



MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA

Secretaria Municipal de Nova Fátima



**PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO
ESPECIALIZADA AMBULATORIAL E SERVIÇOS DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

NOVA FÁTIMA
2025/2026

PREFEITA

RENATA BALAN MONTENEGRO XAVIER

VICE-PREFEITO

JOSÉ EDUARDO MELO DE PAULA

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REGIANI GOBBI LEITE DE MEDEIROS

DIRETORA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE IRMÃOS PILUSKI

ANITA HARUMI KAINUMA SANCHES

CHEFE DA DIVISÃO DE AGENDAMENTO, CADASTRO E PROTOCOLO

MARIA RAIMUNDA DE SOUZA RODRIGUES

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

ALMIR CARVALHO

PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL

ANTONIO MARCOS DE SOUZA

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO

PRESIDENTE DO CISNOP

Devanir Martinelli

PRESIDENTE DO CRESEMS

Emanuele Antônia Chede Subtil

DIRETORIA ADMINISTRATIVA DO CISNOP

Cristina D. M. Alves

CHEFE DOS MEDICOS DO CISNOP

Reynaldo Miguita

ENFERMEIRA RESPONSÁVEL TECNICA DO CISNOP

Luzeni M. Pereira Silva

COLABORAÇÃO

Eloá Baptistone Wada Helbel

EQUIPE TÉCNICA MUNICIPAL

LEONARDO CUNHA ROTTER – MÉDICO (GINECOLOGISTA E OBSTETRA)
RICARDO LAVORATO – MÉDICO (PEDIATRA)
ROSELI LOMBARDO SOUZA LIMA – MÉDICA (CLÍNICO GERAL)
ANITA HARUMI KAINUMA – ENFERMEIRA
DÉBORA GONÇALVES DÉRIO - ENFERMEIRA DA EPIDEMIOLOGIA
NATIELI PAVAN - ENFERMEIRA
MARIA RAIMUNDA DE SOUSA RODRIGUES- AGENDADORA
MANOEL JOAQUIM DE LIMA JUNIOR – ADMINISTRATIVO

*“Nenhum de nós é tão bom quanto
todos nós juntos”*

ÍNDICE

1 APRESENTAÇÃO	5
2 INTRODUÇÃO	5
3 ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE REGULAÇÃO NO MUNICÍPIO	7
3.1 Fluxos de Referência e Contra Referência (Consulta Especializada)	7
3.2 Protocolo para regulação de exames e procedimentos de Média e Alta Complexidade	8
4 PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA ENCAMINHAMENTO PARA EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	9
4.1 Protocolo para solicitação de ultrassonografias	9
4.1.1 USG de mama	9
4.1.2 USG abdominal total	10
4.1.3 USG da próstata por via abdominal e transretal	10
4.1.4 USG do aparelho urinário	10
4.1.5 USG do hipocôndrio direito	11
4.1.6 USG das articulações (osteomuscular)	11
4.1.7 USG transfontanela	12
4.1.8 USG da bolsa escrotal	12
4.1.9 USG da tireóide	12
4.1.10 USG pélvica ginecológica / USG transvaginal.....	13
4.1.11 USG obstétrica	13
4.2 Protocolo sugerido para USG bi-dimensional com ou sem doppler (Ecocardiograma)	14
4.3 Protocolo para solicitação de eletrocardiograma (ECG)	14
4.4 Protocolo sugerido para solicitação de endoscopia digestiva alta (EDA) ..	15
4.5 Protocolo sugerido para solicitação de colonoscopia	15
4.6 Protocolo sugerido para solicitação de tomografia.....	16
4.6.1 Tomografia de crânio e sela túrcica	16
4.6.2 Tomografia de tórax	16
4.6.3 Tomografia de mediastino e pulmão	17
4.6.4 Tomografia de coluna/lombo-sacra/cervical/torácica	17
4.6.5 Tomografia de seios da face	18
4.6.6 Tomografia do abdome superior	18

4.6.7 Tomografia da pelve	18
4.6.8 Tomografia de articulações	19
4.7 Protocolo sugerido para solicitação de terapia renal substitutiva	19
4.8 Protocolo sugerido para exames de biópsia de próstata	19
4.9 Protocolo sugerido para solicitação monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA)	20
4.10 Protocolo para solicitação de ressonância nuclear magnética	20
4.10.1 Ressonância magnética de crânio e encéfalo	20
4.10.2 Ressonância magnética nuclear de tórax	21
4.10.3 Ressonância magnética nuclear de abdome	21
4.10.4 Ressonância magnética nuclear da coluna vertebral/cervical/lombosacra/torácica	21
4.10.5 Ressonância magnética nuclear de articulações	22
4.10.6 Ressonância magnética nuclear de pelve	22
4.11 Protocolo para solicitação de densitometria óssea	23
4.12 Protocolo para solicitação de mamografia	23
5 PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA ENCAMINHAMENTO AOS ESPECIALISTAS	25
5.1 Protocolo sugerido para consulta com angiologista	26
5.2 Protocolo sugerido para consulta com cardiologista	28
5.3 Protocolo sugerido para consulta com cirurgião geral	31
5.4 Protocolo sugerido para cirurgias ambulatoriais (pequenas cirurgias)	35
5.5 Protocolo sugerido para consulta com dermatologista	35
5.6 Protocolo sugerido para consulta com gineco-obstetra/ginecologia	38
5.7 Protocolo sugerido para consulta com infectologista	40
5.8 Protocolo sugerido para consulta com neurologista	43
5.9 Protocolo sugerido para consulta com oftalmologista	45
5.10 Protocolo sugerido para consulta com ortopedista	46
5.11 Protocolo sugerido para consulta com reumatologista	47
5.12 Protocolo sugerido para consulta com otorrinolaringologista	48
5.13 Protocolo sugerido para encaminhamento para pediatra	49
5.14 Protocolo sugerido para encaminhamento à hematologia (infantil)	50
5.15 Protocolo sugerido para encaminhamento para nefrologia	51
5.16 Protocolo sugerido para encaminhamento á nefrologia (infantil)	52

5.17 Protocolo sugerido para encaminhamento para endocrinologia	53
5.18 Protocolo sugerido para encaminhamento endocrinologia (infantil)	55
5.19 Protocolo sugerido para consulta com pneumologista	57
5.20 Protocolo sugerido para encaminhamento pneumologia (infantil)	59
5.21 Protocolo sugerido para encaminhamento ao urologista	60
5.22 Protocolo sugerido para consulta com gastroenterologista	63
5.23 Protocolo sugerido para consulta com mastologista	65
5.24 Protocolo sugerido para consulta com psicólogo	65
5.25 Protocolo sugerido para consulta com nutricionista	66
ANEXO I - GUIA DE REFERÊNCIA PARA EXAME E/OU CONSULTA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	68
REFERÊNCIAS	70

1 APRESENTAÇÃO

No cumprimento de suas atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal e como uma das iniciativas de implementação das ações de regulação, a **Secretaria Municipal de Saúde de Nova Fátima**, juntamente com sua equipe técnica elaborou o **Protocolo de Regulação do Acesso: Especialidades e Exames**, baseado no protocolo municipal de 2023 e na última atualização da equipe do CISNOP (2025) e aos fluxos implementados durante este ano. A implementação envolve justificativas de natureza técnica, econômica, social e cultural, formalizando o compromisso de organizar a oferta assistencial de saúde, ajustando às necessidades da população usuária, de forma equânime, resolutiva, oportuna e racional.

Esse Protocolo compõe-se de diretrizes de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial, a fim de viabilizar e melhorar o acesso às ações e serviços de saúde, **tendo sido aprovado em reunião do Conselho Municipal de Saúde em 24/11/2025**.

2 INTRODUÇÃO

A regulação dos serviços de saúde no âmbito municipal traz benefícios para a população como também favorece a organização da gestão da rede assistencial de saúde. Esse processo regulatório objetiva responder de forma qualificada e integrada às demandas de saúde da população, organizando a oferta de ações e serviços de saúde e fluxo dos usuários através da utilização dos recursos de maneira racional.

É importante ressaltar que a priorização do atendimento depende da qualidade das informações clínicas fornecidas previamente pelos profissionais da atenção básica de saúde. Além disso, **o Protocolo inclui os principais motivos de encaminhamento para cada especialidade, mas não restringe outras possibilidades, podendo haver solicitação de consultas especializadas por motivos não previstos e sendo perfeitamente acatadas, mediante justificativa.**

Este Protocolo deverá estar sempre em construção, pois se reconhecem suas limitações que serão aprimoradas e atualizadas pelo próprio processo de discussão, implementação e práticas diárias, devendo ser revisado continuamente pela equipe técnica, levando em consideração a capacidade de oferta do sistema municipal, as mudanças de legislação (normas, portarias e outras), a avaliação sistemática dos dados do sistema de informação, além de outros meios de atualização técnico-científica.

O município de Nova Fátima conta com a rede especializada no **Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (CISNOP)**, com sede no município de Cornélio Procópio, há 30 KM de distância, e prestadores de serviço em toda região. São disponibilizados pelo sistema GSUS-CARE, que é o sistema de gestão e regulação da saúde pública do estado, agendamentos de consultas e exames, com vagas distribuídas para os municípios da 18. Para os casos que não abrangidos pelo CISNOP e GASUS-CARE, são realizados encaminhamentos através de T.F.D regulados pela Regional de Saúde, rede referenciada de atendimento cirúrgico, Rede Mãe Paranaense e rede especializada contratada pelo município.

*** 3 ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE REGULAÇÃO NO MUNICÍPIO**

O município possui uma população de 7.225 habitantes, conta com 1 (uma) Unidade Básica de Saúde urbana, onde funcionam 02 equipes de saúde da família (ESF) e 1 (uma) unidade de apoio na zona rural. As equipes cobrem 84,46% da população do município e tem ações voltadas à prevenção de agravos e doenças e à promoção da saúde.

A Secretaria de Saúde de Nova Fátima atua nas ações e práticas assistenciais como: internações, consultas básicas e especializadas e procedimentos ambulatoriais de média complexidade, através das Unidades Básicas de Saúde e do Hospital Municipal.

Os encaminhamentos hospitalares de pacientes de alta complexidade se dão através da Central de Regulação do Estado, que é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS e TFD, cujo regramento e agendamento é estadual.

O município também conta com o serviço de SAMU, que realiza o atendimento de urgência e emergência.

Unidade Solicitante:

- 1 (uma) Unidade Básica de Saúde: vale ressaltar que embora o paciente seja atendido no hospital contratado pelo município e muitas vezes venha referenciado para especialidades e exames de médica e alta complexidade, é a UBS a única unidade que deverá ser solicitante.

FLUXOS DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA MUNICIPAL

Este fluxo deverá ser seguido para os encaminhamentos da UBS para o Hospital Santa Terezinha e Vice-versa.

1º Passo: avaliação da equipe do serviço de primeiro contato com o paciente, o qual deverá ser triado impreterivelmente. Todo paciente que comparecer ao hospital no horário de 16:00 até 7h deverá ser avaliado e conduzido/tratado pelo hospital.

2º Passo: do horário de 7h as 16h ao descartar o critério de atendimento de urgência e emergência e/ou eletiva o paciente deverá ser referenciado ao serviço específico conforme a avaliação com documento contendo sinais avaliados e motivo do encaminhamento.

3º Passo: caso o paciente seja atendido no hospital deverá ser encaminhado para continuidade dos cuidados na UBS, com relatório referenciado

3.1 FLUXOS DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA (Consultas especializadas)

1º PASSO:

Paciente busca uma unidade básica de saúde para atendimento e preenchimento pelo médico da guia de referência quando necessário. (anexo I)

2º PASSO:

Unidade básica de saúde encaminha para o setor de agendamento que recebe a guia de referência, avalia e agenda conforme a prioridade estabelecida pelo profissional médico.

3º PASSO:

Agendamento - Se dará de acordo com a prioridade do caso ou será encaminhado para regulação quando verificada a urgência/prioridade.

4º PASSO:

Setor de Agendamento informa a Unidade Básica de Saúde a data de realização do exame e/ou consulta;

5º PASSO:

Unidade Básica de Saúde informa o agendamento ao paciente. (Com auxílio dos ACSs)

6º PASSO:

Paciente realiza o procedimento na unidade executante, sendo disponibilizado o transporte sanitário obrigatoriamente para pacientes do SUS.

7º PASSO:

Unidade executante faz a contra referência para o município.

Obs. Vale ressaltar que esta etapa ainda não é totalmente efetiva, sendo uma lacuna comum aos demais municípios da 18ª Regional de Saúde.

3.2 PROTOCOLO PARA REGULAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

As solicitações de Exames e ou procedimentos devem obrigatoriamente:

- Ser feita em formulário próprio;
- Serem prioritariamente os contidos na tabela do Sigtap - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;
- Estar preenchida corretamente, de **maneira legível** e em todos os campos: nome completo, idade, sexo, cartão SUS e endereço do paciente;
- Conter a descrição do quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido, principalmente se for indicado prioridade, descrevendo ou anexando também resultados de exames prévios, relacionados ao quadro, se realizados;
- A data da solicitação e identificação do médico, com carimbo e assinaturas legíveis;
- No formulário de Requisição de Exames deve estar identificado a Unidade de Saúde onde o paciente foi atendido.

ATENÇÃO:

- **O preenchimento adequado é importante para que o exame/procedimento seja autorizado, e no caso de exames com pouca oferta, possa ser avaliada a**

ordem de prioridade. O preenchimento não adequado determinará a devolução da solicitação para que seja refeita pelo profissional solicitante.

4 PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA ENCAMINHAMENTO PARA EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

O agendamento das consultas e procedimentos será feito seguindo critérios de prioridades definidos **somente pelo médico**, que deverão ser previamente estabelecidos de acordo com cada situação clínica, estando sujeito a reavaliação no período de espera conforme quadro abaixo:

PRIORIDADE	
00	Regulação via SAMU ou Central de Leitos;
01	São situações clínicas ambulatorial graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, em <u>até (30) dias</u> ;
02	São situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, para os próximos dias, em <u>até (60) dias</u> ;
03	São situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, podendo aguardar <u>até (90) dias</u> ;
04	São situações que não necessitam um agendamento prioritário, podendo aguardar <u>mais que (180) dias</u> .

ATENÇÃO: Trata-se exclusivamente de **Regulação Ambulatorial: P01 a P04**. Toda situação que necessitar encaminhamento imediato ao especialista ou remoção em caso de urgência ou emergência com risco de morte **NÃO DEVE SER ENCAMINHADO AO CISNOP/GSUS**, mas sim encaminhado para o **HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE NOVA FÁTIMA E/OU SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CORNÉLIO PROCÓPIO**, para acionamento de Central de Leitos.

NÃO se pretende com este documento esgotar todas as situações, mas sim sugerir melhor conduta para as situações mais frequentes em cada tipo de encaminhamento/exame.

Na solicitação de exames de média e alta complexidade que não constem neste protocolo, também deverão ser utilizados os critérios de prioridade conforme o quadro acima.

4.1 PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIAS

4.1.1 USG DE MAMA

INDICAÇÕES:

- Identificação e caracterização de anormalidades palpáveis,
- Para guiar procedimentos invasivos (OBS: Aspiração de Cistos e Aspiração com agulha fina para procedimentos pré-cirúrgicos e biópsia),
- Para avaliar problemas associados com implantes mamários,
- Massas palpáveis em mulheres com idade abaixo de 35 anos,
- Imagem suspeita em mamografia de pacientes com idade igual ou inferior a 35 anos.
- Indicada para pacientes maiores de 40 anos.

PRÉ-REQUISITOS:

História Clínica,

Exame Físico,

PRIORIDADES: Pacientes dependentes exclusivos do SUS.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

4.1.2 USG ABDOMINAL TOTAL

INDICAÇÕES:

- Lesões Tumorais (Císticas e Sólidas),
- Aneurismas,
- Colelitíase,
- Nefrolitíase,
- Estudo do Retroperitônio,
- Orientar Biópsia para punção de lesões tumorais,
- Alterações morfológicas (má formação de vísceras),
- Dor abdominal,
- Hepatoesplenomegalia.
- Pancreatopatias,
- Trauma.

PRÉ-REQUISITOS:

• História Clínica detalhada,

• Exame Físico específico;

• Raio X simples (conforme o caso)

PRIORIDADES: Suspeita de câncer e situações que dependam do resultado do exame para intervenção imediata ou suspeita de agudização de doença preexistente.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico

4.1.3 USG DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL E TRANSRETAL

INDICAÇÕES:

- Câncer Prostático (suspeita),
- Hipertrofia prostática benigna,
- Prostatite,
- Infertilidade,
- Abscessos,
- Prostatismo.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- PSA,
- Exame de toque retal,
- USG prévia (se houver).

