



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.

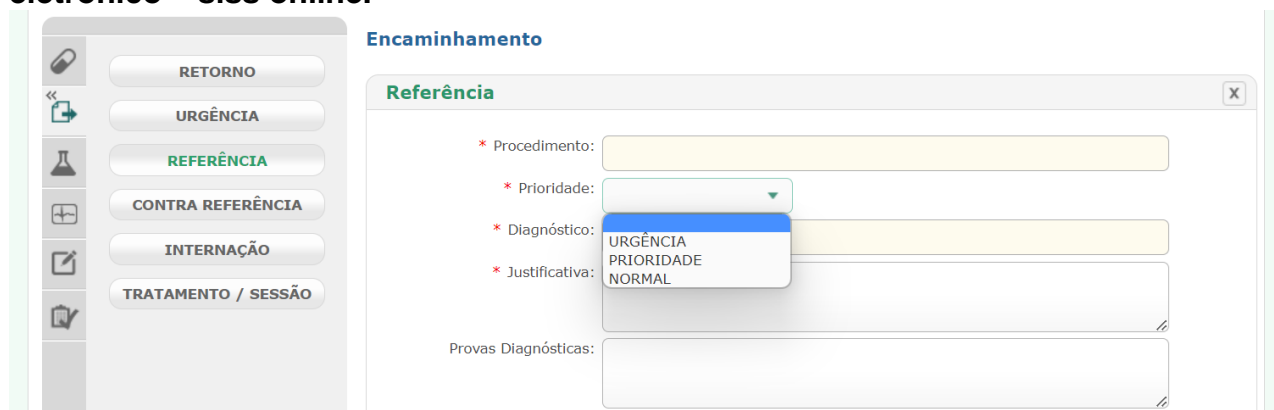
FLUXO DE ATENDIMENTO

- 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:'. The 'Referência' section also has a close button (X) in the top right corner.

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 aurál);
- 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).

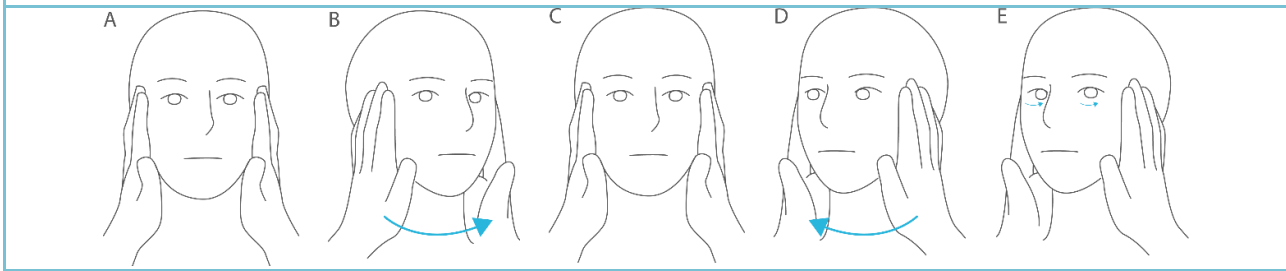
Figura 1 – Teste do impulso cefálico

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 (≥ 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 aérea 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 orofaríngea¹ ou odinofagia); ou
- Disfonia persistente (≥ 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>Lesão ulcerada:</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>. 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>. 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: