdalites bacterianas de repetição (>7/ano ou >5 episódios/ano por 2 anos consecutivos).
- Paciente com queixa de faringite associada a sintomas de refluxo, obstrução nasal – avaliação inicial em UBS e tratando queixas associadas.
- Paciente com queixa de caseum – orientação em UBS de limpeza e gargarejos com soluções bucais sem álcool.

## 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 às janelas;
- Evite mofo e umidade na casa;
- Tire animais de pelúcia e estantes com livros, revistas e muitos objetos no quarto;
- 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.

## REFERÊNCIAS

BHATTACHARYYA, N. Clinical presentation, diagnosis, and treatment of nasal obstruction [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-treatment-of-nasal-obstruction>>. Acesso em: 9 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 516, de 17 de junho de 2015. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de cabeça e pescoço. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 junho 2015, Seção 1, p. 61. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0516\\_17\\_06\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0516_17_06_2015.html)>. Acesso em: 9 maio 2018.

BROOK, I. Microbiology and antibiotic management of chronic rhinosinusitis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/microbiology-and-antibiotic-management-of-chronic-rhinosinusitis>>. Acesso em: 9 maio 2018.

BRUCH, J. M.; KAMANI, D. V. Hoarseness in adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/hoarseness-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

COSTA, S. S. et al. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 283- 340, 603-618 e 797-803.

DESHAZO, R. D.; KEMP, S. F. Allergic rhinitis: Clinical manifestations, epidemiology, and diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/allergic-rhinitis-clinical-manifestations-epidemiology-and-diagnosis>>. Acesso em: 9 maio 2018.

DESHAZO, R. D.; KEMP, S. F. Pharmacotherapy of allergic rhinitis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-of-allergic-rhinitis>>. Acesso em: 9 maio 2018.

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

DYNAMED PLUS. Record n. 113695, Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha em: <[http://www.dynamed.com/resultlist?q=Record+n.+113695%2C+Benign+paroxysmal+positional+vertigo+\(B+PPV\)&filter=all](http://www.dynamed.com/resultlist?q=Record+n.+113695%2C+Benign+paroxysmal+positional+vertigo+(B+PPV)&filter=all)>. Acesso em: 9 maio 2018.

DYNAMED PLUS. Record n. 115313, Otitis media with effusion (OME) [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha

em:<<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115313/Otitis-media-with-effusion-OME>>.  
Acesso em: 9 maio 2018.

DYNAMED PLUS. Record n. 902952, Acute rhinosinusitis in adults [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2016. Disponível mediante login e senha em:<<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T902952/Acute-rhinosinusitis-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

DYNAMED PLUS. Record n. 909391, Vestibular neuronitis [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha em:<<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T909391/Vestibular-neuronitis>>. Acesso em: 9 maio 2018.

EPSTEIN, L. J. et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM, Darien, v. 5, n. 3, p. 263-276, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699173/>>. Acesso em: 9 maio 2018.

FASS, R. Approach to the evaluation of dysphagia in adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-evaluation-of-dysphagia-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

FURMAN, J. N., BARTON, J. J. S. Evaluation of the patient with vertigo [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-vertigo>>. Acesso em: 9 maio 2018.

FURMAN, J. M.; BARTON, J. J. S. Treatment of vertigo [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-vertigo>>. Acesso em: 9 maio 2018.

FURMAN, J. M. Vestibular neuritis and labyrinthitis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/vestibular-neuritis-and-labyrinthitis>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

GOROLL, A. H., MULLEY, A. G. Primary Care Medicine: Office evaluation and management of the adult patient. 7th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

GUSSO, G., LOPES, J. M. C. (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

HAMILOS, D. L. Chronic rhinosinusitis: Management [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/chronic-rhinosinusitis-management>>. Acesso em: 9 maio 2018.

HAMILOS, D. L. Chronic rhinosinusitis: Clinical manifestations, pathophysiology, and diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/chronic-rhinosinusitis-clinical-manifestations-pathophysiology-and-diagnosis>>. Acesso em: 9 maio 2018.

HARCOURT, J.; BARRACLOUGH, K.; BRONSTEIN, A. M. Meniere's disease. British Medical Journal, London, v. 349, p. 6544, 2017. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/349/bmj.g6544.long>>. Acesso em: 9 maio 2018.

