



**PROTOCOLO DE ACESSO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
CONSULTA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- Anafilaxia
- Reações de hipersensibilidade a medicamentos e contrastes
- Alergia alimentar IgE mediada
- Asma alérgica persistente
- Rinite alérgica persistente moderada a grave
- Conjuntivite alérgica
- Urticária crônica não controlada
- Dermatite atópica moderada a grave
- Dermatite de contato moderada a grave
- Alergia ao látex
- Alergia a picada de insetos
- Imunodeficiências primárias
- Infecções de repetição (vide sinais de Imunodeficiência Primária)

**CONDIÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS**

**NA APS:**

- Rinite alérgica leve controlada ou intermitente
- Reação local a picadas de inseto, exceto aquelas agudas intensas, ou crônicas associadas a marcas e cicatrizes significativas (estrófulo de difícil controle)
- Asma controlada
- Urticária Aguda ou Crônica controlada com anti-histamínicos

**CONDIÇÕES QUE CONFIGURAM EMERGÊNCIA E QUE NÃO DEVEM SER INSERIDAS EM  
FILA AMBULATORIAL NO SISREG E SIM ENCAMINHADAS PARA SERVIÇO DE  
EMERGÊNCIA:**

- Anafilaxia
- Reações graves a medicamentos (Síndrome de Stevens Johnson, Necrólise Epidérmica Tóxica)



**CONDIÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA OUTRAS ESPECIALIDADES:**

**INFECTOLOGIA PEDIATRIA:**

- Reações a vacinas

**GASTROENTEROLOGIA PEDIATRIA:**

- Alergia alimentar não mediada por IgE (sintomas exclusivamente gastrointestinais)

**\* As solicitações de Testes Alérgicos não devem ser inseridas para Consulta em Alergia e Imunologia e sim encaminhadas para as agendas de Testes Alérgicos (de contato ou inalatório), conforme referência pactuada dos municípios.**

**PROTOCOLO DE ACESSO – ANAFILAXIA**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- Todos os pacientes com história de anafilaxia, após o tratamento agudo em serviço de emergência.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ Descrição dos dados clínicos, com cronologia dos sintomas, fatores desencadeantes/agravantes.
- ✓ Tratamentos realizados e resposta aos mesmos.
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame). Exemplo: IgE específica, prick test.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ Médicos da Atenção Primária e especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>VERMELHO</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Todos os casos</li></ul> |
| <b>AMARELO</b>  |  |
| <b>VERDE</b>    |  |
| <b>AZUL</b>     |  |



## PROTOCOLO DE ACESSO – REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE A MEDICAMENTOS OU CONTRASTES

### CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado.
- Farmacodermias

### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos dados clínicos, com cronologia dos sintomas, fatores desencadeantes/agravantes.
- ✓ Medicções em uso no momento da reação: dose, via de administração, tempo de aparecimento e tipo das manifestações clínicas.
- ✓ Tratamentos realizados e resposta aos mesmos.
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame). Exemplo: hemograma, IgE, prick test.

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e especialistas..

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>VERMELHO</b> |  |
| <b>AMARELO</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Todos os casos</li></ul> |
| <b>VERDE</b>    |  |
| <b>AZUL</b>     |  |

## PROTOCOLO DE ACESSO – ALERGIA ALIMENTAR IGE MEDIADA

### CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de alergia alimentar (ovo, leite, trigo) mediada pelo sistema imunológico (urticária, angioedema, broncoespasmo, dermatite atópica, choque anafilático, esofagite e/ ou gastroenterite eosinofílica)



alérgica e etc) após ingestão de alimentos.

- Não estão inclusas nesse grupo reações de intolerância alimentar.
- Em crianças: atenção especial a alergia à proteína do leite de vaca (APLV)

OBS: Os casos não mediados imunologicamente (diarreia crônica, sangramentos GI) devem ser encaminhados à Gastroenterologia pediatria.

#### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos dados clínicos, com cronologia dos sintomas, fatores desencadeantes/agravantes.
- ✓ Tratamentos realizados e resposta aos mesmos.
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): IgE específica para alimentos, prick test (se houver), hemograma, exame parasitológico de fezes..

#### PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e especialistas.

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                 |                                       |
|-----------------|---------------------------------------|
| <b>VERMELHO</b> | • Todos os casos considerados graves. |
| <b>AMARELO</b>  | • Casos considerados não graves.      |
| <b>VERDE</b>    |                                       |
| <b>AZUL</b>     |                                       |

#### PROTOCOLO DE ACESSO – ASMA ALÉRGICA

#### CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Pacientes com ASMA PERSISTENTE MODERADA a GRAVE ou de difícil controle (necessidade de manter tratamento em Estágio 4 e 5 do GINA por mais de 6 meses para controle).



#### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrever, baseado nas últimas quatro semanas: frequência das crises diurnas e noturnas, frequência de uso de beta-2 de curta ação por semana, limitação da atividade física devido à asma, outras alterações relevantes.
- ✓ Número de exacerbações com uso de corticoide oral no último ano, quantidade de internações ou procura a serviços de emergência no último ano.
- ✓ Tratamentos realizados (com posologia) e resposta aos mesmos.
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame). Exemplo: espirometria, hemograma, RX tórax, imunoglobulinas: IgG, IgA, IgM e IgE.

#### PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>VERMELHO</b> | · Todos os casos de asma de difícil controle |
| <b>AMARELO</b>  | · Asma persistente grave.                    |
| <b>VERDE</b>    | · Asma persistente moderada.                 |
| <b>AZUL</b>     |  |

#### PROTOCOLO DE ACESSO – RINITE ALÉRGICA

#### CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Rinite Alérgica persistente moderada a grave ou de difícil controle.
- Casos refratários para imunoterapia.

#### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos dados clínicos, com cronologia dos sintomas, fatores desencadeantes/agravantes.
- ✓ Complicações associadas como otites, roncosp.
- ✓ Tratamentos realizados e resposta aos mesmos.
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso.



- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame). Exemplo: Hemograma; Parasitológico de fezes; Teste cutâneo de hipersensibilidade - prick test ou RAST – IGE ESPECÍFICA (se houver); Videolaringoscopia (se houver); TC (seios da face e tórax) (se houver); Imunoglobulinas IgG, IgA, IgM, IgE (se houver)..

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>VERMELHO</b> |  |
| <b>AMARELO</b>  | · Casos associados a sinusites de repetição.                 |
| <b>VERDE</b>    | · Casos moderados a graves de difícil controle/imunoterapia. |
| <b>AZUL</b>     |  |

**PROTOCOLO DE ACESSO – URTICÁRIA**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- Pacientes com urticária crônica não controlada com anti-histamínicos.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ Descrição dos dados clínicos, com cronologia dos sintomas, fatores desencadeantes/agravantes, infecções secundárias.
- ✓ Tratamentos realizados e resposta aos mesmos.
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame). Exemplo: Hemograma, IgE, Imunoglobulinas, FAN, Fator reumatóide, Antitireoglobulina, Anti-tireoperoxidase, T4L, TSH, C3, C4, CH50, sorologia para Sífilis, HIV e hepatites B e C.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>VERMELHO</b> |   |
| <b>AMARELO</b>  | · Urticária crônica não controlada com anti-histamínicos. |



|              |  |
|--------------|--|
| <b>VERDE</b> |  |
| <b>AZUL</b>  |  |

### PROTOCOLO DE ACESSO – CONJUNTIVITE ALÉRGICA

#### CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Todos os pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado

#### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrição dos dados clínicos, com cronologia dos sintomas, fatores desencadeantes/agravantes.
- ✓ Tratamentos realizados e resposta aos mesmos.
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, IgE, Rast de inalantes, exames oftalmológicos

#### PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| <b>VERMELHO</b> |                   |
| <b>AMARELO</b>  | • Todos os casos. |
| <b>VERDE</b>    |                   |
| <b>AZUL</b>     |                   |

### PROTOCOLO DE ACESSO – DERMATITE ATÓPICA

#### CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Todos os pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado, com sintomas não controlados.

#### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:



- ✓ Descrição dos dados clínicos, com cronologia dos sintomas, fatores desencadeantes/agravantes.
- ✓ Descrição do aspecto e localização das lesões.
- ✓ Tratamentos realizados e resposta aos mesmos.
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame). Exemplos: Hemograma; Parasitológico de fezes; IGE total; Prick test OU Rast OU Teste de Contato (se houver)

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>VERMELHO</b> |   |
| <b>AMARELO</b>  | · Dermatite atópica moderada a grave não controlada.                |
| <b>VERDE</b>    | · Dermatite atópica moderada controlada ou leve de difícil controle |
| <b>AZUL</b>     | · Dermatite atópica leve  |

**PROTOCOLO DE ACESSO – DERMATITE DE CONTATO**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- Pacientes com dermatite de contato de difícil controle.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ Descrição dos dados clínicos, com cronologia dos sintomas, fatores desencadeantes/agravantes.
- ✓ Descrição do aspecto e localização das lesões.
- ✓ Tratamentos realizados e resposta aos mesmos.
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ Médicos da Atenção Primária e especialistas/dermatologistas.





| <b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b> |                                       |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <b>VERMELHO</b>                |                                       |
| <b>AMARELO</b>                 |                                       |
| <b>VERDE</b>                   |                                       |
| <b>AZUL</b>                    | · Todos os casos de difícil controle. |

#### **PROTOCOLO DE ACESSO – ALERGIA AO LÁTEX**

| <b>CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:</b>   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Todos os pacientes com suspeita (anafilaxia perioperatória, história de reação ao látex) ou diagnóstico confirmado.</li></ul> |

| <b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Descrição dos dados clínicos, com cronologia dos sintomas, fatores desencadeantes/agravantes.</li><li>✓ Tratamentos realizados e reposta aos mesmos.</li><li>✓ Comorbidades e medicamentos em uso.</li><li>✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Rast de Látex, ficha anestésica (se for o caso de anafilaxia perioperatória).</li></ul> |

| <b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>   |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.</li></ul> |

| <b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b> |   |
|--------------------------------|---|
| <b>VERMELHO</b>                | · Anafilaxia perioperatória.                  |
| <b>AMARELO</b>                 | · Reação ao látex com sintomas respiratórios. |
| <b>VERDE</b>                   | · Reação ao látex com sintomas cutâneos.      |
| <b>AZUL</b>                    |   |

#### **PROTOCOLO DE ACESSO – ALERGIA A PICADA DE INSETOS**

| <b>CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:</b>  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Reação grave (sistêmica) a picada de abelha, marimbondo, vespa ou formiga.</li><li>• Estrófulo de difícil controle.</li><li>• Necessidade de imunoterapia.</li></ul> |



**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ Descrição dos dados clínicos, com cronologia dos sintomas, fatores desencadeantes/agravantes.
- ✓ Tratamentos realizados e resposta aos mesmos.
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>VERMELHO</b> | · Anafilaxia a picada de inseto (abelha, marimbondo, vespa ou formiga). |
| <b>AMARELO</b>  |   |
| <b>VERDE</b>    | · Estrófulo de difícil controle.  |
| <b>AZUL</b>     |   |

**PROTOCOLO DE ACESSO – IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- Encaminhar todos os pacientes com diagnóstico firmado.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- ✓ Descrição dos dados clínicos, com cronologia dos sintomas, fatores desencadeantes/agravantes.
- ✓ Tratamentos realizados e resposta aos mesmos.
- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, IgE, IgA, IgG e IgM, imunofenotipagem de linfócitos, sorologia para pneumococo, sorologia para HIV, sorologia para hepatite B.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| <b>VERMELHO</b> | · Todos os casos |
|-----------------|------------------|



|                |  |
|----------------|--|
| <b>AMARELO</b> |  |
| <b>VERDE</b>   |  |
| <b>AZUL</b>    |  |

### PROTOCOLO DE ACESSO – CRIANÇAS COM INFECÇÕES DE REPETIÇÃO

#### CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Todos os casos para investigar imunodeficiência.

#### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ É importante considerar na abordagem inicial do paciente o tipo de infecção e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso, presença de sinais e sintomas de imunodeficiências primárias, como:
  1. Duas ou mais Pneumonias no último ano.
  2. Quatro ou mais novas Otites no último ano.
  3. Estomatites de repetição ou Monilíase por mais de dois meses.
  4. Abscessos de repetição ou ectima.
  5. Um episódio de infecção sistêmica grave (meningite, osteoartrite, septicemia)
  6. Infecções intestinais de repetição / diarreia crônica / giardíase
  7. Asma grave, doença do colágeno ou doença autoimune
  8. Efeito adverso ao BCG e/ou infecção por Micobactéria
  9. Fenótipo clínico sugestivo de síndrome associada a Imunodeficiência
  10. História familiar de imunodeficiência.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Imunoglobulinas, hemograma, anti-HIV.

#### PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| <b>VERMELHO</b> |                  |
| <b>AMARELO</b>  | • Todos os casos |
| <b>VERDE</b>    |                  |
| <b>AZUL</b>     |                  |



### **CRITÉRIOS RESUMIDOS DE REGULAÇÃO:**

ENCAMINHAR PARA A REGULAÇÃO TODA SITUAÇÃO QUE NÃO NECESSITE DE AVALIAÇÃO IMEDIATA DO ESPECIALISTA E QUE NÃO POSSA SER RESOLVIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>VERMELHO</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>Anafilaxia, Imunodeficiências primárias, Anafilaxia a picada de inseto (abelha, marimbondo, vespa ou formiga), Anafilaxia perioperatória, asma não controlada ou de difícil controle</li></ul>  |
| <b>AMARELO</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>Infecções de repetição, Reação ao látex com sintomas respiratórios, Dermatite atópica moderada a grave não controlada, conjuntivite alérgica, Urticária crônica não controlada com anti-histamínicos, Rinite alérgica associados a sinusites de repetição, Asma persistente moderada/grave, alergia alimentar, reações de hipersensibilidade a medicamentos ou a contrastes</li></ul> |
| <b>VERDE</b>    | <ul style="list-style-type: none"><li>Estrófulo de difícil controle, Reação ao látex com sintomas cutâneos, Dermatite atópica moderada controlada ou leve de difícil controle, Rinite Alérgica de difícil controle/imunoterapia</li></ul>   |
| <b>AZUL</b>     | <ul style="list-style-type: none"><li>Dermatite de contato, Dermatite atópica leve</li></ul>  |



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Protocolos de Acesso da Regulação Estadual Ambulatorial SES/SC - Consulta em Alergia e Imunologia Pediátrica, 2017.
- Protocolos de regulação do estado do Mato Grosso, 2011.
- Protocolo de Regulação Médica. Prefeitura de Guarulhos, 2015.  
[http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo\\_de\\_regulacao\\_medica-versao\\_5.pdf](http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf)
- Protocolo de Acesso: Consulta em Alergia e Imunologia Geral do estado do Amazonas, 2016.  
<http://regulacao.saude.am.gov.br:8080/files/COMUNICADO%20CIRCULAR%20N%20011-2016%20-%20CONSULTA%20EM%20ALERGIA%20E%20IMUNOLOGIA.pdf>
- Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, 2016. Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Protocolos\\_AB\\_vol5\\_cirurgia\\_toracica\\_pneumologia.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Protocolos_AB_vol5_cirurgia_toracica_pneumologia.pdf)
- Global Initiative For Asthma (GINA) 2020
- 10 Sinais e Sintomas de Imunodeficiência Primária: Adaptado da Fundação Jeffrey Modell e da Cruz Vermelha Americana pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO  
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

#### **COLABORADORES:**

- Dra. Maria Rita Ferreira Meyer - Médica Alergista e Imunologista - CRM/SC 22987 - RQE 19090
- Dra. Maria Amazile Ferreira Toscano - Médica Reguladora GERAM - CRM/SC 5302
- Dra. Karla Rosana - Coordenadora Médica GERAM - CRM/SC 14398
- Dra. Juliana Vieira Gomes - Coordenadora Médica GERAM - CRM/SC 14923
- Dr. Ramon Tartari - Superintendente de Serviços Especializados e Regulação