



Regula SUS

Protocolos de Regulação Ambulatorial

Imunologia

Versão Digital

2024

Publicadores

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - TelessaúdeRS-UFRGS
Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

Organizadores

Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Ana Cláudia Magnus Martins
Renata Rosa de Carvalho
Elise Botteselle de Oliveira
Rudi Roman
Juliana Nunes Pfeil
Rodolfo Souza da Silva
Natan Katz
Roberto Nunes Umpierre

Protocolos de Regulação Ambulatorial

Imunologia

Porto Alegre
UFRGS
2024



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total deste protocolo desde que citada a fonte.

A coleção dos Protocolos de Regulação Ambulatorial do Rio Grande do Sul (RegulaSUS) pode ser acessada na íntegra na homepage do projeto TelessaúdeRS-UFRGS: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS-UFRGS – Sede Barbara Starfield
Rua Dona Laura, 320 – 11º andar. Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3308.2092
Site: telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
Av. Borges de Medeiros, 1501 – 6º andar. Bairro Praia de Belas
CEP: 90110-150 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3288-5800
Site: saude.rs.gov.br/

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

U58 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS-UFRGS
Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde
Protocolos de Regulação Ambulatorial: Imunologia[recurso eletrônico]/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS-UFRGS; Secretaria Estadual da Saúde. – Porto Alegre: UFRGS, 2024.

41 p.

1. Protocolos Clínicos 2. Imunologia 3. Atenção primária à saúde 4. Telemedicina I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde III. TelessaúdeRS-UFRGS.

NML QW 4

Catálogo na fonte – Letícia Pereira de Souza (CRB10/2768)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Reitor: Prof. Carlos André Bulhões

Vice-Reitora: Profa. Patrícia Helena Lucas Pranke

Faculdade de Medicina

Diretora: Profa. Lúcia Maria Kliemann

Departamento de Medicina Social

Chefe: Prof. Paulo Antonio Barros Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Coordenador: Prof. Rodrigo Citton Padilha dos Reis

TelessaúdeRS-UFRGS

Coordenador Geral: Roberto Nunes Umpierre

Vice-Coordenador Geral: Natan Katz

Coordenador Executivo: Rodolfo Souza da Silva

Coordenador Técnico-Científico: Marcelo Rodrigues Gonçalves

Coordenador Técnico-Científico substituto: Dimitris Rucks Varvaki Rados

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

Secretária da Saúde: Arita Bergmann

<p><i>Organização:</i> Luíza Emília Bezerra de Medeiros¹ Ana Cláudia Magnus Martins¹ Renata Rosa de Carvalho¹ Elise Botteselle de Oliveira¹ Rudi Roman¹ Juliana Nunes Pfeil¹ Rodolfo Souza da Silva¹ Natan Katz^{1,2} Roberto Nunes Umpierre^{1,2}</p> <p><i>Autoria:</i> Ana Cláudia Magnus Martins¹ Carolina da Fonte Pithan³ Débora da Rosa Götze⁴ Dimitris Rucks Varvaki Rados^{1,5} Elise Botteselle de Oliveira¹ Felícia de Moraes Branco Tavares¹ Isabel Cristina Schütz Ferreira⁶ Juliana Tosetto Santin¹ Luíza Emília Bezerra de Medeiros¹ Marcus Vinicius Dutra Zuanazzi¹ Maiara Konzatti⁷ Rafaela Caroline Clarinda Melo¹ Rafaela Fernandes Barrêto¹ Rudi Roman¹ Sara Kvitko de Moura⁸ Taiane Sawada de Souza¹</p>	<p><i>Revisão técnica:</i> Mariana de Sampaio Leite Jobim Wilson⁹</p> <p><i>Colaboração:</i> João Marcelo Lopes Fonseca¹⁰</p> <p><i>Revisão textual e Normalização:</i> Bruna Rodrigues da Silva¹ Letícia Pereira de Souza¹</p> <p><i>Design:</i> Renan dos Santos Ferreira¹ Thaís Gama Barbosa¹</p> <p><i>Diagramação:</i> Laura Paiva Etchichury¹ Laura Willke de Moraes¹</p>
--	---

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, TelessaúdeRS-UFRGS.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social.

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Medicina.

⁴ Hospital Moinhos de Vento

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Interna.

⁶ Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

⁷ Universidade do Vale do Taquari, Faculdade de Medicina.

⁸ Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

⁹ Serviço de Imunologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

¹⁰ Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Gestão da Atenção Especializada.

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial: Imunologia.** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2024. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: IMUNOLOGIA.....	6
Protocolo 1 – Urticária e Angioedema.....	7
Protocolo 2 – Asma.....	8
Protocolo 3 – Rinite Alérgica.....	10
Protocolo 4 – Anafilaxia	11
Protocolo 5 – Alergia Alimentar.....	12
Protocolo 6 – Alergia Medicamentosa.....	13
Protocolo 7 – Dermatite Atópica	14
Protocolo 8 – Erros Inatos da Imunidade (EII) ou Imunodeficiência Primária (IDP).....	15
Referências.....	17
APÊNDICE – MATERIAIS COMPLEMENTARES	23

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Imunologia

O protocolo de Imunologia foi 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 Imunologia. 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. Os exames relevantes constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, eles não são obrigatórios para os locais sem esses recursos, então, sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita das seguintes condições clínicas devem ter preferência no encaminhamento para Imunologia, quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos:

- histórico de anafilaxia, suspeita ou diagnóstico de farmacodermias graves ou eritrodermias, angioedema com sinais de gravidade (após avaliação em serviço de emergência);
- asma em estágio 5 do tratamento, com tratamento farmacológico otimizado e controle ambiental;
- alergia alimentar com sintomas alérgicos sistêmicos, alergia alimentar confirmada e asma concomitante, suspeita de alergias alimentares múltiplas, ausência de resposta à dieta de eliminação de alérgeno único em crianças com sintomas gastrointestinais, crescimento deficiente e/ou má absorção;
- dermatite atópica extensa, de difícil controle e refratária ao tratamento clínico otimizado com suspeita de alergia alimentar; dermatite atópica com alergia alimentar e exacerbações dentro de minutos a poucas horas após consumo de determinados alimentos;
- diagnóstico de erros inatos da imunidade ou imunodeficiência primária.

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 e/ou responsável 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 2 de setembro de 2024.

Protocolo 1 – Urticária e Angioedema

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

- episódio de angioedema e/ou urticária associados a sinais de gravidade (obstrução de via aérea, broncoespasmo e hipotensão).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Imunologia:

- angioedema e/ou urticária associados a sinais de gravidade (obstrução de via aérea, broncoespasmo e hipotensão), após avaliação em serviço de urgência/emergência;
- angioedema recorrente (mais de 1 episódio), sem lesões de urticária e sem etiologia identificada¹;
- urticária, associada ou não a sintomas sistêmicos (angioedema, broncoespasmo, eczema, diarreia, vômitos, dor abdominal, dor à deglutição, déficit nutricional após a exclusão de outras causas) em associação à exposição a alimentos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- urticária crônica (lesões recorrentes, no mínimo 2 vezes na semana, por pelo menos 6 semanas) refratária ao tratamento clínico otimizado, por 4 semanas ou mais ([Quadro 1](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. aspecto das lesões e localização;
 - b. tempo de evolução;
 - c. outros sinais e sintomas associados;
2. tratamento em uso ou já realizado para urticária e/ou angioedema (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);
3. comorbidades e medicações em uso (sim ou não). Se sim, descreva;
4. história de doenças alérgicas, como asma, rinite alérgica ou outras alergias (sim ou não). Se sim, descreva;
5. resultado de exames laboratoriais (hemograma com plaquetas, VSG/VHS e PCR), com data (se realizados);
6. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Em pessoas que fazem uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e apresentam um episódio de angioedema sem sinais de gravidade (obstrução de via aérea, broncoespasmo e hipotensão), o manejo é realizado na APS, com a suspensão da medicação e monitoramento para a resolução. O encaminhamento para a Imunologia só estará indicado se houver recorrência após a descontinuação do IECA.

Protocolo 2 – Asma

Atenção: a espirometria para diagnóstico e acompanhamento de pacientes com asma pode ser solicitada na APS, por meio do projeto RespiraNet do TelessaúdeRS-UFRGS.

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

- crise de asma com sinais de gravidade ([Quadro 2](#) e [Quadro 3](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Imunologia:

- asma em adultos, adolescentes ou crianças de 6 anos ou mais que necessitam tratamento farmacológico em estágio 5 ([Quadro 4](#) e [Quadro 5](#)), após avaliação com a Pneumologia;
- asma em adultos, adolescentes ou crianças de 6 anos ou mais que necessitam tratamento farmacológico em estágio 4 ([Quadro 4](#) e [Quadro 5](#)) por pelo menos 3 meses, após revisada adesão e técnica inalatória, além de avaliação com a Pneumologia;
- suspeita de asma alérgica em pacientes com sintomas persistentes e com história de sintomas desencadeados após exposição a aeroalérgenos específicos ou alérgenos relevantes no domicílio (animais domésticos, poeira, baratas, ratos), quando a investigação da sensibilização IgE específica estiver indisponível;
- asma alérgica em pacientes com IgE específica positiva com correlação clínica causal entre a exposição alergênica e os sintomas de asma;
- asma associada a alergia alimentar.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pneumologia:

- asma em adultos, adolescentes ou crianças de 6 anos ou mais que necessitam de tratamento farmacológico em estágio 5 ([Quadro 4](#) e [Quadro 5](#));
- asma em adultos, adolescentes ou crianças de 6 anos ou mais que necessitam manter tratamento farmacológico em estágio 4 ([Quadro 4](#) e [Quadro 5](#)) por pelo menos 3 meses, após revisada adesão e técnica inalatória;
- asma em crianças de 5 anos ou menos que necessitam de tratamento farmacológico em estágio 4 ([Quadro 6](#));
- asma em crianças de 5 anos ou menos que necessitam manter tratamento farmacológico em estágio 3 ([Quadro 6](#)) por pelo menos 3 meses, após revisada adesão e técnica inalatória;
- asma em pacientes com indicadores de risco de fatalidade ([Quadro 7](#));
- asma lábil (crises que iniciam abruptamente e de forma grave, principalmente quando o paciente não consegue reconhecer sintomas iniciais da crise)¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho¹:

- asma ocupacional (asma exacerbada ou induzida por inalação de substâncias no local de trabalho).

¹ Pacientes com essa suspeita podem ser encaminhados a especialistas focais, mas o manejo clínico da asma deve ser feito na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (sinais e sintomas baseado nas últimas 4 semanas: frequência e intensidade das crises diurnas e noturnas, frequência de uso de medicação de resgate por semana, limitação à atividade física devido à asma [[Quadro 8](#) e [Quadro 9](#)], sintomas associados à exposição ocupacional, outras alterações relevantes);
2. informações quanto ao diagnóstico (idade de início dos sinais e sintomas, história pessoal de atopia/alergias, como rinite alérgica, dermatite atópica, alergia alimentar, associação com exposição a alérgenos ambientais, história familiar de asma e ou atopia);
3. suspeita de alergias específicas (sim ou não). Se sim, descreva quais;
4. informar resultado de investigação de parasitose intestinal, com exame parasitológico de fezes em 3 amostras, ou tratamento realizado para parasitoses (sim ou não) e qual;
5. se encaminhamento para Imunologia: realiza acompanhamento regular com Pneumologia (sim ou não). Se sim, descreva há quanto tempo e local de atendimento;
6. tabagismo atual ou prévio (sim ou não);
7. tratamento para asma profilático e de alívio (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
8. número de exacerbações com uso de corticoide oral no último ano;
9. quantidade de internações ou procura a serviços de emergência no último ano;
10. indicadores de risco de fatalidade (sim ou não - [Quadro 7](#)). Se sim, quais;
11. anexar laudo de espirometria, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
12. anexar, preferencialmente, ou descrever resultados de hemograma, IgE específica a alérgenos testados e/ou *prick-test* (se realizados);
13. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 – Rinite Alérgica

O diagnóstico e o tratamento para rinite alérgica, rinosinusite aguda e crônica devem ser realizados inicialmente na APS, conforme [Quadro 10](#), [Quadro 11](#) e [Quadro 12](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Imunologia:

- rinite alérgica e sintomas não controlados com tratamento farmacológico otimizado e controle ambiental por pelo menos 3 meses ([Quadro 10](#)), na ausência de sintomas obstrutivos predominantes e suspeita de anormalidades estruturais (desvio de septo, pólipos, entre outros);
- rinite alérgica associada a rinosinusite bacteriana recorrente (≥ 4 episódios ao ano), após avaliação com Otorrinolaringologista.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia:

- rinosinusite crônica:
 - associada a anormalidades estruturais (desvio de septo, pólipos, entre outros); ou
 - refratária ao tratamento clínico otimizado por pelo menos 3 meses ([Quadro 12](#)); ou
 - rinosinusite bacteriana recorrente (≥ 4 episódios ao ano).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (descrever sinais e sintomas, achados no exame físico);
2. tratamento para rinite alérgica, profilático e de alívio (medicamentos em uso ou já utilizados, incluindo dose e posologia);
3. paciente apresenta asma ou outras alergias associadas (sim ou não). Se sim, descreva, incluindo tratamento realizado, com dose e posologia;
4. se encaminhamento para Imunologia: se realiza acompanhamento regular com Otorrinolaringologia (sim ou não). Se sim, descreva há quanto tempo e local de atendimento;
5. anexar, preferencialmente, ou descrever resultados de IgE específica a alérgenos testados e/ou *prick-test* (se realizados);
6. comorbidades e medicações em uso (sim ou não). Se sim, descreva;
7. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 4 – Anafilaxia

A anafilaxia é uma reação alérgica grave com instalação súbita em período inferior a 24 horas e com manifestações sistêmicas: rash urticariforme, ou eritema/rubor e/ou angioedema associado a envolvimento do sistema cardiovascular/respiratório (hipotensão, choque, broncoespasmo, edema de laringe ou faringe) e/ou sintomas gastrintestinais persistentes severos (vômito, diarreia). O [Quadro 13](#) apresenta os critérios para diagnóstico de anafilaxia.

Atenção: a reação anafilática é sempre uma condição de absoluta emergência, então, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência deve ser acionado imediatamente. O [Quadro 14](#) apresenta o tratamento da reação anafilática na APS, enquanto aguarda a remoção para o serviço de urgência/emergência.

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

- suspeita de crise anafilática.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Imunologia:

- história prévia de anafilaxia, após avaliação em serviço de urgência/emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (descrever lesões e localização; tempo de evolução; se suspeita de alérgeno específico, descrever; outros sinais e sintomas associados);
2. descrição do tratamento realizado quando atendimento na emergência;
3. história de doenças alérgicas, como asma, rinite alérgica ou outras alergias (sim ou não). Se sim, descreva;
4. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 5 – Alergia Alimentar

Os alimentos que mais se associam a alergias alimentares são: leite de vaca, ovo, soja, amendoim/nozes/castanhas, trigo, peixes e crustáceos. As manifestações clínicas de alergias alimentares são variadas e dependem dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos (mediados ou não por IgE). Nos casos mediados por IgE, as manifestações ocorrem, geralmente, até 2 horas após a exposição, enquanto nas alergias não mediadas por IgE, as manifestações são tardias, podendo ocorrer até 2 semanas após a exposição ([Quadro 15](#)).

O diagnóstico das alergias alimentares se baseia, principalmente, na anamnese e no exame físico. Os testes de alergia, na forma de testes cutâneos ou imunoenaios (coletas de IgEs específicos), devem sempre ser selecionados e interpretados no contexto da história clínica, já que um teste "positivo" (isto é, sensibilização ou formação de IgE a uma substância específica) nem sempre indica alergia clínica. Os testes não são indicados em pacientes sem história sugestiva de alergia mediada por IgE.

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

- suspeita de anafilaxia¹;
- suspeita de alergia alimentar com desnutrição grave associada ([Quadro 16](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Imunologia:

- sintomas alérgicos sistêmicos (anafilaxia, urticária, angioedema, broncoespasmo, eczema, diarreia, vômitos, dor abdominal, dor à deglutição, déficit nutricional após a exclusão de outras causas) em associação à exposição a alimentos;
- asma associada a alergia alimentar;
- suspeita de alergias alimentares múltiplas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Imunologia ou Gastroenterologia Pediátrica:

- ausência de resposta à dieta de eliminação de alérgeno único em crianças com sintomas gastrointestinais (vômitos, diarreia - principalmente com sangue), crescimento deficiente e/ou má absorção;
- crianças nas quais dietas de eliminação possam causar restrição dietética importante e afetar o crescimento (eliminação de um alérgeno associado à doença celíaca, doença inflamatória intestinal, vegetarianos e veganos).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (sinais e sintomas apresentados e quanto tempo após a exposição ao alimento os sintomas iniciaram); para adultos, descrever quando o paciente apresentou a manifestação pela primeira vez;
2. alergia(s) alimentar(es) presente(s) (sim ou não). Se sim, descreva;
3. anexar, preferencialmente, ou descrever na íntegra os exames realizados para investigação, com data;
4. história de anafilaxia, urticária e/ou angioedema (sim ou não). Se sim, descreva;
5. história de doenças alérgicas, como asma, rinite alérgica ou outras alergias (sim ou não). Se sim, descreva;
6. história de doenças gastrointestinais disabsortivas ou restrições dietéticas (sim ou não). Se sim, descreva;
7. informar resultado de investigação de parasitose intestinal, com exame parasitológico de fezes em 3 amostras, ou tratamento realizado para parasitoses (sim ou não) e qual;
8. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Reação alérgica grave com instalação súbita em período inferior a 24 horas e com manifestações sistêmicas: rash urticariforme, ou eritema/rubor e/ou angioedema associado a envolvimento do sistema cardiovascular/respiratório (hipotensão, choque, broncoespasmo, edema de laringe ou faringe) e/ou sintomas gastrintestinais persistentes severos (vômito, diarreia). O [Quadro 13](#) apresenta os critérios para diagnóstico de anafilaxia.

Protocolo 6 – Alergia Medicamentosa

Pacientes com sinais e sintomas de provável etiologia alérgica associada a fármacos cujas manifestações clínicas iniciaram após 48 horas de uso da substância não devem ser encaminhados para avaliação, exceto se manifestações sistêmicas graves (anafilaxia, angioedema, urticária).

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

- suspeita de crise anafilática¹;
- reações alérgicas com acometimento sistêmico (por exemplo: síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, reação a drogas com eosinofilia e sintomas sistêmicos [DRESS] ou síndrome da hipersensibilidade induzida por drogas [DHS], pustulose exantemática generalizada aguda - [Quadro 17](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência Ginecológica:

- gestante com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização - [Quadro 18](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Imunologia:

- pacientes com comprometimento sistêmico, como anafilaxia, nefrite intersticial, síndrome de Stevens-Johnson, sintomas sistêmicos associados à eosinofilia e erupção cutânea (DRESS) ou necrólise epidérmica tóxica, associado ao uso de fármaco, após avaliação em serviço de urgência/emergência ([Quadro 17](#));
- pacientes com histórico de reações alérgicas a anestésicos locais ou agentes de indução anestésica com necessidade de novo uso do fármaco;
- suspeita de alergia a betalactâmicos em pessoas que podem necessitar de uso betalactâmicos no futuro (aqueles com infecções bacterianas recorrentes ou imunodeficiências);
- pacientes com histórico de alergia a beta-lactâmicos e a uma outra classe de antibióticos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (descrever sinais e sintomas, tipo de medicamento, dose na qual a reação foi desencadeada, gravidade dos sintomas, intervalo entre exposição e reação, medicamentos em uso no momento do evento);
2. história de doenças alérgicas, como asma, rinite alérgica, alergia alimentar, dermatite atópica ou outras alergias (sim ou não). Se sim, descreva qual(is);
3. história de anafilaxia, urticária e/ou angioedema (sim ou não); Se sim, descreva;
4. comorbidades e medicações em uso (sim ou não). Se sim, descreva;
5. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Reação alérgica grave com instalação súbita em período inferior a 24 horas e com manifestações sistêmicas: rash urticariforme, ou eritema/rubor e/ou angioedema associado a envolvimento do sistema cardiovascular/respiratório (hipotensão, choque, broncoespasmo, edema de laringe ou faringe) e/ou sintomas gastrointestinais persistentes severos (vômito, diarreia). O [Quadro 13](#) apresenta os critérios para diagnóstico de anafilaxia.

Protocolo 7 – Dermatite Atópica

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

- eczema herpeticum grave¹, sobreposto às lesões de dermatite atópica;
- infecção bacteriana secundária (impetiginização) grave e extensa, sem resposta à antibioticoterapia sistêmica oral.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Imunologia ou Gastroenterologia Pediátrica:

- dermatite atópica com suspeita de alergia alimentar associada a:
 - quadros extensos e de difícil controle, refratários ao tratamento clínico otimizado ([Quadro 19](#)), associados ou não a sinais e sintomas sistêmicos como: vômitos, diarreia e atraso do crescimento/desenvolvimento;
 - exacerbações da doença dentro de minutos a poucas horas após o consumo de determinados alimentos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- dermatite atópica grave e extensa²;
- dermatite atópica que ocasione prejuízo funcional grave (índice de qualidade de vida maior que 10 - [Quadro 21](#), para adultos, ou [Quadro 22](#), para crianças e adolescentes);
- dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de 1 mês ([Quadro 19](#));
- dermatite atópica recidivante (3 ou mais recidivas em um período de 6 meses), apesar do tratamento clínico otimizado ([Quadro 19](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. lesões e localização;
 - b. tempo de evolução;
 - c. outros sinais e sintomas associados;
2. anexar fotografias de todas as áreas cometidas;
3. tratamento em uso ou já realizado para dermatite atópica (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
4. história de doenças alérgicas, como asma, rinite alérgica, alergia alimentar, dermatite atópica ou outras alergias (sim ou não). Se sim, descreva qual(is);
5. exacerbação após consumo de alimentos (sim ou não). Se sim, descreva o tempo e características do quadro clínico e quais alimentos o desencadeiam;
6. paciente apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva o índice de qualidade de vida (DLQI - [Quadro 21](#) ou CDLQI - [Quadro 22](#));
7. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Eczema herpeticum grave: novas lesões vesico-pustulares, erosões e crostas hemorrágicas acometendo extensamente a superfície cutânea, com repercussão sistêmica, como febre e linfadenopatia.

² Áreas disseminadas de pele seca, prurido intenso e incessante (com ou sem escoriações, espessamento da pele, sangramento, fissuras, exsudação e alteração da pigmentação).

Protocolo 8 – Erros Inatos da Imunidade (EII) ou Imunodeficiência Primária (IDP)

Os Erros Inatos da Imunidade (EII), também conhecidos como Imunodeficiência Primária (IDP), se manifestam principalmente por infecções recorrentes em múltiplos sítios. No entanto, é preciso diferenciar suspeita de EII do padrão normal de infecções em crianças pequenas.

Lactentes e crianças normais variam quanto ao número de infecções durante os primeiros anos de vida, tendo em média 4 a 8 infecções respiratórias por ano, podendo chegar até 10 ou 12, dependendo, principalmente, de fatores ambientais, como presença de irmãos mais velhos, frequência na creche ou pré-escola e tabagismo passivo. A maioria das infecções é viral, e a duração média dos sintomas respiratórios é de 8 dias, podendo se estender até 2 semanas. Crianças normais respondem rapidamente ao tratamento apropriado, parecem saudáveis entre as infecções e têm crescimento e desenvolvimento normais.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Imunologia:

- criança ou adolescente com suspeita de EII/IDP pela presença de 2 ou mais dos seguintes sinais, descartadas causas secundárias de imunodeficiência na APS¹:
 - 4 ou mais novas otites no período de 1 ano;
 - 2 ou mais sinusites graves no período de 1 ano;
 - uso de antibióticos por 2 meses ou mais com pouco efeito;
 - 2 ou mais pneumonias no período de 1 ano;
 - dificuldade para ganhar peso ou crescer normalmente;
 - abscessos de repetição;
 - estomatites de repetição ou monilíase por mais de 2 meses;
 - necessidade de antibiótico endovenoso para combater infecções;
 - 2 ou mais infecções sistêmicas, incluindo sepse;
 - história familiar de imunodeficiência ou morte precoce inexplicada (antes dos 30 anos);
- adulto com suspeita de EII/IDP pela presença de 2 ou mais dos seguintes sinais, descartadas causas secundárias de imunodeficiência na APS¹:
 - 2 ou mais novas otites no período de 1 ano;
 - 2 ou mais novas sinusites no período de 1 ano na ausência de alergia;
 - 1 pneumonia por ano por mais de 1 ano;
 - diarreia crônica com perda de peso;
 - infecções virais de repetição (herpes, verrugas ou condiloma);
 - necessidade do uso de antibiótico endovenoso de repetição para melhora das infecções;
 - abscessos profundos de repetição na pele ou em órgãos internos;
 - estomatites de repetição ou monilíase por mais de 2 meses;
 - infecção por *Mycobacterium tuberculosis* ou por micobactéria atípica;
 - história familiar de imunodeficiência ou morte precoce inexplicada (antes dos 30 anos);
- infecção causada por um organismo microbiano incomum (pneumococo resistente à penicilina, enterococo resistente à vancomicina, *Mycobacterium tuberculosis* multirresistente, *Pseudomonas sp.*, *Pneumocystis jiroveci*, *Aspergillus sp.*, *Serratia marcescens*, *Nocardia sp.*, *Burkholderia cepacia*) e/ou em um local incomum (osteomielite, abscesso cerebral ou hepático);
- reações graves à imunização com imunobiológicos obtidos por bactérias ou vírus vivos atenuados (BCG, rotavírus, febre amarela, poliomielite, varicela ou sarampo/caxumba/rubéola).

¹ A investigação básica de causas secundárias de imunodeficiência inclui: hemograma com plaquetas, teste rápido para HIV (ou anti-HIV), VSG e/ou PCR, eletrólitos, glicemia de jejum, creatinina, proteínas totais e frações, transaminases, bilirrubinas totais e frações, TP/TTPa, EQU, níveis séricos de IgG, IgM, IgA e IgE. Para crianças, solicitar também radiografia do tórax PA e perfil. Exames adicionais podem ser necessários, de acordo com a suspeita clínica e resultado da investigação inicial.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia:

- linfopenia persistente em 2 hemogramas realizados com intervalo de 1 mês (contagem < 1.500 células/mm³ em pessoas com 5 anos ou mais e < 2.500 células/mm³ em menores de 5 anos), após exclusão de causas secundárias na APS ([Quadro 23](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (descrever sinais e sintomas, idade de início, número, tipo, localização e duração das infecções; presença de complicações; necessidade de internações e resposta ao tratamento habitual; exame físico, incluindo peso e altura, ausência de tonsilas e linfonodos);
2. reações vacinais graves, idade de queda de coto umbilical, convulsões e/ou complicações neonatais, comorbidades existentes (inflamatórias, autoimunes, atópicas), uso de medicações (sim ou não). Se sim, descreva;
3. história familiar de EII/IDP, consanguinidade parental, abortos espontâneos maternos, morte precoce por causa desconhecida ou por infecções graves em irmãos ou outros parentes próximos, sorologias maternas na gestação, autoimunidade, infecções recorrentes ou neoplasias em familiares ou reações vacinais graves em irmãos (sim ou não). Se sim, descreva;
4. anexar, preferencialmente, ou descrever na íntegra o resultado de exames complementares realizados para investigação de causas secundárias de imunodeficiência¹;
5. anexar, preferencialmente, ou descrever na íntegra o resultado de exames complementares realizados no contexto das infecções, como exames de imagem, culturas com antibiograma, se realizados;
6. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF ALLERGY ASTHMA AND IMMUNOLOGY (AAAAI). **Some tests and procedures are over or misused to diagnose and treat allergies, asthma and immunologic disorders**. Milwaukee: AAAAI, 2012.

Disponível em: <https://www.aaaai.org/aaaai/media/medialibrary/pdf%20documents/media/choosing-wiselyt.pdf>. Acesso em: 2 set. 2024.

AMERICAN ACADEMY OF DERMATOLOGY (AAD). **Choosing Wisely**. Rosemont: AAD, 2024. Disponível em:

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/clinical-care/wisely>. Acesso em: 2 set. 2024.

BHATTACHARYYA, N. **Nasal Obstruction**: diagnosis and management. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/nasal-obstruction-diagnosis-and-management>. Acesso em: 25 mar. 2024.

BOGOCH, I. I. **Infectious causes of peripheral eosinophilia**. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/infectious-causes-of-peripheral-eosinophilia>. Acesso em: 2 set. 2024.

BOLOGNIA, J.; SCHAFFER, J. V.; CERRONI, L. (org.). **Dermatology**. 4. ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier, 2018.

BOXER, L. A. The child with recurrent infection: leukocyte dysfunction. In: SILLS, R. H. (ed.) **Practical Algorithms in Pediatric Hematology and Oncology**. Albany, NY: Karger, 2003. p. 44-45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV)**: Relatório de

Recomendação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220427_pcdt_aplv_cp_24.pdf. Acesso em: 2 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde.

Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **Relatório de recomendação**: protocolos e diretrizes: asma. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/20230331_relatorio_pcdt_asma_cp04.pdf.

Acesso em: 2 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica para eventos adversos pós-vacinação**. 4. ed.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epidemiologica_eventos_vacinacao_4ed.pdf. Acesso em: 2 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de acesso ambulatorial**: consultas

especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 188 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e

Nutrição. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 144 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à**

demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde.

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais:**

Rename 2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>.

Acesso em: 2 set. 2024.

BRAZILIAN GROUP FOR IMMUNODEFICIENCY (BRAGID). **Imunodeficiência Primária**: os 10 sinais de alerta. [s. l.]:

BRAGID, [s. d.]. Disponível em: <http://www.bragid.org.br/download/10sinais.pdf>. Acesso em: 2 set. 2024.

- BROD, B. A. **Management of allergic contact dermatitis in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-allergic-contact-dermatitis-in-adults>. Acesso em: 2 set. 2024.
- BROOK, I. **Microbiology and antibiotic management of chronic rhinosinusitis**. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/microbiology-and-antibiotic-management-of-chronic-rhinosinusitis>. Acesso em: 2 set. 2024.
- BUCHHEIT, K. M.; HOLBROOK, E. H. **Chronic rhinosinusitis with nasal polyposis: Management and prognosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-rhinosinusitis-with-nasal-polyposis-management-and-prognosis>. Acesso em: 2 set. 2024.
- BURKS, W. **Diagnostic evaluation of IgE-mediated food allergy**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-evaluation-of-ige-mediated-food-allergy>. Acesso em: 2 set. 2024.
- BURKS, W.; SICHERER, S. H.; TEPAS, E. **History and physical examination in the patient with possible food allergy**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/history-and-physical-examination-in-the-patient-with-possible-food-allergy>. Acesso em: 2 set. 2024.
- BUTTE, M. J. **Laboratory evaluation of the immune system**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/laboratory-evaluation-of-the-immune-system>. Acesso em: 2 set. 2024.
- BUTTE, M. J.; STIEHM, E. R. **Approach to the child with recurrent infections**. Waltham (MA): UpToDate, 2022. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-recurrent-infections>. Acesso em: 2 set. 2024.
- CAMPBELL, R. L.; KELSO, J. M. **Anaphylaxis: emergency treatment**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/anaphylaxis-emergency-treatment>. Acesso em: 2 set. 2024.
- CHOC CHILDREN'S SPECIALISTS. **Pediatric Allergy & Immunology Referral Guidelines**. Orange: CHOC Children's Specialists, 2015. Disponível em: <https://www.choc.org/wp/wp-content/uploads/referrals/Referral-Guidelines-Allergy-Immunology.pdf>. Acesso em: 2 set. 2024.
- COATES, T. D. **Approach to the child with lymphocytosis or lymphocytopenia**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-lymphocytosis-or-lymphocytopenia>. Acesso em: 2 set. 2024.
- COMMINS, S. P.; SICHERER, S. H.; FELDWEG, A. M. **Food intolerance and food allergy in adults: an overview**. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/food-intolerance-and-food-allergy-in-adults-an-overview>. Acesso em: 2 set. 2024.
- COOPER, M. A.; POMMERING, T. L.; KORÁNYI, K. Primary immunodeficiencies. **American Family Physician**, [s. l.], v. 68, n. 10, p. 2001–2008, 2003.
- CRETICOS, P. S. **Subcutaneous immunotherapy (SCIT) for allergic rhinoconjunctivitis and asthma: indications and efficacy**. Waltham (MA): UpToDate, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/subcutaneous-immunotherapy-scit-for-allergic-rhinoconjunctivitis-and-asthma-indications-and-efficacy>. Acesso em: 2 set. 2024.
- CRIADO, P. R. *et al.* Consensus on the diagnostic and therapeutic management of chronic spontaneous urticaria in adults - Brazilian Society of Dermatology. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 94, n. 2, p. 56–66, mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/bcWZqmS7S79Wwzwr7pTw4RG>. Acesso em: 2 set. 2024.
- DAVIDS, M. S. **Approach to the adult with lymphocytosis or lymphocytopenia**. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-lymphocytosis-or-lymphocytopenia>. Acesso em: 2 set. 2024.

deSHAZO, R. D.; KEMP, S. F. **Pharmacotherapy of allergic rhinitis**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-of-allergic-rhinitis>. Acesso em: 2 set. 2024.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

DYNAMED. **Acute Urticaria**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2023. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/acute-urticaria>. Acesso em: 2 set. 2024.

DYNAMED. **Allergic reactions to local anesthetics**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2023. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/allergic-reactions-to-local-anesthetics>. Acesso em: 2 set. 2024.

DYNAMED. **Anaphylaxis**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2024. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/anaphylaxis>. Acesso em: 2 set. 2024.

DYNAMED. **Angioedema**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2023. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/angioedema>. Acesso em: 2 set. 2024.

DYNAMED. **Approach to recurrent infections in adults**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2022. Disponível em: <https://www.dynamed.com/approach-to/approach-to-recurrent-infections-in-adults>. Acesso em: 2 set. 2024.

DYNAMED. **Approach to recurrent infections in children**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2022. Disponível em: <https://www.dynamed.com/approach-to/approach-to-recurrent-infections-in-children>. Acesso em: 2 set. 2024.

DYNAMED. **Asthma in adults and adolescents**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2024. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/asthma-in-adults-and-adolescents>. Acesso em: 2 set. 2024.

DYNAMED. **Chronic Urticaria**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2023. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/chronic-urticaria>. Acesso em: 2 set. 2024.

DYNAMED. **Immunoglobulin E (IgE)-mediated food allergy**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2024. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/immunoglobulin-e-ige-mediated-food-allergy>. Acesso em: 2 set. 2024.

DYNAMED. **Non-IgE and mixed-IgE-mediated food-related allergy disorders**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2023. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/non-ige-and-mixed-ige-mediated-food-related-allergy-disorders>. Acesso em: 2 set. 2024.

DYNAMED. **Subcutaneous immunotherapy for aeroallergens**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2023. Disponível em: <https://www.dynamed.com/management/subcutaneous-immunotherapy-for-aeroallergens>. Acesso em: 2 set. 2024.

DYNAMED. **Sulfa allergy**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2023. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/sulfa-allergy>. Acesso em: 2 set. 2024.

ELLIS, A. K.. **Allergic rhinitis: clinical manifestations, epidemiology, and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/allergic-rhinitis-clinical-manifestations-epidemiology-and-diagnosis>. Acesso em: 2 set. 2024.

FISHMAN, A. P. et al. **Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders**. 4. ed. New York: McGraw-Hill Professional Publishing, 2008.

- FOWLER, J. **Clinical features and diagnosis of allergic contact dermatitis**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-allergic-contact-dermatitis>. Acesso em: 2 set. 2024.
- GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. **Global Strategy for Asthma Management and Prevention**. Fontana: Global Initiative for Asthma, 2024. Disponível em: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24_05_22_WMS.pdf. Acesso em: 26 mar. 2024.
- GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O. **Topical corticosteroids: use and adverse effects**. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/topical-corticosteroids-use-and-adverse-effects>. Acesso em: 2 set. 2024.
- GOMPELS, M. **Guidelines for referral of patients to the Immunology Allergy clinic**. [s. l.]: Mark Gompels, 2007. Disponível em: <https://remedy.bnssg.icb.nhs.uk/media/1337/immunology-referral-guidance.pdf>. Acesso em: 2 set. 2024.
- GRAMMER, L. C. **Idiopathic anaphylaxis**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/idiopathic-anaphylaxis>. Acesso em: 2 set. 2024.
- GUYER, A. C.; BANERJI, A. **ACE inhibitor-induced angioedema**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/ace-inhibitor-induced-angioedema>. Acesso em: 2 set. 2024.
- JARVINEN-SEPPO, K. M. **Milk allergy: clinical features and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/milk-allergy-clinical-features-and-diagnosis>. Acesso em: 2 set. 2024.
- JEFFREY MODELL FOUNDATION. **10 warning signs of primary immunodeficiency**. New York: Jeffrey Modell Foundation, 2016. Disponível em: https://res.cloudinary.com/info4pi/image/upload/v1660319559/10_warning_signs_generic_text_2_pdf_4904e4194c.pdf. Acesso em: 2 set. 2024.
- KELLER, M. **Inborn errors of immunity (primary immunodeficiencies): overview of management**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/inborn-errors-of-immunity-primary-immunodeficiencies-overview-of-management>. Acesso em: 2 set. 2024.
- KHAN, D. A. **Chronic spontaneous urticaria: standard management and patient education**. Waltham (MA): UpToDate, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-spontaneous-urticaria-standard-management-and-patient-education>. Acesso em: 2 set. 2024.
- KIM, E. H.; BURKS, W. **Clinical manifestations of food allergy: an overview**. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-food-allergy-an-overview>. Acesso em: 2 set. 2024.
- KLIEGMAN, R. M. *et al.* **Nelson Tratado de Pediatria**. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- MARTINS, G. A.; ARRUDA, L.; MUGNAINI, A. S. B. Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 79, p. 521-535, out. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/49QnzFzY3qHMH6c4HfPf8Gs/?lang=pt>. Acesso em: 2 set. 2024.
- MILLER, R. L. **Trigger control to enhance asthma management**. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/trigger-control-to-enhance-asthma-management>. Acesso em: 2 set. 2024.
- NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). **Referral guidelines clinical immunology and allergy**. London: NHS, 2024. Disponível em: <https://www.newcastle-hospitals.nhs.uk/resources/referral-guidelines-clinical-immunology-and-allergy/>. Acesso em: 2 set. 2024.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE (NICE). **Anaphylaxis**: assessment and referral after emergency treatment. London: NICE, 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG134>. Acesso em: 2 set. 2024.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Drug allergy**: diagnosis and management. London: NICE, 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg183/resources/drug-allergy-diagnosis-and-management-pdf-35109811020229>. Acesso em: 2 set. 2024.

PAPADAKIS, M. A.; MCPHEE, S. J.; RABOW M. W.. Current medical diagnosis & treatment. 61th ed. New York: Lange Medical Books, McGraw-Hill, 2022.

PASCHOAL, I. A.; PEREIRA, M. C.; GONÇALVES, J. R. Bronquiectasias. In: PEREIRA, C. A. C.; HOLANDA, M. A (Eds.). **Medicina respiratória**. São Paulo: Atheneu, 2014.

PICHLER, W. J. **An approach to the patient with drug allergy**. Waltham (MA): Uptodate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/an-approach-to-the-patient-with-drug-allergy>. Acesso em 2 set. 2024.

POWELL, R. J. *et al.* **BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema**. Clinical & Experimental Allergy, [s. l.], v. 45, n. 3, p. 547–565, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cea.12494>. Acesso em: 2 set. 2024.

PRATI, C.; COMPARIN, C.; BOZA, J. C.; CESTARI, T. F. Validação para o português falado no Brasil do instrumento Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI). **Medicina Cutânea Ibero-Latino-Americana**, Barcelona, v. 38, n. 6, p. 229-233, 2010. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2010/mc106c.pdf>. Acesso em: 2 set. 2024.

RANK, M. A.; HOLBROOK, E. H. **Chronic rhinosinusitis without nasal polyposis**: Management and prognosis. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-rhinosinusitis-without-nasal-polyposis-management-and-prognosis>. Acesso em: 2 set. 2024.

ROXO JÚNIOR, P.; CARVALHO, B. T. C.; TAVARES, F. S. Infecções de repetição: o que é importante para o pediatra. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 4, p. 430–435, dez. 2009.

SAMPSON, H. A. *et al.* Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report--Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology**, [s. l.], v. 117, n. 2, p. 391–397, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de Pediatria**. Barueri: Editora Manole, 2017. 2v.

SOLÉ, D. *et al.* Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 7–38, 2018a. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/bjai/detalhe_artigo.asp?id=851. Acesso em: 2 set. 2024.

SOLÉ, D. *et al.* Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 39–82, 2018b. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/bjai/detalhe_artigo.asp?id=865. Acesso em: 2 set. 2024.

SICHERER, S. H. **Role of allergy in atopic dermatitis (eczema)**. Waltham (MA): UpToDate, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/role-of-allergy-in-atopic-dermatitis-eczema>. Acesso em: 2 set. 2024.

STACEY, S. K.; MCELENEY, M. Topical corticosteroids: choice and application. **American Family Physician**, [s. l.], v. 103, n. 6, p. 337–343, 2021.

SULLIVAN, K. E.; JYONOUCHI, S. C. **Inborn errors of immunity (primary immunodeficiencies)**: classification. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/inborn-errors-of-immunity-primary-immunodeficiencies-classification>. Acesso em: 2 set. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial**: dermatologia adulto. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 4 jan. 2018 [atual. 5 mai. 2023]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>. Acesso em: 2 set. 2024.

WEAVER-AGOSTONI, J.; KOSAK, Z.; BARTLETT, S. Allergic Rhinitis: rapid evidence review. **American Family Physician**, [s. l.], v. 107, n. 5, p. 466–473, 2023.

WELLER, P. F.; LEDER, K. **Hookworm infection**. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/hookworm-infection>. Acesso em: 2 set. 2024.

WOMEN'S & CHILDREN'S HOSPITAL. **Paediatric Allergy and Clinical Immunology Referral Guidelines**. Adelaide: Women's & Children's Hospital, 2017. Disponível em: https://cdn.wchn.sa.gov.au/downloads/WCH/children/allergy-immunology/allergy_referral_guidelines_may-2017.pdf. Acesso em: 2 set. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Weight-for-length/height**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-length-height>. Acesso em: 2 set. 2024.

WHO COLLABORATING CENTRE FOR DRUG STATISTICS METHODOLOGY. Norwegian Institute of Public Health. **ATC/DDD Index**. Corticosteroids, dermatological preparations. Oslo, WHO: 2024. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=D07A&showdescription=no. Acesso em: 2 set. 2024.

ZUBERBIER, T. *et al.* The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. **Allergy**, [s. l.], v. 73, n. 7, p. 1393–1414, 2018.

Apêndice – Materiais Complementares

Quadro 1 – Investigação e tratamento para urticária crônica

1º passo: avaliação clínica completa, incluindo anamnese e exame físico.
<ul style="list-style-type: none"> ● tempo de início da doença; ● forma, tamanho, frequência, duração e distribuição das pápulas; ● angioedema associado; ● sintomas associados, por exemplo, artralgia, febre, diarreia; ● história familiar e pessoal de urticária e angioedema; ● indução por agentes físicos ou exercícios; ● ocorrência em relação ao dia, fins de semana, ciclo menstrual, feriados e viagens; ● ocorrência em relação a alimentos ou medicamentos (por exemplo, AINE e inibidores da ECA); ● ocorrência em relação a infecções ou outros fatores de estresse; ● alergias anteriores ou atuais, infecções, doenças autoimunes, problemas gastrointestinais ou outras condições clínicas; ● história social e ocupacional, atividades de lazer; ● terapia anterior e resposta, incluindo dosagem e duração; ● resultados de procedimentos ou testes diagnósticos anteriores.
2º passo: exames complementares.
<ul style="list-style-type: none"> ● Solicitar de forma rotineira hemograma com plaquetas, proteína C reativa e velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG). ● De acordo com anamnese e exame físico, outros exames complementares podem ser solicitados na suspeita de causas secundárias associadas, como, por exemplo, doenças da tireoide, indicando investigação com TSH.
3º passo: tratamento da urticária crônica.
<ul style="list-style-type: none"> ● Afastar possíveis desencadeantes, como, por exemplo, uso de AINE ou IECA. ● Orientar uso fixo de anti-histamínico. ● Iniciar anti-histamínico oral de segunda geração, na dose padrão: <ul style="list-style-type: none"> ▪ cetirizina^{1,2} 10 mg, 1x/dia; ▪ levocetirizina^{1,2} 5 mg, 1x/dia; ▪ desloratadina^{1,2,3} 5 mg, 1x/dia; ▪ loratadina 10 mg², 1x/dia; ▪ fexofenadina^{1,3} 180 mg, 1x/dia; ▪ bilastina^{1,3} 20 mg, 1x/dia. ● Após 2 semanas, se necessário, aumentar a dose do anti-histamínico para até 4 vezes a dose padrão. Exemplo: levocetirizina¹ 5 mg, 2 comprimidos, 2x/dia. ● Os anti-histamínicos que foram estudados com doses mais elevadas são a desloratadina¹ e a levocetirizina¹, entretanto, na prática clínica, utilizam-se doses maiores das outras medicações. ● Após 4 semanas de uso do anti-histamínico em dose máxima (4 vezes a dose padrão), se não houver resposta, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação com especialista. ● Além disso, considerar associação de montelucaste¹ 10 mg por dia, bloqueador H2 (evidência baixa) e antihistamínico de 1ª geração à noite (exemplo: hidroxizina¹ 25 mg). ● Cursos infrequentes de prednisolona em baixa dose (20 a 50 mg/dia, por 7 a 10 dias) são aceitáveis em algumas exacerbações agudas mais graves, que não responderam completamente ao anti-histamínico.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Zuberbier *et al.* (2018), Bologna, Schaffer e Cerroni (2018) e Criado *et al.* (2019).

¹ Alguns dos medicamentos descritos NÃO estão inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo de autonomia e responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a pactuação para a sua aquisição e dispensação. Os serviços especializados também não fornecem o medicamento, caso não esteja disponível no SUS.

² Os anti-histamínicos recomendados para gestantes e lactantes são loratadina/desloratadina e cetirizina/levocetirizina.

³ Devido à ausência de metabolismo hepático, fexofenadina, desloratadina e bilastina são os anti-histamínicos preferidos em pacientes com doença hepática.

Quadro 2 – Sinais de gravidade da crise de asma em adultos, adolescentes e crianças com 6 anos ou mais

- Cianose.
- Sudorese.
- Exaustão.
- Confusão mental.
- Dispneia importante.
- Dificuldade de fala (frases entrecortadas, incapaz de falar).
- Uso de musculatura acessória.
- Murmúrio vesicular diminuído ou tórax silencioso na ausculta.
- Frequência respiratória aumentada (FR adulto > 30 mrm).
- Taquicardia (FC > 120 bpm) ou bradicardia (FC < 60 bpm).
- Saturação de oxigênio inferior a 90% em ar ambiente.
- Pico de fluxo expiratório menor ou igual a 50% do previsto.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Global Initiative for Asthma (2024).

Bpm: batimentos por minuto; FC: frequência cardíaca; FR: frequência respiratória; mrm: movimentos respiratórios por minuto.

Quadro 3 – Sinais de gravidade da crise de asma em crianças com 5 anos ou menos

Transferência Imediata ao hospital se uma criança ≤ 5 anos apresentar QUAISQUER dos seguintes:
Na avaliação inicial: <ul style="list-style-type: none"> ● criança incapaz de falar ou ingerir líquidos; ● cianose; ● frequência respiratória > 40 mrm; ● saturação de oxigênio < 92% em ar ambiente; ● ausculta pulmonar com ausência de murmúrios.
Ausência de resposta ao tratamento inicial com broncodilatador: <ul style="list-style-type: none"> ● ausência de resposta a 2 jatos de SABA repetidos por 3 vezes em 1 a 2 horas; ● taquipneia persistente* a despeito da administração de SABA, mesmo que a criança apresente outros sinais de melhora.
Situação social que limite a possibilidade do tratamento agudo, ou pais/cuidadores incapazes de manejar asma aguda em casa.
Durante a transferência: manter SABA, fornecimento de oxigênio (se disponível) para manter saturação 94 a 98% e administrar corticoide sistêmico.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Global Initiative for Asthma (2024).

FR: frequência respiratória; mrm: movimentos respiratórios por minuto; SABA: broncodilatador adrenérgico de curta ação.

* FR normal: < 60 mrm em lactentes 0 a 2 meses; < 50 mrm em crianças 2 a 12 meses; < 40 mrm em crianças de 1 a 5 anos.

Quadro 4 – Tratamento da asma e dose de corticoide inalatório para adultos e adolescentes com 12 anos ou mais

Estágios ¹	Definição clínica	1ª linha de tratamento	2ª linha de tratamento	Alternativas
Estágio 1	Sintomas menos de 2x/mês e sem fatores de risco para exacerbações.	- FIXO: - - SE NECESSÁRIO: CI (dose baixa) + formoterol.	- FIXO: - - SE NECESSÁRIO: CI (dose baixa) + SABA ² .	-
Estágio 2	Sintomas 2x/mês ou mais e menos do que 1x/dia.	- FIXO: - - SE NECESSÁRIO: ICS (dose baixa) + formoterol.	- FIXO: CI (dose baixa); - SE NECESSÁRIO: SABA.	- acrescentar LTRA ³ ; - acrescentar imunoterapia.
Estágio 3	Sintomas na maioria dos dias ou sintomas noturnos 1x/semana ou mais.	- FIXO: CI (dose baixa) + formoterol; - SE NECESSÁRIO: CI (dose baixa) + formoterol.	- FIXO: CI (dose baixa) + LABA; - SE NECESSÁRIO: SABA.	- aumentar CI (dose média); - acrescentar LTRA ³ ; - acrescentar imunoterapia.
Estágio 4	Sintomas na maioria dos dias ou despertar 1x/semana ou mais ou baixa função pulmonar.	- FIXO: CI (dose média) + formoterol; - SE NECESSÁRIO: CI (dose baixa) + formoterol.	- FIXO: CI (dose média/alta) + LABA; - SE NECESSÁRIO: SABA.	- acrescentar LAMA; - acrescentar LTRA ³ ; - aumentar CI (dose alta).
Estágio 5	Não resposta às medidas do estágio 4.	- FIXO: CI (considerar dose alta) + formoterol + LAMA. Avaliar terapias adicionais (anti-IgE, anti-IL 5/5R, anti-IL4R); - SE NECESSÁRIO: CI (dose baixa) + formoterol.	- FIXO: CI (considerar dose alta) + LABA + LAMA. Avaliar terapias adicionais (anti-IgE, anti-IL 5/5R, anti-IL4R); - SE NECESSÁRIO: SABA.	- acrescentar azitromicina ⁴ ; - acrescentar LTRA ³ ; - acrescentar dose baixa de corticoide oral (avaliando riscos e benefícios).
Doses de corticoide inalatório para adultos e adolescentes com 12 anos ou mais				
		Dose Baixa	Dose Média	Dose Alta
Apresentação	Em µg/dia, com intervalo de 12 horas entre as doses			
Beclometasona		200 - 500	> 500 - 1.000	> 1.000
Beclometasona na combinação Fostair® (beclometasona + formoterol) pó seco ou spray em partículas ultrafinas		100 – 200	> 200 - 400	> 400
Budesonida		200 – 400	> 400 - 800	> 800
Associação CI + LABA				
Formoterol 6 µg + budesonida 200 µg Formoterol 12 µg + budesonida 400 µg	Dose inicial	Dose máxima (fixa + resgate)		
	Dose do formoterol em µg/dia, com intervalo de 12 a 24 horas entre as doses fixas⁵			
	12 – 24	72		
Formoterol (na formulação Formoterol + Beclometasona)	Dose inicial	Dose máxima (fixa + resgate)		
	Dose do formoterol em µg/dia, com intervalo de 12 a 24 horas entre as doses fixas⁵			
	12 – 24	48		

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Global Initiative for Asthma (2024).

CI: corticoide inalatório; LABA: broncodilatador adrenérgico de longa ação; SABA: broncodilatador adrenérgico de curta ação; LAMA: antagonista muscarínico de longa ação; LTRA: antagonista do receptor de leucotrieno (ex: montelucaste de sódio 10 mg, 1 comprimido a cada 24 horas para adultos e adolescentes a partir de 15 anos ou 1 comprimido de 5 mg a cada 24 horas para pacientes de 6 a 14 anos).

¹ Em todos os estágios: controle ambiental, educação em asma e técnica inalatória, exercício físico, rever controle e avaliar risco futuro.

² CI separado ou em combinação em inaladores com SABA.

³ Considerar imunoterapia para ácaro doméstico para pacientes sensibilizados com rinite alérgica e VEF1 > 70% do previsto.

⁴ Estratégia recomendada apenas para adultos, não inclui adolescentes.

⁵ Na estratégia de manutenção e resgate com CI, o ajuste da dose é feito pelo paciente, sendo recomendada a dose máxima diária de 72 µg do formoterol, quando em associação com a budesonida e a dose máxima diária de 48 µg do formoterol, quando em associação à beclometasona.

Quadro 5 – Tratamento da asma e dose de corticoide inalatório para crianças de 6 a 11 anos

Estágios ¹	Definição clínica	1ª linha de tratamento	2ª linha de tratamento
Estágio 1	Sintomas menos de 2x/mês e sem fatores de risco para exacerbações.	- FIXO: - - SE NECESSÁRIO: CI (dose baixa) administrado sempre que SABA ² é administrado.	- FIXO: CI (dose baixa); - SE NECESSÁRIO: SABA.
Estágio 2	Sintomas 2x/mês ou mais e menos de 1x/dia.	- FIXO: CI (dose baixa); - SE NECESSÁRIO: SABA.	- FIXO: - - SE NECESSÁRIO: CI (dose baixa) + SABA ² . OU - FIXO: LTRA ³ ; - SE NECESSÁRIO: CI (dose baixa) + SABA ² .
Estágio 3	Sintomas na maioria dos dias, ou sintomas noturnos 1x/semana ou mais.	-FIXO: CI (dose baixa) + LABA; - SE NECESSÁRIO: SABA. OU - FIXO: CI (dose média); - SE NECESSÁRIO: SABA. OU - FIXO: CI (dose muito baixa ⁴) + formoterol; - SE NECESSÁRIO: CI (dose muito baixa ⁴) + formoterol.	- FIXO: CI (dose baixa) + LTRA ³ ; - SE NECESSÁRIO: SABA.
Estágio 4	Sintomas na maioria dos dias ou despertar 1x/semana ou mais ou baixa função pulmonar.	- FIXO: CI (dose média) + LABA; - SE NECESSÁRIO: SABA. OU - FIXO: CI (dose baixa) + formoterol; - SE NECESSÁRIO: CI (dose baixa) + formoterol. Considerar encaminhar ao especialista.	Adicionar LTRA ³ OU tiotrópio ao esquema FIXO e manter esquema SE NECESSÁRIO que já vinha em uso. Curso curto de corticoide oral pode ser necessário para pacientes com asma severa não controlada.
Estágio 5	Não resposta às medidas do estágio 4.	Após fenotipar: - FIXO: CI (dose alta) + LABA; - SE NECESSÁRIO: SABA. OU - FIXO: adicionar terapia (por ex. anti-IgE); - SE NECESSÁRIO: SABA ou CI+formoterol, conforme esquema FIXO completo. Encaminhar ao especialista.	Adicionar anti-IL5 ou corticoide oral em dose baixa ⁵ (avaliando riscos e benefícios) ao esquema FIXO e manter esquema SE NECESSÁRIO que já vinha em uso.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Global Initiative for Asthma (2024).

CI: corticoide inalatório; LABA: broncodilatador adrenérgico de longa ação; SABA: broncodilatador adrenérgico de curta ação; LAMA: antagonista muscarínico de longa ação; LTRA: antagonista do receptor de leucotrieno (ex: montelucaste 10 mg (Piemonte®, Montelucaste de sódio), 1 comprimido a cada 24 horas para adolescentes a partir de 15 anos ou 1 comprimido mastigável de 5 mg a cada 24 horas para pacientes de 6 a 14 anos).

¹ Em todos os estágios: controle ambiental, educação em asma e técnica inalatória, exercício físico, rever controle e avaliar risco futuro.

² CI separado ou em combinação em inaladores com SABA.

³ Considerar imunoterapia para ácaro doméstico para pacientes sensibilizados com rinite alérgica e VEF1 > 70% do previsto.

⁴ Dose muito baixa: formoterol + budesonida 6/100 µg.

⁵ Utilizar a menor dose possível, administrá-los em dias alternados e maximizar todas as outras formas de terapia farmacológica e preventiva.

Quadro 6 – Tratamento da asma para crianças com 5 anos ou menos

Estágios ¹	Definição clínica	1ª linha de tratamento	2ª linha de tratamento
Estágio 1	Sibilância eventual com infecções virais.	- FIXO: - - SE NECESSÁRIO: SABA ² .	-
Estágio 2	Sibilância frequente com infecções virais OU padrão sintomático compatível com asma.	- FIXO: CI (dose baixa ³); - SE NECESSÁRIO: SABA.	-FIXO: LTRA; -SE NECESSÁRIO: SABA; OU -FIXO: cursos curtos e intermitentes de CI no início de infecções respiratórias; -SE NECESSÁRIO: SABA.
Estágio 3	Diagnóstico de asma OU asma mal controlada com CI dose baixa.	- FIXO: CI (dobro da dose baixa); - SE NECESSÁRIO: SABA.	- FIXO: CI (dose baixa ³) + LTRA; - SE NECESSÁRIO: SABA. Considerar encaminhar ao especialista.
Estágio 4	Asma mal controlada com CI no dobro da dose.	Manter o tratamento FIXO + SENECESSÁRIO, conforme estágio 3, e encaminhar ao especialista.	Adicionar LTRA ao esquema FIXO; OU aumentar frequência do CI; OU adicionar CI intermitente no início das infecções respiratórias.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Global Initiative for Asthma (2024).

CI: corticoide inalatório; LABA: broncodilatador adrenérgico de longa ação; SABA: broncodilatador adrenérgico de curta ação; LAMA: antagonista muscarínico de longa ação; LTRA: antagonista do receptor de leucotrieno (ex. Montelukaste 4 mg (Piemonte®, Montelukaste de sódio) - 1 comprimido mastigável ou 1 sachê de grânulos orais diluído 1x/dia, preferencialmente à noite).

¹ Em todos os estágios: controle ambiental, educação em asma e técnica inalatória, exercício físico, rever controle e avaliar risco futuro.

² Considerar apenas tratamento de alívio para crianças com:

- sibilância viral infrequente e pouco ou nenhum sintoma nos intervalos;
- padrão de sintomas não compatível com asma, mas episódios de sibilância exigindo SABA frequentemente (≥ 3 por ano). Teste diagnóstico por 3 meses. Considerar encaminhar a especialista;
- padrão de sintomas consistente com asma, e sintomas de asma não bem controlada ou ≥ 3 exacerbações por ano;
- diagnóstico de asma, asma não bem controlada com corticoide inalado em baixa dose;
- antes de passar para o próximo passo: checar diagnósticos alternativos, habilidades da técnica inalatória, revisar aderência e exposições;
- asma não bem controlada com corticoide inalado (dobro da dose baixa);
- antes de passar para o próximo passo: checar diagnósticos alternativos, habilidades da técnica inalatória, revisar aderência e exposições.

³ Beclometasona 50 µg (Clenil® HFA, dipropionato de beclometasona spray) - 1 jato 12/12 h; ou propionato de fluticasona 50 µg (Flixotide® spray) a partir de 4 anos - 1 jato 12/12 h; ou budesonida suspensão para nebulização 0,25 mg/mL e 0,50 mg/mL (Pulmicort®) a partir de 6 meses de idade - administrado via nebulizador a jato com solução salina 0,9 % na dose diária total de 0,25 a 0,50 mg em 1 ou 2 doses.

Quadro 7 – Indicadores de risco de fatalidade em pacientes com asma

- Episódio de crise de asma grave com parada cardiorrespiratória, necessidade de intubação e ventilação mecânica ou internação em UTI;
- hospitalização por asma no último ano;
- 3 ou mais consultas em serviços de emergência no último ano (em uso de tratamento adequado*);
- pacientes com episódio de anafilaxia ou alergia alimentar conhecida.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Global Initiative for Asthma (2024).

* Em crianças com 5 anos ou menos, considerar apenas três ou mais consultas em serviço de emergência como indicador de risco de fatalidade.

Quadro 8 – Avaliação do controle da asma em crianças de 6 a 11 anos, adolescentes e adultos

Nas últimas 4 semanas, o paciente:	Bem controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
Apresentou sintomas de asma durante o dia mais do que 2 vezes/semana? () Não () Sim	NÃO para todas as questões.	SIM para 1 ou 2 das questões.	SIM para 3 ou 4 questões.
Acordou alguma noite devido à asma? () Não () Sim			
Utilizou broncodilatador adrenérgico de curta ação para alívio dos sintomas da asma mais de duas vezes/semana*? () Não () Sim			
Apresenta qualquer limitação das atividades devido à asma? () Não () Sim			

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Global Initiative for Asthma (2024).

* Questionamento baseado apenas na estratégia de resgate com uso de broncodilatador adrenérgico de curta ação, não inclui o manejo de crise com uso de corticoide inalatório/formoterol.

Quadro 9 – Avaliação do controle de asma em crianças de 5 anos ou menos

Nas últimas 4 semanas, a criança teve:	Bem controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
Sintomas de asma diurnos por mais do que poucos minutos, mais do que 1 vez na semana? () NÃO () SIM	NÃO para todas as questões.	SIM para 1 ou 2 das questões.	SIM para 3 ou 4 questões.
Qualquer limitação de atividade devido a asma (corre/brinca menos do que outras crianças, cansa mais facilmente durante caminhadas / brincadeiras)? () NÃO () SIM			
Medicação de alívio* necessária mais de 1-2 vezes por semana? () NÃO () SIM			
Qualquer despertar noturno ou tosse noturna devido à asma? () NÃO () SIM			

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Global Initiative for Asthma (2024).

* Exclui medicação de alívio antes de exercício.

Quadro 10 – Características e tratamento da rinite alérgica do 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:

- Primeira linha: uso prolongado de corticoide intranasal ([Quadro 11](#)) e evitar a exposição a alérgenos.
 - Reduzir/evitar a exposição a alérgenos:
 - para minimizar exposição ao pólen: evitar as atividades ao ar livre durante as estações com pólen relevante (p. ex., aparar a grama e jardinagem), manter as janelas de casa e do carro fechadas e usar o ar condicionado, quando possível;
 - para controlar ácaros, mofo e queda de pelos de animais de estimação: lavar as roupas de cama em água quente; remover carpetes e animais de estimação das áreas da casa usadas com mais frequência, especialmente dormitórios; usar protetores hipoalérgicos em travesseiros e colchões; eliminar baratas;
 - para alérgenos transmitidos pelo ar (p. ex., poeira de animais), purificadores de ar podem ser usados.
 - Se sintomas moderados/graves, iniciar dose máxima de corticoide intranasal e reduzir conforme melhora sintomática, mantendo menor dose para controle dos sintomas, conforme [Quadro 11](#).
- Anti-histamínicos orais também podem ser utilizados. Atentar-se para efeitos sedativos dos anti-histamínicos de 1ª geração (p. ex. dexclorfeniramina, hidroxizine).
- Descongestionantes nasais e corticoide oral não devem ser utilizados de maneira rotineira.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de deShazo e Kemp (2023) e Brook (2024) e Ellis (2024).

Quadro 11 – Corticoides de uso nasal¹

Corticoide nasal (spray) ²	Apresentação	Posologia ⁴
Budesonida	32 µg/jato	1 a 2 jatos, 1x/dia.
Dipropionato de beclometasona ³	50 µg/jato	1 a 2 jatos, 2x/ dia.
Furoato de fluticasona ³	27,5 µg/jato	2 jatos, 1x/dia.
Furoato de mometasona ³	50 µg/jato	2 jatos, 1x/dia.
Ciclesonida ³	50 µg/jato	2 jatos, 1x/dia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Bhattacharyya (2024).

¹ Pode 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.

² Os 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.

³ Alguns dos medicamentos descritos NÃO estão inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo de autonomia e responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a pactuação para a sua aquisição e dispensação. Os serviços especializados também não fornecem o medicamento, caso não esteja disponível no SUS.

⁴ Uma vez que os sintomas são controlados, a dose diária pode ser reduzida para a dose mais baixa que mantém o controle.

Quadro 12 – 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 (rinorreia anterior/posterior), associado a:

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

Tratamento empírico da rinossinusite crônica sem pólipos: Solução salina intranasal (lavagem ou uso de sprays) e corticoide intranasal, conforme [Quadro 11](#), 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 2x/dia, por 5 dias, e, após, 1x/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 3x/dia ou 875 mg 2x/dia); ou
 - clindamicina (300 mg 4x/dia ou 450 mg 3x/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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Rank e Holbrook (2024), Buchheit e Holbrook (2023).

Quadro 13 – Critérios para o diagnóstico de anafilaxia

A anafilaxia é altamente provável quando qualquer UM dos 3 critérios a seguir é atendido:

1. Início agudo de doença (minutos ou horas) com envolvimento da pele, mucosas ou ambos (por exemplo, urticária generalizada, prurido ou eritema facial, edema lábios-língua-úvula). E pelo menos um dos seguintes itens:

- a) Comprometimento respiratório (dispneia, sibilos-broncoespasmo, estridor, pico de fluxo expiratório reduzido, hipoxemia).
- b) Pressão arterial reduzida ou sintomas associados de disfunção orgânica [por exemplo, hipotonia (colapso), síncope, incontinência].

2. Dois ou mais dos seguintes sintomas ocorrendo rapidamente após exposição a um alérgeno provável para o paciente (minutos a horas):

- a) Envolvimento de pele-mucosas (por exemplo, urticária generalizada, prurido-eritema facial, edema lábios-língua-úvula).
- b) Comprometimento respiratório (dispneia, sibilos-broncoespasmo, estridor, pico fluxo expiratório reduzido, hipoxemia).
- c) Pressão arterial reduzida ou sintomas associados de disfunção orgânica [por exemplo, hipotonia (colapso), síncope, incontinência].
- d) Sintomas gastrointestinais persistentes (por exemplo, cólica abdominal persistente, vômitos).

3. Queda da pressão arterial após exposição a um alérgeno conhecido para o paciente (minutos a horas):

- a) Lactentes e crianças: pressão arterial sistólica baixa (idade específica) ou uma queda na pressão arterial sistólica >30%.
- b) Adultos: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou queda >30% na pressão arterial sistólica basal.

Fonte: Sampson *et al.* (2006).

Quadro 14 – Tratamento das reações anafiláticas

Enquanto aguarda transferência para o serviço de emergência:

- Imediatamente: manter vias aéreas pérvias (intubação está indicada se evidência de obstrução das vias aéreas pelo angioedema), oxigenioterapia (8 a 10 L/minuto por máscara facial ou até 100% oxigênio, se necessário), **epinefrina** (ver dose a seguir), acesso venoso periférico.
- Se sinais de choque e hipotensão, manter em posição de Trendelenburg e realizar expansão rápida de volume.
- Se broncoespasmo, iniciar broncodilatador adrenérgico de curta ação.
- O uso de corticoides orais ou venosos e anti-histamínicos não devem ser administrados como primeira linha no tratamento de anafilaxia, mas podem ser utilizados em associação com a adrenalina no manejo agudo e também na prevenção de anafilaxia grave tardia. Os anti-histamínicos são úteis no tratamento da urticária, mas não são efetivos no alívio dos demais sintomas, como estridor, dispneia, hipotensão/choque e não devem substituir a adrenalina.
- Atenção especial deve ser dada a pacientes que usam betabloqueadores, pois são mais suscetíveis às reações anafiláticas e a epinefrina pode ter efeito limitado nesse paciente.

Medicamento	Dose – Criança	Dose – Adulto
Epinefrina: - ampola 1:1.000 (1 mg/mL).	0,01 mg/kg, IM (preferencialmente) ou SC, até 3 doses a cada 5 a 15 min (dose máxima de 0,5 mg/dia).	0,3 mL a 0,5 mL, IM (preferencialmente) ou SC, até 3 doses a cada 5 a 15 min.
Expansão de volume: - solução salina; ou - ringer lactato.	5 a 10 mL/kg, IV nos primeiros 5 minutos e 30 mL/kg na primeira hora.	1 a 2 litros, IV. Repetir, se necessário.
Salbutamol: - spray 100 µg/jato.	50 µg/kg/dose. Dose Máxima: 10 jatos.	4 a 8 jatos a cada 20 minutos.
Fenoterol: - solução gotas, 5 mg/mL (0,25mg/gota).	Crianças de 6 a 12 anos: - nebulização com soro fisiológico 0,9% 3mL + bromidrato de fenoterol 10 gotas (2,5mg) de 20 em 20 min na 1ª hora, se necessário, e após, a cada 4 a 6 horas, até a melhora completa.	Adultos e adolescentes acima de 12 anos: - nebulização com soro fisiológico 0,9% 3mL + bromidrato de fenoterol 10 a 20 gotas (2,5 a 5mg) de 20 em 20 min na 1ª hora, se necessário, e após, a cada 4 a 6 horas, até a melhora completa.
Hidrocortisona: - frasco-ampola 100 mg ou 500 mg.	4 mg/kg, IV ou IM.	100 a 500 mg, IV ou IM.
Prednisona: - comprimido 5 mg ou 20 mg.	0,5 a 1 mg/kg/dia, VO.	0,5 a 1 mg/kg/dia, VO.
Prednisolona: - xarope 3 mg/mL.	0,5 a 1 mg/kg/dia, VO.	0,5 a 1 mg/kg/dia, VO.
Prometazina: - ampola 25 mg/mL.	Não deve ser usada em menores de 2 anos. 0,5 mg/kg/dose, IM.	25 a 50 mg, IM. Dose máxima: 100 mg/dia.
Loratadina: - comprimido 10 mg; - xarope 1 mg/mL.	Não deve ser usada em menores de 2 anos. - Abaixo de 30 kg: 5 mg, VO, 1x/dia. - Acima de 30 kg: 10 mg, VO, 1x/dia.	10 mg, VO, 1x/dia.
Dexclorfeniramina: - comprimido 2 mg; - xarope 2 mg/5 mL.	Não deve ser usada em menores de 2 anos. - 2 a 6 anos: 1,25 mL, 3x/dia. - 6 a 12 anos: 2,5 mL, 3x/dia. - Maior de 12 anos: 5 mL, 3x/dia.	2 mg, VO, 3x/dia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Brasil (2013), Duncan (2022) e Campbell e Kelso (2023).

IM: intramuscular; IV: intravenoso; SC: subcutânea; VO: via oral.

Quadro 15 – Mecanismos imunológicos e manifestações clínicas das alergias alimentares de acordo com o sistema envolvido

Localização de sintomas	Mediada por IgE Manifestações em até 2h da exposição (imediatas)	Não Mediada por IgE Manifestações em até 2 semanas da exposição (tardias)	Mista Combina manifestações imediatas e tardias
Gastrointestinal	- Náuseas; - vômitos; - diarreia; - dor abdominal.	- Diarreia com presença de sangue; - refluxo gastroesofágico; - FPIES ¹ ; - cólica ² .	- Esofagite eosinofílica; - Gastrite eosinofílica; - Gastroenterite eosinofílica.
Cutânea/oral	- Urticária; - angioedema; - exantema morbiliforme; - prurido e/ou edema nos lábios/língua e palato.	- Dermatite herpetiforme; - dermatite de contato.	- Dermatite atópica.
Respiratória	- Rinoconjuntivite alérgica; - broncoespasmo agudo.	- Síndrome de Heiner ³ .	- Asma.
Cardiovascular	- Tontura e desmaio.	-	-
Sistêmica	- Anafilaxia; - anafilaxia por exercício dependente de alimento.	-	-

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Brasil (2022), Jarvinen-Seppo (2023) e Solé *et al.* (2018b, 2018b).

¹ FPIES: síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar: apresentação típica é de vômitos graves e diarreia dentro de 2 a 4 horas após ser ofertada proteína do leite de vaca, causando profunda desidratação, letargia e choque.

