

ANEXO – NOTA TÉCNICA DA PNEUMOLOGIA NO ADULTO

QUADRO 1 – Classificação de Risco da DPOC (GOLD 2017).

AVALIAR SINTOMAS E PRESENÇA DE EXACERBAÇÕES NO ÚLTIMO ANO			
História de exacerbações			
≥ 2/ano, ou 1 internação	C	D	
0 ou 1, sem internação	A	B	
	mMRC 0-1 CAT < 10	mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10	
Sintomas			

QUADRO 2 – Escala modificada do Medical Research Council (mMRC) para avaliação da dispneia.

ESCALA DE DISPNEIA	
Escala de dispneia do Medical Research Council (MRC) [Adaptada]	
Grau	Atividade
0	Sinto falta de ar ao realizar exercício físico intenso
1	Sinto falta de ar quando aperto meu passo ou subo escadas ou ladeira
2	Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que as outras pessoas da minha idade
3	Preciso parar muitas vezes devido a falta de ar quando ando perto de 100m ou poucos minutos de caminhada no plano
4	Sinto falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho

QUADRO 3 – Suspeita de *cor pulmonale*.

- Evidência clínica de insuficiência cardíaca direita (hiperfonese de segunda bulha em foco pulmonar, turgência jugular, refluxo hepatojugular).

Sinais de Hipertensão Pulmonar por exame complementar:

- Ecocardiograma (aumento de ventrículo direito, PsAP acima de 35 mmHg ou outros achados ecocardiográficos); ou
- Raio-X de tórax (aumento de ventrículo direito, artérias pulmonares alargadas); ou
- Eletrocardiograma (sobrecarga direita).

Fonte: TelessaudeRS/UFRGS (2015).

QUADRO 4 – Indicadores de fatalidade em pacientes asmáticos.

Episódio de crise de asma grave alguma vez na vida (parada cardiorrespiratória, necessidade de ventilação mecânica ou internação em UTI)
Episódio prévio de hospitalização no último ano
Três ou mais consultas em serviços de emergência no último ano
Paciente com asma e episódios de anafilaxia ou alergia alimentar conhecida

Fonte: GINA, GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (2017).

QUADRO 5 – Alterações em exame de imagem que sugerem acompanhamento com tomografia computadorizada de tórax sem contraste, quando disponível na ABS (ver figura 3 para periodicidade do acompanhamento)

Nódulo sólido maior ou igual a 4 mm e menor que 8 mm em pessoa com baixo risco para câncer de pulmão (ausência de todos os critérios para alto risco de câncer de pulmão) *
Nódulo sólido menor que 4 mm em pessoa com alto risco para câncer de pulmão*

Adaptado de PATEL (2013).

* Alto risco para câncer de pulmão caracterizado pela presença de um ou mais fatores: história atual/prévia de tabagismo ou exposição ocupacional a agentes carcinogênicos (asbesto, radiação ionizante, arsênio, crômio e níquel) ou história prévia de radioterapia torácica ou de neoplasia ou história familiar de neoplasia pulmonar.

QUADRO 6 – Alterações em exames complementares compatíveis com doença pulmonar Intersticial


Espirometria
Padrão restritivo
Exame de Imagem (Raio x ou Tomografia Computadorizada de Tórax)
Espessamento de Septos Interlobulares
Áreas com padrão de atenuação em vidro fosco
Padrão de faveolamento
Infiltrado intersticial difuso (na ausência de insuficiência cardíaca congestiva ou infecção)
Padrão reticular/reticulonodular
Padrão em árvore em brotamento
Padrão de perfusão em mosaico
Padrão de pavimentação em mosaico
Cistos Pulmonares

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

FIGURA 1 – Teste de Avaliação do DPOC (COPD Assessment Test – CAT)

O seu nome:

Data de hoje:



COPD Assessment Test

Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™ –CAT)

Esse questionário irá ajudá-lo e ao seu profissional da saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) causa no seu bem estar e o no seu dia a dia. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por você e pelo seu profissional da saúde para ajudar a melhorar o controle da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

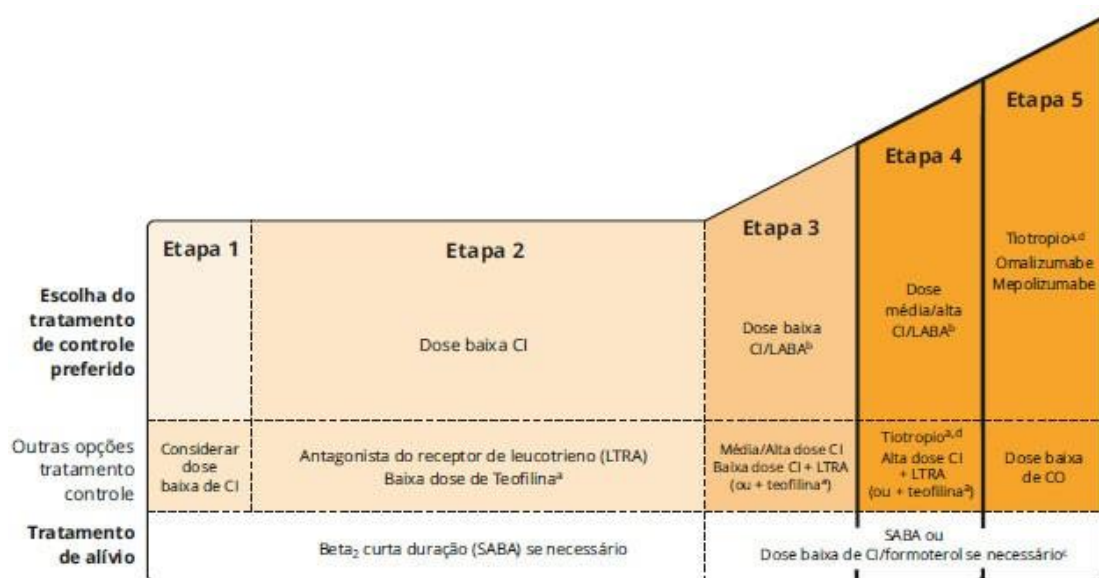
Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descrever presentemente. Certifique-se de selecionar apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz
☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐
 Estou muito triste

	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5		PONTUAÇÃO
Nunca tenho tosse	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Tenho tosse o tempo todo	
Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	O meu peito está cheio de catarro (secreção)	
Não sinto nenhuma pressão no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto uma grande pressão no peito	
Não sinto falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa	
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	
Durmo profundamente	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	
Tenho muita energia (disposição)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não tenho nenhuma energia (disposição)	
PONTUAÇÃO TOTAL			

O teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logotipo CAT é uma marca comercial de grupo de empresas GlaxoSmithKline.
©2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

FIGURA 2 – Etapas do tratamento da Asma (GINA 2017)



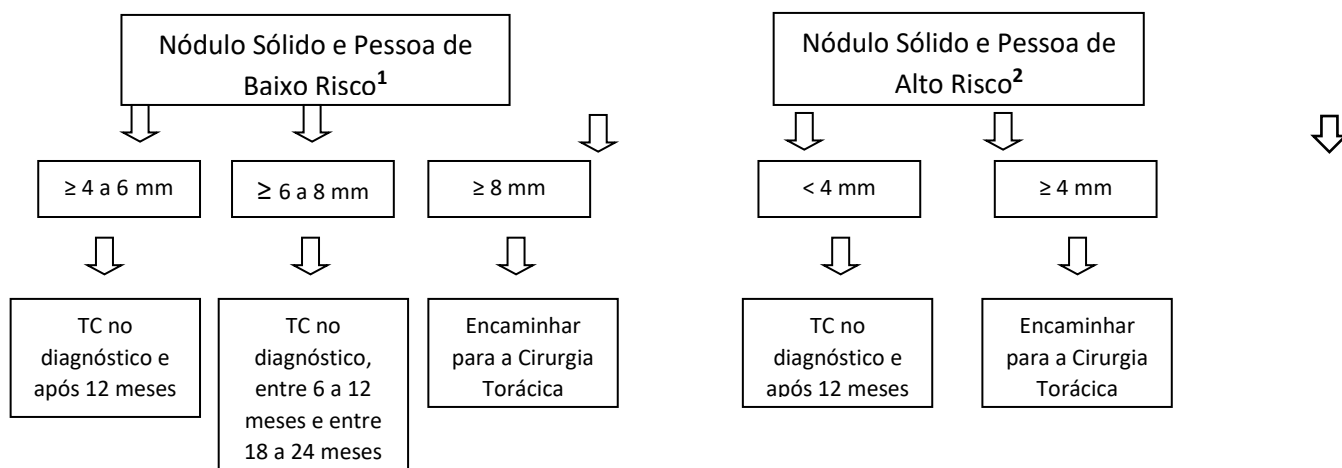
^a Acima de 12 anos de idade.

^b Para crianças de 6-11 anos, o tratamento de escolha na etapa 3 é dose média de CI.

^c Para pacientes usando dipropionato de beclometasona/formoterol ou budesonida/formoterol terapia manutenção e resgate.

^d Tiotrópio para pacientes ≥ 12 anos, com história de exacerbações.

FIGURA 3 – Fluxograma para seguimento de nódulo de pulmão com Tomografia Computadorizada de Tórax sem contraste solicitada na Atenção Básica de Saúde (adaptado de Patel, 2013)



1 Baixo risco para câncer de pulmão caracterizado pela ausência de todos os fatores: história atual/prévia de tabagismo ou exposição ocupacional a agentes carcinogênicos (asbesto, radiação ionizante, arsênio, cromo e níquel) ou história prévia de radioterapia torácica ou de neoplasia ou história familiar de neoplasia pulmonar.

2 Alto risco para câncer de pulmão caracterizado pela presença de um ou mais fatores: história atual/prévia de tabagismo ou exposição ocupacional a agentes carcinogênicos (asbesto, radiação ionizante, arsênio, cromo e níquel) ou história prévia de radioterapia torácica ou de neoplasia ou história familiar de neoplasia pulmonar.

FIGURA 4 – Solicitação de Polissonografia e Orientações para o Exame



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
REFERÊNCIA-TÉCNICA DISTRITAL DE PNEUMOLOGIA

SOLICITAÇÃO DE POLISSONOGRAFIA

NOME:	SES:
DATA DE NASCIMENTO:	ALTURA:
TELEFONE:	PESO:

TIPO DO EXAME:

() POLISSONOGRAFIA BASAL

() POLISSONOGRAFIA SPLIT NIGHT

() POLISSONOGRAFIA COM TITULAÇÃO DE CPAP (ANEXAR COPIA DA POLISSONOGRAFIA BASAL)

() POLISSONOGRAFIA COM TITULAÇÃO DE BIPAP (ANEXAR COPIA DA POLISSONOGRAFIA BASAL)

() TESTES DE MÚLTIPLAS LATÊNCIAS DO SONO

.....

() Com oxigênio suplementar _____ - fluxo recomendado () Com capnografia

SUSPEITA CLÍNICA

() Doença neuromuscular

() Hipoventilação alveolar diurna (Gasometria arterial em repouso com $PACO_2 > 45 \text{ mmHg}$)

() Distúrbio ventilatório do sono (apneia obstrutiva do sono, apneia central do sono, hipoventilação)

() Hipersonolência de origem central (narcolepsia, hipersonia idiopática)

() Parassonias (distúrbio do comportamento do sono REM)

() Distúrbio do movimento do sono

() Distúrbio neurológico (epilepsia relacionada ao sono)

() Pré-operatório cirurgia bariátrica

() Outros (especificar): _____

QUESTIONÁRIO STOP BANG

() Sim () Não **S:** Você ronca alto?

() Sim () Não **T:** Você frequentemente sente-se cansado, fatigado ou sonolento durante o dia?

() Sim () Não **O:** Alguém já observou você parar de respirar ou engasgando/sufocando durante o sono?

() Sim () Não **P:** Você tem, ou está sendo tratado por pressão alta?

() Sim () Não **B:** $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$?

() Sim () Não **A:** Idade > 50 anos?

() Sim () Não **N:** Circunferência cervical $\geq 43 \text{ cm}$ em homens ou $\geq 41 \text{ cm}$ em mulheres?

() Sim () Não **G:** Sexo masculino?

COMORBIDADES: _____

SE EXAME DE TITULAÇÃO:

ÍNDICE DE APNEIA (IAH): () LEVE.....() MODERADA.....() GRAVE.....

MÉDICO SOLICITANTE: _____

DATA: ____ / ____ / ____

É OBRIGATORIO o preenchimento de todos os campos:
O profissional solicitante deverá ser PNEUMOLOGISTA, NEUROLOGISTA, OTORRINOLARINGO-LOGISTA, CARDIOLOGISTA ou PSIQUIATRA.

