



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SEMUSA)
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE (DRAC)
DIVISÃO DE REGULAÇÃO (DREG)

**PROTOCOLO AMBULATORIAL DE REGULAÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS,
ACESSOS, PRIORIZAÇÃO DE ESPECIALIDADES E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE**

PORTO VELHO-RO 2025



PREFEITO MUNICIPAL DE PORTO VELHO:

LEONARDO BARRETO DE MORAES

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE:

DR. JAIME GAZOLA FILHO

SECRETÁRIA ADJUNTA MUNICIPAL DE SAÚDE:

MARIANA AGUIAR PRADO

**DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
(DRAC):**

CLEPER KASHUWANY DE ALMEIDA

GERENTE DA DIVISÃO DE REGULAÇÃO (DREG):

CLÁUDIA GRIVÂNIA DA SILVA

RESPONSÁVEL TÉCNICO DA CENTRAL MUNICIPAL DE REGULAÇÃO:

JANAI ÉBER DOS SANTOS SILVA

COORDENAÇÃO, ELABORAÇÃO E REVISÃO:

JANAI ÉBER DOS SANTOS SILVA (MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE)

PAULA TAMIRES LENES DA SILVA SANTOS CARVALHO (MÉDICA GENERALISTA)

RAFAELA RODRIGUES GOMES ALENCAR (MÉDICA PEDIATRA)

WILSON KROFKE DIAS LLIVI IBANEZ JUNIOR (MÉDICO PEDIATRA)

PROFISSIONAIS COLABORADORES

ALEXANDRE IGLESIAS ROSA - MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA

PAULO ROBERTO ARAUJO DA COSTA – MÉDICO
ULTRASSONOGRAFISTA

EDSON JAWORSKI - MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA

ELISANGELA HENRIQUE MUNIZ DE OLIVEIRA ROCHA – MÉDICA
CARDIOLOGISTA

EDUARDO DA COSTA ALEMAO MORAES – MÉDICO OFTALMOLOGISTA

RENATO HIDEAKI WATANABE – MÉDICO GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA

ERNESTO DURAN NETO – MÉDICO GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA

TIAGO EZEQUIEL BARNABÉ - MÉDICO GENERALISTA, ATUANDO EM
DERMATOLOGIA

MARIA ANGÉLICA VASCONCELLOS - MÉDICA PEDIATRA

WILLIAN PASCHOALIM DE MELLO - MÉDICO PROCTOLOGIA

MARCELA FLÁVIA TERRA CRUZ MENDES - MÉDICA PEDIATRA

SUMÁRIO

1.0 PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALIDADES	7
Apresentação	7
Características dos protocolos	8
Participantes do sistema de regulação da APS	9
Unidades de referência	9
Gerência de regulação ambulatorial	9
Formas de encaminhamento	9
Critérios para encaminhamento através das UBS/USF - Referência	10
Critérios para o encaminhamento do usuário e/ou contrarreferência	11
Sistema de regulação (SISREG)	11
Sobre o sistema informatizado de regulação	27
Classificação de prioridade ou risco	27
2.0 FLUXO PARA ATENDIMENTO NA REDE PÚBLICA	30
3.0 PROCEDIMENTOS DA REDE ESTADUAL (FLUXOS E FORMA DE ACESSO)	31
4.0 ESPECIALIDADES MÉDICAS DISPONÍVEIS NA REDE MUNICIPAL	31
4.1 PROTOCOLO SUGERIDO DE ALERGIA	32
4.2 PROTOCOLO SUGERIDO DE CARDIOLOGIA	33
4.3 PROTOCOLO SUGERIDO DE DERMATOLOGIA	36
4.4 PROTOCOLO SUGERIDO DE ENDOCRINOLOGIA	39
4.5 PROTOCOLO SUGERIDO DE GINECOLOGIA	43
4.6 PROTOCOLO SUGERIDO DE GASTROENTEROLOGIA	55
4.7 PROTOCOLO SUGERIDO DE INFECTOLOGIA	58
4.8 PROTOCOLO SUGERIDO DE MASTOLOGIA	60
4.9 PROTOCOLO SUGERIDO DE NEUROLOGIA	62
4.10 PROTOCOLO SUGERIDO DE NEFROLOGIA	65
4.11 PROTOCOLO SUGERIDO DE OFTALMOLOGIA	68
4.10 PROTOCOLO SUGERIDO DE ORTOPEDIA	72
4.10 PROTOCOLO SUGERIDO DE OTORRINOLARINGOLOGIA	77
4.10 PROTOCOLO SUGERIDO DE PEDIATRIA	79
4.10 PROTOCOLO SUGERIDO DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO	85
4.10 PROTOCOLO SUGERIDO DE UROLOGIA	96
DEMAIS ESPECIALIDADES	104
PROTOCOLO SUGERIDO ASSISTENTE SOCIAL	104

PROTOCOLO SUGERIDO DE FONOAUDIOLOGIA	106
PROTOCOLO SUGERIDO DE NUTRIÇÃO	112
PROTOCOLO SUGERIDO DE PSICOLOGIA	118
EXAMES COMPLEMENTARES	121
TELEMEDICINA	130
CONSIDERAÇÕES FINAIS	195
REFERÊNCIAS	155
ANEXOS	158
ANEXO B – Teste de progestogênio	
ANEXO C - Classificação de situação Cardiológica Estágios de Insuficiência Cardíaca	
ANEXO A – Suspeita de Cistite Intersticial	
ANEXO E – Ficha de Classificação de Risco Gestacional (Critérios para encaminhamento para serviços Ambulatoriais de Gestação de Alto Risco*	
ANEXO F – Consentimento Informado para contracepção cirúrgica	

LISTA DE SIGLAS

AASI: Aparelho de Amplificação Sonora Individual
AB: Atenção Básica
ACS: Agente Comunitário de Saúde
AE: Atenção Especializada
AIH: Autorização de Internação Hospitalar
AC: Acuidade visual
A/E: a esclarecer
APS: Atenção primária à saúde
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CEO: Centro de Especialidades Odontológicas
CNS: Cartão Nacional de Saúde
DIU: Dispositivo Intra-Uterino
ESF: Estratégia Saúde da Família
HDA: História da doença atual
IMC: Índice de Massa Corpórea
MS: Ministério da Saúde
PAAF: Punção Aspirativa por Agulha Fina
PCCU: Exame Preventivo de Câncer do Colo Uterino
PSO: Pesquisa de sangue oculto
RM: Ressonância Magnética
RX: Radiografia
SAOS: Síndrome da apneia obstrutiva do sono
SISREG: Sistema de Regulação (on line) do Ministério da Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TC: Tomografia Computadorizada
TCO: Tratamento clínico otimizado
TFD: Tratamento fora do domicílio
UBS: Unidade básica de saúde
UPA: Unidade de pronto atendimento
USG: Ultrassonografia

1 PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALIDADES

1.1 Apresentação

Os serviços especializados ambulatoriais, sobretudo as consultas especializadas, tem uma alta demanda dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) oriundos da maior porta de entrada do sistema, que é a Atenção Primária. Entretanto, o acesso a este espaço ambulatorial é marcado por diferentes gargalos, decorrentes de elementos como o modelo de gestão adotado entre Estado e Municípios, o dimensionamento e organização das ofertas de serviços especializados, escassez de especialistas no SUS e também pelo grau de resolutividade da Atenção Básica (AB).

Os protocolos de regulação do acesso da Atenção Básica para Atenção Especializada (AE) constituem estratégias que impactam na qualificação do atendimento ao paciente, pois interferem em três pontos do sistema: Atenção Básica, Regulação e Atenção Especializada.

O emprego de protocolos de regulação de acesso aos serviços de saúde é uma necessidade e constitui um importante caminho de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde. Os protocolos requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que o seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades dos serviços, permitindo o estabelecimento de objetivos e metas por meio da implantação de ações.

O projeto de elaboração dos protocolos de acesso ambulatorial da Regulação Municipal visa estabelecer a gestão das especialidades, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos estabelecidos, orientando os profissionais que atuam na Atenção Básica, dando qualificação às ações do médico regulador e, consequentemente, otimizando a oferta especializada dos serviços.

Cabe à Regulação Médica, o gerenciamento da fila de solicitações por meio da classificação de Prioridade, ordenando desta forma os encaminhamentos. Bem como, cabe à gestão desta Central o monitoramento da oferta de serviços por meio da Programação Regionalizada e Integrada (PRI).

Essa ação realizada pela Central de Regulação deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, otimizando recursos em saúde, reduzindo deslocamentos desnecessários e trazendo maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia de ação é a diminuição do tempo de espera ao atendimento especializado, bem como a garantia do acompanhamento, tanto pela Atenção Básica como especializada, dando qualificação e resolutividade ao cuidado. Para tal, é fundamental o envolvimento dos três pontos do sistema, cada qual atuando dentro de suas competências.

1.2 Características dos protocolos

Os protocolos de acesso são diretrizes que orientam o funcionamento da Central de Regulação para consultas especializadas e exames de média e alta complexidade, observando-se as seguintes particularidades:

São destinados aos profissionais de saúde, que utilizarão dos mesmos para direcionar os pacientes a uma avaliação do especialista ou quando necessitarem solicitar exames de média e alta complexidade;

Possuem orientações e sugestões em relação às patologias mais frequentes de cada especialidade, baseando-se em relatos, descrições de quadro clínico e resultados de exames complementares, cabendo a ressalva de que tais relatos são estritamente responsáveis pela definição do caráter prioritário nas solicitações de exames/procedimentos.

Impedem que as solicitações sejam encaminhadas para consultas e exames sem que estas apresentem fundamentação técnica que justifique sua execução. Lembrando que o encaminhamento para consulta especializada deve ocorrer após a exaustão dos recursos e prerrogativas de competência da atenção primária à saúde (unidade básica de saúde - UBS/unidade de saúde da família - USF), ou demais situações que configurem o não atendimento às necessidades do usuário propriamente dito;

Não é atribuição dos protocolos limitar o acesso do usuário à consulta especializada, tampouco aos exames complementares de média e alta complexidade; Não havendo protocolo definido para o encaminhamento a ser efetuado, e desde que o mesmo tenha informações técnicas adequadas, a solicitação sempre deverá ser avaliada pelo profissional regulador, podendo ser discutido com o supervisor/gerente, para posterior agendamento, se for o caso;

A implementação dos protocolos de saúde é baseada nos termos, publicações e normativas emitidas pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O protocolo também considera a realidade epidemiológica do município de Porto Velho ao implantar o sistema de regulação (SISREG) de acesso às consultas especializadas e exames de média e alta complexidade;

Os protocolos serão revistos periodicamente e a incorporação de novos protocolos poderá ocorrer mediante o diagnóstico situacional realizado pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC). Esta conduta será adotada sempre que forem necessárias alterações referentes aos procedimentos da atenção especializada que preconizem o acréscimo, alteração e/ou extinção de um dos protocolos de acesso.

1.3 Participantes do sistema de regulação da atenção primária de saúde (APS)

Serão consideradas como entidades que comporão a APS:

- UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família;
- UBS – Unidade Básica de Saúde;

Os profissionais de nível superior, ocupantes dos cargos de médicos, enfermeiros e odontólogos atuantes nas USF atuarão como principais elo entre a Central de Regulação e a Unidade de Referência, utilizando de forma adequada os protocolos vigentes.

1.4 Unidades de referência

São unidades que realizam atendimento especializado: Centro de Saúde Especializado, Hospital e Serviço de Diagnóstico.

Essas unidades podem solicitar consultas e exames para outras referências especializadas. Na referência especializada o procedimento mais usual é a contrarreferência do paciente à unidade de saúde solicitante do atendimento (consulta e/ou exame), a UBS/USF.

1.5 Gerência de regulação ambulatorial

A Central Municipal de Regulação do Acesso Ambulatorial tem como objetivo instituir e implementar a Política Municipal de Regulação no âmbito ambulatorial (consultas e exames especializados), de acordo com a legislação vigente. Sua função é gerenciar as vagas de acesso às consultas e exames complementares especializados (não laboratoriais), atuando como o local onde são avaliadas todas as solicitações de

atendimento (consultas especializadas e exames complementares de média e alta complexidade), bem como os encaminhamentos para outra referência e contrarreferência.

1.6 Formas de encaminhamento

Todos os encaminhamentos deverão ser inseridos diretamente no Sistema de Regulação (SISREG), e obedecer aos critérios, baseando-se nos protocolos de acesso para consultas, exames e procedimentos.

Não serão aceitos documentos impressos para encaminhamento de consultas, exames e procedimentos por parte da Unidade Solicitante, que sejam divergentes dos adotados pelo SISREG, quais sejam consultas, exames, consultas e exames espelho da solicitação inserido através do SISREG salvos os casos devidamente expressos, sendo esses amplamente divulgados, integrando o protocolo de acesso, por meio de complementos deste regulamento, que poderão ser incluídos posteriormente após avaliação.

Os mesmos deverão conter na íntegra os termos da solicitação: código do procedimento solicitado; número do Cartão SUS (com fácil identificação e numeração atualizada, preferivelmente); descrição com letra legível (para encaminhamentos de origem manuscrita) e menção de referência e contrarreferência indicando que o paciente em questão se encontra com uma solicitação previamente inserida no SISREG, quando for o caso.

1.7 Critérios para encaminhamento através das UBS/USF - Referência

O encaminhamento em laudo para solicitação de consulta especializada deverá, impreterivelmente, conter:

- Identificação correta e completa do paciente;
- CID-10 compatível com a história clínica;
- Descrição sucinta do histórico clínico, contendo data de início da queixa/patologia, exame físico realizado e evolução, juntamente com o motivo do encaminhamento;
- Descrever lesões e outros achados importantes;
- Resultado de exame complementar efetuado (normal ou alterado);
- Tratamentos realizados;
- Medicamentos em uso;
- Outras observações pertinentes ao encaminhamento efetuado.

As informações estão contidas na Carta de Direitos do Usuário da Portaria de Consolidação 1 de 28 de Setembro de 2017. O encaminhamento para outros serviços de saúde deve ser por meio de um documento que contenha: (Origem: Portaria do Ministério da Saúde, N° 1820, de 13 de Agosto de 2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IX):

- Caligrafia legível ou datilografada ou digitada ou por meio eletrônico;
- Resumo da história clínica, possíveis diagnósticos, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;
- Linguagem clara evitando códigos ou abreviaturas;
- Nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional, assinado e datado; e
- Identificação da unidade de saúde que recebeu a pessoa, assim como da unidade a que está sendo encaminhada.

1.8 Critérios para o encaminhamento do usuário à unidade de origem (contra referência)

Relatório do profissional especialista em laudo de consulta especializada para contra referência, contendo:

- Identificação completa e correta do paciente;
- Diagnóstico definitivo com CID-10;
- Tratamento proposto;
- Resultado de exame complementar efetuado (normal ou alterado);
- Indicação para acompanhamento;
- Data de retorno, para reavaliação, se necessário;
- Outras observações pertinentes ao atendimento efetuado.

1.9 Sistema de regulação (SISREG)

Os encaminhamentos de consultas, exames e procedimentos para o nível especializado ambulatorial são de competência do profissional solicitante, através do SISREG. Este constitui uma ferramenta disponibilizada pelo MS que faz uso da base federal, compartilhando informações com os demais sistemas do Ministério, tais como o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Cadastro Nacional de Cartão do SUS (CNS) e Sistema de Prontuário Eletrônico (PEC). As configurações de sistema para acesso aos demais municípios do interior se dão através da mesma ferramenta.

Lembrando que é de responsabilidade de cada município do estado, cientes de suas necessidades e capacidade instalada, definir e configurar suas respectivas pactuações de procedimentos e serviços através da Programação Integrada Regionalizada (PRI), cientes de que tais configurações possibilitam o acesso dos referidos municípios para realização dos procedimentos, consultas e exames especializados realizados em Rondônia.

Cada profissional, sobretudo da atenção básica em saúde, é vital no processo da regulação, tendo cada um suas devidas competências. Assim sendo, os principais atores do sistema de regulação e suas principais atribuições, no diz respeito à regulação, são:

1.9.1 ACS e seu papel na regulação:

Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Isso implica na necessidade de avisar e entregar as guias de procedimentos agendados pela regulação aos pacientes que estão sob sua responsabilidade na sua devida microárea, quando necessário.

Podem atuar como solicitantes no SISREG, conforme a necessidade da unidade, principalmente para pacientes de sua responsabilidade (microárea).

1.9.2 Enfermeiro e seu papel na regulação

Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos padronizados e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

Podem atuar, quando necessário, como solicitantes de procedimentos no SISREG, a depender da necessidade local.

1.9.3 Auxiliar/Técnico de Enfermagem e seu papel na regulação

Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS/USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associação etc.);

Podem atuar, quando necessário, como operadores/digitadores no SISREG, a depender da necessidade local.

1.9.4 Cirurgião-Dentista e seu papel na regulação

Realizar consulta de saúde bucal, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

Podem atuar, quando necessário, como solicitantes de procedimentos no SISREG pertinentes a sua especialidade (encaminhamentos nas especialidades da odontologia), a depender da necessidade local.

1.9.5 Técnico/Auxiliar em Saúde Bucal e seu papel na regulação

Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos; Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

Podem atuar, quando necessário, como operadores/digitadores de procedimentos no SISREG pertinentes à odontologia, em auxílio ao cirurgião-dentista, a depender da necessidade local.

1.9.6 Médico e o seu papel na regulação

Realizar consultas clínicas (programadas e de demanda espontânea), pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS/USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associação etc.);

Referenciar com a devida classificação de risco mediante quadro clínico, quando necessário, os usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico destes, mesmo de pacientes compartilhados com a atenção especializada.

Podem atuar, quando necessário, como solicitantes de procedimentos no SISREG, a depender da necessidade local, sobretudo de procedimentos e consultas especializadas que exigem, portanto, maior expertise quanto à descrição clínica.

1.9.7 Operador solicitante (“regulador do posto”) e seu papel na regulação:

Prestar atendimento às solicitações de auxílio provenientes da população, presencial ou remotamente (telefone, whatsapp, e-mail e etc) no setor interno de regulação de sua unidade, devendo anotar dados básicos sobre a necessidade do usuário, diretamente no SISREG ou em papel/ficha que contemple todas as informações da demanda em questão, quando na inoperância de tal sistema;

Além de prestar informações gerais sob os fluxos e procedimentos da rede, realizar a solicitação (quando não houver vagas disponíveis para o agendamento imediato) ou, o agendamento de procedimentos (quando há vaga disponível para o agendamento no ato da solicitação) a partir das solicitações formuladas através do preenchimento de laudos ou a partir de informações prestadas por telefone e/ou outros canais de comunicação de sua unidade, bem como a realização da digitação dos sistemas de referências, laudos de exames, e afins, que necessitem inserção no SISREG;

Avisar os usuários sobre os procedimentos agendados pelas centrais de regulação estadual e municipal, através dos canais disponíveis na sua unidade. É importante salientar que os ACS também devem atuar como ferramenta importante no aviso dos pacientes;

Cancelar agendamentos de consultas e exames, daqueles pacientes em que não se consiga contato com antecedência mínima de 24h, para que essas vagas sejam reaproveitadas pelas centrais de regulação.

É importante frisar, que todos os profissionais da UBS/USF podem fazer muitas destas funções.

1.9.8 Gerentes das Unidades de Saúde (UBS/USF) e o papel na regulação:

Devem ser os responsáveis pelo perfil de coordenador no SISREG e com isso, ser aquele que gerará novos perfis de acesso de solicitante, dentro da unidade de sua responsabilidade;

Na ausência do operador “regulador do posto” de sua unidade, devem assumir o papel/ funções deste, ou designar outro profissional para fazê-lo. Portanto, nunca a regulação da sua unidade deve estar “fechada”!

Podem atuar, quando necessário, como solicitantes de procedimentos no SISREG, a depender da necessidade local, sobretudo de procedimentos e consultas especializadas que exigem, portanto, maior expertise quanto à descrição clínica.

1.9.9 Diretor da Regulação (DRAC) suas funções:

Garantir o acesso aos serviços de saúde disponibilizados de forma adequada, em conformidade com os princípios de equidade e integralidade;

Elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação do acesso;

Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos regulatórios da assistência;

Construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência;

Integrar as ações de regulação entre as centrais de regulação regional;

Coordenar a pactuação de distribuição de recursos em saúde entre as centrais de regulação regionais;

Coordenar a integração entre o sistema de regulação estadual e o municipal;

Subsidiar o gestor de informações sobre insuficiência de ofertas em saúde, fila de espera e indicadores de aproveitamento das ofertas;

Pactuar junto aos prestadores o fluxo de utilização das ofertas contratadas;

Promover a interlocução entre o Sistema de Regulação e as diversas áreas técnicas de atenção à saúde;

Efetuar o gerenciamento da regulação médica, exercendo autoridade sanitária para garantia do acesso, baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização, tanto em situação de urgência quanto para procedimentos eletivos;

Fazer a gestão do preenchimento das vagas nas agendas de procedimentos eletivos das unidades de saúde;

Padronizar as solicitações de procedimento por meio dos protocolos de acesso, levando em conta os protocolos assistenciais;

Supervisionar os recursos humanos e materiais necessários às atividades sob sua competência;

Gerenciar e controlar a frequência, lotação, concessão de férias, licença e afastamentos dos servidores sob sua responsabilidade e propor a abertura de inquéritos e sindicâncias, conforme a legislação em vigor;

Promover espaços de co-gestão a fim de organizar os processos de trabalho, qualificar a gestão e o atendimento ao cidadão;

Analisar e instruir processos relativos às ações sob sua gerência, expondo motivos, pareceres e informações necessárias;

Propor programa de capacitação dos servidores que atuam na área de regulação, controle, avaliação em conjunto com a área técnica específica;

Controlar e disponibilizar consultas e exames especializados eletivos garantindo o quantitativo contratualizado com cada prestador de serviços de saúde;

Elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;

Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;

Elaborar e manter atualizados Manuais de Rotinas e Procedimentos referentes à regulação de serviços de saúde;

Executar outras atividades correlatas.

1.9.10 Gerente da divisão de regulação (DRAC) e suas funções:

Desenvolver, supervisionar e executar ações administrativas do setor de regulação; Garantir o acesso aos serviços de saúde disponibilizados de forma adequada, em conformidade com os princípios de equidade e integralidade;

Elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação do acesso;

Realizar e registrar a entrada e saída, distribuição, conferência e arquivo de documentos, de acordo com os protocolos da regulação;

Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos regulatórios da assistência;

Construir e viabilizar as grades de referência e contra referência;

Integrar as ações de regulação entre as centrais de regulação regional;

Coordenar a pactuação de distribuição de recursos em saúde entre as centrais de regulação regionais;

Coordenar a integração entre o sistema de regulação estadual e o municipal;

Subsidiar o gestor de informações sobre insuficiência de ofertas em saúde, fila de espera e indicadores de aproveitamento das ofertas;

Pactuar junto aos prestadores o fluxo de utilização das ofertas contratadas;

Participar do processo de contratação dos diversos serviços em saúde, bem como das readequações contratuais;

Promover a interlocução entre o Sistema de Regulação e as diversas áreas técnicas de atenção à saúde;

Efetuar a regulação médica , exercendo autoridade sanitária para garantia do acesso, baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização, tanto em situação de urgência quanto para procedimentos eletivos;

Fazer a gestão da ocupação de leitos disponíveis e do preenchimento das vagas nas agendas de procedimento eletivos das unidades de saúde;

Padronizar as solicitações de procedimento por meio dos protocolos de acesso, levando em conta os protocolos assistenciais;

Executar o processo autorizativo para realização de procedimentos de alta complexidade e internações hospitalares

1.10 Sobre a atuação e atribuições do médico regulador/autorizador

O MÉDICO REGULADOR é peça chave dentro de uma Central de Regulação, sendo sua competência principal a ORGANIZAÇÃO DO ACESSO dos usuários ao Sistema de Saúde, equilibrando a oferta e demanda, viabilizando o acesso equânime, com eficiência, qualidade e integralidade, de forma ágil, de acordo com a necessidade e observando a classificação de risco.

O REGULADOR não é um mero “agendador”. Neste processo deve ser colocado todo o seu conhecimento técnico e científico, de acordo com os Protocolos de Regulação do Acesso vigentes.

O REGULADOR não vê o paciente, nem a sua família, pois isso é função do médico assistente. Ele vê apenas o que está escrito, e essa imparcialidade e isenção é fundamental para a sua função técnica. Tal isenção fundamental consta no artigo 98 do Código de Ética Médica.

1.10.1 Das competências do médico regulador: O que se observar?

A suspeita diagnóstica é fundamentada por história clínica e achados de exame físico?

O diagnóstico clínico da suspeita não seria suficiente para se tratar, evitando-se o exame?

Trata-se de patologia de diagnóstico eminentemente clínico e o exame está sendo solicitado e justificado como exceção para casos atípicos, ou está sendo pedido de forma compulsória?

Trata-se de patologia de diagnóstico eminentemente clínico, mas o exame está sendo pedido para descarte ou para satisfazer qualquer motivo que não seja o de esclarecer uma dúvida diagnóstica, inclusive sugerindo práticas de medicina defensiva, ou qualquer outro motivo não propedêutico?

O exame solicitado ou a consulta especializada não poderia ser evitado, tratando-se o paciente em nível de saúde básica, ou ainda se o exame solicitado não poderia ser substituído por um exame mais simples ou até pelo exame físico do colega especialista na área? (às vezes pedir o exame para ir adiante cria um problema sério para a Central, pois vincula tratamento a resultado de exame).

O exame solicitado é pertinente para a suspeita diagnóstica e/ou faz parte de protocolos de investigação ainda não referendados?

O exame solicitado trata-se de exame de primeira escolha ou é exame que já teve seus pré-requisitos satisfeitos?

Trata-se repetição de exame para atualização ou seguimento de uma doença?

Trata-se de procedimento estético?

A especialidade do médico solicitante permite a solicitação do exame, e sem transcrição, existe o pedido do médico especialista anexado?

O exame solicitado é uma técnica com validade técnica e ética para a suspeita diagnóstica?

O pedido de exame é para investigação diagnóstica ou trata-se de uma exigência pericial?

Os pedidos estão ilegíveis sem termos técnicos adequados ou sem identificação do profissional solicitante? Dúvidas e inconsistências devem ser devolvidas aos médicos assistentes para que sejam sanadas.

Palavras como câncer ou neoplasias usadas sem critério podem ser um problema, pois só o profissional executante, que terá contato com o paciente, poderá

perceber o absurdo até mesmo antes da realização do exame solicitado (solicitação de biópsias sem outras avaliações prévias).

Caso o médico assistente se negue aos esclarecimentos ou não seja possível o contato com o mesmo, o usuário pode ser encaminhado para outro médico para uma nova avaliação e conduta. O regulador deverá cuidar para que todos os envolvidos no processo regulatório observem rigorosamente o sigilo profissional.

O regulador é responsável pela avaliação crítica e técnica dos laudos de solicitação, promover o agendamento das consultas e o processo de internação dos pacientes, baseado na classificação de risco de acordo com os protocolos de regulação pactuados.

1.10.2 O médico regulador deve atuar como educador permanente, sempre observando:

O código de procedimento SUS (Tabela SIGTAP) para os exames, assim como o CID é indispensável;

Z00 é CID de consulta e não da patologia a ser investigada. Isso é uma exigência do SUS e é um ato médico.;

Pedidos ilegíveis, sem justificativa pertinente à solicitação de exame e/ou consulta especializada, bem como todos aqueles intensamente abreviados, deverão ser devolvidos às unidades de origem para complementação de história clínica;

Hipótese diagnóstica não é história clínica! Exemplo: - Doença Inflamatória Pélvica-DIP? Gastrite/Úlcera Gástrica ? Dor abdominal a/e? A esclarecer?;

Muitos exames são solicitados para se evitar problemas judiciais, na prática conhecida como “medicina defensiva”;

Atuar sobre a demanda reprimida de procedimentos regulados;

Monitorar a demanda que requer autorização prévia.;

Verificar as evidências clínicas das solicitações por meio da análise de laudo médico, observando os critérios de prioridade;

Autorizar ou não a realização do procedimento;

Definir a alocação da vaga de acordo com os recursos necessários para o melhor atendimento;

Avaliar as solicitações de alteração de procedimentos já autorizados e a solicitação de procedimentos especiais, além de orientar e avaliar o preenchimento dos laudos médicos..

O ato regulatório é necessário e embora sendo uma conduta recente, iniciada nos anos 90 do século passado, é definitiva, e o regulador e o supervisor sempre serão alvo de críticas, mas a ética e o respeito ao paciente não podem ser colocados em risco.

1.11 Opções para o médico regulador/autorizador no SISREG

No SISREG é permitido ao Médico regulador quatro opções de atuação que devem ser bem compreendidas:

SITUAÇÃO DA SOLICITAÇÃO:				
☒	REGULAÇÃO	☐	FILA DE ESPERA	
☐	AUTORIZADO	☐	PENDENTE	☐
		☐	DEVOLVIDO	☐
			NEGADO	
VOLTAR		APLICAR		

AUTORIZADO: Neste caso o REGULADOR está autorizando o encaminhamento / exame e tem-se três possibilidades:

1. Caso haja vagas disponíveis, escolher a unidade EXECUTANTE e a data e horário disponíveis, levando em consideração, sobretudo, o endereço de residência do usuário, visando facilitar a acessibilidade deste com agendamentos, se possível, próximo de suas residências ou em tempo hábil para o descolamento, no caso daqueles residentes em área rural ou municípios da regional de saúde (Candeias do Jamari, Itapuã D'Oeste, Nova Mamoré e Guajará-Mirim);
2. Não havendo vaga disponível, passar para a FILA DE ESPERA (neste caso não fica mais visível na lista de PENDENTES para o REGULADOR), ou ainda, voltar à tela e mudar a opção para PENDENTE, porém visível ao REGULADOR.
3. Sugere-se a terceira opção naqueles casos em que há prioridade e o REGULADOR quer continuar acompanhando o agendamento.

PENDENTE: Neste caso o REGULADOR deixa PENDENTE para que o próprio, ou outro REGULADOR, possa(m) posteriormente realizar a regulação do caso. Utiliza-se essa modalidade geralmente quando o REGULADOR está de acordo com o encaminhamento, mas há alguma observação a ser descrita e, portanto, deseja-se que esta fique visível no histórico do paciente. O encaminhamento permanece visível na lista de PENDENTES para o REGULADOR.

DEVOLVIDO: Neste caso o procedimento/consulta especializada é devolvido(a) para complementação de dados (faltam informações clínicas para subsidiar a decisão do REGULADOR). Neste caso, o SOLICITANTE recebe uma informação da devolução, na sessão “DEVOLVIDOS PELA REGULAÇÃO” em seu perfil do SISREG e pode complementar a indicação. O paciente permanece na lista de casos PENDENTES para regulação, porém até que haja a complementação dos dados, ficam invisíveis para o REGULADOR, devendo ser reenviados à fila de regulação com o complemento solicitado, para que assim possam ser agendados ou não.

NEGADO: Neste caso o procedimento/consulta especializada é efetivamente negada (falta de critérios para o encaminhamento ou paciente encaminhado para especialidade /exame incompatível com a clínica). O solicitante deverá reinserir a solicitação no SISREG caso julgue necessário. Todos os casos sem necessidade ou o encaminhamento para especialidade/exame incompatível com o caso clínico devem ser NEGADOS a fim de não mais permanecerem na lista de espera ou pendentes para regulação. O motivo da negativa deverá sempre ser justificado pelo Regulador.

1.12 Unidades da atenção ambulatorial especializada e seus procedimentos

1. Estabelecimento: **CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DR. ALFREDO SILVA**

Local: Av. Rio Madeira esquina com Sete de Setembro, nº 2010.

Modalidade: Atendimentos eletivos especializados e realização de exames complementares

Como agendar: Avaliar inicialmente na UBS/USF e então ser referenciado para especializada, inserir na Regulação da Unidade ou, agendar de imediato quando há vaga.

Quadro 1 - Demonstrativo dos procedimentos e situação atual de agendamento - Centro de Especialidades Médicas Dr. Alfredo Silva.

PROCEDIMENTO	SITUAÇÃO ATUAL
CONSULTA EM ALERGIA	Vagas para agendamento direito na UBS/USF
CONSULTA EM DERMATOLOGIA - GERAL	Vagas para agendamento direito na UBS/USF
CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA - GERAL	Vagas para agendamento direito na UBS/USF
CONSULTA EM GINECOLOGIA	REGULADO
CONSULTA EM NEUROLOGIA - GERAL	REGULADO
CONSULTA EM NEFROLOGIA - GERAL	Vagas para agendamento direito na UBS/USF
CONSULTA EM PSICOLOGIA (adulto)	REGULADO

CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GERAL	REGULADO
CONSULTA EM ORTOPEDIA - GERAL	Vagas para agendamento direito na UBS/USF
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	Vagas para agendamento direito na UBS/USF
CONSULTA EM UROLOGIA - GERAL	Vagas para agendamento direito na UBS/USF
ELETROCARDIOGRAMA	REGULADO
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA / RAIOS X TÓRAX PARA TBP / RADIOGRAFIA SIMPLES	REGULADO
EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL	REGULADO
EXAMES ULTRA-SONOGRÁFICOS	REGULADO
MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICO / MAMOGRAFIA BILATERAL DE RASTREAMENTO	Vagas para agendamento direto na UBS/USF
REMOÇÃO DE CERUME DO OUVIDO	Agendamento sob agenda local nesta unidade

2. Estabelecimento: **CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DR. RAFAEL VAZ E SILVA**

Local: Rua Jacy Paraná esquina com Salgado Filho

Modalidade: Atendimentos eletivos especializados e realização de exames complementares.

Como agendar: Avaliar inicialmente na APS e então ser referenciado para especializada, inserir na Regulação da USF/UBS ou agendar de imediato quando há vaga.

Quadro 2 - Demonstrativo dos procedimentos e situação atual de agendamento - Centro De Especialidades Médicas Dr. Rafael Vaz E Silva

PROCEDIMENTO	SITUAÇÃO
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - GERAL	Em execução no CEM Dr. Alfredo Silva.
CONSULTA EM DERMATOLOGIA - GERAL	Vagas para agendamento direito na UBS/USF
CONSULTA EM DERMATOLOGIA - HANSENÍASE	Em execução no CEM Dr. Alfredo Silva. Agendamento via SISREG
CONSULTA EM GINECOLOGIA	Em execução no CEM Dr. Alfredo Silva.
CONSULTA EM NUTRIÇÃO	REGULADO
CONSULTA NO PROGRAMA DE TUBERCULOSE	Em execução no CEM Dr. Alfredo Silva. Agendamento via SISREG
CONSULTA EM NEUROLOGIA - GERAL	Em execução no CEM Dr. Alfredo Silva.
CONSULTA EM UROLOGIA - GERAL	Vagas para agendamento direito na UBS/USF
ELETROCARDIOGRAMA	Em execução no CEM Dr. Alfredo Silva.
MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ALTA - MAPA	Em execução no CEM Dr. Alfredo Silva.
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA / EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL /	Unidade em reforma. Contudo, a equipe do setor de imagem está no CEM Dr. Alfredo Silva.

RADIOGRAFIA SIMPLES	
EXAMES ULTRA-SONOGRÁFICOS	Em execução no CEM Dr. Alfredo Silva.
RAIO X TÓRAX PARA TBP	Unidade em reforma. Contudo, a equipe do setor de imagem está no CEM Dr. Alfredo Silva.

3. Estabelecimento: **CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DA CRIANÇA**

Local: Rua Jacy Paraná esquina com Salgado Filho (dentro do CEM Rafael Vaz e Silva).

Modalidade: Atendimentos eletivos especializados

Como agendar: Avaliar inicialmente na APS e então ser referenciado para especializada, inserir na Regulação da UBS/USF ou agendar de imediato quando há vaga.

Quadro 3 - Demonstrativo dos procedimento e situação atual de agendamento - Centro de Referência em Saúde da Criança

PROCEDIMENTO	SITUAÇÃO
CONSULTA EM PEDIATRIA	Vaga na Unidade de Saúde
CONSULTA EM NUTRIÇÃO - INFANTIL	Vaga na Unidade de Saúde
CONSULTA EM NEFROLOGIA - PEDIATRIA	Vaga na Unidade de Saúde

4. Estabelecimento: **CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DA MULHER (CRSM)**

Local: Rua Venezuela ao lado da Maternidade Municipal.