KANAGALINGAM, J.; HAJIOFF, D.; BENNETT, S. Vertigo. British Medical Journal, London, v. 330, p. 523, 2005. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/330/7490/523.long>>. Acesso em: 9 maio 2018.

KIM, J. S.; ZEE, D. S. Clinical practice. Benign paroxysmal positional vertigo. New England Journal of Medicine, Boston, v. 370, n. 12, p. 1138-1147, 2014.

LABUGUEN, R. H. Initial evaluation of vertigo. American Family Physician, Kansas City, v. 73, n. 2, p. 244-251, 2006. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2006/0115/p244.html>>. Acesso em: 9 maio 2018.

LEMBO, A. J. Oropharyngeal dysphagia: Clinical features, diagnosis, and management [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/oropharyngeal-dysphagia-clinical-features-diagnosis-and-management>>. Acesso em: 9 maio 2018.

LEMBO, A. J. Oropharyngeal dysphagia: Etiology and pathogenesis adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/oropharyngeal-dysphagia-etiology-and-pathogenesis>>. Acesso em: 9 maio 2018.

LEVI, J.; O'REILLY, R. C. Chronic suppurative otitis media (CSOM): Clinical features and diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/chronic-suppurative-otitis-media-csom-clinical-features-and-diagnosis>>. Acesso em: 9 maio 2018.

LIMB, C. J.; LUSTIG, L. R.; KLEIN, J. O. Acute otitis media in adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

LUSTIG, L. R. et al. Chronic otitis media, cholesteatoma, and mastoiditis in adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/chronic-otitis-media-cholesteatoma-and-mastoiditis-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

MUNCIE, H. L.; SIRMANS, S. M.; JAMES, E. Dizziness: Approach to evaluation and management.

American Family Physician, Kansas City, v. 95, n. 3, p. 154-162, 2017. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2017/0201/p154.html>>. Acesso em: 9 maio 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. Guidance on Cancer Services: Improving Outcomes in Head and Neck Cancers - The Manual. London: NICE, 2004 [atualizado em 2015]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/csg6>>. Acesso em: 9 maio 2018.

OWEN, W. ABC of the upper gastrointestinal tract. Dysphagia. British Medical Journal, London, v. 323, n. 7317, p. 850-853, 2001. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/323/7317/850.long>>. Acesso em: 9 maio 2018.

PATEL, Z.; HWANG, P. H. Uncomplicated acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: Treatment [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/uncomplicated-acute-sinusitis-and-rhinosinusitis-in-adults-treatment>>. Acesso em: 9 maio 2018.

PEDEN, D. An overview of rhinitis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/an-overview-of-rhinitis>>. Acesso em: 9 maio 2018. PILTCHER, O. B. et al. Rotinas em otorrinolaringologia. Porto Alegre: Artmed, 2015.

ROSENFELD R. M. et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg, Rochester, v. 152, n. 2, suppl., p. S1-S39, 2015.

SCHWARTZ, S. R. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). Otolaryngol Head Neck Surg, Rochester, v. 141, n. 3, suppl. 2, p. S1-S31, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Distúrbios respiratórios do sono. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 36, supl. 2, p. s1-s61, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=1806-371320100014&script=sci\\_issuetoc](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=1806-371320100014&script=sci_issuetoc)>. Acesso em: 9 maio 2018.

SOTO-VARELA, A. et a. Revised criteria for suspicion of non-benign positional vertigo. QJM: An International Journal of Medicine, Oxford, v. 106, n. 4, p. 317-321, 2013.

SPIEKER, M. R. Evaluating dysphagia. American Family Physician, Kansas City, v. 61. n. 12, p.3639- 3648. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2000/0615/p3639.html>>. Acesso em: 9 maio 2018.

WANG, M. B. Etiologies of nasal symptoms: An overview [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/etiologies-of-nasal-symptoms-an-overview>>. Acesso em: 9 maio 2018.

WEBER, P. C. Etiology of hearing loss in adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-hearing-loss-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

WEBER, P. C. Evaluation of hearing loss in adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-hearing-loss-in-adults>>. Acesso em: 9 maio 2018.

WEBER, P. C. Sudden sensorineural hearing loss [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/sudden-sensorineural-hearing-loss>>. Acesso em: 9 maio 2018. <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/> acesso em Maio de 2023.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Versão:	Data aprovação: