

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: OTORRINOLARINGOLOGIA ADULTO	3
Mudanças da nova versão	4
Protocolo 1 – Vertigem.....	5
Protocolo 2 – Obstrução Nasal	6
Protocolo 3 – Rinossinusite.....	7
Protocolo 4 – Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS).....	8
Protocolo 5 – Otite	9
Protocolo 6 – Hipoacusia / Perda auditiva e Protetização Auditiva.....	10
Protocolo 7 – Disfonia	11
Protocolo 8 – Disfagia	12
Protocolo 9 – Suspeita de Neoplasia em Região de Cabeça e Pescoço.....	13
Protocolo 10 – Lesões em Glândula Salivar	14
REFERÊNCIAS.....	15
APÊNDICES – QUADROS E FIGURAS AUXILIARES.....	20

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Otorrinolaringologia Adulto

O protocolo de Otorrinolaringologia Adulto será publicado como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Otorrinolaringologia Adulto. 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. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa do médico assistente com o encaminhamento.

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. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasia em região de cabeça e pescoço devem ter preferência no encaminhamento e devem ser direcionadas a serviços de Oncologia. Aqueles com obstrução nasal unilateral persistente associada a epistaxe ou drenagem purulenta, hipoacusia súbita (após avaliação na emergência), colesteatoma, mastoidite crônica com drenagem, disfagia orofaríngea com sinais e sintomas sugestivos de neoplasia, disфонia persistente associada a fatores de risco (tabagismo, etilismo) devem ter preferência no encaminhamento à Otorrinolaringologia quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses 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: oriente 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 em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 23 de maio de 2018.

Última revisão em 3 de maio de 2023.

Protocolo 1 – Vertigem

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- vertigem com suspeita de origem central ([quadro 1](#)) e sinais de gravidade:
 - sintomas ou sinais neurológicos focais (como cefaleia, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria, ataxia); ou
 - novo tipo de cefaleia (especialmente occipital); ou
 - perda auditiva¹ neurosensorial unilateral aguda sem causa óbvia identificada; ou
 - nistagmo vertical, multidirecional ou que não apresenta supressão com a fixação visual; ou
 - diagnóstico inicial de labirintite ou neuronite sem nenhuma resposta após 7 dias de tratamento conservador e/ou sintomas incapacitantes.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia:

- suspeita de doença de Ménière ([quadro 2](#));
- vertigem posicional paroxística benigna ([quadro 2](#), [figura 1](#) – manobra de Dix-Hallpike) com mais de 3 episódios de recorrência após manobras de reposição otolítica ([figura 2](#) – manobra de Epley);
- labirintite ou neuronite ([quadro 2](#), [figura 3](#)) sem melhora progressiva após 15 dias de tratamento conservador² ([quadro 3](#));
- diagnóstico inicial de neuronite em paciente que cursa com recorrência de crises;
- vertigem periférica ([quadro 1](#)) com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS (como medicamentos ([quadro 4](#)), diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo descompensados).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- vertigem com suspeita de origem central ([quadro 1](#)) após avaliação em serviço de emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (duração, tempo de evolução e frequência dos episódios de vertigem; fatores desencadeantes; outros sintomas associados, exame físico neurológico e otoscopia);
2. tratamento em uso ou já realizado para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta à medicação);
3. se perda auditiva, descrever quais testes foram realizados (testes de Weber e Rinne e/ou audiometria) e seus resultados, com data;
4. resultado de TSH e glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, com data;
5. faz uso de medicamentos e/ou substâncias que cursam com vertigem ([quadro 4](#)) (sim ou não). Se sim, descrever qual(is);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Em pacientes com queixa de hipoacusia recomenda-se excluir causas reversíveis, como causas infecciosas ou mecânicas (cerume obstrutivo, por exemplo). Recomenda-se testar a audição na avaliação ambulatorial iniciando-se pelo **teste do sussurro** (sussurrar baixo uma informação em cada ouvido e depois pedir ao paciente que repita o que foi sussurrado). Quando hipoacusia for confirmada, seguir com os **testes de Weber e Rinne** ([quadro 5](#)).

²A melhora completa da vertigem costuma ser lenta e alguma sensação de desequilíbrio pode persistir por semanas a meses. Quadros de vertigem podem ainda ser recorrentes. Se os ataques não se tornarem sucessivamente mais curtos ou se houver curso distinto do esperado para a condição diagnosticada, recomenda-se avaliação especializada para diagnósticos diferenciais.

Protocolo 2 – Obstrução Nasal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/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, apesar do tratamento conservador¹, 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 conservador¹);
- obstrução nasal sem etiologia definida após avaliação inicial na APS tendo sido excluída obstrução secundária a medicamentos ([quadro 6](#)), rinossinusite crônica ([quadro 7](#)) ou rinite alérgica ([quadro 8](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. 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);
2. paciente apresenta diagnóstico de rinite, rinossinusite crônica ou pólipos nasais (sim ou não). Se sim, descreva tratamento realizado (descrever medicamentos, com posologia e duração);
3. faz uso de medicamentos que causam obstrução nasal (sim ou não). Se sim, descrever quais;
4. anexar laudo de exames (tomografia de seios da face, nasofibrofaringolaringoscopia), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹O tratamento conservador é definido pelo uso de spray de corticoide intranasal por pelo menos 3 meses, conforme [quadro 9](#), associado a uso nasal de solução salina.

Protocolo 3 – Rinossinusite

O diagnóstico e o tratamento para rinossinusite aguda e crônica devem ser realizados inicialmente na APS, conforme [quadro 7](#) e [quadro 9](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- rinossinusite aguda ou crônica com sinais clínicos sugestivos de complicação (presença de edema periorbitário ou malar, proptose orbital, dificuldades visuais, alteração do estado mental, sinais meníngeos ou outros 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 pelo menos 3 meses ([quadro 7](#) e [quadro 9](#)); ou
 - rinossinusite bacteriana recorrente (≥ 4 episódios ao ano).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (características do quadro, alterações anatômicas, episódios recorrentes);
2. tratamento em uso ou já realizado para rinossinusite (descrever medicamentos, com posologia e duração);
3. anexar laudo de exames (tomografia de seios da face, nasofibrofaringolaringoscopia), ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 4 – Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para polissonografia:

- paciente com suspeita de SAHOS¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia:

- paciente com suspeita de SAHOS¹ associada a fator obstrutivo de via aérea superior (como desvio de septo nasal, pólipos nasais, hipertrofia de amígdalas, entre outros).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pneumologia:

- diagnóstico de SAHOS moderado/grave (maior ou igual a 15 eventos por hora) determinado por polissonografia;
- pacientes com suspeita de SAHOS¹ 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:

1. sinais e sintomas (descreva presença de roncos, sonolência diurna ([quadro 10](#)) e prejuízo funcional associado, pausas respiratórias durante o sono identificados por outra pessoa, entre outros);
2. profissão do paciente (atentar para profissões de risco, como motoristas ou trabalhadores em linhas de montagem);
3. alterações de via aérea superior (como desvio de septo, pólipos nasais, hipertrofia de amígdalas, entre outros). (sim ou não). Se sim, descreva;
4. comorbidades (sim ou não). Se sim, quais;
5. índice de massa corporal (IMC);
6. anexar laudos de exames complementares (polissonografia, exames de imagem, nasofibrolaringoscopia), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Suspeita de SAHOS: presença de dois entre os três sintomas: roncos, sonolência diurna excessiva ([quadro 10](#)) e pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa.

Protocolo 5 – Otitis

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/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 - [quadro 11](#));
- otite média com complicações graves (como mastoidite aguda¹, paralisia facial e meningite).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia:

- membrana timpânica perfurada persistente após 6 semanas do tratamento da otite média aguda;
- otite média crônica ([quadro 12](#)):
 - com otorreia (drenagem de líquido na orelha externa, resultante de perfuração da membrana timpânica) que persiste por mais de 3 meses; ou
 - que apresenta alteração estrutural da membrana timpânica (como perfuração ou retração) ou da orelha média; ou
 - com presença de hipoacusia ([quadro 5](#));
- otite média com efusão (presença de líquido na orelha média com membrana timpânica íntegra) que persiste por mais de 3 meses;
- suspeita de colesteatoma ([quadro 12](#));
- casos de otite externa maligna, após o manejo na emergência;
- mastoidite crônica².

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever duração, presença de otorreia, perda auditiva, entre outros);
2. descrição da otoscopia (anormalidades, perfuração da membrana timpânica);
3. tratamento em uso ou realizado para a condição (descrever medicamentos e posologia);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹A mastoidite aguda pode se apresentar com edema e/ou eritema retroauricular, deslocamento para baixo e para fora do pavilhão auricular, além de febre e otalgia.

²A mastoidite crônica é uma infecção supurativa das células aéreas da mastoide de longa duração (meses a anos).

Protocolo 6 – Hipoacusia / Perda auditiva e Protetização Auditiva

Em pacientes com queixa de hipoacusia recomenda-se excluir causas reversíveis, como causas infecciosas ou mecânicas (cerume obstrutivo, por exemplo). Recomenda-se testar a audição na avaliação ambulatorial iniciando-se pelo **teste do sussurro** (sussurrar baixo uma informação em cada ouvido do paciente, com o ouvido contralateral ocluído, posicionando-se por trás da pessoa, a uma distância aproximada de 33 cm, depois pedir ao paciente que repita o que foi sussurrado). Quando hipoacusia for confirmada, seguir com os **testes de Weber e Rinne** ([quadro 5](#)).

A oferta de exames audiológicos pode variar conforme as pactuações regionais. Na necessidade de solicitar audiometria, orienta-se contato com a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- perda auditiva aguda na suspeita de condição subjacente grave ([quadro 13](#));
- perda auditiva de início agudo sem condição subjacente identificável pela história ou exame físico.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia:

- perda auditiva condutiva ou mista ([quadro 5](#)) com otoscopia normal, confirmada por audiometria;
- perda auditiva neurossensorial unilateral progressiva;
- perda auditiva associada a otite média crônica (perfuração timpânica, otosclerose, colesteatoma, otite média com efusão - [quadro 12](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Auditiva:

- perda auditiva neurossensorial (confirmada por audiometria) com paciente motivado a usar aparelho de amplificação sonora individual (AASI);
- perda auditiva neurossensorial de grau severo e/ou profundo bilateral ([quadro 14](#)), confirmada por audiometria, sem resposta ao uso de AASI, após avaliação em serviço de referência regional de reabilitação - avaliação para Implante coclear (ver indicações no [quadro 15](#));
- perda auditiva condutiva ou mista, identificada por audiometria, com indicação de AASI ou prótese auditiva ancorada no osso, após avaliação por otorrinolaringologista;
- situações clínicas que necessitem realização de PEATE ([quadro 16](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, presença de zumbido, plenitude auricular, vertigem, se há deficiência visual, intelectual e/ou física associadas, e/ou dificuldades para estudar ou trabalhar devido à perda auditiva);
2. informar se o paciente fez ou já faz uso de aparelho auditivo (especialmente se encaminhado para Reabilitação Auditiva);
3. descrição da otoscopia;
4. anexar laudo de audiometria tonal liminar, com descrição do grau e do tipo da perda auditiva em cada orelha, quando realizada, com data;
5. anexar laudo de outros exames que complementem o diagnóstico audiológico, incluindo nome do procedimento, resultado e data (se realizados);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 7 – Disfonia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia:

- disfonia persistente (maior ou igual a 3 semanas) e:
 - pessoa com alto risco de neoplasia (tabagista, etilista, com sintomas associados, como disfagia orofaríngea¹, odinofagia ou perda de peso), considerando encaminhamento antes se ausência de qualquer causa identificável na ocasião do diagnóstico; ou
 - associada a procedimentos cirúrgicos de cabeça, pescoço ou tórax ou intubação endotraqueal; ou
 - sem causa identificável (excluir infecções respiratórias agudas, uso excessivo da voz, uso de corticoides inalatórios para asma ou DPOC, doença do refluxo gastroesofágico);
- disfonia associada a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) ou refluxo laringeo refratária ao tratamento otimizado² por 2 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia ou a Oncologia Cirurgia Cabeça e Pescoço ou Oncologia Cirúrgica (conforme pactuações regionais para suspeita de neoplasia):

- disfonia associada a disfagia orofaríngea e outros sinais e sintomas sistêmicos que sugerem neoplasia (sintomas constitucionais, lesão visível à oroscopia, aspiração/engasgos, linfonomegalia cervical).

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de endoscopia digestiva alta (EDA), se disponível na APS ou encaminhamento para a Gastroenterologia (se EDA não disponível na APS):

- disfonia associada a outros sintomas de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), se não controlados com tratamento otimizado² por 2 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever duração, presença de sintomas constitucionais, palpação cervical);
2. fatores de risco: tabagismo, etilismo, profissão;
3. história recente de cirurgia de pescoço ou tórax;
4. descrever resultado da EDA e biópsia, com data (se realizada);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Disfagia 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.

²Tratamento otimizado para DRGE ou refluxo laringeo: medidas comportamentais e inibidor da bomba de prótons em dose plena - por exemplo: omeprazol 40mg 1x ao dia 30 minutos antes da refeição.

Protocolo 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.

Globo: sensação de desconforto cervical descrito como “bola na garganta” ou “aperto”, sem relação com a deglutição. Sintoma costuma ser intermitente, pode ocorrer entre as refeições e piorar com questões psicossociais e deglutições não alimentares. Exame físico da região cervical normal (ausência de bócio ou linfonodomegalia). Globo não deve ser diagnosticado na presença de disfagia ou odinofagia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- pacientes com comprometimento agudo das vias aéreas ou suspeita de epigloteite ou supragloteite (dor de garganta grave, disfagia e sialorreia).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia:

- disfagia orofaríngea persistente sem etiologia definida na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia ou Oncologia Cirurgia Cabeça e Pescoço ou Oncologia Cirúrgica (conforme pactuações regionais para suspeita de neoplasia):

- disfagia orofaríngea associada a sinais e sintomas sistêmicos que sugerem neoplasia (sintomas constitucionais, lesão visível à oroscopia, disfonia, aspiração/engasgos, linfonodomegalia cervical).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- disfagia esofágica com sinais ou sintomas sistêmicos que sugerem neoplasia (perda de peso, progressão da disfagia para outras consistências alimentares, hematemese, anemia ferropriva, impactação alimentar, vômitos persistentes);
- disfagia esofágica após excluídas causas tratáveis na APS (como DRGE, disfagia induzida por medicamentos, esofagite infecciosa), ou persistente após tratamento voltado à condição clinicamente suspeita, na impossibilidade de solicitar endoscopia na APS;
- disfagia esofágica em pacientes com causas neurológicas não tratáveis ou sem resposta à terapêutica da doença neurológica para avaliação para gastrostomia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever as características, frequência da disfagia, tempo de evolução, fatores desencadeantes e associados, exame físico neurológico);
2. medidas ou tratamentos já realizados para disfagia (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta);
3. comorbidades, fatores de risco e sinais de alerta para neoplasia orofaríngea;
4. sorologia para Doença de Chagas em regiões endêmicas da doença, com data;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 9 – Suspeita de Neoplasia em Região de Cabeça e Pescoço

Neoplasia em região de cabeça e pescoço inclui neoplasias de cavidade oral, lábio, faringe (nasofaringe, orofaringe, hipofaringe), laringe (laringe glótica e supraglótica), seio etmoidal, seio maxilar e também cânceres de glândulas salivares, melanoma de mucosa e cânceres primários ocultos em cabeça e pescoço. Dentre os fatores de risco, destacam-se: tabagismo (ativo ou passivo), uso de álcool, infecção por HPV e exposição à radiação.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia ou Oncologia Cirurgia Cabeça e Pescoço (conforme pactuações regionais):

- disfagia orofaríngea¹ em pessoa com sintomas e/ou sinais sugestivos de malignidade (emagrecimento, inapetência, vômito sanguinolento, odinofagia) ou com fatores de risco para neoplasia maligna de cabeça e pescoço.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para biópsia de linfonodo (especialidades diversas, conforme principal suspeita clínica e disponibilidade de referência regional) ou Cirurgia Geral:

- linfonodomegalia cervical com características de malignidade (indolor, aderido a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados);
- linfonodomegalia cervical persistente (≥ 2 cm) após 4 semanas sem causa definida após investigação na APS ([quadro 17](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Cabeça e Pescoço:

- diagnóstico histopatológico de lesão neoplásica maligna em região de cabeça e pescoço;
- suspeita de neoplasia de cabeça e pescoço por exame de imagem, quando biópsia indisponível;
- alta suspeita clínica de lesão bucal maligna - carcinoma espinocelular, linfoma ou melanoma ([quadro 18](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia 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;
- lesão intraóssea do complexo maxilomandibular, não associada a dentes necróticos;
- 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 (ver protocolo de Estomatologia ou Bucomaxilofacial).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. descrição do exame físico (característica da(s) lesão(ões) e características dos linfonodos, quando presentes);
3. fatores de risco para neoplasia de cabeça e pescoço (tabagismo/etilismo);
4. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
5. resultado de biópsia da lesão, com data (se realizado);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Disfagia 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.

Protocolo 10 – Lesões em Glândula Salivar

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 Oncologia Cirurgia Cabeça e Pescoço ou Otorrinolaringologia:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Bucomaxilofacial ou Estomatologia:

- processos infecciosos/obstrutivos de glândulas salivares (maiores ou menores) ([quadro 19](#)), na indisponibilidade de tratamento efetivo na APS ou Centro de Especialidade Odontológicas;
- cistos ou outras lesões potencialmente benignas em glândulas salivares menores ([quadro 19](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
3. resultado de biópsia da lesão, com data (se realizado);
4. se processo infeccioso ou obstrutivo, descreva tratamentos já realizados (descrever tempo de acompanhamento, procedimentos e medicamentos empregados);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Apêndices – quadros e figuras auxiliares

Quadro 1 – Achados sugestivos de vertigem central ou periférica.

Vertigem central

- nistagmo¹ vertical (altamente sugestivo) ou outras apresentações (horizontal, rotatório ou multidirecional). Nistagmo de origem central não costuma ter latência (e, se presente, dura até 5 segundos), não é fatigável (pode durar semanas a meses) e não é inibido com a fixação do olhar;
- teste de skew: pedir que o paciente olhe para frente, depois cobrir e descobrir cada olho. O desvio vertical do olho coberto após ser descoberto é um teste anormal e indica envolvimento do tronco cerebral;
- grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé (teste de Romberg²);
- presença de outros sinais e/ ou sintomas neurológicos focais (cefaleia, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria);
- surdez súbita unilateral;
- vertigem e nistagmo menos intensos, raramente associados a zumbido ou hipoacusia.

Vertigem periférica

- nistagmo¹ horizontal ou horizonte-rotatório. Geralmente desencadeado após teste provocativo (como Manobra de Dix-Hallpike – [figura 1](#)), 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, ver teste de Romberg²), porém consegue caminhar;
- comumente associada a sintomas auditivos (zumbido, hipoacusia, plenitude aural);
- vertigem e nistagmo pronunciados, associados à náusea e vômito.

¹Para avaliação do nistagmo não espontâneo, pode-se fazer qualquer manobra que reproduza movimentos referidos pelo paciente como causadores de vertigem. Uma outra forma de avaliar é orientando o paciente a seguir seu dedo enquanto ele é movido lentamente de um lado para o outro e observando os movimentos oculares.

²O indivíduo aproxima os pés deixando os braços ao longo do corpo e fecha os olhos. O teste é considerado positivo na presença de oscilações ou quedas. O teste de Romberg sensibilizado é realizado com a ponta do pé próximo ao calcanhar do pé oposto. Sugere causas periféricas quando existe latência entre o fechamento dos olhos e a queda (no sentido do labirinto afetado) e sugere causas centrais quando a queda é precoce e abrupta.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Duncan *et al.* (2022), Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Labuguen (2006).

Quadro 2 – Características das causas mais comuns das vertigens periféricas.**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 ([figura 1](#));
- o nistagmo apresenta período de latência (inicia 5 a 20 segundos após manobra), é fatigável e inibido após fixação do olhar.

Neurite vestibular aguda (neuronite/labirintite)

- sensação rotatória sustentada (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 a cabeça é movimentada para o lado afetado ([figura 3](#)).

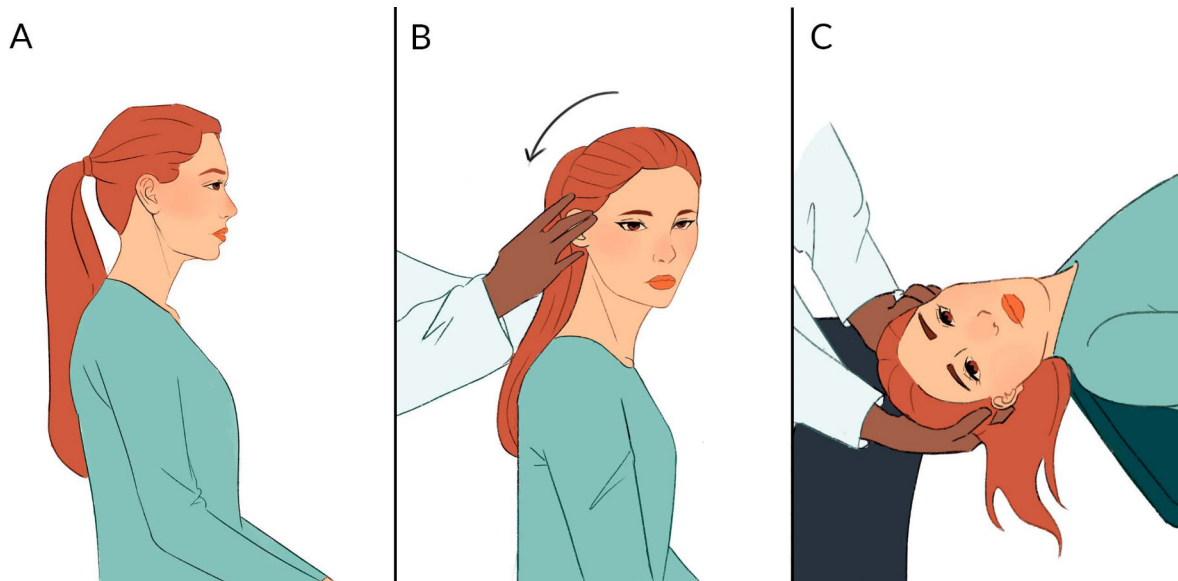
Doença de Menière

- crises recorrentes de vertigem com sintomas cocleares (hipoacusia, zumbido e plenitude aurais);
- crise inicia com os sintomas cocleares, seguido pela vertigem, que tem pico de intensidade rápido e dura cerca de 20 minutos a horas, porém não costuma durar mais que 24 horas;
- pacientes costumam apresentar perda auditiva neurosensorial unilateral ou assimétrica.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Duncan *et al.* (2022), Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Harcourt, Barraclough e Bronstein (2017).



Figura 1 – Manobra de Dix-Hallpike.

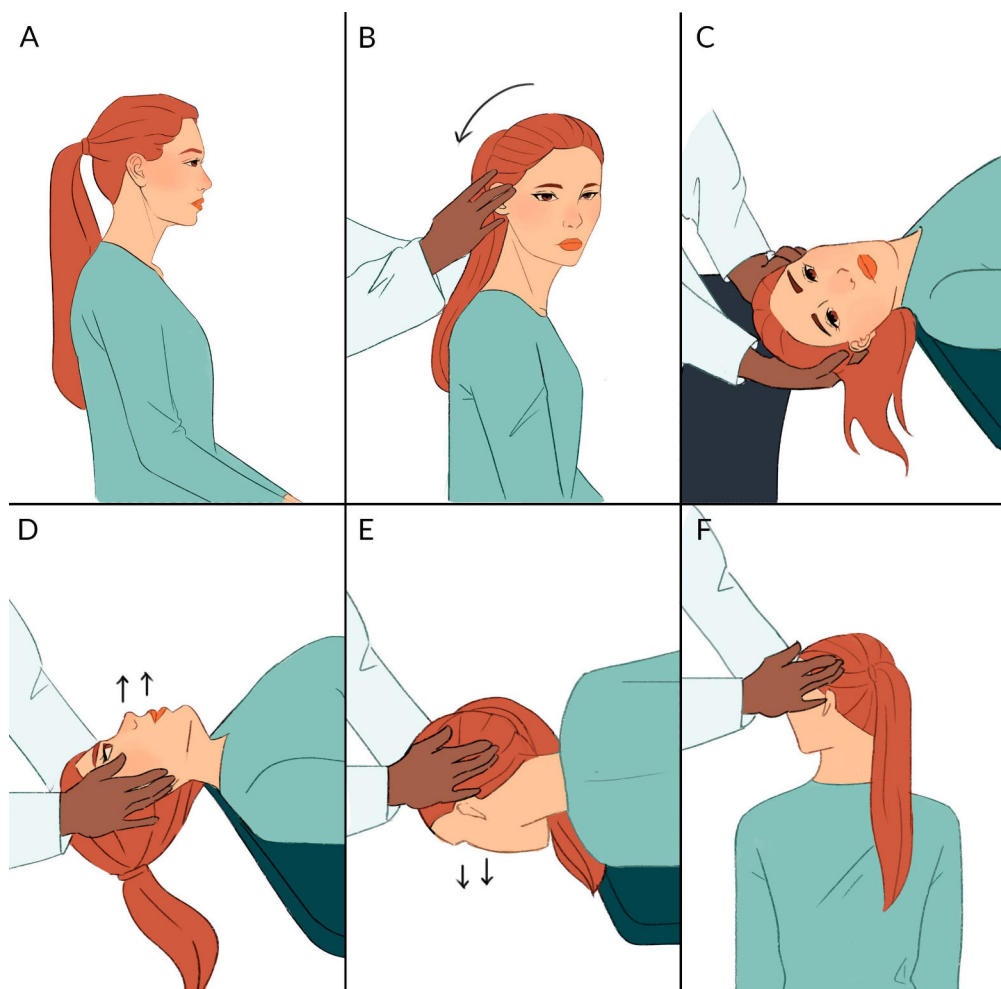


- Explique a manobra ao paciente e informe que pode provocar vertigem.
- Posicione o paciente sentado a uma altura que, quando deitado, sua cabeça permaneça fora da maca (figura A).
- Vire a cabeça do paciente 45 graus para o lado a ser avaliado e solicite que o mesmo mantenha os olhos abertos e focados em um ponto fixo à sua frente (figura B). Explique que será importante que ele mantenha os olhos abertos mesmo que sinta vertigem, para a observação dos movimentos oculares.
- Segure a cabeça e deite rapidamente o paciente, mantendo a cabeça pendente em um ângulo de 20 graus por até 20 segundos (período de latência para surgimento do nistagmo) (figura C). A manobra é considerada positiva quando o nistagmo está presente, e sugere o diagnóstico de VPPB.
- Observe novamente a presença de nistagmo ao levantar o paciente para a posição sentada. O nistagmo costuma modificar sua direção e dura cerca de 20 a 40 segundos.
- Solicite ao paciente para que fixe o olhar, identificando se o nistagmo é fatigável.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020) adaptado de Labuguen (2006) e Kim e Zee (2014).



Figura 2– Manobra de Epley – reposicionamento otolítico.



- Explique a manobra ao paciente e informe que pode induzir vertigem ou nistagmo.
- Primeiramente, realize a manobra de Dix-Hallpike (figuras A, B e C – deite rapidamente o paciente com a cabeça virada em ângulo de 45 graus).
- Vire a cabeça do paciente em ângulo de 90 graus (figura D) para o lado não afetado.
- Vire novamente a cabeça do paciente em ângulo de 90 graus (figura E). Nessa posição o paciente está com a face virada para o chão e o tronco está virado em 90 graus.
- Mova o paciente para a posição sentada (figura F).
- Mantenha o paciente em cada posição até que o nistagmo ou vertigem resolvam, porém no mínimo por 30 segundos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Kim e Zee (2014).



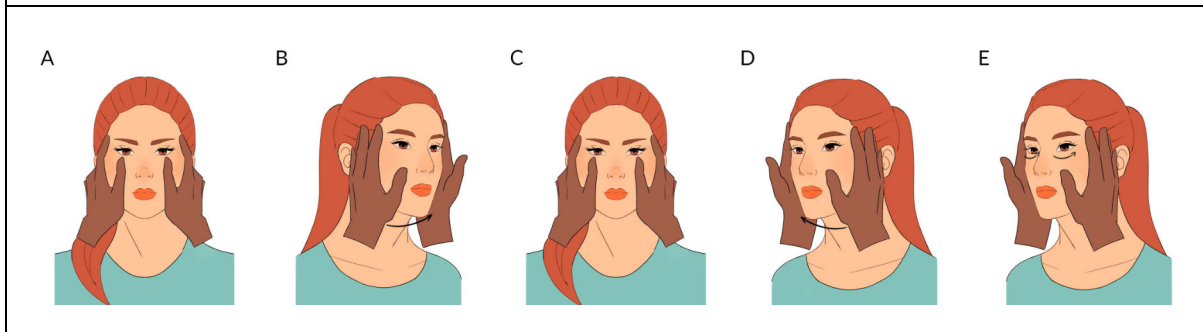
Figura 3 – Teste do impulso cefálico.

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.

Manobra: solicite ao paciente que fixe o olhar em um objeto à sua frente. A cabeça do paciente é rodada rapidamente pelo examinador, primeiro para a esquerda (A e B), depois para a direita (C e D).

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

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



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Furman (2018).

Quadro 13 – Tratamento farmacológico da neuronite ou labirintite 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

Cinarizina: 25 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou

Prometazina: 25 mg de 8 em 8 horas (VO); ou

Outros antieméticos:

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).

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

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Furman (2018).

Quadro 4 – Alguns medicamentos/substâncias que causam vertigem.

Medicamentos/substâncias	Mecanismo causal
Álcool / Cocaína	Hipotensão, hipotensão postural, arritmias
Antiarrítmicos	
Anti-hipertensivos	
Anti-histamínicos sedativos	
Inibidores da fosfodiesterase-5	
Nitratos	
Antidepressivos	
Antipsicóticos	
Anticonvulsivantes (fenitoína, fenobarbital)	Toxicidade cerebelar
Lítio	
Benzodiazepínicos	
Antidiabéticos	Hipoglicemia
Beta-bloqueadores (não seletivos)	
Aminoglicosídeos	Ototoxicidade
Relaxantes musculares	Efeitos anticolinérgicos centrais
Antiespasmódicos	

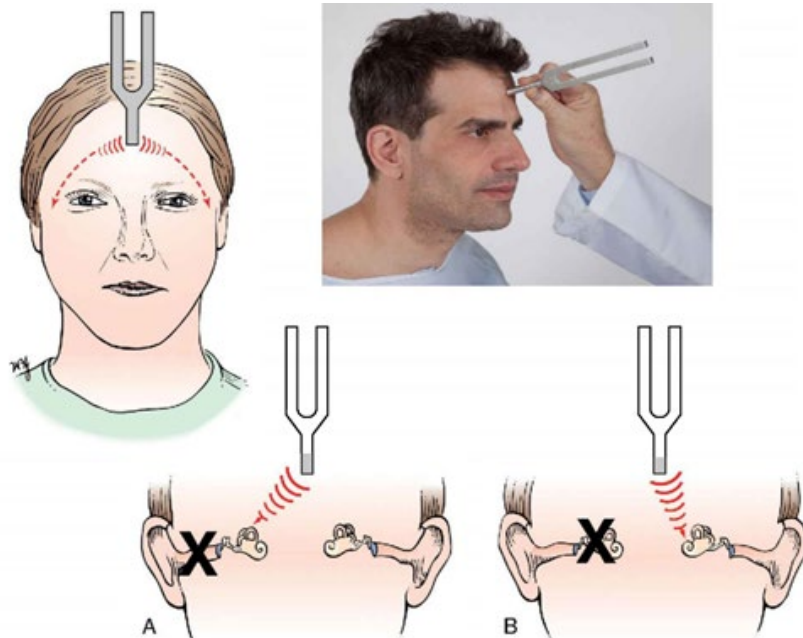
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Muncie (2017) e Shoair (2011).

Quadro 5 – Testes de Weber e Rinne para avaliação de tipo de perda auditiva.

Teste de Weber: Colocar a base de um diapasão vibrando na linha mediana, preferencialmente sobre o vértice do crânio (conforme a figura), mas podendo também ser colocado sobre a ponte nasal ou o maxila. Em um teste normal, não há lateralização do som.

(A) - Na presença de perda auditiva condutiva do lado direito, o som é ouvido do lado direito e vice-versa;

(B) - Na presença de perda neurossensorial à direita, o som é melhor ouvido ou localizado do lado esquerdo e vice-versa.



Teste de Rinne: Colocar a base de um diapasão vibrando no osso mastoide, atrás da orelha. Pedir ao paciente que indique quando o som não for mais ouvido, colocar o diapasão na frente do meato acústico externo e perguntar se agora é audível. Em um teste normal, a condução aérea (CA) costuma ser melhor do que a condução óssea (CO), ou seja, $CA > CO$. Com perda condutiva, $CA < CO$ e paciente não ouvirá quando o diapasão for colocado na frente do meato acústico externo.



A



B

Comparação entre os testes:

Tipo de perda auditiva	Teste de Rinne	Teste de Weber
Hipoacusia condutiva	$CO > CA$ (teste negativo ou anormal)	Lateralização para o lado anormal
Hipoacusia neurossensorial	$CO < CA$ (teste positivo ou normal)	Lateralização para o lado normal

CO = condução óssea; CA = condução aérea.

Fonte: TelessaudeRS-UFRGS (2023), adaptado de Swartz (2015) e Weber (2022).

Quadro 6 – Alguns medicamentos/substâncias que causam obstrução nasal.

Antitireoidianos.
Anti-hipertensivos (alfa-bloqueadores, IECA, beta-bloqueadores, bloqueadores de canal de cálcio, hidralazina).
Anti-inflamatórios não esteroides.
Benzodiazepínicos.
Estrogênio e progestogênios.
Inibidores da 5-fosfodiesterase (agentes utilizados em disfunção erétil).
Descongestionante nasal de uso tópico (rinite medicamentosa).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Bhattacharyya (2022).

Quadro 7 – Avaliação e tratamento da rinossinusite crônica.

Definição: inflamação que envolve os seios paranasais e via nasal que dura 12 semanas ou mais.

Quatro sinais/sintomas cardinais no adulto: presença de ao menos 2 sintomas por 12 semanas ou mais, sendo que um dos quais deve ser bloqueio/obstrução/congestão nasal ou descarga nasal (rinorréia anterior/posterior), associado a:

- dor facial, pressão ou sensação de preenchimento; e/ou
- redução ou perda olfatória.

Tratamento empírico na rinossinusite crônica sem pólipos: Solução salina intranasal (lavagem ou uso de sprays) e corticoide intranasal, conforme [quadro 9](#), e aconselhamento sobre cessação do tabagismo, quando aplicável.

Reavaliar em 8 a 12 semanas:

- Se resultado satisfatório: manter tratamento indefinidamente.
- Paciente com resposta insatisfatória ou que, na apresentação inicial, tem edema grave de mucosas, ou que tem períodos de piora/agudização dos sintomas, considerar curso curto de antimicrobiano + corticoide oral:
 - corticoesteroide oral: prednisona 20 mg 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 oral¹ por 10 a 14 dias. Algumas opções:
 - amoxicilina com clavulanato (500 mg 3 vezes ao dia ou 875 mg 2 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.

Tratamento da 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.

¹Sempre que possível, a escolha do tratamento antibiótico deve ser guiada por culturas de muco purulento coletado endoscopicamente do meato médio ou outro óstio sinusal acessível. A escolha do agente antimicrobiano é feita empiricamente quando a endoscopia não é viável.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Hamilos (2022a), Brook (2022) e EPOS (2020).

Quadro 8 – Características e tratamento da rinite alérgica no adulto.

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 corticóide 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. Em pacientes com sintomas moderados/graves, iniciar dose máxima e reduzir conforme melhora sintomática, mantendo menor dose para controle dos sintomas, conforme [quadro 9](#).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado Hamilos (2022b) e Brook (2022).

Quadro 9 – Corticoides de uso nasal¹.

Corticoide Nasal (spray)²	Apresentação	Posologia³
Budesonida	32 mcg/jato	1 a 2 jatos, 1 vez ao dia.
Dipropionato de beclometasona	50 mcg/jato	1 a 2 jatos, 2 vezes ao dia.
Furoato de fluticasona	27,5 mcg/jato	2 jatos, 1 vez ao dia.
Furoato de mometasona	50 mcg/jato	2 jatos, 1 vez ao dia.
Ciclesonida	50 mcg/jato	2 jatos, 1 vez ao dia.

¹Pode ser usado qualquer um dos esquemas descritos, sem distinção de eficácia entre eles, tendo a fluticasona, a mometasona e a ciclesonida menor biodisponibilidade sistêmica (<1% ou indetectável) e sendo a budesonida a única disponível no SUS.

²Os sprays nasais funcionam melhor quando são administrados adequadamente e a medicação permanece no nariz em vez de escorrer pela parte de trás da garganta. Se o nariz estiver com crostas ou contiver muco, deve primeiro ser limpo com um spray nasal salino antes do uso de sprays intranasais.

³Uma vez que os sintomas são controlados, a dose diária pode ser reduzida para a dose mais baixa que mantém o controle.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Bhattacharyya (2022).

Quadro 10 – Escala de Sonolência de Epworth.

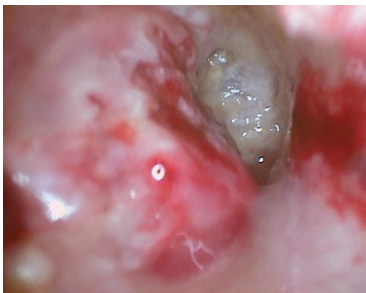
Assinalar as respostas que mais se enquadram no seu caso¹:

	Nunca dormiria	Pouca possibilidade de dormir	É possível que dormisse	Grande possibilidade de dormir
Sentado lendo.	0	1	2	3
Assistindo TV.	0	1	2	3
Sentado em lugar público (teatro, reunião, sala de espera).	0	1	2	3
Como passageiro de carro ou ônibus andando 1 hora sem parar.	0	1	2	3
Descansando deitado à tarde, quando as circunstâncias permitem.	0	1	2	3
Sentado conversando com alguém.	0	1	2	3
Sentado tranquilamente após o almoço (sem ter ingerido álcool).	0	1	2	3
Dirigindo veículo, quando para momentaneamente no trânsito.	0	1	2	3

¹Uma pontuação ≥ 12 indica a presença de sonolência diurna excessiva.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Zancanella (2014).

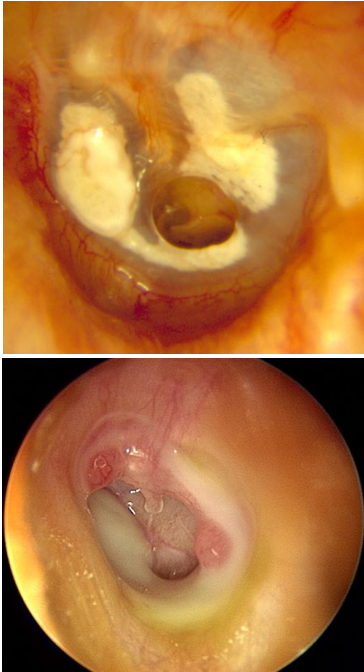
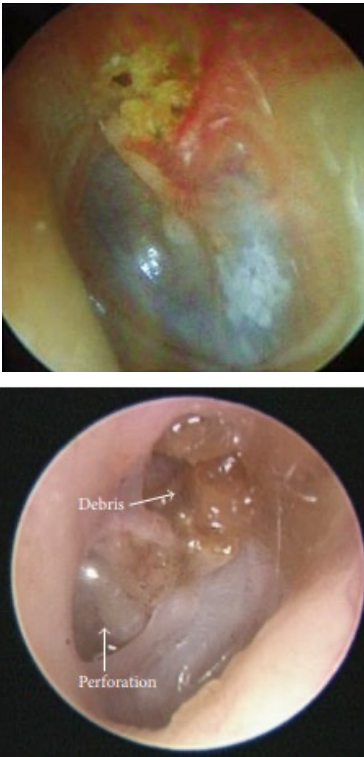
Quadro 11 – Avaliação das Otites Externas¹.

Tipo de Otite Externa	Características clínicas	Aspecto na otoscopia
Otite externa leve	Pequeno desconforto e prurido. Na otoscopia costuma haver apenas um pequeno edema do canal.	
Otite externa moderada	Grau intermediário de dor e prurido. O canal costuma estar parcialmente ocluído.	
Otite externa grave	Dor intensa e o canal está completamente ocluído pelo edema. Geralmente há eritema periauricular, linfadenopatia e febre. <u>Otite externa maligna (ou necrotizante):</u> Pacientes com otalgia severa e refratária ao tratamento, otorreia, plenitude, redução da acuidade auditiva e/ou presença de tecido de granulação na junção entre osso e cartilagem. Mais comum em paciente idoso, diabético e/ou vivendo com HIV.	

¹Os principais sintomas de otite externa são: otalgia e prurido que podem ou não estar associados a otorreia e perda auditiva. Na otoscopia, o canal auditivo costuma estar edematoso e eritematoso.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Goguen (2022) e Dynamed (2018).

Quadro 12 – Avaliação das otites médias crônicas e do colesteatoma.

Tipo de Otite	Características clínicas	Aspecto na otoscopia
Otite média crônica	<u>OMC benigna (ou inativa):</u> caracterizada por uma perfuração seca da membrana timpânica (MT), sem infecção ativa; <u>OMC com efusão (anteriormente conhecido como otite média serosa crônica):</u> condição inflamatória crônica com líquido no ouvido médio sem sinais ou sintomas agudos; <u>OMC supurativa:</u> diagnosticada quando há drenagem purulenta persistente através de uma MT perfurada.	
Colesteatoma	Coleção epitelial queratinizada e descamativa na orelha média ou mastóide e pode ocorrer secundariamente à perfuração da MT ou como lesão primária. <u>Ativo:</u> presença de otorreia. <u>Inativo:</u> ausência de otorreia.	

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Limb, Lustig e Klein (2022), Kuo *et al* (2015) e Dynamed (2019).

Quadro 13 – Perda auditiva aguda em adultos por condições graves.

Causas de perda auditiva aguda
• infecção aguda grave (meningite, mastoidite, neurosífilis); • trauma (traumatismo cranioencefálico, trauma de ouvido médio, perfuração por corpo estranho); • doença neurológica aguda (acidente vascular encefálico); • tumores; • doença autoimune aguda (associada a doenças sistêmicas descompensadas como granulomatose com poliangite, síndrome de Cogan, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, poliarterite nodosa ou policondrite recidivante); • otite externa necrotizante.
Sinais e sintomas de gravidade na avaliação da perda auditiva aguda
• sintomas ou sinais neurológicos (como cefaleia nuchal, sinais meníngeos, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, paresia, dismetria, ataxia); ou • vertigem de origem central (nistagmo vertical ou em outras direções - horizontal, rotatório ou multidirecional, sem latência, não fatigável e não inibido com a fixação do olhar); ou • grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé; ou • história de trauma - sinais de hemotímpano ou otalgia sanguinolenta.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Weber (2020) e Dynamed (2018).

Quadro 14 – Classificação do grau da perda auditiva em adultos segundo a Organização Mundial de Saúde (2014).

Graus de perda auditiva	Média entre as frequências de 0,5, 1, 2, 4 kHz	Desempenho esperado
Audição normal	0 – 25 dB	Nenhuma ou pequena dificuldade; capaz de ouvir cochichos.
Leve	26 – 40 dB	Capaz de ouvir e repetir palavras em volume normal a um metro de distância.
Moderado	41 – 60 dB	Capaz de ouvir e repetir palavras em volume elevado a um metro de distância.
Severo	61 – 80 dB	Capaz de ouvir palavras em voz gritada próximo à melhor orelha.
Profundo	> 81 dB	Incapaz de ouvir e entender mesmo em voz gritada na melhor orelha.

Fonte: World Health Organization (2006).

Quadro 15 – Indicações e contraindicações ao implante coclear em adultos.

Critérios gerais para indicação de implante coclear
• Perda auditiva severa e profunda em ambas as orelhas com desempenho com próteses acústicas convencionais (AASI) em campo aberto¹ iguais ou piores que 50 dB nas frequências de 500 a 4000 Hz e todos os seguintes critérios: ▪ anatomia favorável e condições clínicas para submeter-se ao procedimento; ▪ condições adequadas de reabilitação na cidade de origem ou na instituição de referência regional (a fonoterapia deverá ser realizada no município de referência quando houver profissional fonoaudiólogo ou no Serviço de Reabilitação Auditiva ou Centro Especializado em Reabilitação de referência regional); ▪ paciente e/ou família motivados, com condições sociais e expectativas adequadas, assim como comprometidas a zelar pelo equipamento. • Contraindicações ao implante coclear: ▪ surdez pré-lingual² em adolescentes e adultos não reabilitados por método oral; ▪ pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear bilateral; ▪ contraindicações clínicas.
Critérios específicos para implante coclear em adultos
• ter linguagem oral estabelecida; • sem limite da idade; • discriminação em campo aberto sem leitura pior que 50% em uso de AASI.

¹Audiometria em campo aberto é realizada para medir ganho funcional com uso dos aparelhos auditivos.

²Surdez pré-lingual é aquela que se instala antes que a criança tenha tido contato suficiente com a linguagem oral para desenvolver a comunicação verbal.

Obs. A elegibilidade será decidida por equipe do serviço de reabilitação auditiva de referência regional.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2014).

Quadro 16 – Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE, ou, em inglês, BERA – Brainstem Evoked Response Audiometry).

• mensuração objetiva da audição em adultos para fins diagnósticos e legais (simulação, dissimulação); • condições de difícil avaliação por meio dos procedimentos audiológicos de rotina (como pacientes com transtornos psiquiátricos); • avaliação auditiva de pacientes com transtornos neurológicos ou cognitivos (como meningite, traumatismo cranioencefálico, lesões do tronco encefálico, esclerose em placa, leucodistrofias, doença de Alzheimer, tumores intracranianos da fossa posterior, doenças degenerativas); • diagnóstico diferencial da deficiência auditiva: ▪ baixa discriminação em testes de fala; ou ▪ suspeita de Espectro da Neuropatia Auditiva; ou ▪ audição flutuante e/ou progressão da perda auditiva; • diagnóstico diferencial de doenças otológicas: ▪ detecção de tumores do nervo acústico; ou ▪ suspeita de lesões neurológicas do nível do VIII nervo até o mesencéfalo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Simião (2020).

Quadro 17 – Investigação de linfonodomegalia cervical.

Avaliação clínica inicial para todos os casos de linfonodomegalia periférica
• evolução dos sintomas no tempo e características do linfonodo (tamanho, consistência, mobilidade e cadeias acometidas); • se localizada (apenas uma cadeia acometida) ou generalizada (duas ou mais cadeias contíguas acometidas); • presença de sintomas B (perda de peso involuntária, sudorese noturna, febre); • suspeita de infecção local ou sistêmica (faringite, toxoplasmose, mononucleose, ulceração cutânea); • exame físico com evidência de esplenomegalia; • fatores de risco para HIV, sífilis, hepatites; • história de neoplasia prévia ou outros sinais e sintomas que sugiram neoplasia atual; • história epidemiológica local (áreas endêmicas para doenças como leishmaniose); • história de imunização recente contra COVID-19 ou com outro imunizante como dT, dTpa, BCG, tríplice viral ou raiva; • uso de medicamentos (como alopurinol, atenolol, captopril, carbamazepina, cefalosporinas, hidralazina, penicilina, fenitoína, primidona, pirimetamina).
Principais causas de linfonodomegalia cervical (drena couro cabeludo, cavidade oral, laringe e pescoço):
Infecções cutâneas, abscesso dentário, citomegalovírus, mononucleose, tuberculose, toxoplasmose, neoplasias (hematológicas, tumor metastático de tireoide, cabeça e pescoço).
Investigação complementar
Linfonodo com características de malignidade: investigar conforme cadeia acometida e encaminhar para biópsia. Sem características de malignidade: investigação de acordo com a suspeita clínica. Se não houver suspeita clínica, após anamnese e exame físico, solicitar: • hemograma e plaquetas; • raio-x de tórax; • sorologias: testes rápidos para HBV, HCV, HIV e sífilis (ou anti-HCV, anti-HIV, HBsAg e teste treponêmico para sífilis); monoteste (anticorpos heterófilos); toxoplasmose IgG e IgM e citomegalovírus IgG e IgM.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023) adaptado de e Ferrer (2022) e DynaMed (2018).

Quadro 18 – Lesão bucal com alta suspeita de malignidade.

Suspeita Clínica	Descrição da Lesão
Carcinoma Espinocelular	<u>Lesão ulcerada:</u> - 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 <u>Lesão nodular:</u> nódulo de superfície irregular ou lobulada, com ou sem ulceração, principalmente quando apresentar base endurecida à palpação.
Melanoma	Mancha acastanhada, azul-acinzentada ou negra, assimétrica, com bordos irregulares, com crescimento e mudança de cor.
Linfoma	<u>Lesão nodular ou tumefação difusa:</u> - de superfície lisa ou irregular, geralmente indolor, com ou sem ulceração e/ ou linfadenopatia, não associada a fatores traumáticos (próteses fraturadas/desadaptadas, dentes fraturados); - principais localizações: tonsilas (assimetria); palato e rebordo alveolar; - infecção por HIV ou outras causas de imunossupressão; - sintomas constitucionais: febre, sudorese noturna ou perda de peso. - outros sintomas como fadiga e prurido.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 19 – Alterações em glândulas salivares.

Processos infecciosos e obstrutivos de glândulas salivares (maiores ou menores)
- sialolitíase (cálculo salivar); - sialoadenite crônica (inflamação da glândula geralmente associada a tumefação e/ou perda progressiva da função); - sialoadenose (condição não inflamatória envolvendo geralmente a parótida, associada a condições como desnutrição; transtornos alimentares, diabetes e cirrose alcoólica); - mucocelo ou rânula.
Cistos ou outras lesões potencialmente benignas em glândula salivar menor
- cisto do ducto salivar; - adenoma pleomórfico; - sialometaplasia necrosante.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).