Modalidade: Atendimentos eletivos especializados e realização de exames complementares

Como agendar: Avaliar inicialmente na APS e então ser referenciado para especializada, inserir na Regulação da UBS/USF ou agendar de imediato quando há vaga.

Quadro 4 - Demonstrativo dos procedimento e situação atual de agendamento - Centro de Referência em Saúde da Mulher (CRSM)

PROCEDIMENTO	SITUAÇÃO
CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLÓGICA	REGULADO
CONSULTA EM GINECOLOGIA - MASTOLOGIA	Vagas para agendamento direto na UBS/USF
CONSULTA EM GINECOLOGIA - PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR - D.I.U. e etc.	REGULADO

CONSULTA EM GINECOLOGIA	REGULADO (mas sem fila de espera)
CONSULTA EM GINECOLOGIA - PATOLOGIA CERVICAL, NIC, HPV e afins.	Vagas para agendamento direito na UBS/USF
CONSULTA EM GINECOLOGIA - COLPOSCOPIA	Vagas para agendamento direito na UBS/USF
CONSULTA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR - VASECTOMIA ou LAQUEADURA	REGULADO

5. Estabelecimento: **CENTRO INTEGRADO MATERNO INFANTIL (CIMI)**

Local: Rua Venezuela ao lado da Maternidade Municipal (Dentro do CRSM)

Modalidade: Atendimentos eletivos especializados e realização de exames complementares

Como agendar: Avaliar inicialmente na APS e então ser referenciado para especializada, inserir na Regulação da UBS/USF ou agendar de imediato quando há vaga.

Quadro 5 - Demonstrativo dos procedimento e situação atual de agendamento - Centro Integrado Materno Infantil (CIMI)

PROCEDIMENTO	SITUAÇÃO
CONSULTA EM PEDIATRIA NEONATAL	REGULADO
CONSULTA EM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO	REGULADO

6. Estabelecimento: **MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA (MMME)**

Local: Rua Venezuela, sub-esquina com avenida. Pinheiro Machado (ao lado do SAMU)

Modalidade: Realização de exames complementares e, atendimentos de urgência e emergência (pronto-atendimento), não-regulados/agendados, pois são de livre demanda.

Como agendar: Avaliar inicialmente na APS e então ser referenciada para a realização de ultra-sonografia obstétrica (inserir na Regulação da Unidade ou agendar de imediato quando há vaga)

Quadro 6 - Demonstrativo dos procedimento e situação atual de agendamento - Maternidade Municipal Mãe Esperança (MMME)

PROCEDIMENTO	SITUAÇÃO
GRUPO EXAMES ULTRA-SONOGRÁFICOS	Vagas para agendamento direito na UBS/USF

7. Estabelecimento: **CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER)**

Local: Rua Jamary, n.1880, B. Pedrinhas (na Rua do Ministério Público (MP), próximo ao Pronto-Atendimento Ana Adelaide).

Modalidade: Atendimentos eletivos especializados.

Como agendar: Avaliar inicialmente na APS e então ser referenciada para a avaliação especializada, inserindo na Regulação da UBS/USF de sua referência.

Quadro 7 - Demonstrativo dos procedimentos e situação atual de agendamento - Centro Especializado Em Reabilitação (CER)

PROCEDIMENTO	SITUAÇÃO
ATEND. FISIOT. EM PAC. PARALISIA FACIAL	REGULADO
ATEND. FISIOT. EM PAC. NO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO NAS DISF. MUSCULARES	REGULADO
CONSULTA EM FISIOTERAPIA - GERAL (ADULTO)	REGULADO
CONSULTA EM FISIOTERAPIA - ACIMA DE 60 ANOS	REGULADO
CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA (ADULTO E INFANTIL)	REGULADO
CONSULTA EM PSICOLOGIA (ADULTO E INFANTIL)	REGULADO
CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL (ADULTO E INFANTIL)	REGULADO
CONSULTA EM ORTOPEDIA (ADULTO)	Vagas para agendamento direito na UBS/USF

8. Estabelecimento: **SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO - SAE**

Local: Av. Duque de Caxias, 1690 - B. São Cristóvão.

Modalidade: Atendimentos eletivos de avaliação sob demanda espontânea

Como agendar: Demanda Espontânea, Os pacientes com indicação de atendimento do grupo prioritário, informado aos profissionais de saúde (CID 10: B18, B20 e correlatos).

Importante: O operador não deve mandar todo paciente para o estabelecimento se não for do grupo específico.

Quadro 8 - Demonstrativo dos procedimento e situação atual de agendamento - Serviço De Atendimento Especializado - SAE

PROCEDIMENTO	ORIENTAÇÃO BASE
CONSULTA INFECTOLOGIA - SAE	Pacientes com encaminhamento direcionado ao serviço especializado na condição específica

CONSULTA INFECTOLOGIA - SAE - RETORNO	Pacientes que já iniciaram o acompanhamento
CONSULTA INFECTOLOGIA - SAE - ACOLHIMENTO	Pacientes em situação de exposição, PREP/PEP.
CONSULTA EM NUTRIÇÃO - SAE	Agendamento local para os pacientes em acompanhamento indicados pelos profissionais da unidade
CONSULTA EM NUTRIÇÃO - SAE - RETORNO	Agendamento local para os pacientes em acompanhamento indicados pelos profissionais da unidade
CONSULTA EM PEDIATRIA - SAE	Agendamento local para os pacientes em acompanhamento indicados pelos profissionais da unidade
CONSULTA EM PEDIATRIA - SAE - RETORNO	Pacientes que já iniciaram o acompanhamento
CONSULTA EM GINECOLOGIA - SAE	Agendamento local para os pacientes em acompanhamento indicados pelos profissionais da unidade
CONSULTA EM GINECOLOGIA - SAE - RETORNO	Pacientes que já iniciaram o acompanhamento

1.13 Unidades de saúde e perfis no SISREG

Na regulação, as unidades de saúde podem ser classificadas, segundo o perfil do SISREG, como:

1. **Solicitante** – Aquela que solicita e/ou realiza agendamentos na rede municipal ou estadual;
2. **Executante** – Aquela que apenas executa o atendimento;
3. **Executante/Solicitante (Ambas)** – Agrega as características de Solicitante e Executante.