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE POLISSONOGRAFIA

PREPARO PARA O DIA DO EXAME DO SONO	
Não tomar café, chá, refrigerante e bebida alcoólica (principalmente após o almoço)	
Não vir em jejum	
Não dormir durante o dia	
Lavar o cabelo apenas com shampoo neutro, não usar condicionador, óleo ou creme (chegar com o cabelo seco)	
Retirar esmalte das unhas da mão	
Fazer barba e bigode	
Não usar creme no rosto	
Trazer pijama ou roupa confortável	
Se possível trazer roupa de cama e travesseiro	
Não interromper os medicamentos de uso diário	
Trazer anotado nome, horário de TODOS os medicamentos que faz uso	
Durante a noite do exame, deve acionar a técnica caso tenha algum desconforto	
Não trazer livros e revistas	
Entrar em contato com a clínica um dia antes para confirmar o exame	
Avisar em caso de desistência do exame, seja qual for o motivo	
LOCAL DO EXAME	
HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE	
Data: / /	
Hora: 19:00	
Setor: Fisioterapia- HRAN	
Contato: 3325-4342 / 3325-4318	

FIGURA 5 – Locais de realização de exames de função pulmonar e número de vagas

1) Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)

LABORATÓRIO DE FUNÇÃO PULMONAR HRAN					
TIPOS DE EXAMES E VAGAS SEMANAIS					
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
	ESPIRO ⁽⁴⁾	ESPIRO ⁽⁴⁾	PLETISMOGRAFIA	ESPIRO ⁽⁴⁾	PLETISMOGRAFIA
MANHA	10 ⁽¹⁾	10 ⁽¹⁾	5 ⁽²⁾	6 ⁽³⁾	5 ⁽²⁾
TARDE	10 ⁽¹⁾	10 ⁽¹⁾	5 ⁽²⁾	10 ⁽¹⁾	0

(1)- ATÉ DUAS VAGAS PARA ENFERMARIA E ENCAIXES

(2)- ATÉ UMA VAGA PARA ENFERMARIA E ENCAIXES

(3)- RESERVADO 6 VAGAS PARA O AMBULATORIO DE NEUROMUSCULAR SENTADO E DEITADO

(4)- ESPIRO COM E SEM BD

EXAMES REALIZADOS:

1. ESPIROMETRIA COM E SEM BRONCO DILATADOR
2. PLETISMOGRAFIA
3. DLCO

LABORATÓRIO DO SONO HRAN					
TIPOS DE EXAMES E VAGAS SEMANAIS					
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
CPAP/BIPAP/SPLIT-NIGHT	1	1	1	1	0
BASAL	2	2	2	2	0

- 1- 4 APARELHOS INSTALADOS. 2 SEM SALA DISPONIVEL, 1 COM FIAÇÃO DANIFICADA
- 2- CAPNOGRAFIA- SOMENTE UM EXAME POR NOITE. BASAL OU TITULAÇÃO
- 3- EXAMES REALIZADOS:
 - a. POLISSONOGRAFIA BASAL
 - b. POLISSONOGRAFIA TITULAÇÃO/SPLIT-NIGHT

2) Instituto Hospital de Base do DF (IHBDF)

LABORATÓRIO DE FUNÇÃO PULMONAR IHBDF					
TIPOS DE EXAMES E VAGAS SEMANAIS					
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
	ESPIRO	ESPIRO	ESPIRO / TESTE DE CAMINHADA DE 6 MIN	ESPIRO	ESPIRO / TESTE CAMINHADA DE 6 MIN
MANHA	10	10	5 / 8	10	5 / 8
TARDE	10	10	10 / 0	10	0 / 8

3) Hospital Regional do Gama (HRG)

LABORATÓRIO DE FUNÇÃO PULMONAR HRG					
TIPOS DE EXAMES E VAGAS SEMANAIS					
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
	ESPIRO	ESPIRO	ESPIRO	ESPIRO	ESPIRO
MANHA	10	10	10	10	----
TARDE	10	10	10	10	----

4) Hospital Regional de Sobradinho (HRS)

LABORATÓRIO DE FUNÇÃO PULMONAR HRS					
TIPOS DE EXAMES E VAGAS SEMANAIS					
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
	ESPIRO	ESPIRO	ESPIRO	ESPIRO	ESPIRO
MANHA	---	---	---	---	8
TARDE	---	8	8	8	---