² Cólica do lactente: é classificada como doença funcional, de acordo com os critérios de Roma IV. Ocorre com maior intensidade entre 4 e 6 semanas de vida, com decréscimo a partir da 12^a semana. A alergia alimentar só deverá ser aventada nas situações mais graves, nas quais as cólicas estão associadas a outros sintomas gastrointestinais, tais como vômitos, má aceitação alimentar, diarreia, constipação ou sintomas dermatológicos, especialmente a dermatite atópica.

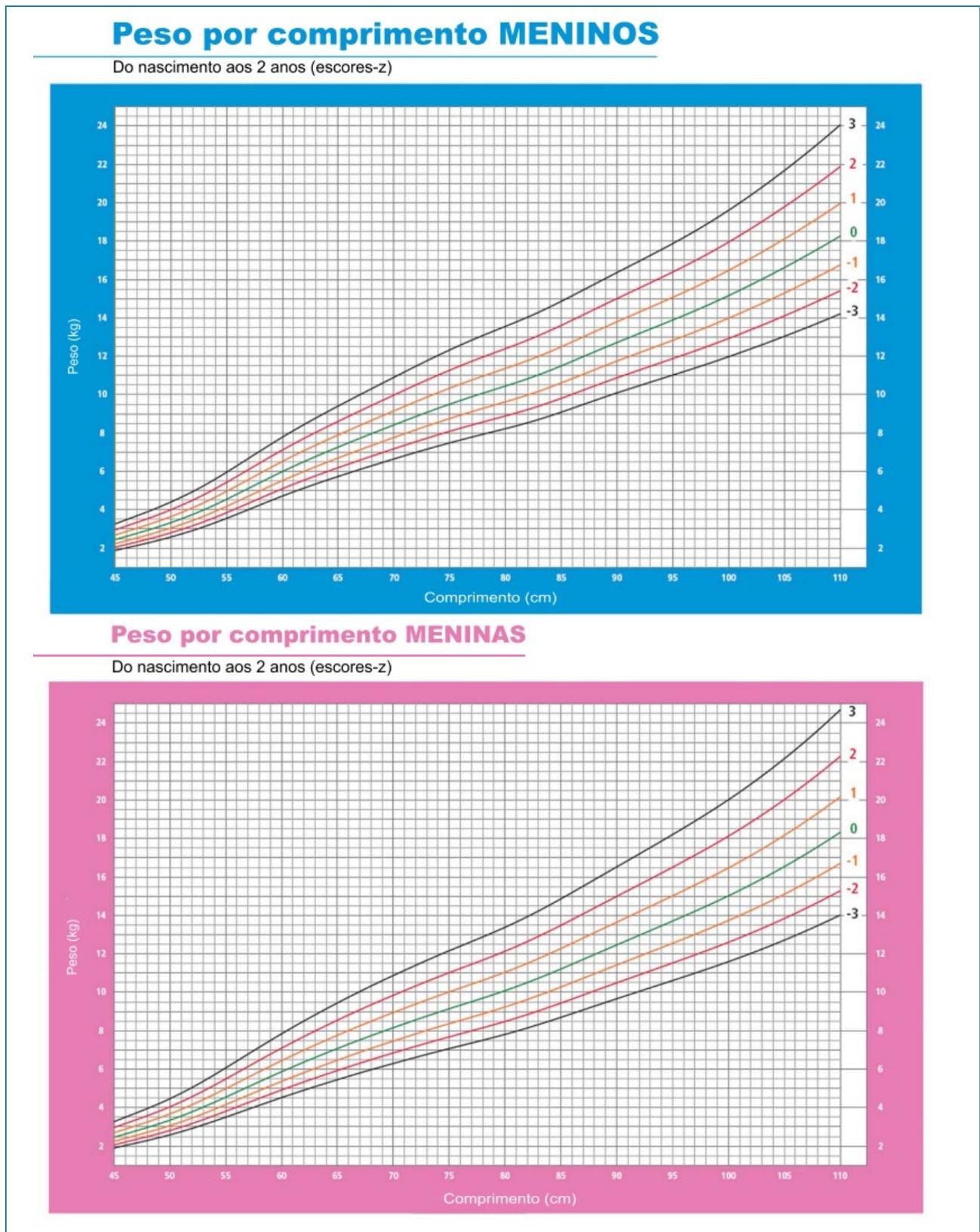
³ Síndrome de Heiner: hemossiderose pulmonar induzida por alérgeno alimentar - doença pulmonar causada por hipersensibilidade ao leite de vaca. Sintomas incluem tosse, febre recorrente, congestão nasal, otite média recorrente, dispneia, vômitos, diarreia, hematoquezia e atraso no crescimento.

Quadro 16 – Classificação da desnutrição

	Desnutrição moderada	Desnutrição grave
Edema simétrico	NÃO Desnutrição não edematosa	SIM Desnutrição edematosa
Peso/altura (Figura 1 e Figura 2)	escore-Z > -3 e escore-Z < -2 Emagrecimento moderado	escore-Z < -3 Emagrecimento grave
Altura/idade (Figura 3)	escore-Z > -3 e escore-Z < -2 Altura baixa para idade	escore-Z < -3 Altura muito baixa para idade

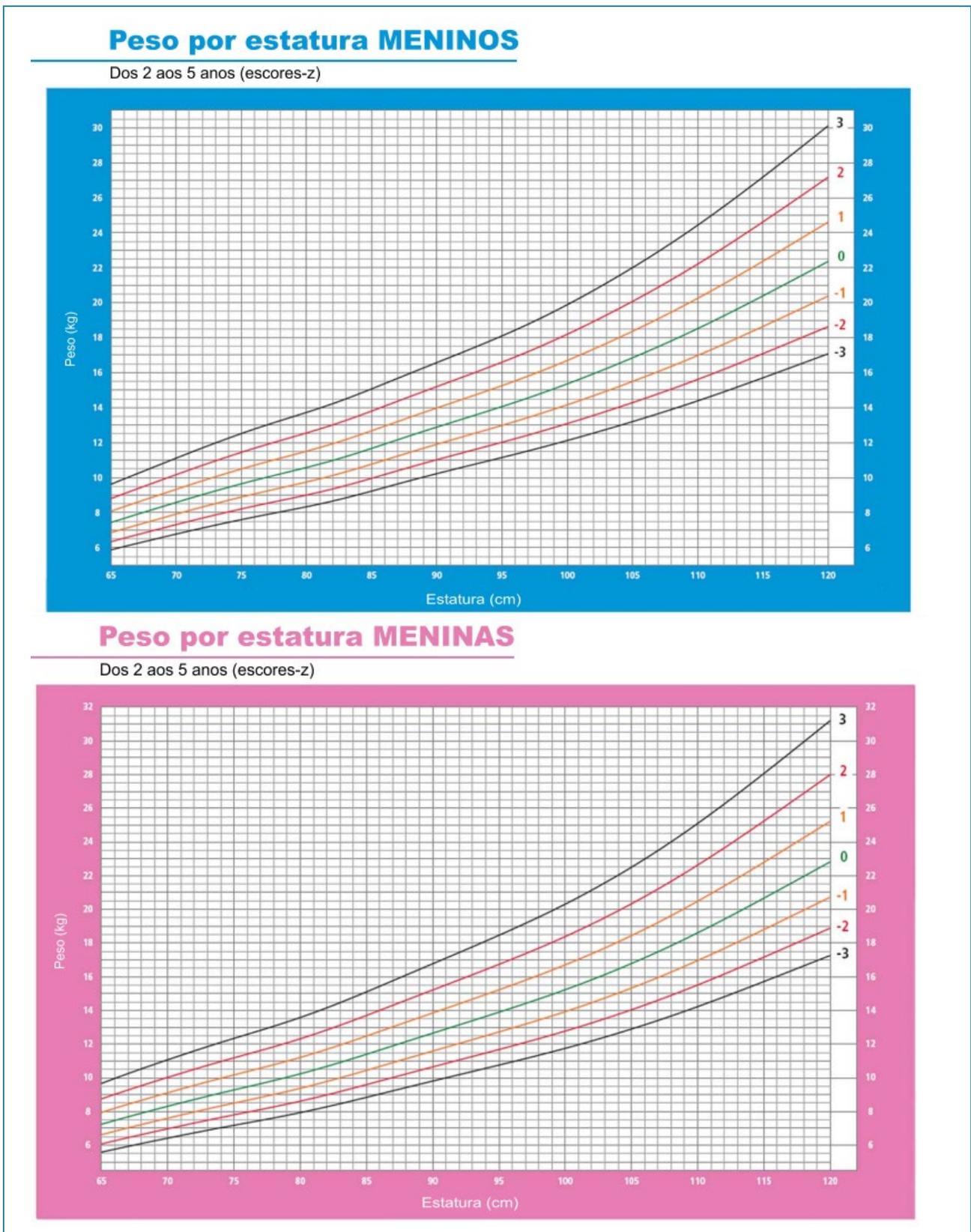
Fonte: Brasil (2005).

Figura 1 – Peso por comprimento em meninos e meninas de 0 a 2 anos



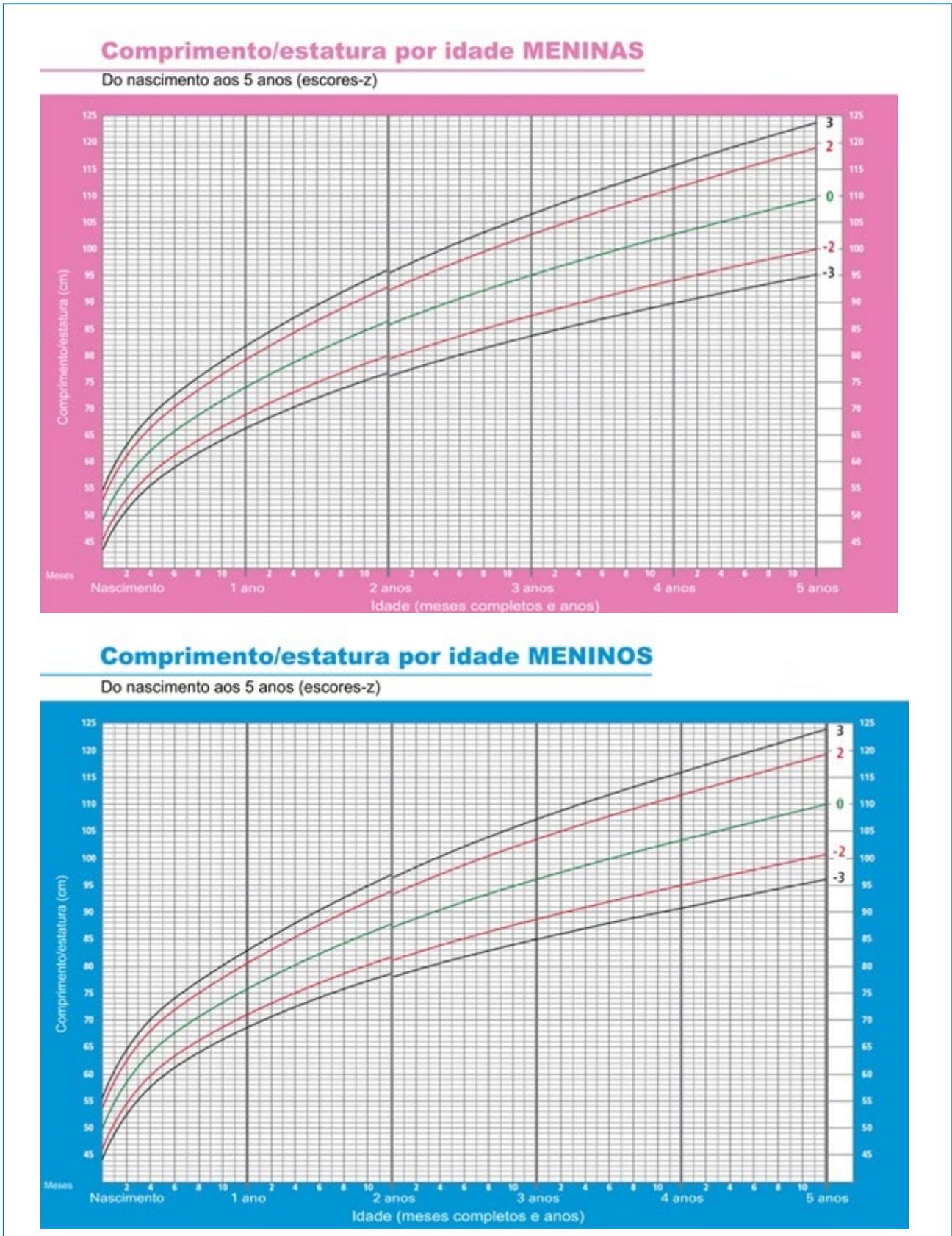
Fonte: World Health Organization (2021).