PRIORIDADES: PSA alterado e pacientes acima de 40 anos.

PROFISSIONAIS SOLICITANTE: Médico.

4.1.4 USG DO APARELHO URINÁRIO

INDICAÇÕES:

- Tumores,
- Litíase,
- Más formações,
- Rim policístico,
- Insuficiência Renal,
- Hipertensão Arterial Sistêmica Renovascular (suspeita),
- Disfunção miccional.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- EAS,
- Função renal,
- Raio X simples (conforme o caso),
- USG de abdome prévia (se houver)

PRIORIDADE:

- História clínica compatível com as indicações acima.
- Passado de litíase de vias urinárias
- Crianças e recém nascidos com infecções urinárias, comprovadas por urocultura ou internação prévia por sepse ou pielonefrite.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico

4.1.5 USG DO HIPOCÔNDRIO DIREITO

INDICAÇÕES:

- Colelitíase,
- Hepatopatias,
- Tumores.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Transaminases hepáticas,
- Raio X simples (conforme o caso),
- USG prévio (se houver).

PRIORIDADES

- Histórico compatível com cólica biliar,
- Portadores de hepatite B e C,
- Acompanhamento de doenças crônicas de recém nascidos,

BREVIDADES: Suspeita de câncer e sinais de obstrução das vias biliares.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

4.1.6 ULTRASSONOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES (OSTEOMUSCULAR)

INDICAÇÕES:

- Artrite séptica,
- Tendinites,
- Cistos Sinoviais,
- Lesão por esforço repetitivo (LER),
- Disfunção da Articulação temporomandibular,
- Derrames Articulares,
- Bursites,
- Espessamento de Bainha Tendinosa de qualquer natureza,
- Lesão muscular e tendinosa.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio X simples (conforme o caso).

PRIORIDADES: Artrite séptica.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

4.1.7 USG TRANSFONTANELA

INDICAÇÕES:

- Hidrocefalia,
- Estenose dos vasos intracranianos de maior calibre,
- Avaliar efeitos hemodinâmicos e repercussão de doença obstrutiva das carótidas extracranianas,
- Avaliar roubo da subclávia,
- Monitorar vasoespasmo,
- Rastrear comprometimento da circulação cerebral na Anemia Falciforme.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio X simples (conforme o caso).

PRIORIDADES

- Menores de 01 ano,
- Portadores de válvulas de derivação ventrículo-peritoneal,
- Pacientes falcêmicos SS.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico

4.1.8 USG DA BOLSA ESCROTAIS

INDICAÇÕES:

- Aumento da bolsa escrotal,
- Tumores,
- Varicocele,
- Cistos de cordão,
- Infecções,
- Torções.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio X simples (conforme o caso).

OBS.: Médicos generalistas devem encaminhar para os especialistas.

PRIORIDADES

- Crianças e Adolescentes.

BREVIDADES: Suspeita de câncer.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

4.1.9 USG DA TIREÓIDE

INDICAÇÕES:

- Hipotireoidismo,
- Hipertireoidismo,
- Cistos,
- Tumores.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Exames de laboratório (TSH, T4).

PRIORIDADES: Nódulo de tireóide.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

4.1.10 USG PÉLVICA GINECOLÓGICA / USG TRANSVAGINAL

INDICAÇÕES:

- Dor pélvica aguda,
- Dor pélvica crônica,
- Anexites,
- Investigação de massa abdominal,
- Diagnóstico diferencial de tumores pélvicos,
- Sangramento genital pós-menopausa,
- Sangramento genital anormal no menacme,
- Seguimento periódico de climatério,
- Amenorréia primária,
- Amenorréia secundária não relacionada à gravidez,
- Tumores e cistos ovarianos pré e pós menopausa,
- Início de gravidez,
- Gestação de 1º. Trimestre.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Preventivo recente,
- EAS,
- RX simples, conforme o caso,
- USG prévio, se houver.

PRIORIDADES: Gestantes e idosas com suspeitas de CA.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

4.1.11 USG OBSTÉTRICA

INDICAÇÕES:

- Doença hipertensiva da gravidez (DHEG),
- Seguimento de desenvolvimento fetal,
- Medida de espessura do colo uterino,

- Localização da placenta, nos casos de suspeita de Placenta Prévia,
- Acretismo placentário (suspeita),
- Oligodrâmnio e Polidrâmnio,
- Gestante obesa grau 3,
- Erro provável de data do parto,
- Amniorrexe prematura confirmada,
- Gravidez múltipla,
- Ausência de BCF,
- Sofrimento fetal,
- Circular de cordão,
- Crescimento Intra-Uterino Retardado (CIUR).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Teste de Gravidez,
- Cartão de pré- natal

PRIORIDADES: Gestante com cartão de pré- natal do SUS.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos e/ou Enfermeiros (1^a consulta de pré natal).

4.2 PROTOCOLO SUGERIDO PARA USG BI-DIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER (ECOCARDIOGRAMA)

INDICAÇÕES:

- Lesão valvular,
- Disfunção ventricular esquerda de qualquer etiologia,
- Cardiopatias congênitas.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio X simples (conforme o caso),
- ECG,
- Teste Ergométrico (se houver).

Obs. 1: Em caso de exames com menos de 01 ano deve ser acompanhado relatório.

Obs. 2: O Ecocardiograma fetal somente poderá ser solicitado pelo médico obstetra no ambulatório de alto risco.

PRIORIDADES:

- ECG alterado,
- Uso de medicações cardiotônicas,
- Pacientes pós-infarto,
- Pós-cirurgia cardíaca,
- Menores de 05 anos e maiores de 65 anos.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

4.3 PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA (ECG)

INDICAÇÕES:

- Avaliação inicial cardiológica,
- Rotina pré-operatório,
- Síncope ou pré-síncope,
- Angina Pectoris,
- Dor Torácica,
- Dispnéia,
- Fadiga extrema ou inexplicada,
- Hipertensão arterial pulmonar,
- Arritmias,
- Hipertensão Arterial Sistêmica,
- AVC recente,
- Uso de medicamentos que possam alterar o ritmo cardíaco,
- Sopros,
- Doença cardiovascular adquirida ou congênita.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- ECG Prévio (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

4.4 PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA)

Esse procedimento é liberado por solicitação clínica desde que o paciente já esteja em acompanhamento na unidade e que mesmo após submetido a terapêutica clínica a sintomatologia encontra-se inalterada. Assim, o clínico que o acompanha deverá preencher a solicitação contendo os dados clínicos detalhados e também o tratamento já realizado.

INDICAÇÕES:

- Sintomas dispépticos por mais de 60 dias,
- Dispepsias em pacientes acima de 55 anos sem causa definida,
- Disfagias,
- Hemorragia gastrointestinal,
- Massa epigástrica à palpação,
- Perda de peso progressiva,
- Vômitos persistentes,
- Anemia ferropriva após descartar causas nutricionais,
- Sangue oculto positivo,
- Melena,
- Controle pós-tratamento gástrico anual (úlceras, gastrites),
- Displasia, gastrite atrófica, metaplasia intestinais, esôfago de Barrett, cirurgia de úlcera péptica há mais de 20 anos que está indicado o controle anual e conforme indicação médica,
- Suspeita de câncer gastrointestinal com critérios para internação imediata, como, por exemplo, instabilidade hemodinâmica.

PRÉ-REQUISITOS: História Clínica com queixa principal que motivou a solicitação, com descrição dos medicamentos em uso ou já utilizados com suas posologias.

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Médico.

4.5 PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE COLONOSCOPIA

INDICAÇÕES:

- Investigação de sangramento gastrointestinal,
- Suspeita de doença inflamatória intestinal,
- Paciente de qualquer faixa etária com sangramento gastrointestinal ativo intenso,
- Suspeita de câncer colorretal com critérios para internação imediata, como, por exemplo, instabilidade hemodinâmica.

PRÉ REQUISITOS:

- Dados relevantes da história clínica,
- Histórico pessoal de comorbidades ,
- Queixas associadas (com duração dos sintomas),
- Dados relevantes do exame físico,
- Tratamento realizado e sua duração.

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Médico.

4.6 PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA

4.6.1 TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E SELA TÚRCICA

INDICAÇÕES:

- Traumatismo,
- Hemorragias,
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Processos expansivos,
- AVCs,
- Doenças degenerativas do encéfalo,
- Aneurismas,
- Convulsões recentes a esclarecer,
- Cefaléia grave a esclarecer*, desde que bem justificado com descrição no laudo,
- Hidrocefalia,
- Distúrbio do comportamento,
- Estudo da hipófise,
- História clínica,
- Exame físico,
- Pesquisa de metástase cerebral,
- Crise convulsiva a esclarecer de origem recente.

***A Tomografia de Crânio para cefaléias está indicada, desde que bem justificada, nos seguintes casos:**

- Cefaléia primária que não responde a tratamento;
- Apresentação atípica;
- Cefaléias de início súbito e de forte intensidade;
- Cefaléia crônica progressiva ou com mudança no padrão de dor; Cefaléia associada a qualquer alteração do exame neurológico;
- Cefaléia de início após os 50 anos, cujo diagnóstico não seja Arterite Temporal; Cefaléia relacionada com trauma crânio-encefálico;

- Cefaléia em pacientes HIV - positivo, com câncer, em uso de anticoagulante ou imunossuprimidos;
- Cefaléia iniciada após esforço físico ou que piora com manobra de Valsalva.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

4.6.2 TOMOGRAFIA DE TÓRAX

INDICAÇÕES:

- Traumatismos,
- Sangramentos (vias aéreas),
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Nódulos não-neoplásicos (avaliação e acompanhamento),
- Pneumopatias intersticiais,
- Mediastino, hilos, pleura (avaliação),
- Bronquiectasias (acompanhamento),
- Síndrome de compressão da veia cava superior,
- Doenças da aorta (aneurisma/dissecção),
- Tromboembolismo pulmonar,
- Investigar comprometimento de órgãos devido a: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses,
- Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica,
- Exame físico,
- RX do tórax PA/Perfil (com laudo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

PRIORIDADES: Traumatismo; Sangramento (vias aéreas).

4.6.3 TOMOGRAFIA DE MEDIASTINO E PULMÃO

INDICAÇÕES:

- Alargamento do mediastino,
- Dissecção de aneurisma,
- Síndrome da compressão de veia cava superior,
- Suspeita de mediastinite,
- Alterações endócrinas ou metabólicas de origem mediastinal,
- Estudar transição cervico-torácica ou tóraco-abdominal,
- Estadiamento dos tumores do esôfago e pulmão,
- Rouquidão por lesão do laríngeo recorrente,
- Pesquisa de adenomegalia,
- Diferenciar abscesso de empiema,
- Pesquisa de metástases pulmonares,
- Pesquisa de foco de infecção e neoplasias,
- Avaliação de enfisema pulmonar para avaliação de cirurgia redutora de pulmão,
- Hemoptise,
- Bronquiectasias.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX de tórax PA/Perfil com laudo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

4.6.4 TOMOGRAFIA DE COLUNA/LOMBO-SACRA/CERVICAL/TORÁCICA

INDICAÇÕES:

- Fratura (suspeita),
- Estenose do canal medular (suspeita),
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Processos expansivos,
- Hérnia discal,
- Má formação congênita (hemi- vértebras).

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica,
- Exame físico,
- RX simples de coluna (com laudo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

PRIORIDADES:

- Processo expansivo e Estenose de canal medular (suspeita).

4.6.5 TOMOGRAFIA DE SEIOS DA FACE

INDICAÇÕES:

- Sinusopatia crônica,
- Trauma facial,
- Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face,
- Tumores,
- História clínica,
- Exame físico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

4.6.6 TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR

INDICAÇÕES:

- Abscessos,
- Traumatismos,
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Processos expansivos,
- Ruptura de órgãos (suspeita),
- Metástases,
- Aneurismas,
- Pancreatites,
- Hemorragias pós-cirurgia, pós-cateterismo, pós-tratamento anticoagulante,
- Investigar comprometimento de órgãos: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses,
- Linfonodomegalia.
- Cálculo renal.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica,
- Exame físico,
- RX simples de abdome com laudo (de pé ou deitado) ou USG de abdome.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

PRIORIDADE:

- Aneurisma,
- Pancreatite necrohemorrágica,
- Tumor renal/cálculo renal em rim único.

4.6.7 TOMOGRAFIA DA PELVE

INDICAÇÕES:

- Traumatismos,
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Processos expansivos,
- Metástases (detecção e acompanhamento).

CONTRA INDICAÇÃO:

- Gravidez.

PRÉ REQUISITOS:

- História clínica,
- Exame físico,
- USG de pelve.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

4.6.8 TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES

INDICAÇÕES:

- Articulações Esterno-claviculares,
- Articulações dos Ombros,
- Articulações dos Cotovelos,
- Articulações dos Punhos,
- Articulações Sacro-ilíacas,
- Articulações Coxo-femurais,
- Articulações dos Joelhos,
- Articulação dos Tornozelos,
- Lombo-sacra,
- Traumatismos,
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Processos expansivos,
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Fraturas (cominutivas).
- História clínica.

PRÉ REQUISITOS:

- Exame físico,
- RX da Articulação com laudo,
- USG Articular.

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Médico.

PRIORIDADES:

- Processo expansivo,
- Fraturas (cominutivas),
- Má formação congênita.

4.7 PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

INDICAÇÕES:

- Insuficiência renal crônica com hipervolemia, sintomas urêmicos, uréia>ou=200 mg/dl,

- Hipertotassemia refratária a tratamento clínico,
- Hemorragia digestiva alta,
- Atrito pericárdico,
- História clínica,
- Exame físico,
- Exames laboratoriais comprobatórios.

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Médico Especialista.

4.8 PROTOCOLO SUGERIDO PARA EXAMES DE BIÓPSIA DE PRÓSTATA

INDICAÇÕES:

Presença de nódulos prostáticos detectados no toque retal;

PSA >de 4,0 ng/mL;

PSA > 2,5 ng/mL em pacientes jovens (até 55 anos);

Densidade de PSA > 0,15 ng/mL;

Velocidade de PSA > 0,75 ng/mL/ano;

PRÉ- REQUISITOS: Pacientes com exames alterados de PSA.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico/ Urologista.

PRIORIDADES: P1.

4.9 PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)

INDICAÇÕES:

- Avaliação de sintomas causados pela Hipertensão Arterial Sistêmica (Palpitações, Cefaléia occipital, dispnéia paroxística ou não, fadiga, prostração, mal estar geral com ou sem palidez, pré-síncope ou síncope),
- Avaliar Pressão Arterial limítrofe,
- Avaliar abruptas variações da pressão arterial sistêmica (Uso de medicamentos, Idosos, Diabéticos, Menopausadas e Grávidas),
- Avaliar paciente suspeito de Hipertensão Arterial Sistêmica do Jaleco Branco,
- Avaliar paciente suspeito de Hipertensão Arterial Sistêmica Lábil ou Episódica,
- Avaliar Hipotensão Arterial e Síncope Hipotensiva,
- Avaliar suspeita de disfunção autonômica.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico detalhado,
- ECG com laudo,
- Teste Ergométrico (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

PRIORIDADES: Portadores de Doenças Renais Crônicos – com HAS.

4.10 PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

4.10.1 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO E ENCÉFALO

INDICAÇÕES:

- Avaliar fossa cerebral posterior e tronco cerebral,
- AVC isquêmico,
- Infartos cerebrais múltiplos (suspeita),
- Demência,
- Tumores (diagnóstico),

- Metástases (detecção),
- Lesões orbitárias ou do trato visual,
- Infecções,
- Esclerose Múltipla,
- História clínica,
- Exame físico,
- TC crânio,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião de Cabeça e Pescoço,
- Oncologista,
- Infectologista,
- Oftalmologista.

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Médico.

PRIORIDADE:

- Lesão orbitária,
- Tumores cerebrais.

4.10.2 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE TÓRAX

INDICAÇÕES:

- Avaliar Artérias Pulmonares,
- Avaliar massas hilares, parenquimatosas e pleurais,
- Avaliar anomalias do arco aórtico e aorta descendente,
- Tumores neurais e mediastinais,
- Tumores cardíacos.
- Implantes Metálicos (Marca-Passo Cardíaco, Próteses Metálicas Ósseas, Stents, etc.).

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica,
- Exame físico,
- RX tórax PA/Perfil com laudo,
- TC Tórax.

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Médico.

4.10.3 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDOME

INDICAÇÕES:

- Metástase hepática,
- Adenoma de Supra-renal,
- Diferenciar tumor hepático e hemangioma,
- Doenças dos ductos pancreáticos e vias biliares,
- Suspeita de metástase em veia cava inferior.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Implantes Metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica,
- Exame físico,
- USG Abdome,
- TC Abdome.

PRIORIDADES: Seguimento de portadores de cálculo renal com insuficiência renal instalada.

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Médico.

4.10.4 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DA COLUNA VERTEBRAL/CERVICAL/LOMBO-SACRA/TORÁCICA

INDICAÇÕES:

- Tumores Ósseos Primários (suspeita), - Metástases,
- Processos expansivos, - Hérnia de Disco,
- Infecções (suspeita),
- Complicações pós-operatórias, - Esclerose Múltipla,
- Investigação de tuberculose extra-pulmonar, - Prurido braqui-radial,
- Notalgia parestésica.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Implantes Metálicos (ex: marca-passos).

PRÉ REQUISITOS:

- História clínica,
- Exame físico,
- TC com laudo.

PRIORIDADES: Processos expansivos.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

4.10.5 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ARTICULAÇÕES

INDICAÇÕES:

- Articulações Têmpero-Mandibular (Bilateral),
- Ombro,
- Cotovelo-punho (Unilateral),
- Coxo-femural (Bilateral),
- Joelho (Unilateral),
- Tornozelo ou Pé (Unilateral),
- Sacro-ilíacas,
- Esterno-claviculares,
- Traumatismos articulares,
- Derrames articulares (suspeita),
- Fraturas ocultas.
- Alterações de partes moles (lesões ligamentares, nervos).

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Fraturas simples (detecção),
- Tendinites e Sinovites,
- Implantes Metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica,
- Exame físico,
- RX simples com laudo,
- USG Articular com laudo.

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Médico, Odontólogo.

PRIORIDADES:

- Alterações de partes moles (lesões ligamentares, nervos),
- Traumatismos articulares,
- Fraturas ocultas,
- Derrames articulares (suspeita).

4.10.6 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE PELVE

INDICAÇÕES:

- Tumores,
- Metástases,
- Processos inflamatórios, linfoproliferativos ou indefinidos no RX, US ou TC.

CONTRA-INDICAÇÕES: Implantes Metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica,
- Exame físico,
- US Pélvico com laudo,
- TC da Pelve.

PRIORIDADES: Não há.

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Médico.

4.11 PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE DENSITOMETRIA ÓSSEA

INDICAÇÕES (Consenso Brasileiro de Osteoporose, 2002):

- Todas as mulheres de 65 anos ou mais;
- Mulheres em deficiência estrogênica com menos de 45 anos;
- Mulheres na peri e pós-menopausa;
- Mulheres com amenorréia secundária prolongada (por mais de um ano);
- Todos os indivíduos que tenham sofrido fratura por trauma mínimo ou atraumática;
- Indivíduos com evidências radiográficas de osteopenia ou fraturas vertebrais;
- Homens com 70 anos ou mais;
- Indivíduos que apresentem perda de estatura (maior que 2,5 cm) ou hiperclfose torácica;
- Indivíduos em uso de corticóides por três meses ou mais (doses maiores que 5mg de prednisona);
- Mulheres com índice de massa corporal baixo (menor que 19 kg/m²);
- Portadores de doenças ou uso de medicações associadas à perda de massa óssea;
- Para monitoramento de mudanças de massa óssea decorrente da evolução da doença e dos diferentes tratamentos disponíveis.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica,
- Exame físico.

PRIORIDADES

- Osteoporose,
- Tumores,
- Patologias metabólicas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médico.

4.12 PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA

INDICAÇÕES:

- Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames;

- Mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado* de desenvolver câncer de mama;

*São definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;

- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;

- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- USG de mamas para mulheres abaixo de 35 anos.

PRIORIDADE:

- Pacientes com alterações sugestivas de malignidade.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos, Enfermeiros (Mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos)..

OBS: A ultra-sonografia (US) é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos. Naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição.

Nos casos Categoria 3 (BI-RADS), devem ser realizados dois controles radiológicos com intervalo semestral, seguidos de dois controles com intervalo anual.

5 PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA ENCAMINHAMENTO AOS ESPECIALISTAS

Neste protocolo, encontram-se todas as orientações necessárias para encaminhamento às especialidades. O agendamento das consultas e procedimentos, quando a demanda for superior ao esperado, será feito seguindo critérios de prioridades previamente estabelecidos de acordo com cada situação clínica, conforme quadro abaixo:

PRIORIDADE	SITUAÇÃO
00	Regulação via SAMU ou Central de Leitos;
01	São situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, em <u>até 30 dias</u> ;
02	São situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, para os próximos dias, em <u>até 60 dias</u> ;
03	São situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, podendo aguardar <u>até 90 dias</u> ;
04	São situações que não necessitam um agendamento prioritário, podendo aguardar <u>mais que 180 dias</u> .

ATENÇÃO: Trata-se exclusivamente de **Regulação Ambulatorial**. Toda situação que necessitar encaminhamento imediato ao especialista ou remoção em caso de urgência ou emergência com risco de morte **NÃO DEVE SER ENCAMINHADO AO CISNOP**, mas sim encaminhado para o **HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE NOVA FÁTIMA E/OU SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CORNÉLIO PROCÓPIO**, para acionamento de Central de Leitos.

NÃO se pretende com este documento esgotar todas as situações, mais sim sugerir melhor conduta para as situações mais freqüentes em cada tipo de encaminhamento/exame.

TODAS AS SOLICITAÇÕES DE CONSULTAS COM OS ESPECIALISTAS DEVEM:

- Ser feita em formulário próprio; (guia de referência modelo anexo I)

- Serem prioritariamente os contidos na tabela do Sigtap - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;
- Estar preenchida corretamente, de maneira legível e em todos os campos: nome completo, idade, sexo, cartão SUS e endereço do paciente;
- Conter a descrição do quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido, principalmente se for indicado prioridade, descrevendo ou anexando também resultados de exames prévios, relacionados ao quadro, se realizados;
- Cada solicitação/requisição de exame de média ou alta complexidade deve conter apenas 1 (um) Exame;
- Conter a data da solicitação e identificação do médico, com carimbo e assinatura;
- O formulário de Requisição de Exames deve estar identificado, a Unidade de Saúde, onde o paciente foi atendido.

5.1 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM ANGIOLOGISTA

Principais motivos para encaminhamento:

- Varizes em membros inferiores,
- Úlceras de pernas,
- Insuficiência circulatória arterial com dor e dormência e/ou edema em membros inferiores,
- Pé diabético,
- Doenças arteriais OBS,
- Aneurisma,
- Trombose.

Todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que encaminhou e a ele deve retornar.

PROFISSIONAL(IS) SOLICITANTE(S) – Clínico Geral; Clínica Médica; Pediatra; Ginecologista; Geriatra.

a) Varizes em membros inferiores.

HDA: História clínica e patologias associadas.

Exame físico: Relatar o exame clínico, caracterizando as varizes.

Exames complementares essenciais: nenhum.

Prioridade para Regulação: Tromboflebite superficial localizada próximo a junção safenofemoral ou safeno-poplítea; Varizes de grosso calibre com sinais de insuficiência venosa grave tais como dermatites ocre e/ou úlceras varicosas.

Critério: P1.

Contra-referência: Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório contra referência do especialista.

b) Úlceras de pernas.

HDA: História sucinta, descrevendo a evolução e relatar as patologias associadas.

Exame físico: Relatar os achados importantes.

Exames complementares essenciais: Cultura e antibiograma de secreção da úlcera; Glicemia; Hemograma; VDRL; triglicerídeos (se houver); Colesterol total (se houver); Uréia e creatinina (se houver). Orientar o paciente a levar até o especialista demais exames já realizados.

Prioridade para Regulação: Pacientes com lesões ulcerosas; Tromboflebite superficial localizada próximo a junção safeno-femoral ou safeno-poplítea; Varizes de grosso calibre com sinais de insuficiência venosa grave tais como dermatites ocre e/ou úlceras varicosas.

Critério: P1.

Contra-referência: Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

c) Insuficiência circulatória arterial/venosa com dor e dormência e/ou edema em membros inferiores.

HDA: História clínica sucinta contendo características do quadro, presença de claudicação intermitente, alterações da perfusão periférica e patologias associadas.

Exame físico: Relatar dados importantes que se referem à palpação dos pulsos.

Exames complementares essenciais: Glicemia; VDRL; Creatinina; Colesterol total e frações (se houver); Triglicerídeos (se houver); Hemograma completo (se houver); Raios-X de coluna lombo-sacro em AP e perfil (se houver); Ultrassonografia de vasos com Doppler (se houver).

Prioridade para Regulação: Encaminhar com alterações de perfusão periférica e da palpação de pulsos.

Critério: P1.

Contra-referência: Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista.

OBS: Edema de 01 extremidade de início súbito com dormência à palpação sem traumas aparentes e com possibilidade de trombose e sinais de isquemia arterial aguda deve ser encaminhado para a urgência vascular.

d) Pé diabético.

HDA: História clínica sucinta contendo características do quadro, presença de claudicação intermitente, alterações da perfusão periférica e patologias associadas.

Exame físico: Descrever as alterações de perfusão periférica, presença de áreas de necrose e infecção.

Exames complementares essenciais: não há.

Prioridade para Regulação: Encaminhar os casos de lesões infectadas ou com alteração de perfusão, que não responderam ao tratamento clínico inicial.

Contra-referência: Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista.

Critério: P1.

OBS: Úlcera infectada e com área extensa de necrose tecidual com indicação de desbridamento cirúrgico imediato deve ser encaminhado para a urgência vascular.

e) Doenças arteriais.

HDA: História clínica sucinta contendo características do quadro, presença de claudicação intermitente, alterações da perfusão periférica e patologias associadas (Aneurisma da aorta abdominal infrarrenal; Aneurisma periférico, viscerais e carótidas; Estenose ou oclusão de carótidas e vertebrais; Oclusão de aorta abdominal e ilíaca (síndrome de Leriche); Insuficiência circulatória arterial de membros; Úlceras isquêmicas de membros; Pé diabético apenas isquêmico (ausência de pulsos distais); Tromboangiite obliterante; Fístulas arteriovenosas traumáticas; Acesso vascular de grandes vasos).

Exame físico: Descrever as alterações de perfusão periférica, presença de áreas de necrose e infecção.

Exames complementares essenciais: Ultrassonografia de vasos com Doppler (aneurisma, estenose, oclusões e fístulas); Glicemia.

Prioridade para Regulação: Encaminhar os casos de lesões infectadas ou com alteração de perfusão, que não responderam ao tratamento clínico inicial.

Critério: P1.

Contra-referência: Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista.

OBS: Os casos agudos de doença arterial encaminhar para urgência vascular.

f) Aneurisma.

HDA: História clínica e familiar de aneurismas cerebrais e certos problemas médicos, como doença renal policística, coartação aórtica e pressão alta. Informar história pregressa ou familiar de hipertensão arterial, Dislipidemia, Diabetes e uso de cigarros e de substâncias alcoólicas.

Exame físico: Registrar aspectos relacionados à alterações na visão (visão dupla, perda de visão), Dores de cabeça, Dores nos olhos, Dores no pescoço, Pescoço rígido, Confusão, Letargia, sonolência ou estupor, Queda da pálpebra, Dores de cabeça acompanhadas de náusea e vômito, Fraqueza muscular ou dificuldade de mobilidade de qualquer parte do corpo, Dormência ou diminuição da sensibilidade de qualquer parte do corpo, Convulsões, Fala prejudicada.

OBS. O rompimento de um aneurisma é uma emergência médica e se traduz por cefaléia intensa de início súbito.

Exames complementares essenciais: Angiografia cerebral; Tomografia de crânio; Exame de líquido cefalorraquidiano; Eletroencefalograma (ECG); Ressonância magnética da cabeça.

Critério: P1.

Contra-referência: Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

g) Trombose.

HDA: Investigar os fatores de risco de após um cateter de marcapasso ter sido passado através da veia na virilha, Repouso absoluto, Hábito de fumar, Histórico familiar de coágulos sanguíneos, Fraturas na pélvis ou nas pernas, Parto nos últimos 6 meses, Insuficiência cardíaca, Obesidade, Cirurgia recente (especialmente cirurgia de quadril, joelho ou cirurgia pélvica feminina), Hipercoagulabilidade sanguínea, Câncer, uso de estrogênios ou pílulas anticoncepcionais.

Exame físico: O exame físico pode mostrar uma perna vermelha, inchada ou sensível.

Exames complementares essenciais: Hemograma completo, Proteína C reativa, Níveis de antitrombina III, Anticorpos antifosfolipídicos, Exame de ultrassom Doppler das pernas, Pletismografia (medição do fluxo sanguíneo) das pernas, Venografia.

Critério: P1.

Contra-referência: Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista.

5.2 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM CARDIOLOGISTA

Principais motivos para encaminhamento:

- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de difícil controle.
- Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC).
- Insuficiência Coronariana.
- Dor Torácica / Precordialgia.
- Sopros / Valvulopatias estabelecidas.
- Parecer Cardiológico para Pré-Operatório.
- Miocardiopatias.
- Arritmias.

Obs.: Todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que encaminhou e a ele deve voltar.

a) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de difícil controle.

Encaminhar os pacientes com HAS moderada ou severa, sem controle clínico, apesar do uso regular e em doses plenas de 03 classes de anti-hipertensivos, associado com a presença de alterações em órgão-alvo ou aqueles com comorbidades, devendo o médico que solicitar a avaliação, justificar com clareza o que deseja do encaminhamento.

Observações: Pacientes com HAS de diagnóstico recente, leve, sem complicações ou doenças associadas, deverão ser acompanhados pelo clínico ou generalista em Unidade Básica de Saúde.

Exame físico: Medida da pressão arterial + relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias, etc.).

Exames complementares necessários: Hemograma com plaquetas, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, sumário de urina, uréia, sódio e potássio, eletrocardiograma (ECG) e RX de tórax.

Caso tenha feito outros exames, ex: ecocardiograma (ECO), espirometria, ultrasonografia de abdômen, orientar o paciente a levar para a consulta.

Prioridade para a Regulação: HAS severa com sinais de doenças associadas descompensada (ICC, diabetes mellitus, doença vascular periférica, doenças cérebro vascular, coronariopatas, Insuficiência Renal Crônica).

Crítérico: P1 para a 1^a consulta, P2 para o retorno.

b) Insuficiência Cardíaca Congestiva.

Encaminhar todos os pacientes com ICC, com relato de motivos de encaminhamento ao especialista.

Exame físico: Medida da pressão arterial + relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória. Descrever a presença de dispneia, visceromegalias e edema de MMII.

Exames complementares necessários: Hemograma com plaquetas, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, uréia, potássio, raio X e ECG. Caso tenha feito outros exames, tais como ECO, ergométrico, cateterismo, orientar o paciente a levar ao especialista.

Prioridade para a regulação: ICC de difícil controle e/ou presença de doenças associadas com sinais de descompensação (HAS, DM, IRC).

Crítérico: P1 para a 1^a consulta, P1 para o retorno.

Contra referência: retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais freqüente na UBS (com relatório do especialista).

OBS: Casos graves de ICC (Classe funcional IV - NYHA), sinais clínicos de choque cardiogênico e edema agudo de pulmão devem ser encaminhados para Hospital de Emergência para receber tratamento clínico de emergência e provável internação em UTI.

c) Insuficiência Coronariana.

Doenças Coronarianas (DC) estabelecidas (pós-Infarto Agudo do Miocárdio, pós-revascularização do miocárdio, pós-angioplastia).

Exame físico: Medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença visceromegalias importantes.

Exames complementares necessários: Hemograma com plaquetas, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, uréia, sódio, potássio, Rx de tórax e ECG.

Prioridade para a regulação: Pacientes pós-infarto, pós-revascularização e pós-angioplastia; dor torácica de início recente.

Critério: P1 para a 1^a consulta, P1 para o retorno.

Angina Estável

Critério: P1 (1^a consulta).

OBS: Síndromes coronarianas agudas – Dor precordial típica, em repouso, com duração maior que 20 min. (angina instável e infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnivelamento de ST) com ou sem instabilidade hemodinâmica, são situações que requerem avaliação e encaminhamento para Hospital de Emergência a fim de receber tratamento clínico de emergência e provável internação em UTI.

d) Dor Torácica e Precordialgia.

Caracterizar a Dor Precordial, se típica ou atípica, de acordo com os sintomas descritos pelo paciente. Descrever a presença ou não de Diabetes Mellitus, Insuficiência Renal, pneumopatia, obesidade, dislipidemias e tabagismo.

Exame físico: Medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença de dispneia, visceromegalias importantes e edema de MMII.

Exames complementares necessários: Hemograma com plaquetas, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, uréia e potássio, RX de tórax e ECG.

Caso tenha feito outros exames, tais como, ECO, Ergométrico, Dosagem de Enzimas Cardíacas ou Cateterismo, orientar o paciente a levar ao especialista.

Prioridade para a Regulação: Dor torácica com características de Angina Estável.

Critério: P1 para a 1^a consulta, P1 para o retorno.

Contra referência: dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

OBS: Síndromes coronarianas agudas – Dor precordial típica, em repouso, com duração maior que 20 min. - (angina instável e infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnivelamento de ST), com ou sem instabilidade hemodinâmica, são situações que requerem avaliação e encaminhamento para Hospital de Emergência a fim de receber tratamento clínico de emergência e provável internação em UTI.

e) Sopros / Valvulopatias estabelecidas.

Encaminhar os pacientes com alterações de ausculta (excluindo causas clínicas como anemia) e os pacientes com diagnóstico de valvulopatia pré-estabelecida.

Exame Físico: Medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença de dispneia, cianose e visceromegalias importantes. Informar as características do sopro.

Obs.: em crianças, se o sopro for observado durante episódio febril, reavaliar após febre.

Exames complementares necessários: Caso tenha feito exames tais como, Rx de Tórax, ECG, ECO, orientar o paciente a levar ao especialista.

Prioridade para a Regulação: Pacientes com sinais de descompensação cardíaca requerem avaliação de urgência em serviço de cardiologia.

Critério: P1 para 1^a consulta, P1 para o retorno.

Contra referência: Permanecer no nível secundário.

OBS: Casos graves de valvopatia evoluindo com ICC (Classe funcional IV - NYHA), sinais clínicos de choque cardiogênico e edema agudo de pulmão devem ser encaminhados para Hospital de Emergência a fim de receberem tratamento clínico de emergência e provável internação em UTI.

f) Parecer Cardiológico– Pré-operatório / Avaliação do Risco Cirúrgico.

Paciente com indicação cirúrgica confirmada será avaliado pelo cardiologista, para realização do parecer, a critério do médico assistente.

Exames complementares necessários: Hemograma, coagulograma, glicemia de jejum, uréia e creatinina, TGO e TGP, ECG e raio X de tórax. Se existirem outros exames específicos realizados (ECO, Cateterismo), orientar o paciente a levar ao especialista.

Prioridade para a regulação: pacientes com indicação cirúrgica eletiva e de grande porte.

Critério: P2 para 1^a consulta, P1 para o retorno.

Contra referência: dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

g) Miocardiopatias.

Informar a procedência do paciente e os antecedentes mórbidos importantes e o tratamento realizado. Encaminhar os pacientes para esclarecimento diagnóstico ou aqueles com sinais de descompensação cardíaca.

Exame físico: Medida da pressão arterial + relatos importantes e visceromegalias importantes. Informar as características da auscultação cardíaca.

Exames complementares: Caso tenha feito exames tais como, raio-x de tórax, hemograma, ASLO, ECG, ECO, uréia, creatinina e potássio, sorologia para Chagas, orientar o paciente a levar ao especialista.

Prioridade para a regulação: Pacientes estáveis, sem sinais clínicos de descompensação cardíaca.

Obs.: O paciente com sinais de descompensação cardíaca grave deve ser encaminhado para o serviço de Emergência Cardiológica.

Critério: P2 para a 1^a consulta, P1 para o retorno.

Contra referência: Permanecer no nível secundário.

OBS: Casos graves de miocardiopatia, evoluindo com ICC (Classe funcional IV - NYHA), sinais clínicos de choque cardiogênico e edema agudo de pulmão devem ser encaminhados para Hospital de Emergência a fim de receberem tratamento clínico de emergência e provável internação em UTI.

h) Arritmias.

Encaminhar os pacientes com diagnóstico estabelecido de arritmia cardíaca, síncope ou pré-síncope, história de marcapasso permanente.

Exame físico: Medida da pressão arterial + relatos importantes (descrever as alterações de auscultação cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias, etc.)

Exames complementares necessários: ECG, RX de tórax, hemograma com plaquetas, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, sumário de urina, uréia, sódio e potássio.

Caso tenha feito outros exames, ex: Ecocardiograma (ECO), raio-x de tórax, espirometria, ultra-sonografia de abdômen, orientar o paciente a levar para a consulta.

Prioridade para a regulação: Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca ou Insuficiência Coronariana associada.

Critério: P1 para 1^a consulta, P1 para o retorno.

Contra referência: Permanecer no nível secundário.

OBS: Casos graves de arritmias malignas (taquicardia ventricular) ou taquicardia supraventriculares evoluindo com ou sem sinais clínicos de baixo débito devem ser encaminhados para Hospital de Emergência a fim de receberem tratamento clínico de emergência e internação em UTI.

5.3 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM CIRURGIÃO GERAL:

Motivos para encaminhamento:

- Bócio e nódulos de tireoide,

- Cisto Tireoglosso,
- Higroma,
- Hemangioma,
- Hérnia Epigástrica,
- Hérnia Umbilical,
- Hérnia Inguinal,
- Colelitíase,
- Úlcera Péptica,
- Doenças do Refluxo Gastro Esofágico, Hérnia de hiato, Esôfago de Barret,
- Cistos Hepáticos,
- Tumores hepáticos,
- Pancreatite Crônica,
- Úlceras de MMII.
- Doença hemorroidária e fístulas perianais

a) Bócio e nódulos de tireóide.

Encaminhar em indicações cirúrgicas: suspeita de malignidade, difícil controle clínico de hipertireoidismo, exoftalmopatia maligna, bócio mergulhante ou com desvio e estruturas nobres como traquéia, bócio inestético.

Exames complementares necessários: TSH, T4 livre, US de tireóide.

Exame clínico: Geralmente são assintomáticos, a sensação de compressão ou corpo estranho na garganta costuma decorrer de faringite alérgica ou por refluxo gastroesofágico. Em vigência de alteração da função tireoidiana, os sintomas irão corresponder ao hipertireoidismo (taquicardia, insônia, agitação psicomotora, pele quente e úmida, tremor fino distal de extremidades, exoftalmia) ou hipotireoidismo (apatia, aumento de peso, pele e cabelos ressecados, macroglossia).

Prioridade para a regulação: Cirúrgicos: tireoidectomia parcial ou total, se necessário, esvaziamento cervical.

Critério: P1.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

b) Cisto Tireoglosso: Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: Não há.

Exame clínico: Massa cística na região cervical anterior média, móvel com a deglutição.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P1.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

c) Higroma.

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: Não há.

Exame físico: Massa cística na região cervical posterior ao esternocleidomastoideo. Pode ser uni ou multilobulada (composta de vários cistos). Tem uma cor levemente azulada.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P1

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

d) **Hemangioma:** Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: Não há.

Exame físico: Massas císticas azuladas ou avermelhadas. Pode ser encontradas em qualquer parte.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P2.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

e) **Hérnia Epigástrica.**

Exame físico: Abaulamento, arredondado, na linha média, irredutível e dolorosa. Pode ser único ou múltiplo.

Exames complementares necessários: a critério do cirurgião geral.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P2.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

f) **Hérnia Umbilical.**

Exame físico: Abaulamento na região umbilical aos esforços.

Exames complementares necessários: a critério do cirurgião geral.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P2.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

g) **Hérnia Inguinal.**

Exame físico: Clinicamente são abaulamentos inguinais ou inguinoescrotais, aos esforços.

Exames complementares necessários: a critério do cirurgião geral.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P2.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

OBS: Pacientes com hérnias encarceradas ou estranguladas devem ser encaminhados ao serviço de urgência.

h) **Colelitíase.**

Exame clínico: Dor em hipocôndrio direito, associada à ingestão de alimentos gordurosos, náusea e plenitude pós prandial.

Exames complementares necessários: US abdome total, endoscopia digestiva alta.

Prioridade para regulação: pacientes colecistectomizados com recidivas de cálculos.

Critério de regulação: P2.

OBS: Casos de colecistite aguda devem ser encaminhados ao serviço de atendimento de urgência.

Contra referência: retornar para UBS após colecistectomia.

i) **Úlcera Péptica.**

Encaminhar os pacientes com gastrite não responsiva, história de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2x/semana por 4 semanas.

Exames complementares necessários: Endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia, pesquisa de H.pylori.

Exame clínico: Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal.

Prioridade para a regulação: pacientes tratados e descompensados.

Critério: P2.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

j) Dças do Refluxo Gastro Esofágico, Hérnia de hiato, Esôfago de Barret.

Encaminhar pacientes cirúrgicos sem complicações: pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico, inclusive aqueles com manifestações atípicas, cujo refluxo foi devidamente comprovado. Encaminhar pacientes cirúrgicos com complicações: esôfago de Barret, estenose, úlcera e sangramento esofágico.

Exames complementares necessários: Endoscopia digestiva alta.

Exame clínico: A duração e freqüência dos sintomas são informações importantes que precisam ser sempre avaliadas e quantificadas. Pacientes que apresentam sintomas com freqüência mínima de 2x por semana, a cerca de 4 a 8 semanas, devem ser considerados possíveis portadores de DRGE. Existe marcada correlação entre o tempo de duração dos sintomas e aumento do risco para o desenvolvimento do esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P1.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

k) Cistos hepáticos.

Os cistos pequenos e a maioria dos grandes são assintomáticos. Os sintomas, quando existem, decorrem da compressão de vísceras vizinhas ou são provocados por complicações (hemorragia intracística ou torção do cisto). Dor discreta, náuseas e vômitos podem estar presentes.

Exame físico: abaulamento no quadrante superior direito, com consistência elástica e pouco doloroso pode estar presente.

Exames complementares necessários: AST, ALT, BTef, Amilase, US abdominal.

Prioridade para regulação: complicações, cistos simples com aumento de tamanho ou sintomáticos.

Critério: P2.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência. Cistos simples, assintomáticos e estáveis ao método de imagem devem ser acompanhados na UBS.

l) Tumores hepáticos.

Tumores benignos são em geral assintomáticos, com exceção do adenoma e do hemangioma, que podem apresentar ruptura espontânea para o peritônio livre ou intratumoral. Nestas condições, o paciente apresenta-se com queixas de dor abdominal súbita e intensa. Os tumores malignos primários ou metastáticos são acompanhados de sintomatologia inespecífica, de dor vaga, anorexia e perda de peso. Em pacientes com cirrose hepática conhecida, a descompensação obriga a hipótese de tumor associado.

Exames complementares necessários: Hemograma, TP, INR, glicemia de jejum, uréia, creatinina, AST, ALT, FA, BT e F, albumina, Anti HCV, AgHbs, Anti Hbs, Anti Hbc, US abdominal, Endoscopia digestiva alta.

Prioridade de regulação: descompensação do quadro clínico, nódulos suspeitos ou que alterem suas características devem ser encaminhados.

Critério: P1.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

m) Pancreatite crônica.

Dor em epigastro irradiada para dorso podendo ou não estar relacionada a ingestão de alimentos gordurosos, bebida alcoólica e perda ponderal. Antecedente de etilismo crônico (causa mais comum).

Exames complementares necessários: US abdominal, glicemia de jejum, endoscopia digestiva alta.

Prioridade de regulação: Dor intratável, insuficiência endócrina e exócrina de difícil controle, suspeita de câncer associada.

Critério: P0.

Contra referência: Manter a nível secundário.

n) Úlceras de MMII.

Encaminhar os casos não responsivos, com indicação cirúrgica.

Exame físico – Presença de ulceração em membros inferiores.

Exames complementares necessários: a critério do cirurgião.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P0.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

o) Doenças hemorroidárias e fistulas perianais.

Encaminhar todos os casos. Descrever sintomas e exame físico (presença de mamilos anais, sangue nas fezes, exteriorização pelo ânus ao ato defecatório, ardência anal, escape e sangue ou secreções nas roupas).

Exames complementares necessários: a critério do cirurgião.

Prioridade para regulação: casos descompensados.

Critério: P2.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

5.4 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CIRURGIAS AMBULATORIAIS (pequenas cirurgias)

Motivos para encaminhamento:

- Nevus: encaminhar pacientes que apresentam nevus com aumento de tamanho, mudança da cor, sangramento, ulceração, com comprometimento funcional, com lesões pigmentares palmo-plantar e congênitos > 6 cm.
- Verrugas: encaminhar pacientes com resistência ao tratamento clínico usual.
- Câncer de pele: encaminhar pacientes com qualquer lesão sugestiva.
- Lipoma: encaminhar pacientes com lipomas dolorosos e com tamanho de até 5 cm.
- Cistos sebáceos: Não encaminhar cisto com processo inflamatório, tratar antes.
- Fibromas moles: encaminhar pacientes com fibromas localizados em áreas de trauma.
- Onicocriptose: encaminhar casos recidivantes de unha encravadas.
- Quelóides: encaminhar todos os casos.

5.5 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM DERMATOLOGISTA

Motivos para o encaminhamento:

- Micoses.
- Prurido/Eczema.
- Dermatite de Contato.
- Neoplasias Cutâneas / Diagnóstico Diferencial de Lesões Infiltradas.
- Herpes Zoster.
- Discromias (Vitiligo, Melasma).
- Hanseníase.
- Urticária Crônica.
- Dermatoses Eritêmato-Escamosas (Psoríase, Líquen-Plano, Pitiríase rosa).
- Farmacodermias.
- Buloses (Pênfigo, Penfigóide, Dermatite Herpetiforme).
- Lesões ulceradas (leishmaniose).
- Micoses profundas (lobomicoses, cromomicoses, Jorge-lobo, esporomicoses, paracoccidioidomicose e tuberculose cutânea).
- Acne.

Obs.: Lembrar que os pacientes com lesões dermatológicas tratadas sem sucesso, deverão suspender as medicações tópicas antes da consulta com especialista. Em todos os casos, devem ser citados: queixas do paciente, medicações utilizadas e tempo de uso prescrito.

a) Micoses.

Encaminhar os pacientes tratados clinicamente sem melhora das queixas ou em casos de suspeita de micose profunda (cromomicose, lobomicose, etc.), descrevendo a história sucinta constando data do início, evolução e tratamento instituído.

Exame físico: Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.

Prioridade para a regulação: Pacientes com queixas, lesões sugestivas e com resistência ao tratamento.

Critério: P1.

Contra referência: Retorno à UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.

b) Prurido / Eczema.

Encaminhar os pacientes com queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico. Ex: icterícia de causa medicamentosa, escabiose, etc. Descrever história sucinta constando início dos sinais e sintomas, localização, fatores desencadeantes, tratamentos instituídos e exames complementares (se houver).

Exame físico: Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.

Prioridade para a regulação: Pacientes com quadros extensos e/ou graves.

Critério: P1.

Contra referência: permanecer no nível secundário ou retorno à UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.

c) Dermatite de Contato.

Encaminhar somente casos sem causas definidas. Referir data do início dos sintomas, localização, fatores desencadeantes, freqüência, intensidade das crises, medidas de prevenção adotadas e tratamentos instituídos.

Exame físico: Descrever aspecto e localização da lesão.

Prioridade para a regulação: Pacientes com queixas e com lesões extensas e/ou graves.

Critério: P2.

Contra referência: retornar a UBS para acompanhamento com relatório do especialista.

d) Neoplasias Cutâneas / Diagnóstico Diferencial de Lesões Infiltradas.

Encaminhar os pacientes com lesões sugestivas. Ex: lesões com história de aumento progressivo, alteração das características iniciais (cor, aumento de espessura, bordas irregulares), presença de prurido e / ou sangramento.

Exame físico: Descrever o aspecto, localização das lesões e presença de linfonodos.

Prioridade para a regulação: Pacientes com suspeita de melanoma e enfartamento ganglionar.

Obs.: Suspeita de melanomas (P0) e encaminhar para a referência em oncologia.

Critério: P1.

Contra referência: Permanecer no nível secundário.

e) Herpes Zoster

Encaminhar somente casos graves com comprometimento do estado geral ou pacientes imunodeprimidos. Informar tratamentos instituídos.

Exame físico: Descrever o aspecto e localização das lesões.

Critério: P0.

Contra referência: dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

f) Discromias, Vitílico.

Prioridade para a regulação: Pacientes com suspeita clínica.

Critério: P2.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

g) Hanseníase.

Encaminhar os pacientes que apresentem dificuldade de diagnóstico, lesões extensas, resistência ao Tratamento inicial ou Complicações (comprometimento neurológico e reações hansênicas). Informar tratamento instituído e reações, se paucibacilar ou multibacilar, tempo de tratamento, data de alta, grau de incapacidade no momento do diagnóstico.

Exames complementares necessários: Pesquisa de BK – bacilosscopia (OE, OD, CE, CD, lesão).

Exame físico: Descrever o aspecto das lesões (tamanho, características e localização) e exame dermatoneurológico (palpação, teste de sensibilidade).

Prioridade para a regulação: Pacientes com reação hansônica.

Critério: P1.

Contra referência: dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

Obs1: Em caso de reação hansônica, atendimento priorizado (critério P0).

Obs2: Lembrar que o paciente portador de Hanseníase é um paciente com necessidades de acompanhamento multidisciplinar, devendo ser encaminhado a outras especialidades diante da necessidade, como: cirurgião plástico, oftalmologista, neurologista, psicólogo, entre outros.

h) Urticária Crônica.

Encaminhar os pacientes com queixas de prurido e/ou placas pelo corpo, com episódios de repetição e naqueles com quadros prolongados, sem melhora com

tratamentos realizados por mais de 90 dias. Relatar medidas de prevenção adotadas.

Exame físico: Descrever o aspecto das lesões.

Critério: P2.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

i) **Dermatoses Eritêmato-escamosas (Psoríase, Líquen-Plano, Pitiríase Rosa, Ictiose).**

Encaminhar paciente com quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.

Prioridade para a regulação: Pacientes com quadros extensos.

Critério: P1.

Contra referência: dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

j) **Farmacodermias.**

Encaminhar os pacientes com queixas de lesões de pele, associadas ao uso de medicações. Relatar freqüência e intensidade das crises, descrevendo todos os medicamentos usados e o tempo de uso.

Exame físico: Descrever o aspecto das lesões.

Prioridade para a regulação: Pacientes com queixas lesões na mucosa e sintomas sistêmicos.

Critério: P1.

Contra referência: dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

k) **Buloses (Pênfigo, Penfigóide, Dermatite Herpetiforme).**

Prioridade para a regulação: Pacientes com quadro extenso e/ou com comprometimento de mucosas.

Critério: P1

Contra referência: dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

OBS: Em casos extensos e /ou com comprometimento de mucosas, priorizar atendimento para P0.

l) **Leishmaniose (Lesões ulceradas).**

Encaminhar os pacientes com suspeita de lesões típicas de leishmaniose (com bordas elevadas, endurecidas que não cicatrizam há mais de 30 dias, mesmo instituído tratamento com antibioticoterapia).

Exame físico: Descrever o aspecto das lesões e evolução.

Prioridade para a regulação: Pacientes com queixas.

Critério: P1.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

m) **Micoses profundas (lobomicoses, cromomicoses, Jorge-lobo, esporomicoses, paracoccidioidomicose e tuberculose cutânea).**

Encaminhar paciente com quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.

Exames complementares: Pesquisa e cultura de fungos.

Prioridade para a regulação: Pacientes com quadros externos e que não respondem ao tratamento.

Critério: P1.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

n) **Acne.**

Encaminhar com história sucinta, relatando os medicamentos empregados, se for o caso, e enumerar as doenças de base.

Critério: P2.

5.6 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM GINECO-OBSTETRA GINECOLOGIA:

- Planejamento Familiar (Laqueadura/DIU).
- Doenças Sexualmente Transmissíveis (Encaminhar os casos de dificuldade de elucidação diagnóstica ou com impossibilidade de tratamento no município).
- Diagnóstico diferencial de lesões genitais em doenças sistêmicas.
- Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV).
- Doença inflamatória pélvica (DIP).
- Dor pélvica crônica.
- Endometriose.
- Leiomioma uterino.
- Sangramento disfuncional do endométrio.
- Síndrome dos Ovários Policísticos.
- Doenças benignas dos ovários.
- Malformações Genitais.
- Prolapso genital.
- Incontinência urinária de esforço.
- Distúrbios da puberdade.
- Amenorréia.
- Galactorréia.
- Neoplasias intra-epiteliais do trato genital inferior.
- Doenças da mama.

OBS: ENCAMINHAR SOMENTE DOENÇAS BENIGNAS. Casos confirmados de malignidade devem ser encaminhados ao serviço de referência.

a) DSTs, Diagnóstico diferencial de lesões genitais em doenças sistêmicas, infecção pelo HPV.

Encaminhar os casos de dificuldade de elucidação diagnóstica, descrevendo detalhadamente exame físico e sintomas associados.

Exames complementares necessários: a critério do especialista; levar exames realizados, se houver.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P1.

Contra referência: o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

b) Doença inflamatória pélvica (DIP), dor pélvica crônica, endometriose, leiomioma uterino, Sangramento disfuncional do endométrio, Síndrome dos Ovários Policísticos, Doenças benignas dos ovários, Malformações genitais.

Exame clínico: Descrever sinais e sintomas, assim como achados significativos em exame físico.

Exames complementares necessários: a critério do especialista.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P1.

Contra referência: o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

c) Prolapso genital: Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: a critério do especialista.

Prioridade para a regulação: Casos de prolapso agudos e/ou graves (critério P0).

Critério: P1.

d) **Incontinência urinária de esforço:** Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: a critério do especialista.

Prioridade para a regulação: não há.

Critério: P2.

Contra referência: o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência após resolução do problema.

e) **Distúrbios da Puberdade.**

Encaminhar crianças com suspeita de diagnóstico.

Exames complementares necessários: a critério do especialista.

Exame físico: Aparecimento de sinais puberais (< 8 anos nas meninas).

Avanço de idade óssea > 2 anos em relação a idade cronológica. Velocidade de crescimento > 4 -6 cm/ano.

Avanço rápido e progressivo dos caracteres sexuais. Prognóstico de estatura fora do canal de seus pais. Questões psicológicas.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P2.

Contra referência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

f) **Amenorréia.**

Encaminhar casos com dificuldade de elucidação diagnóstica. Descrever tempo de amenorréia e sintomas associados.

Exame clínico: descrever alterações significativas.

Exames complementares necessários: a critério do especialista.

Critério: P2.

Contra referência: a paciente poderá ser encaminhada a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência após resolução do problema.

g) **Galactorréia.**

Encaminhar casos com dificuldade de elucidação diagnóstica. Descrever tempo de início de sintomas e queixas associadas.

Exame clínico: descrever alterações significativas.

Exames complementares necessários: a critério do especialista.

Critério: P2.

Contra referência: a paciente poderá ser encaminhada a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência após resolução do problema.

h) **Planejamento familiar.**

Encaminhar casos em que a paciente opta com contracepção cirúrgica ou através de DIU.

i) **Neoplasias intra-epiteliais do trato genital inferior.**

Exames complementares necessários: Colpocitologia oncotica, colposcopia.

Critério: P1.

Contra referência: a paciente poderá ser encaminhada a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência após resolução do problema.

j) **Doenças da mama.**

Encaminhar as pacientes com queixas de mastalgia, descrevendo exame físico detalhadamente.

Exame físico: presença de nódulos de mama, associado ou não a dor local e linfadenomegalia axilar ipsilateral.

Exames complementares necessários: US de mama ou mamografia, conforme faixa etária e fatores de risco para câncer de mama.

Critério: P1.

Contra referência: a paciente poderá ser encaminhada a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência após resolução do problema.

OBSTETRÍCIA: Seguir protocolo da **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**

OBS: A gestante que completar 40 semanas, independente da classificação de risco deverá ser encaminhada para avaliação no Hospital de Referência em que está vinculada, e não deve receber alta do pré-natal.

5.7 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM INFECTOLOGISTA

Principais motivos para o encaminhamento:

- HIV/AIDS
- Leishmaniose visceral (Calazar)
- Leishmaniose tegumentar
- Hepatites virais
- Tuberculose
- Malária
- Meningites
- Toxoplasmose;
- Doença de chagas;
- Leptospirose
- Dengue
- Micoses profundas

a) HIV/AIDS

Encaminhar todo e qualquer caso de paciente com HIV/AIDS com ou sem tratamento anti-retroviral.

Exame físico: citar os achados significativos.

Exames complementares necessários: Sorologia ELISA ou um teste confirmatório (imunofluorescência ou Western Blot).

Prioridade para regulação: pacientes com quadro descompensado, presença de infecções oportunistas (critério P1).

Critério: P2.

OBS: A UBS deverá realizar o acompanhamento do usuário no município.

b) Leishmanioses visceral e tegumentar

Exame clínico: Avaliação de sinais e sintomas como febre prolongada, perda de peso, hepatomegalia-esplenomegalia, palidez cutâneo-mucosa, anorexia.

Exames complementares necessários: Hemograma completo, proteínas totais e frações,VHS, Sorologia para calazar.

Aspirado de médula óssea deverá ser realizada pelo infectologista, de preferência em ambiente hospitalar, e o material será encaminhado para laboratório de parasitologia ou hematologia para realização da pesquisa de parasitas, como Leishmanias ou para realização de Mielograma.

Prioridade para Regulação: pacientes com quadro descompensado (deverá ser encaminhado para hospital com serviço especializado).

Critério: P1.

Contra referência: permanecer no nível secundário ou dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

A Leishmaniose cutânea poderá ter acompanhamento ambulatorial, porém a Leishmaniose visceral poderá ser acompanhada ambulatorialmente ou deverá ser encaminhada para Hospital com Serviço de Referência, conforme gravidade do caso.

c) Hepatites virais

Encaminhar pacientes com hepatites crônicas B ou C ou hepatite A graves (hepatite fulminante com insuficiência hepática).

Exame clínico: mal-estar, náuseas, vômitos, diarréia, febre, colúria e acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa.

Exames complementares necessários: Hemograma, coagulograma, TGO, TGP, Gama -GT, Bilirrubinas totais e frações. Marcadores virais para hepatites:Hepatite A: anti- HAV IgM/IgG; Hepatite B: HbsAg, anti-HBc IgM/IgG; Hepatite C: anti-HCV.

Prioridade para a regulação: casos mais graves, com risco de insuficiência hepatocelular (critério P0).

Critério: P1.

Contra referência: Permanecer no nível secundário ou dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

d) Tuberculose

As situações abaixo orientam quanto ao encaminhamento dos portadores de tuberculose da UBS para o especialista:

1. Falência de esquema por resistência bacteriana/tuberculose multirresistente;
2. Caso o paciente seja portador de HIV/AIDS;
3. Casos de tuberculose extra-pulmonar (ex.:tuberculose ganglionar);
4. Quando houver antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda ou crônica;
5. Qualquer intercorrência clínica não controlada na UBS.

Atenção: Casos com complicações como insuficiência respiratória aguda deverão ser encaminhados para hospital com serviço de emergência. Fazer relatório detalhado, descrevendo o caso clínico, tratamentos instituídos e causa da necessidade de referenciamento.

Exames complementares necessários: Radiografia de tórax e exame de escarro com pesquisa BK realizada.

Prioridade para regulação: pacientes descompensados.

Critério: P1, sendo P0 para casos graves com insuficiência hepática ou renal.

Contra referência: Permanecer no nível secundário ou dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra-referência.

e) Malária

Acompanhamento ambulatorial nos casos de malária não complicada (*P.vivax*) ou encaminhamento para hospital com serviço de referência conforme gravidade do caso (ex.:*Plasmodium falciparum*).

f) Meningites

Paciente com suspeita de meningite poderá ser encaminhado para ambulatório de infectologia para avaliação inicial e, se confirmada suspeita, deverá ser encaminhado para hospital de referência.

g) Toxoplasmose

Os casos sistêmicos poderão ser acompanhados ambulatorialmente ou encaminhados para hospital de referência, conforme gravidade do caso. A toxoplasmose ocular deverá ser conduzida pelo oftalmologista com acompanhamento paralelo do infectologista, se necessário. Toxoplasmose em gestante deverá ser conduzida inicialmente pelo Obstetra.

h) Doença de Chagas (quadro agudo)

Paciente com febre prolongada recorrente, cefaléia, mialgia, hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia, rash cutâneo, procedência de área endêmica de triatomíneos hematófagos.

i) Leptospirose

Paciente com febre de início súbito, cefaléia, mialgia (dor nas panturrilhas,dorso e abdome), artralgia, náuseas, vômitos. Pode evoluir para formas graves com icterícia, insuficiência renal e hemorragia principalmente pulmonar(Doença de Weil). A infecção humana ocorre pela exposição direta ou indireta à urina de animais (principalmente roedores) infectados pela bactéria Leptospira, tornando-se epidêmica em períodos chuvosos e em regiões de alagações.

j) Dengue com sinais de complicações

Suspeita de Febre hemorrágica da dengue. Neste caso, após avaliação inicial e confirmada suspeita de dengue hemorrágica, o paciente deverá ser encaminhado para hospital com serviço de referência e, de preferência, com suporte intensivo.

k) Micoses profundas: paracoccidioidomicose, cromomicose, coccidioidomicose, histoplasmose poderão ser acompanhadas ambulatorialmente ou em regime hospitalar, dependendo da necessidade do caso.

Exame clínico: citar os achados significativos.

Exames complementares necessários: hemograma completo, além de outros exames que tenham sido realizados.

Prioridade para regulação: pacientes com quadro descompensado, com estado geral comprometido.

Contra referência: permanecer no nível secundário ou dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra-referência.

ATENÇÃO:

DSTs (exceto HIV/AIDS e HEPATITES): Atenção básica. No caso de gestantes, deverão ser acompanhadas por um gineco-obstetra. Doenças exantemáticas: Atenção básica ou acompanhamento no ambulatório de pediatria.

5.8 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM NEUROLOGISTA

Motivos para o encaminhamento:

- Cefaléia persistente
- Epilepsia, desmaios, convulsões de início recente (menos de 30 dias)
- Neurocisticercose
- Síndrome do túnel do carpo
- Hidrocefalia , Mielomeningocele e Crânioestenose
- Seqüela de AVC recente (menos de 60 dias)

- Distúrbio de Aprendizagem e Retardo Psicomotor

a) Cefaléia

Cefaléia de difícil controle (sem melhora com analgésicos comuns) associada a distúrbio do comportamento, convulsões, piora progressiva ou instalação súbita e constante devem sempre ser encaminhadas ao neurologista. Encaminhar com história sucinta informando localização, característica, evolução e patologias associadas

Exames complementares necessários: Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como, radiografias (crânio, seios da face) e outros.

Exame físico: relatar achados importantes e informar pressão arterial. Caso seja realizado fundo de olho e encontrar papiledema, encaminhar para avaliação neurocirúrgica de urgência.

Prioridade para regulação: não há.

Critério: P2.

Contra referência: retorno à UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.

b) Epilepsia ou convulsão de início recente (menos de 30 dias)

Relato sucinto da história informando características, evolução, doenças associadas (em especial diabetes) e possível hipoglicemia. Afastar distúrbios metabólicos.

Exames complementares necessários: Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como, radiografias (crânio, seios da face) e outros.

Exame físico: relatar achados importantes.

Prioridade para regulação: Pacientes com mais de uma crise em menos de 24h sem medicação devem ser encaminhados para o Hospital de Emergência e não para o ambulatório.

Critério: P0.

Contra referência: permanecer no nível secundário, mas com acompanhamento mais freqüente na UBS com o relatório do especialista.

Obs.: Nos casos de convulsão febril em crianças, deve-se tratar o quadro de base (infecção) e depois encaminhar ao neurologista. Após avaliação pelo neurologista e confirmado o diagnóstico de epilepsia, o retorno ao especialista deve ocorrer a cada seis meses. Caso a medicação termine antes do retorno do especialista e estando o paciente sobre o controle, a prescrição deverá ser mantida pelo médico da UBS até o retorno ao neurologista. Para tanto na receita deve constar sua validade de acordo com a data de retorno ao especialista e estar preenchido o relatório de contra-referência.

c) Neurocisticercose

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: EEG e TC de crânio.

Exame clínico: Casos com sintomatologia focal ou meningítica. Crises convulsivas.

Prioridade para a regulação: Casos em tratamento e descompensados.

Critério: P1.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

d) Síndrome do túnel do carpo

Encaminhar casos cirúrgicos: ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo /ou motor progressivos.

Exames complementares necessários: Não há.

Exame clínico: Queixa de dormência, formigamento e/ou dor nas mãos (território do nervo mediano), podendo haver irradiação para punho e antebraço. Sintomas exacerbados por movimentos repetidos das mãos (prensão) e/ou punho(flexão /

extensão). Piora noturna. Queixa de fraqueza na preensão, provocando queda de objetos das mãos.

Prioridade para a regulação: Casos em tratamento e descompensados.

Critério: P1.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

e) Hidrocefalia

Encaminhar todos os casos com suspeita diagnóstica.

Exames complementares necessários: TC de crânio.

Exame clínico: As manifestações clínicas da hidrocefalia infantil vão depender de vários fatores, tais como idade do paciente, grau de fechamento das suturas cranianas e velocidade de progressão da pressão intracraniana. No lactente, o mais notável é o aumento do tamanho da cabeça em proporções muitas vezes grave.

Prioridade para a regulação: Casos em tratamento e descompensados.

Critério: P1.

Contra referência: Permanece no nível secundário.

f) Seqüela de AVC (menos de 60 dias)

A prescrição e o acompanhamento de reabilitação fisioterápica devem ser feitos pelo neurologista. Mesmo a avaliação de déficit motores de seqüelas de AVC ou trauma para fins de obtenção de benefícios ou passe livre deve ser feita pelo neurologista.

5.9 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM OFTALMOLOGISTA

Motivos para o encaminhamento:

- Déficit Visual.
- Cefaléia.
- Retinopatia Diabética / Hipertensiva.
- Inflamação Ocular.
- Catarata.
- Glaucoma.
- Estrabismo infantil.

a) Déficit Visual

Encaminhar os pacientes com relato de: déficit visual ou queixas oculares (prurido, lacrimejamento, etc). Encaminhar com história sucinta, citando presença de outras patologias (diabetes e hipertensão, por exemplo).

Exame físico: citar os achados significativos.

Prioridade para regulação: Priorizar pacientes entre 0 a 9 anos e com mais de 40 anos para consultas de 1^a. Vez.

Critério: P2.

Contra referência: retorno a UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.

b) Cefaléia

Encaminhar os pacientes com cefaléia persistente, após período escolar ou após esforços visuais, sem outras causas aparentes (ex: sinusite, inflamações dentárias e enxaquecas). Obs.: Cefaléia matinal ou no meio da noite não está relacionada a problemas oculares. Pacientes com queixas agudas, de forte intensidade com sintomas associados, deverão ser sempre encaminhados às urgências clínicas para avaliação inicial.

Exame físico: aferição da Pressão Arterial.

Prioridade para regulação: Priorizar pacientes entre 0 a 7 anos e com mais de 40 anos para consultas de 1^a vez.

Critério: P2.

Contra referência: dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

c) Pacientes com Diabetes/Hipertensão

Descrever história clínica, tempo de evolução e complicações.

Exame físico: relatar os achados importantes. Informar o valor da pressão arterial.

Exames complementares: Diabetes: glicemia, triglicerídeos e colesterol (até 30 dias). Para Diabetes e Hipertensão, o paciente deve levar ao especialista os exames e relatórios oftalmológicos prévios.

Prioridade para regulação: paciente diabético juvenil e outros com doença acima de 3 anos de duração.

Critério: P2.

Contra referência: dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

d) Inflamação Ocular

Encaminhar os pacientes com relato de ardor ou dor, secreção, hiperemia ocular, diplopia.

Exame físico: citar os achados significativos.

Prioridade para regulação: pacientes com dor e maior tempo de evolução.

Critério: P1.

Contra referência: dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

e) Catarata

Encaminhar os pacientes com faixa etária > 50 anos com queixa de baixa progressiva da visão, vista enevoada, embaçada, com piora da acuidade para longe e melhora para perto. Também estão incluídos cataratas traumáticas e de origem metabólica e leucocoria (pupila esbranquiçada), independente da idade.

Exame físico: citar os achados significativos e relatar a presença ou não de leucocoria.

Prioridade para regulação: paciente de olho único, com insucesso no uso de lentes corretivas.

Critério: P2.

Contra referência: dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

f) Glaucoma

Encaminhar os pacientes com história familiar de glaucoma.

Exame físico: citar os achados significativos.

Prioridade para regulação: pacientes com história familiar, mesmo que assintomático, acima de 35 anos.

Critério: P2.

Contra referência: dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

g) Estrabismo

Encaminhar pacientes com desvio ocular e compensação do estrabismo pela posição de cabeça (diagnóstico diferencial do torcicolo congênito).

Exame físico: citar os achados significativos.

Prioridade para regulação: menores de 7 anos.

Critério: P2.

Contra referência: dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

5.10 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM ORTOPEDISTA

Motivos para o encaminhamento:

- Dores nas costas: cervicalgia, lombalgia.
- Deformidades: MMII, escoliose e cifose.
- Dor localizada a esclarecer: articular, tendinites.
- Seqüelas de fraturas.

a) Dores nas Costas: Cervicalgia, Lombalgia

Encaminhar os pacientes com queixas freqüentes e persistentes, que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.

Exames complementares necessários: Raio x da área afetada em duas incidências.

Exame físico: citar os achados significativos.

Prioridade para regulação: pacientes com queixas crônicas.

Critério: P2

Contra- referência – permanecer no nível secundário.

b) Deformidades (MMII, Cifose e Escoliose)

Os casos de deformidades em crianças devem ser encaminhados ao especialista a partir de 6 meses de vida. A deformidade em progressão deve ser acompanhada pelo ortopedista. Os casos de “pé torto” ou “pé plano rígido” deverão ser encaminhados para diagnóstico.

Exames complementares necessários: RX da área afetada.

Exame físico: descrever os achados importantes.

Prioridade para regulação: prioridade para RN.

Critério: P2.

Contra- referência – permanecer no nível secundário.

c) Dor Localizada a Esclarecer (Articular, Tendinites)

Encaminhar os pacientes com queixas freqüentes e persistentes, que não melhoram após tratamento inicial, descrever presença ou não de dor ou limitação a movimentação.

Exames complementares necessários: Rx da área afetada.

Exame físico: descrever a localização, presença ou não de dor ou limitação a movimentação.

Prioridade para regulação: limitação funcional.

Critério: P2.

d) Seqüela de fratura

Descrever queixas, localização, duração, evolução, dor e limitação a movimentação. Relatar freqüência e intensidade das crises.

Exames complementares necessários: Rx da área afetada.

Exame clínico: na dor articular, algias ósseas, calcaneodinias, artrose de joelhos: descrever a localização, presença de restrição ou dor a movimentação e presença de sinais flogístico.

Encaminhar com RX da articulação acometida em duas incidências.

Prioridade para regulação: pacientes com seqüelas mais recentes.

Critério: P2.

Contra referência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

5.11 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM REUMATOLOGISTA

Principais motivos para encaminhamento

- Deformidades das articulações
- Nódulos reumatóides
- Rigidez matinal.
- Dor óssea, fraturas, deformidades esqueléticas.
- Tenossinovite,dor, rigidez matinal
- Lombalgia de ritmo inflamatório
- Dor difusa e crônica
- Sensação de rigidez e edema
- Suspeita de doenças reumáticas auto-imunes.

Exames complementares necessários: RX das articulações, exames laboratoriais (fator reumatóide, provas reumáticas, PC reativa, ASLO,VHS)

Exame Físico: Citar achados significativos

Prioridade para a regulação: Pacientes com queixas crônicas

Critério :P2

Contra referência: permanecer no nível secundário

5.12 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM OTORRINOLARINGOLOGISTA

Principais motivos para encaminhamento

- Amigdalite crônica hipertrófica
- Blastomas nasais e paranasais
- Hipertrofia das adenóides
- Laringite crônica
- Otomastoidite crônica
- Sinusites crônicas

a) Amigdalite crônica hipertrófica

Encaminhar todos os casos cirúrgicos.

Exames complementares necessários: Não há.

Exame físico: distúrbios mecânicos com maior ou menor freqüência de surtos de anginas febris.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P2

Conta referência - Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referencia.

b) Blastomas nasais e paranasais

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: RX simples dos seios paranasais (incidências: mento-naso; fronto-naso; submentovertex e perfil).

Exame físico: Obstrução nasal, episódios de sangramento nasal, rinorréia purulenta, cefaléia frontal e/ou em projeção de outras cavidades paranasais, diplopia e exoftalmia.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P0

Contra referência - Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

c) Hipertrofia das adenóide

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: Radiografia de perfil da nasofaringe (boca aberta e fechada).

Exame físico: A criança dorme de boca aberta, baba no travesseiro, ronca e tem crises de apnéia noturna.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P1.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

d) Laringite crônica

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: Não há.

Exame físico: Rouquidão permanente em maior ou menor intensidade, com expectoração mucocatarral sobretudo pela manhã.

Prioridade para a regulação: Casos tratados clinicamente e descompensados.

Critério: P1.

Contra referência - Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

OBS: Toda rouquidão com tempo de evolução maior ou igual a 2 semanas deve ser encaminhada ao otorrinolaringologista.

e) Otomastoidite crônica

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: TC dos ossos temporais (cortes axiais e coronais).

Exame físico: Otorréia drenando pelo conduto auditivo externo de caráter contínuo ou intermitente. Hipoacusia até surdez.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P1.

Contra referência - Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

f) Sinusites crônicas

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: RX simples dos seios paranasais (incidências: mento-naso ou de Waters, fronto-naso ou de Caledwell; submentovértece ou posição axial de Hirtz e perfil).

Exame físico: Paciente apresenta dor ao nível das cavidades afetadas e eliminação pelo vestíbulo nasal ou pela rinofaringe, de exsudato oriundos do interior dos seios afetados.

Prioridade para a regulação: casos tratados e descompensados.

Critério: P2.

Contra referência: Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

5.13 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ENCAMINHAMENTO PARA PEDIATRA

Motivos para encaminhamento:

- Filhos de mães de raça negra e indígenas;

- Filhos de mães com menos de 15 anos ou mais de 40 anos;
- Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudos;
- Filhos de mães com menos de 20 anos com um filho morto anteriormente;
- Filhos de mães com menos de 20 anos ou mais de 3 partos;
- Filhos de mães que morreram no parto/puerpério.
- Prematuridade; Asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida);
- Baixo peso ao nascer;
- Desnutrição grave: Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- Presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, AIDS);
- Més formações congênitas/ Cromossomopatias/ Doenças genéticas
- Triagem neonatal positiva
- Obesidade
- Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor
- Intercorrências repetidas com repercussão clínica

Exame físico: história clínica, sinais e sintomas; tratamentos em uso ou já realizados;

Critério: P1

Contra referência - Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

5.14 HEMATOLOGIA (INFANTIL)

Motivos para Encaminhamento

- Anemias por baixa produção
- Anemias Hemolíticas
- Plaquetopenias
- Leucopenias
- Trombocitoses

a) Anemias por Baixa Produção

Encaminhar pacientes com anemias megaloblásticas e anemias aplásicas.

Exames complementares necessários – Hemograma, ácido fólico e vitamina B12.

Exame físico – palidez cutânea e astenia.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

Contra referência - Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

b) Anemias Hemolíticas

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários – Hemograma, BTF, eletroforese de Hb, curva de fragilidade osmótica, G6PD, coombs direto e indireto

Exame físico – palidez cutânea, icterícia em esclera, esplenomegalia ou colistopatia, dores ósseas importantes, priapismo.

Prioridade para a regulação – encaminhar casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

Contra referência - Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

c) Plaquetopenias

Encaminhar casos com intensa plaquetopenia.

Exames complementares necessários – Hemograma.

Exame físico – petequias, equimoses e hematomas.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

d) Leucopenias

Encaminhar casos graves (neutrófilos < 500/mm³).

Exames complementares necessários – Hemograma, ácido fólico, vitamina B12, imunoglobulinas séricas, dosagem de anticorpos anti-necrofílicos.

Exame físico – Assintomático e dependendo da causa.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

Contra referência - Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

e) Trombocitoses

Encaminhar os seguintes casos: aumento significativo de plaquetas (acima de 900.000/mm³).

Exames complementares necessários – Hemograma.

Exame físico – hematomas, equimoses.

Prioridade para a regulação – casos tratados e descompensados.

Critério - P1

Contra referência - Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

5.15 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ENCAMINHAMENTO PARA NEFROLOGIA

Motivos para encaminhamento:

- Doença renal crônica
- Infecção urinária recorrente
- Litíase renal
- Hipertensão arterial sistêmica resistente
- Cistos/doença policística renal
- Hematuria

a) Doença renal crônica

- Taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min./1,73m² (Estágio 4 e 5); ou
- Taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min./1,73m² (Estágio 3, 4 e 5) com complicações associadas a doença renal crônica (anemia ferropriva refratária e não atribuível a outra etiologia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, elevação persistente de PTH, hipertensão resistente, entre outros); ou
- Perda rápida da função renal
- Proteinúria1;
- Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários);
- Alterações anatômicas (como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal) que provoquem lesão ou perda de função renal

Exames complementares necessários: Creatinina sérica, microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, Urina Tipo 1, ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;

Exame físico: cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;

Critério: P1

b) Infecção Urinária Recorrente

Motivos para Encaminhamento:

ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano) mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.

Exames complementares necessários: Creatinina sérica, Urina Tipo 1, ecografia de vias urinárias.

Exame físico: número de infecções urinárias nos últimos 12 meses; cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular; profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita (medicamento, dose e posologia); em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino;

Critério: P1

c) Litíase renal

Motivos para Encaminhamento: nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS; ou impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos recorrentes com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

Exames complementares necessários: Creatinina sérica, resultado de tomografia de abdômen sem contraste ou ecografia urinária ou raio X.

Exame físico: sinais e sintomas; tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;

Critério: P1

d) Hipertensão Arterial Sistêmica Resistente

Motivos para Encaminhamento: DRC e hipertensão resistente (falta de controle da pressão com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão); ou hipertensão secundária à provável doença renovascular ou doença do parênquima renal

Exames complementares necessários: Creatinina sérica, Urina Tipo 1, tomografia de abdômen sem contraste ou ecografia urinária.

Exame físico: sinais e sintomas; medicações em uso, com dose e posologia; duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes; alterações em exames laboratoriais ou de imagem avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);

Critério: P1

e) Cistos/doença policística renal

Motivos para Encaminhamento: suspeita de doença policística renal

Exames complementares necessários: Creatinina sérica, Urina Tipo 1, tomografia de abdômen sem contraste ou ecografia urinária.

Exame físico: sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outros achados relevantes); cor da pele (preta ou não), para cálculo da Taxa de Filtração Glomerular; presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não) e grau de parentesco;

Critério: P1

f) Hematúria

Motivos para Encaminhamento: hematúria macroscópica, sem coágulos, sugestiva de doença glomerular; ou hematúria microscópica persistente sugestiva de doença glomerular (confirma em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas positiva).

Exames complementares necessários: Creatinina sérica, Urina Tipo 1, microalbuminúria em amostra (ou albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria), pesquisa de hemácias dismórficas.

Exame físico: resultado de exames, cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada.

Critério: P1

5.16 NEFROLOGIA (INFANTIL)

Motivos para Encaminhamento

- Infecção do Trato Urinário recorrente
- Hipertensão Arterial na Infância
- Hematúrias
- Glomerulonefrite Difusa Aguda Pós-Estreptocócica
- Síndrome Nefrótica

a) Infecção do Trato Urinário

Encaminhar casos de infecções urinárias de repetição.

Exames complementares necessários – Urina I, urocultura, bacterioscopia e USG renal.

Exame físico – Febre, perda ponderal, irritabilidade, vômito, alteração do hábito urinário (disúria, enurese, polaciúria, tenesmo urinário), sinal de Giordano.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

b) Hipertensão Arterial na Infância

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários – Hemograma, urina I, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, perfil lipídico, USG renal, ecocardiograma. Se necessário, dosagem de renina, aldosterona, catecolaminas em urina de 24 horas, esteróides séricos e urinários.

Exame físico – assintomático.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P0.

c) Hematúrias

Encaminhar casos com hematúrias recorrentes ou persistentes

Exames complementares necessários – Urina I, urocultura, hemograma, uréia, creatinina, complemento sérico, urina de 24 horas (proteína, ácido úrico, cálcio), USG. **Exame físico** – Dependerá da causa.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados, **Critério - P1.**

d) Glomerulonefrite Difusa Aguda Pós-Estreptocócica

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários – Urina I, complemento sérico, uréia e creatinina.

Exame físico – Os sintomas seguem-se a infecção estreptocócica (seja de vias aéreas superiores ou pele). Após 14 a 21 dias, surgem as principais características: edema, HAS e hematúria.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

e) Síndrome Nefrótica

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários – Urina I, proteinúria de 24 horas, PTF, colesterol total e frações, uréia, creatinina, cálcio, hemograma.

Exame físico – Edema intenso e depressível, podendo evoluir para anasarca.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

5.17 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ENCAMINHAMENTO PARA ENDOCRINOLOGIA

Motivos para encaminhamento

- Casos suspeitos de patologia de: tireóide
- Diabetes tipo 2
- Dislipidemias
- Obesidade com comorbidade
- Casos suspeitos de neoplasias, Cushing Addison, alterações da paratireóide hiperandrogenismo e hiperaldosteronismo

a) Casos suspeitos de patologia de Tireóide

HDA – Letargia, ressecamento da pele, queda de cabelos, obstipação intestinal, aumento do peso corporal, hipertensão diastólica ou nervosismo, irritabilidade, sudorese excessiva, diarréia, perda de peso, taquicardia, hipertensão sistólica, fibrilação atrial, mixedema, exoftalmia.

Exames complementares necessários – TSH, T4 livre

Exame físico – citar os achados significativos

Prioridade para regulação – Casos de difícil controle

Critério – P1

Contra referência – dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

b) Diabetes tipo 2

HDA – Casos tratados e não responsivos a terapêutica combinada com glicemia pré-prandial acima de 140-160 mg/dl, hemoglobina glicada aumentada

comorbidades – cardiopatia, neuropatia, nefropatia, retinopatia, dislipidemia e hipertensão arterial

Exames complementares necessários – hemograma, glicemia de jejum (duas determinações no intervalo de 2 a 3 semanas), uréia, creatinina, urina I, teste de tolerância à glicose, hemoglobina glicada, microalbuminúria, anti-GAD, peptídeos C, insulina, mapeamento de retina e fundo de olho.

Exame físico – citar os achados significativos

Prioridade para a regulação – IMC > 25, dislipidemia, hipertensão arterial

Critério – P1

Contra referência – dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

c) Dislipidemias

HDA - Casos não responsivos a terapêutica (colesterol total>240 – triglicérides>200)

Exames complementares necessários – Glicemia, TSH, T4 livre, colesterol total e frações triglicérides, TGO, TGP, Bilirrubina total e frações, uréia e creatinina.

Exame físico – citar os achados significativos

Prioridades para a regulação - Casos não responsivos a terapêutica (colesterol total > 240 – triglicérides > 200)

Critério – P1

Contra referência – dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra referência.

d) Obesidade com comorbidade

HDA – IMC > 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apnéia do sono, osteoartrose, casos descompensados)

Exames complementares necessários – não há

Exame físico – Citar os achados significativos

Prioridade para a regulação - IMC > 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados)

Critério - P2

Contra referência – permanecer no nível secundário

Obs.: Não encaminhar pacientes com obesidade sem alterações hormonais.

e) Casos suspeitos de: neoplasias, Cushing, Addison, alterações da paratireóide, hiperandrogenismo e hiperaldosteronismo

HDA – História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa, doenças associadas, exame físico. Relatar achados importantes.

Exames complementares necessários para suspeitas de:

Cushing- Glicemia, hemograma, Na, K plasmáticos, cortisol sérico e urinário, ACTH, Rx de crânio, tomografia de tórax e abdômen

Addison – Na, K, Glicemia, Cortisol sérico e urinário, resposta do cortisol após administração de ACTH e aldosterona.

hiperandrogenismo- testosterona, FSH, LH, K urinário, 17OH progesterona, prolactina, DHEA, SDHEA, Androstenediona, cortisol plasmático, tomografia, USG.

Hiperaldosteronismo – Aldosterona sérica, excreção urinária de potássio, Na, K, tomografia, relação aldo/APR (atividade plasmática de renina)

Neoplasias hipofisários – Prolactina, cortisol sérico ou urinário, IgF1, ACTH, TSH, T4 livre, FSH, LH.

Exame físico – Citar achados significativos

Prioridade para a regulação – todos os casos

Critério - P1

Contra referência – Permanecer no nível secundário

5.18 ENDOCRINOLOGIA (INFANTIL)

Motivos para Encaminhamento:

- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo Congênito (HC)
- Hipotiroidismo Adquirido
- Diabetes Mellitus Tipo 1
- Obesidade
- Dislipidemia
- Baixa Estatura
- Alta Estatura
- Distúrbios da Puberdade
- Ginecomastia
- Telarca Precoce
- Adrenarca Precoce
- Malformações Genitais

a) Hipertiroidismo

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários – TSH, T4 livre, anticorpos anti-peroxidase (ATPO), antitireoglobulina (ATTG), USG de tireóide.

Exame físico – Exoftalmo, bório e hipertiroidismo laboratorial.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

b) Hipotiroidismo Congênito (HC)

Encaminhar pacientes com TSH e T4 livre alterados.

Exames complementares necessários – TSH, T4 livre, ATPO, ATTG, USG de tireóide

Exame físico – Peso ao nascer maior que 4000g, icterícia prolongada ao RN termo, constipação intestinal, temperatura retal menor que 35, pele fria e seca, hipotonia, sonolência, episódios de cianose, infecções de repetição, refluxo gastroesofágico, macroglossia, choro rouco, dificuldade pra mamar, etc.

Prioridade para a regulação – Exames alterados.

Critério - P1.

c) **Hipotiroidismo Adquirido**

Encaminhar pacientes com TSH e T4 livre alterados.

Exames complementares necessários – TSH, T4 livre, ATPO, ATTG, USG de tireóide.

Exame físico – Bócio, diminuição da velocidade de crescimento, atraso da idade óssea, normalmente assintomáticos ou pouco sintomáticos.

Prioridade para a regulação – Pacientes com TSH maior ou igual a 10UI/ml.

Critério - P1.

d) **Diabetes Mellitus tipo 1**

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários – glicemia de jejum, hemoglobina glicada, anticorpo anti GAD, anti insulina, peptídeo C.

Exame físico – Polifagia, poliúria, polidipsia, emagrecimento.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

e) **Obesidade**

Encaminhar pacientes com obesidade com resistência insulínica ou dislipidemia.

Exames complementares necessários – Glicemia de jejum, TSH, T4 livre, colesterol total e frações, triglicérides, insulina, teste oral de tolerância a glicose.

Exame físico – Obesidade.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1

f) **Dislipidemia**

Encaminhar casos não responsivos ao controle alimentar e atividade física.

Exames complementares necessários – Perfil lipídico.

Exame físico – Em geral assintomáticos.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

g) **Baixa Estatura**

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários – Hemograma, glicemia, Na, K, PTF, urina I, PPF, T4 livre, TSH, IgFI, IgFBP3, GH,LH,FSH, testosterona ou estradiol.

Exame físico – Velocidade de crescimento baixa (menor que 4-6 cm/ano nos pré-puberes). A estatura em vigilância (percentil 2,5 < estatura < 10) pode ser acompanhada pelo pediatra, se mantiver bom ritmo de crescimento. Criança crescendo fora do percentil dos pais-canal familiar (importante avaliar estatura dos pais, já que os filhos seguirão este padrão).

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

h) **Alta Estatura**

Encaminhar todos os casos com patologia de base.

Exames complementares necessários – Hemograma, glicemia, creatinina, Na, K, PTF, urina I, PPF, T4 livre, TSH, IgFI, IgFBP3, GH, LH, FSH, testosterona ou estradiol. Se necessário cariótipo, anticorpo antiendonorisco, anti-gladina.

Exame físico – Alta estatura.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

i) Distúrbios da Puberdade

Encaminhar crianças que preencham os critérios diagnósticos.

Exames complementares necessários – RX de idade óssea, USG de pelve, citologia hormonal vaginal

Exame físico – Aparecimento de sinais puberais, < 8 anos nas meninas e < 9 anos nos meninos. Avanço de idade óssea > 2 anos em relação a idade cronológica. Velocidade de crescimento > 4-6 cm/ano. Avanço rápido e progressivo dos caracteres sexuais. Prognostico de estatura fora do canal de seus pais. Questões psicológicas.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

j) Ginecomastia

Encaminhar casos cirúrgicos.

Exames complementares necessários – Testosterona total e livre, estradiol, LH/FSH, prolactina, TSH e T4 livre.

Exame físico – Desenvolvimento excessivo das mamas no homem.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

k) Telarca Precoce

Encaminhar pacientes menores de 2 anos com exames alterados e sem sinais de regressão e meninas entre 6 -8 anos de idade cronológica

Exames complementares necessários – RX de idade óssea, LH, FSH, prolactina, USG de pelve, citologia hormonal vaginal.

Exame físico – Aparecimento de mamas antes dos 8 anos, idade óssea compatível com cronológica

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

l) Adrenarca Precoce

Encaminhar meninas < 8 anos e meninos > 9 anos com sintomas característicos.

Exames complementares necessários – RX de idade óssea, DHEA, S-DHEA, 17 OH, progesterona, androstenediona, testosterona total e livre, USG de abdomen.

Exame físico – Aparecimento de pelos pubianos, axilares ou ambos, sem outros sinais de desenvolvimento de puberdade.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

m) Malformações Genitais

Encaminhar os seguintes casos: criotorquidíia, micro pênis e hipospádia.

Exames complementares necessários – USG.

Exame físico – Criotorquidíia: ausência dos testículos na bolsa testicular. Micro pênis: pênis <percentil 2,5 curva sexo e idade. Hipospádia: meato uretral fora de sua posição tópica.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1.

5.19 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM PNEUMOLOGISTA:

Principais motivos para o encaminhamento:

- Dor torácica
- Asma
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- Nódulo pulmonar
- Pneumonia Adquirida na Comunidade
- Tosse
- Tuberculose Pulmonar
- Dispneia

a) Dor Torácica

Encaminhar com relato de sintomas e sinais significativos.

Exames complementares necessários: RX de Tórax (PA e perfil).

Exame físico: descrever ausculta cardiopulmonar e características da dor.

Prioridade para a regulação: Complicações ou risco de vida.

Critério: P1.

b) Asma

Encaminhar os casos de asma persistente moderada e/ou acentuada ou grave.

Exames complementares necessários: RX de tórax (afastar outras doenças).

Exame físico: Citar achados significativos.

Prioridade para a regulação: Asma grave.

Critério: P1.

c) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

Encaminhar pacientes com dispneia de esforço, tosse produtiva, DPOC estágios 3 e

4. **Exames complementares necessários:** Rx de tórax (afastar outras doenças),

hemograma completo (aumento de hematócrito/ hemoglobina/leucocitose). **Exame físico:** Citar achados significativos.

Prioridade para regulação: doença descompensada com hipoxemia e insuficiência respiratória aguda.

Critério: P1.

d) Nódulo pulmonar

Encaminhar os pacientes com os seguintes sinais e sintomas:

- Rx de tórax recente alterado ou suspeito;
- Tomografia de tórax alterado ou suspeito;
- Casos indeterminados mesmo com exames complementares;
- Nódulos alterados em segmento radiológico ou RX prévio;
- Nódulos espiculados, irregulares e/ou suspeitos.

Exames complementares necessários: RX de tórax recente e tomografia de tórax em casos indeterminados.

Exame físico: Citar os achados significativos.

Prioridade para regulação: Nódulo alterado em comparação a RX prévio ou tomografia de tórax e/ou biópsia pulmonar alterada.

Critério: P0.

e) Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC)

Encaminhar os pacientes com os seguintes sinais e sintomas:

- Pneumonia arrastada, com possibilidade de outros diagnósticos;
- Suspeita de neoplasia, obstrução brônquica, corpo estranho;
- Empiema pleural, infecção multirresistente a antibióticos;

- Pneumonia com hipoxemia, insuficiência respiratória.

Exames complementares necessários: Rx de tórax, hemograma completo, glicemias, pesquisa de BK no escarro em casos suspeitos.

Exame físico: Citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e não compensados.

Critério: P1.

f) Tosse

Encaminhar os pacientes com queixas freqüentes e persistentes de tosse crônica (duração maior que 8 semanas).

Exames complementares necessários: RX de tórax, RX de seios da face ou tomografia de seios da face e tomografia de tórax.

Exame físico: Citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação: Paciente tratado e descompensado com evolução desfavorável.

Critério: P2.

g) Tuberculose pulmonar

As situações abaixo orientam quanto ao encaminhamento dos portadores de tuberculose da UBS para o especialista:

- Quando houver antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda ou crônica; -quando houver antecedentes ou evidências clínicas de nefropatia aguda ou crônica; -qualquer intercorrência clínica não controlada na UBS;
- Falência de esquema por resistência bacteriana; se o paciente for portador de HIV/AIDS; -casos de tuberculose extra-pulmonar.
- Fazer relatório detalhado, descrevendo o caso clínico, tratamentos instituídos e causa de necessidade de referenciamento.

Exames complementares necessários: Raio x de tórax e baciloskopias realizadas.

Prioridade para regulação: pacientes descompensados.

Critério: P1, sendo P0 para casos graves com insuficiência hepática ou renal.

h) Dispnéia a esclarecer

Encaminhar casos de dispnéia a esclarecer.

Exames complementares necessários: Raio X de tórax e ECG.

Critério: P1.

5.20 PNEUMOLOGIA (INFANTIL)

Motivos para Encaminhamento:

- Asma Brônquica
- Bronquiolite
- Síndrome do Lactente com Sibilância (Bebê Chiador)
- Refluxo Gastro Esofágico
- Infecções de Repetição de Vias Aéreas Inferiores Pneumonias de Repetição
- Pneumonia Crônica
- Tosse Crônica

a) Asma Brônquica

Encaminhar casos de asma moderada e intensa.

Exames complementares necessários – RX de tórax, RX de seios da face, hemograma. **Exame físico** – Manifesta-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância dispnéia, aperto no peito e tosse

Prioridade para a regulação – todos os casos.

Critério - P0**b) Bronquiolite**

Encaminhar casos moderados e intensos de asma.

Exames complementares necessários – RX de tórax.

Exame físico – Contato com adulto ou criança com o vírus (vírus sincicial respiratório ou parainfluenza, adenovírus ou rinovírus). Período de incubação 4 – 5 dias. Início dos sintomas da gripe: coriza e certo grau de anorexia evoluindo com febrícula, palidez, discreta dispneia de esforço evoluindo com agitação, irritação, choro intenso, taquicardia, ruídos respiratórios audíveis.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados

Critério - P1**c) A Síndrome do Lactente com Sibilância (Bebê Chiador)**

HDA – Encaminhar bebe chiador com clínica de atopia e com sintomatologia específica.

Exames complementares necessários – RX de tórax PA e P, hemograma, VHS

Exame físico – Sibilância. Nos primeiros anos de vida nos lactentes sem doença de base, a sibilância é uma condição transitória e não tem risco de desenvolver asma. Porém em torno de 10 – 15% pela predisposição genética, os episódios de sibilância são sintomas de asma

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados

Critério - P1**d) Refluxo Gastro Esofágico**

Encaminhar os casos em que os sintomas e sinais sejam significativos

Exames complementares necessários – RX de esôfago, estômago e duodeno, endoscopia digestiva alta.

Exame físico – Digestivas: vômitos habituais, regurgitações freqüentes, ruminção, hipersalivação, dor retro esternal, pirose ou azia, halitose, choro exagerado em lactentes, soluços com excesso, hematêmese, anemia, distúrbio do sono, postura anormal de cabeça e pescoço, engasgos, disfasia e odinofagia.

Respiratórias e Otolaringológicas: Síndrome asmatiforme, pneumonia de repetição, fibrose pulmonar, abscesso, bronquiectasia, hemoptise, estridor recorrente, rouquidão, pigarro, globus pharyngeus, otite recorrente, rinite crônica, tosse crônica, tosse ou cianose durante a alimentação, neoplasias benignas e malignas do trato aerodigestivo. Outros: anorexia, baixo ganho ponderal, apnéia do sono, síndrome da morte súbita.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1**e) Infecções de Repetição de Vias Aéreas Inferiores Pneumonias de Repetição**

Encaminhar casos com sinais e sintomas significativos.

Exames complementares necessários – hemograma, VHS, RX de tórax.

Exame físico – Mal estado geral, febre tosse, hiperpnéia. **Prioridade para a regulação –** Casos tratados e descompensados **Critério - P0**

f) Pneumonia Crônica

Encaminhar pacientes com sintomas e sinais significativos (tempo de duração da doença de pelo menos 6 semanas).

Exames complementares necessários – hemograma, VHS, RX de tórax.

Exame físico – Mal estar geral, febre, tosse, hiperpnéia **Prioridade para a regulação –** Casos tratados e descompensados

Critério - P0**g) Tosse Crônica**

Encaminhar pacientes com tosse crônica/persistente (> 3 semanas).

Exames complementares necessários – hemograma, VHS, RX de tórax.

Exame físico – Mal estar geral, febre, tosse, hiperpnéia.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

Critério - P1

5.21 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ENCAMINHAMENTO AO UROLOGISTA

Motivos principais para encaminhamento:

- Litíase renal
- Obstrução do trato urinário
- Hematúria a esclarecer
- Neoplasias de bexiga
- Neoplasias de rins
- Hiperplasia e neoplasia da próstata
- Uretrite
- Epididimite
- Prostatite
- Hidrocele
- Varicocele
- Fimose
- Condiloma Peniano
- Consulta urológica preventiva na infância, adolescência e idade adulta
- Consulta urológica anual após 45 anos com objetivo de detecção precoce do câncer de próstata

OBS: Em geral, as disfunções urológicas diagnosticadas na UBS deverão ser encaminhadas, recebendo critério P0 de prioridade. As investigações de patologias no trato urinário (adrenal, rins, ureteres, bexiga, uretra, próstata) serão encaminhadas com critério P1, enquanto as consultas preventivas terão critério P3.

a) Litíase renal

Encaminhar todos os casos. Relatar a ocorrência de cólica nefrética, com irradiação para a virilha, às vezes com náuseas e vômitos. Hematúria, piúria e cristais em excesso na urina I.

Exames complementares necessários: Urina I, Rx simples de abdômen, USG de rins e vias urinárias, uréia, creatinina.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P0.

b) Obstrução do trato urinário

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: Urina I, uréia, creatinina, USG de rins e vias urinárias, tomografia, urografia excretora.

Exame físico: Citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados

Critério: P0.

c) Hematúria a esclarecer

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: Urina I, RX simples de abdômen, USG de rins e vias urinárias e exames hematológicos.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P0.

Contra referência: Depende do diagnóstico.

d) Neoplasias de bexiga

Encaminhar todos os casos, descrevendo os sintomas (presença de hematúria).

Exames complementares necessários: Urina I, USG de rins e vias urinárias.

Prioridade para a regulação: Todos os casos.

Critério: P0.

e) Neoplasias de rins

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: USG renal, TC de pelve e bexiga, urina I .

Exame físico: Hematúria, dor no flanco, emagrecimento, massa palpável no flanco (esta tríade só ocorre em 10% dos casos).

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P0.

f) Hiperplasia e neoplasia da próstata

Encaminhar todos os casos. Descrever a ocorrência de gotejamento pós-micccional, dificuldade para urinar, mictúria, incontinência urinária, hematúria.

Exames complementares necessários: USG, PSA, Urina.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P0.

Contra referência: Depende do diagnóstico.

g) Uretrite

Encaminhar casos de uretrite crônica. Relatar a ocorrência de secreção uretral, purulenta ou mucosa, disúria.

Exames complementares necessários: Bacterioscopia de secreção, urina I, cultura.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P0.

h) Epididimite

Encaminhar epididimite crônica.

Exames complementares necessários: Cultura de secreção uretral, bacterioscopia.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P0..

i) Prostatite

Encaminhar prostatite crônica.

Exames complementares necessários: Cultura de urina.

Exame físico: Disúria, dor após micção, dor para ejacular.

Prioridade para a regulação: Casos tratados s descompensados.

Critério: P0.

j) Hidrocele

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: USG, Hemograma, coagulograma.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P1.

k) Varicocele

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: Não há.

Exame físico: Citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P1.

I) Fimose

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: Hemograma e coagulograma.

Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.

Critério: P1.

m) Condiloma Peniano

Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários: Não há.

Exame físico: Citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação: Todos os casos.

Critério: P1.

n) Consulta urológica preventiva na infância, adolescência e idade adulta

O cuidado urológico começa com o nascimento, pois nesta ocasião deve-se estar atento à formação genital da criança e qualquer alteração poderá requerer a atuação do urologista (por exemplo, criptorquidia, hidrocele, hipospádia). Na adolescência, época de significativas mudanças no organismo masculino, é importante acompanhar essas transformações. Na idade adulta, a orientação do urologista poderá desfazer mitos e interrogações, inclusive evitando tratamentos e orientações amadoras que podem mais prejudicar do que ajudar. Na mulher adulta, é relevante o número de quadros de cistites recorrentes e pós coito.

o) Consulta urológica anual após 45 anos com objetivo de detecção precoce do câncer de próstata

É recomendável a prevenção do câncer de próstata nos homens acima de 45 anos. Em famílias onde existe a ocorrência do câncer de próstata, os homens devem começar essa avaliação anual aos 40 anos. A avaliação básica deve constar de dosagem de PSA e a avaliação digital da próstata (toque retal).

5.22	<u>PROTOCOLO</u>	<u>SUGERIDO</u>	<u>PARA</u>	<u>CONSULTA</u>	<u>COM</u>
<u>GASTROENTEROLOGISTA</u>					

Motivos Para Encaminhamento:

- Úlcera péptica
 - Gastrite atrófica diagnosticada
 - Pancreatite crônica
 - Cirrose hepática
 - Doenças do Refluxo Gastro Esofágico: Hérnia de hiato, Esofagite de refluxo, Esôfago de Barret.
 - Doenças Inflamatórias Intestinais: Colite ulcerativa, Doença de Crohn, e Síndrome de Cólon Irritável
 - Hepatites crônicas
- a) Úlcera Péptica**

HDA – Encaminhar os pacientes com gastrite não responsiva, história de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2x/semana por 4 semanas

Exames complementares necessários – Endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia, pesquisa de *H.pylori* (anticorpos séricos, teste de urease)

Exame físico – Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal

Prioridade para a regulação – Pacientes tratados e descompensados

Critério - P1

Contra referência - Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

b) Gastrite atrófica diagnosticada

HDA - Encaminhar paciente com gastrite não responsiva, história de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2x/semana por 4 semanas

Exames complementares necessários - Endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia, pesquisa de *H.pylori* (anticorpos séricos, teste de urease)

Exame físico - Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal

Prioridade para a regulação – Pacientes tratados e descompensados

Critério - P1

Contra referência - Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

c) Pancreatite Crônica

HDA – Encaminhar pacientes com casos de complicações

Exames complementares necessários – Amilase, lipase, BTF, Fosfata se alcalina, Teste de tolerância a glicose, glicemia, TGO, TGP, Gama GT, RX simples abdominal, USG abdominal e tomografia do órgão

Exame físico – Dor abdominal em barra, dispepsia e vômito

Prioridade para a regulação – Pacientes tratados e descompensados

Critério - P0

Contra referência - Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

d) Cirrose Hepática

HDA – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – Sorologia para hepatite, Ferri tina, anticorpos antimitocondriais, anti-músculo liso, anti-KLM, FAN, CEA, alfafetoproteína, USG de abdômen, tomografia computadorizada do órgão, biópsia hepática, hemograma, TGO, TGP, EDA, gama GT, BTF, amilase, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol, triglicérides e coagulograma

Exame físico – Estima-se que aproximadamente 40% dos pacientes com cirrose são assintomáticos. Uma vez que os sintomas se manifestam, no entanto, o prognóstico é severo. Os principais sintomas são anorexia, vômitos, fraqueza, icterícia, eritema palmar, ginecomastia, hepatoesplenomegalia, ascite, hemorragia digestiva, anemia, neuropatia periférica, hipertensão portal

Prioridade para a regulação – Todos os casos

Critério - P0

Contra referência – Permanecer no nível secundário

e) Doenças do Refluxo Gastro Esofágico: Hérnia de hiato, Esofagite de refluxo, Esôfago de Barret.

HDA – Encaminhar pacientes cirúrgicos sem complicações: pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico, inclusive aqueles com manifestações atípicas cujo refluxo foi devidamente comprovado.

Cirúrgico com complicações; esôfago de Barret, estenose, úlcera e sangramento esofágico.

Exames complementares necessários – Endoscopia, exame radiológico contrastado do esôfago, pH metria e manometria esofágica

Exame físico – A duração e freqüência dos sintomas são informações importantes que precisam ser sempre avaliadas e quantificadas.

Pacientes que apresentam sintomas com freqüência mínima de 2x por semana, a cerca de 4 a 8 semanas, devem ser considerados possíveis portadores de DRGE. Existe marcada correlação entre o tempo de duração dos sintomas e aumento do risco para o desenvolvimento do esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados

Critério - P1

Contra referência - Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

f) Doenças Inflamatórias Intestinais: Colite ulcerativa, Doença de Crohn, e Síndrome de Cólono Irritável

HDA – Encaminhar pacientes com perfuração de cólon, risco de evolução para neoplasia e casos cirúrgicos

Exames complementares necessários: Para colite ulcerativa: colonoscopia, enema opaco, VHS, PCR, alfa 1 glicoproteína ácida, perfil de ferro e ferritina.

Doença de Crohn: , colonoscopia, enema opaco Síndrome do cólon irritável-colonoscopia, enema opaco.

Exame físico: Colite ulcerativa: diarréia sanguinolenta, muco, febre, dor abdominal, tenesmo, perda de peso e anemia.

Doença de Crohn: dor abdominal, diarréia, febre, perda de peso. Pode evoluir com estenose ou fístulas intestinais e para outros órgãos. Abscessos.

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados

Critério - P1

g) Hepatites crônicas

Encaminhar todos os pacientes com casos de hepatite crônica

Exames complementares necessários: Hemograma, coagulograma, TGO, TGP, Gama GT, BTF

Hepatite A: anti-HAV IgM

Hepatite B: HbsAg, anti-HBc IgM, anti-HBe, anti-HBs

Hepatite C: anti-HCV, PCR para HCV no soro

Exame físico – mal-estar, náuseas, vômitos, diarréia, febre, colúria e acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa, artrite, glomerulonefrite, poliartrite nodosa.

Prioridade para a regulação – Hepatite crônica

Critério - P0

Contra referência – Permanecer no nível secundário

5.23 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM MASTOLOGISTA

Motivos para encaminhamento

- Câncer de mama (suspeito)
- Dor mamária
- Casos em que o médico discorda do laudo das imagens da mamografia e/ou casos que ache necessário (encaminhar com justificativa)

a) Câncer de mama (suspeito)

HDA – Encaminhar todos os casos suspeitos

Exames complementares necessários – Mamografia recente e se necessário USG de mama

Exame físico – Citar os achados significativos

Prioridade para a regulação – Todos os casos suspeitos

Critério - P0

Contra referência - Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

b) Dor mamária

HDA – Encaminhar pacientes com dor mamária severa que afeta sua qualidade de vida ou naquelas refratárias a orientação verbal

Exames complementares necessários – Mamografia recente e se necessário USG de mama

Exame físico – Dor que interfere nas atividades diárias e na qualidade de vida, com necessidade de uso freqüente de medicamentos

Prioridade para a regulação – Todas as pacientes com dor mamária severa que afeta sua qualidade de vida ou aquelas refratárias a orientação verbal

Critério - P0

Contra referência - Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

5.24 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM PSICÓLOGO/PSICOLOGIA CLÍNICA

Atua na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoal, utilizando enfoque preventivo ou curativo. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e intervenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas.

Modalidades de atendimento:

- **Atendimento Eletivo:** consiste no atendimento dos casos triados pelos profissionais da atenção básica como demandas psicológicas que necessitem de acompanhamento prolongado (**critério P2**).
- **Urgência Psicológica:** visa atender os casos identificados pelos profissionais da atenção básica como mais urgentes, como suspeita de ideação suicida e depressão severa (**critérios P0 e P1**).
- **Contra referência programada:** modalidade através da qual o especialista garante a co-responsabilidade pelos casos encaminhados pela atenção básica.

Motivos para o encaminhamento:

- Ideação suicida
- Episódios depressivos
- Transtornos do humor
- Transtornos da ansiedade
- Transtornos somatoformes
- Transtornos da personalidade

a) Ideação suicida (critério P0)

b) Episódios depressivos: o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. (**Critério : P1**)

c) Transtornos do humor: alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada). A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade e a maioria dos outros

sintomas é ou secundários a estas alterações do humor e da atividade, ou facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. **(Critério P2)**

d) Transtornos de ansiedade: representam desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos, das sensações e particularmente das relações com os outros em relação àquelas de um indivíduo médio de uma dada cultura. Freqüentemente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social. **(Critério P2)**

e) Transtornos somatoformes: presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral, porém não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por um outro transtorno mental. **(Critério P2)**

f) Transtornos da personalidade: a característica essencial é um padrão persistente de vivência íntima e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo e se manifesta em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle dos impulsos. **(Critério P2)**

5.25 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM NUTRICIONISTA

Principais motivos para encaminhamento:

Têm acesso à intervenção em nutrição clínica, os pacientes que necessitem de cuidados diferenciados em nutrição clínica e satisfaçam os critérios de admissão definidos neste protocolo.

Principais motivos para encaminhamento:

- Doenças de comportamento alimentar em que o IMC encontre-se $\leq 18 \text{ kg/m}^2$ (em adultos)
- Crianças/adolescentes/idosos em situação de desnutrição ou excesso de peso;
- Diabetes;
- Dislipidemia;
- Obesidade;
- Anemias;
- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Transtornos alimentares;
- Distúrbios digestivos ;
- Distúrbios renais;
- Intolerâncias/alergias alimentares (doença celíaca, intolerância à lactose, alergia à proteína do leite de vaca)
- Gestantes em grupo de risco.

***ANEXO I - GUIA DE REFERÊNCIA PARA EXAME E/OU CONSULTA
AMBULATORIAL ESPECIALIZADA**



MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA - PR
Secretaria Municipal de Saúde
 Rua José Andrade Marinho, 540 -Nova Fátima-PR
 Email: smsnovafatima@hotmail.com Fone: (43) 3552-1478

**GUIA DE REFERÊNCIA PARA EXAME E/OU CONSULTA
AMBULATORIAL ESPECIALIZADA**

Nome do Estabelecimento: **Centro Municipal de Saúde “Irmãos Piluski.”**

Dados Operacionais:

Data do Atendimento: _____	P: 0 (<input type="checkbox"/>) 1(<input type="checkbox"/>) 2(<input type="checkbox"/>) 3(<input type="checkbox"/>) 4(<input type="checkbox"/>)
Nome do Paciente: _____	Sexo: (<input type="checkbox"/>) M (<input type="checkbox"/>) F
CPF do Paciente: _____	Data de Nascimento: _____
RG do Paciente: _____	Data de Emissão: _____
CNS do Paciente: _____	Raça/Cor: _____
Telefone: (<input type="checkbox"/>) _____	Telefone: (<input type="checkbox"/>) _____
Nome da Mãe: _____	
Endereço: _____	
Município: _____	CEP: _____

Procedimento Solicitado:

Nome do procedimento: _____

Cód.Procedimento: _____ QTD: _____ CID-10 _____

Categoria Profissional do Solicitante: _____

CPF do Solicitante: _____ Assinatura do médico/carimbo _____

Justificativa (legível):

Hipótese Diagnóstica: _____ CID-10: _____

Resumo da História Clínica, Exames Físicos e Complementares:

CONTRA – REFERÊNCIA

Est. de Saúde Executante: _____	
CNES: _____	
Especialidade: _____	
Para Unidade Solicitante: _____	
Nome do Paciente: _____	DN: _____
Nº Cartão SUS: _____	Nº do Prontuário da UnidadeSolicitante: _____

PARECER DA ESPECIALIDADE:

ORIENTAÇÕES À UNIDADE DE SAÚDE:

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:

DATA: ____ / ____ / ____

Médico CRM: _____

REFERÊNCIAS

BARACAT, E; et al. Consenso brasileiro de osteoporose 2002. **Revista Brasileira de Reumatologia**. Curitiba, PR, V 42, n. 6, p. 343 – 354, nov/dez, 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de Mama**. Documento de Consenso. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da

Tuberculose, 2010. Disponível em

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf acesso em: 18 mar.2011.

OF.SBU/0380/2009 Proposição da SBU para a prevenção na Saúde Suplementar – O que a SBU recomenda nas diferentes faixas etárias e abordagem de situações especiais.

Protocolo de acesso às consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Complexo Regulador do

Estado do Amazonas. Manaus, AM. 2009. Disponível em http://www.saude.am.gov.br/docs/CR/protocolo_derma_e_cardio.pdf Acesso em: 7 mar. 2011.

Protocolo de pré natal de baixo risco. Prefeitura Municipal de São Paulo. Disponível em
http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1286376717Prot_prenatal_baixo_risco.pdf Acesso em: 7 mar. 2011.

Protocolo de regulação da atenção básica para encaminhamento aos especialistas e exames / procedimentos de alta e média complexidade, Secretaria Municipal de Saúde

de **Guarulhos/SP,** **2009.** **Disponível** **em**
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26598
Acesso em: 23 fev. 2011.