Figura 2 – Peso por estatura em meninos e meninas de 2 a 5 anos



Fonte: World Health Organization (2021).

Figura 3 – Comprimento/estatura por idade em meninas e meninos de 0 a 5 anos



Fonte: World Health Organization (2021).

Quadro 17 – Sinais e padrões de alergia de medicamentos suspeitos com tempo de início

Reações imediatas e em rápida evolução	
Anafilaxia – reação grave multissistêmica caracterizada por: <ul style="list-style-type: none"> • eritema, urticária ou angioedema; E • hipotensão e/ou broncoespasmo. 	Início menor do que 1 hora após a exposição à medicação (exposição prévia não é sempre confirmada).
Urticária ou angioedema sem acometimento sistêmico.	
Exacerbação da asma (ex: com uso de antiinflamatório não esteroideal).	
Reações não imediatas sem envolvimento sistêmico	
Máculas ou pápulas eritematosas e difusas (exantema-like).	Início usualmente 6 a 10 dias após a 1ª exposição ao medicamento ou dentro de 3 dias da 2ª exposição.
Erupção medicamentosa fixa.	
Reações não imediatas com envolvimento sistêmico	
Reação a drogas com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS) ou síndrome da hipersensibilidade induzida por drogas (DHS), caracterizadas por: <ul style="list-style-type: none"> • máculas ou pápulas eritematosas difusas ou eritrodermia; • febre; • linfadenopatia; • disfunção hepática; • eosinofilia. 	Início usualmente após 2 a 6 semanas após a 1ª exposição ou dentro de 3 dias da 2ª exposição à medicação.
Necrólise epidérmica tóxica ou síndrome de Stevens-Johnson caracterizadas por: <ul style="list-style-type: none"> • rash doloroso e febre (sinais iniciais); • erosões em mucosas ou cutâneas; • vesículas, bolhas e desprendimento da pele; • máculas purpúricas ou eritema multiforme. 	Início usualmente após 7 a 14 dias após a 1ª exposição ou dentro de 3 dias da 2ª exposição à medicação.
Pustulose exantemática generalizada aguda caracterizada por: <ul style="list-style-type: none"> • pústulas difusas; • febre; • neutrofilia. 	Início usualmente 3 a 5 dias após primeira exposição a medicação.
Desordens comuns que raramente são causadas por alergia medicamentosa: <ul style="list-style-type: none"> • eczema; • hepatite; • nefrite; • fotossensibilidade; • vasculite. 	Tempo de início variado.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de NICE (2014).

Quadro 18 – Conduta sugerida em caso de alergia à penicilina em gestantes diagnosticadas com sífilis

Tipo de reação	Conduta sugerida
Gestantes com história de reação leve a moderada. Ex: dor e reação local, rash maculopapular, náusea, prurido, mal-estar, cefaleia, história de evento suspeito há mais de 10 anos, história familiar, entre outras manifestações isoladas.	Realizar o tratamento com penicilina.
Gestantes com história comprovada de alergia grave. Ex: reação anafilática prévia ou lesões cutâneas graves, como síndrome de Stevens-Johnson após uso de penicilina.	Encaminhar para dessensibilização.
Perguntas orientadas para obter informações mais específicas sobre o passado de alergia à penicilina: <ol style="list-style-type: none"> 1) Você se lembra dos detalhes da reação? 2) Há quantos anos a reação ocorreu? 3) Como foi o tratamento? 4) Qual foi o resultado? 5) Por que você recebeu penicilina? 6) Você já fez algum tratamento com antibióticos depois desse evento? 7) Quais foram esses medicamentos (lembrar que medicamentos como ampicilina, amoxicilina e cefalosporinas são exemplos de drogas derivadas da penicilina)? 8) Você já fez uso de penicilina ou de seus derivados após esse evento que você acha que foi alergia à penicilina? 	

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024).

Quadro 19 – Tratamento clínico otimizado para dermatite atópica

<ul style="list-style-type: none"> ● Manutenção da barreira cutânea: orientar banhos rápidos (5 a 10 minutos), com água morna, utilizar sabonetes pouco abrasivos (preferencialmente líquidos ou <i>syndets</i>) e sem fragrâncias, em pequena quantidade e não utilizar esponjas. ● Evitar fatores de exacerbação: perfumes, cremes perfumados, sabão em pó perfumado, amaciantes de roupas e roupas sintéticas em contato direto com a pele. ● Avaliar a necessidade de manejo de fatores emocionais associados à exacerbação, como estresse e ansiedade. ● Orientar uso regular (no mínimo 2x/dia) de hidratantes sem fragrâncias*, comercialmente disponíveis (hidratantes em creme sem fragrância ou vaselina pomada) ou sob manipulação (por exemplo: óleo de semente de girassol 10% + glicerina 2% em creme sem fragrância 250 g). ● Corticoides tópicos (dexametasona, mometasona*): nas áreas de eczema, 1 ou 2x/dia, por 2 a 4 semanas. Considerar potência (Quadro 20) conforme idade do paciente e localização das lesões. Avaliar efeitos adversos. ● Anti-histamínicos sedativos para controle do prurido (por exemplo, dexclorfeniramina, hidroxizina*). ● Tratar infecções cutâneas associadas: bacterianas, fúngicas e virais. ● Sempre avaliar a adesão do paciente antes de considerar falha terapêutica.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Bologna, Schaffer e Cerroni (2018).

* Alguns dos medicamentos descritos NÃO estão inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo de autonomia e responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a pactuação para a sua aquisição e dispensação. Os serviços especializados também não fornecem o medicamento, caso não esteja disponível no SUS.

Quadro 20 – Potência dos corticosteroides tópicos

Potência	Fármaco	Formulação
Muito alta	Propionato de clobetasol 0,05%	Pomada*, creme, solução capilar, xampu*.
	Fludroxicortida 4 µg/cm ²	Fita oclusiva*.
	Propionato de halobetasol 0,05%	Creme*.
Alta	Dipropionato de betametasona 0,05%	Pomada*.
	Desoximetasona 0,25%	Pomada*.
Média	Dipropionato de betametasona 0,05%	Creme*, loção*.
	Valerato de betametasona 0,1%	Pomada*, creme*, loção*, solução capilar*.
	Furoato de mometasona 0,1%	Pomada*, creme*.
	Aceponato de metilprednisolona 0,1%	Creme*, loção*, solução capilar*.
	Propionato de fluticasona 0,05%	Creme*.
	Fludroxicortida 0,0125%	Pomada*, creme*, loção*.
Baixa	Triancinolona acetona 0,1%	Pomada orobase*.
	Desonida 0,05%	Pomada*, creme*, loção*, gel*.
	Hidrocortisona 1%	Pomada*, creme.
	Dexametasona 0,1%	Creme.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Bolognia, Schaffer e Cerroni (2018), WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (2024), Goldstein e Goldstein (2024) e Stacey e McEleney (2021).

* Alguns dos medicamentos ou formulações descritas NÃO estão inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo de autonomia e responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a pactuação para a sua aquisição e dispensação. Os serviços especializados também não fornecem o medicamento, caso não esteja disponível no SUS.

Quadro 21 – Índice de qualidade de vida dermatológico (DLQI)

Este questionário visa medir o quanto o problema de pele que você tem afetou sua vida durante a semana que passou. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta.				
1. O quanto sua pele foi afetada durante a semana que passou por causa de coceira, inflamação, dor ou queimação?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada (0)
2. Quanto constrangimento ou outro tipo de limitação foi causado por sua pele durante a semana que passou?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada (0)
3. O quanto sua pele interferiu nas suas atividades de compras ou passeios, em casa ou locais públicos, durante a semana que passou?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada / Sem relevância (0)
4. Até que ponto sua pele interferiu na semana que passou, com relação às roupas que você normalmente usa?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada / Sem relevância (0)
5. O quanto sua pele afetou qualquer uma das suas atividades sociais ou de lazer na semana que passou?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada / Sem relevância (0)
6. Quão difícil foi para você praticar esportes durante a semana que passou?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada/ Sem relevância (0)
7. Sua pele impediu que você fosse trabalhar ou estudar durante a semana que passou?	Sim (3)	-	-	Não / Sem relevância (0)
Em caso negativo, sua pele já foi problema para você no trabalho ou na vida escolar?	-	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada (0)
8. Quão problemática se tornou sua relação com o(a) parceiro(a), amigos próximos ou parentes, por causa de sua pele?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada / Sem relevância (0)
9. Até que ponto sua pele criou dificuldades na sua vida sexual na semana que passou?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada / Sem relevância (0)
10. Até que ponto seu tratamento dermatológico criou problemas para você na semana que passou?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada / Sem relevância (0)
O DLQI é um questionário validado para uso no Brasil, que avalia o impacto de doenças dermatológicas na qualidade de vida dos pacientes em relação a atividades de vida diária. O escore total é calculado somando-se a pontuação de cada item. Ele varia de 0 a 30, sendo melhor a qualidade de vida, quanto menor o escore. Um escore maior que 10 indica prejuízo funcional grave.				

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Martins, Arruda e Mugnaini (2004).

Quadro 22 – Índice de qualidade de vida dermatológico infantil (CDLQI)

Este questionário visa medir o quanto o problema de pele que você tem afetou sua vida durante a semana que passou. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta.				
1. Sua pele tem apresentado coceira, sensibilidade ou dor?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
2. Você sentiu-se constrangido, inibido, chateado ou triste por causa de sua pele?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
3. Sua pele tem afetado suas amizades?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
4. Você mudou a sua maneira de se vestir por causa da sua pele?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
5. Sua pele tem atrapalhado as suas atividades de lazer em geral?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
6. Você evitou nadar ou praticar outros esportes por causa dos seus problemas de pele?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
7. Se período escolar: o quanto seu problema de pele interferiu em suas atividades escolares? Se período de férias: quanto seu problema de pele interferiu no aproveitamento de suas férias?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
8. Você teve problemas com pessoas dizendo nomes, caçoando, intimidando, fazendo perguntas ou evitando você?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
9. Seu sono foi afetado por causa de seu problema de pele?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
10. Seu tratamento dermatológico foi problemático?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
O CDLQI é um questionário validado para uso no Brasil, que avalia o impacto de doenças dermatológicas na qualidade de vida dos pacientes em relação a atividades de vida diária. O escore total é calculado somando-se a pontuação de cada item. Ele varia de 0 a 30, sendo melhor a qualidade de vida, quanto menor o escore. Um escore maior que 10 indica prejuízo funcional grave.				

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Prati *et al.* (2010).

Quadro 23 – Causas de linfopenia

Infecção
<ul style="list-style-type: none"> ● Viral (HIV, SARS-CoV-2, influenza, sarampo, hepatites). ● Bacteriana (tuberculose, brucelose, febre tifoide). ● Fúngica (ex: histoplasmose). ● Parasitária (ex: malária).
Imunodeficiências congênitas
Iatrogênica
<ul style="list-style-type: none"> ● Agentes imunossupressores (glicocorticoides, alemtuzumabe, rituximabe). ● Quimioterápicos (fludarabina, cladribina), transplante de células hematopoiéticas. ● Radioterapia.
Doença sistêmica
<ul style="list-style-type: none"> ● Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, síndrome de Sjögren). ● Linfoma. ● Outras malignidades. ● Sarcoidose. ● Insuficiência renal. ● Anemia aplásica, pancitopenia. ● Síndrome de Cushing.
Outras causas
<ul style="list-style-type: none"> ● Abuso de álcool. ● Deficiência de zinco. ● Desnutrição, estresse, exercício, trauma. ● Vazamento, ruptura ou desvio do ducto torácico. ● Enteropatia perdedora de proteína. ● Linfocitopenia idiopática.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Coates (2023) e Davids (2024).

HIV: vírus da imunodeficiência humana; SARS: síndrome respiratória aguda grave; SARS-CoV-2: SARS coronavírus 2.

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS
do Brasil para esclarecer dúvidas ligue:



0800 644 6543