Funções das Unidades Solicitantes:

- Cadastro e atualização do Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- Agendar procedimentos de forma correta, quando houver vagas disponíveis;
- Organização e envio de solicitações às centrais de regulação municipal e estadual;
- Acompanhar, diariamente no SISREG, as solicitações pendentes de agendamento, as solicitações aprovadas (agendadas), e aquelas que forem devolvidas ou negadas pela regulação médica, a fim de verificar a justificativa para tal. Aquelas que tenham sido devolvidas, reenviá-las à regulação, acrescentando/corrigindo o que foi pedido pela regulação médica; Observação: aquelas solicitações que forem reenviadas à regulação sem o acréscimo/correção de informação solicitados, serão negadas por insuficiência de dados clínicos.

- Realizar investigação dos pacientes faltosos;
- Avisar a todos os usuários os agendamentos realizados, de solicitações que partam da sua unidade de saúde, sendo portanto de responsabilidade destas, o registro nos casos em que os usuários não quiserem mais os procedimentos agendados.

Funções das Unidades Executantes:

- Verificação das agendas diariamente;
- Confirmar atendimento dos usuários agendados, através do nº CHAVE do SISREG;
- Ser responsável pela organização e atualização de suas escalas, sendo obrigatoriamente necessária autorização da administração do sistema SISREG, no caso de qualquer mudança na sua configuração;
- Manter um canal aberto de discussões com a coordenação do sistema e a Central de Regulação.

1.14 Sobre o sistema informatizado de regulação: SISREG

O Município de Porto Velho em sua central de regulação de consultas e exames ambulatoriais definiu como ferramenta, o SISREG, sistema informatizado de regulação disponibilizado pelo Ministério da Saúde com acesso on line disponível no site: [<https://sisregiii.saude.gov.br/>]. O SISREG (Módulo Ambulatorial) é um sistema que se destina a regular as consultas ambulatoriais especializadas bem como os exames complementares de forma ELETIVA.

As vagas para esse nível de complexidade são finitas, portanto o encaminhamento para consultas e a solicitação dos exames complementares devem ser uma conduta reservada apenas àqueles pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis. Não se destina, portanto, à regulação de vagas urgentes e situações de emergência nem tampouco regulação de vagas de internação hospitalar. Nessas situações os profissionais devem acessar diretamente o fluxo de urgência/emergência estabelecido pela rede municipal e/ou estadual de saúde.

1.15 Classificação de prioridade ou risco do SISREG

A classificação de risco que consta no SISREG não segue os mesmos parâmetros da urgência/emergência, como consta nos protocolos baseados no protocolo de Manchester, usado para esse fim. Portanto, serve tão somente, como norteadora para

avaliação médica da central de regulação, podendo/devendo esta ser trocada por esta central, se a classificação inserida na solicitação estiver em desconformidade com a justificativa clínica e/ou CID.

Assim sendo, a primeira forma de avaliação das filas de regulação é através do tempo de espera. Quanto maior o tempo de fila em espera, maior é a prioridade de avaliação da solicitação do paciente. Obviamente, é levado em consideração a justificativa/descrição clínica da solicitação, bem como sua pertinência. Após a avaliação do tempo de espera em fila e justificativa da solicitação, como terceiro critério, utiliza-se a idade como um critério definidor de priorização, sendo em geral, quanto maior a idade, maior a sua necessidade. Contudo, é importante frisar que a idade sozinha, nunca é critério definidor de prioridade em processos regulatórios.

Infelizmente, a realidade que enfrentamos neste momento é a de que a classificação de risco das solicitações, no geral, são colocadas sem conformidade com a justificativa e, portanto, sem levar em consideração critérios clínicos, seja porque os profissionais de saúde não designam a correta classificação de risco, ou porque é a partir de pedido do(s) próprio(s) usuário(s) (ou até mesmo coação para com os operadores solicitantes das unidades), uma vez que este(s) julgam) que suas condição(ões) é(são) “mais urgente(s)” em detrimento de outros.

Levando isso em consideração, o SISREG apresenta-se com as seguintes opções de classificação de prioridade das solicitações:

LEGENDA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
	Prioridade Zero - Emergência, necessidade de atendimento imediato		Prioridade 2 - Prioridade não urgente
	Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível		Prioridade 3 - atendimento eletivo

Vermelho - P0 (prioridade zero). “Emergência, Necessidade de atendimento imediato.”

Trata-se, na verdade, de necessidade de avaliação o tão logo seja possível, por parte da central médica de regulação, seja para o agendamento ou troca de classificação se esta não for pertinente a justificativa clínica inserida no SISREG.

Assim, os pacientes que necessitem de atendimento imediato, com risco de morte ou risco de grave dano à sua saúde, deverão ser encaminhados a serviços de urgência ou emergência. Se necessário o parecer do especialista, este deverá ser contatado de imediato, pelo médico da unidade, devido à emergência, de acordo com os fluxos já estabelecidos para tal. Portanto, os atendimentos de emergência devem ser realizados na própria unidade de saúde ou referenciar a uma unidade de pronto atendimento, primeiramente. Os profissionais da APS podem entrar em contato com o

regulador na central, quando houver necessidade, para sanar alguma dúvida a respeito das filas de espera e dos fluxos estabelecidos. Em havendo a estabilização do quadro clínico no pronto-atendimento e o paciente recebendo alta hospitalar com exames e consultas a serem realizadas via ambulatorial, estas receberão tal classificação (P0); Isto posto, a estimativa de prazo de espera média para resposta (sugerida) na solicitação é de cerca de 45 (quarenta e cinco) dias, a contar desde a data de solicitação.

Amarelo - P1 (prioridade um). “Urgência, Atendimento o mais rápido possível.”

Assim como a classificação anteriormente descrita, há priorização quanto a resposta da solicitação em questão com esta classificação em detrimento das classificações P2 e P3, exceto sob a P1.

Estes pacientes, em geral, não chegam a consulta em pronto-atendimento, mas poderão ter sofrimento intenso ou risco de progressão da doença/lesão para quadros mais graves ou irreversíveis caso não haja alguma conduta em prazo curto.

Entende-se portanto que, aqueles qualificados como prioridade 1, devem ter uma estimativa de espera (sugerida) de resposta às solicitações com esta classificação de cerca de 80 (oitenta) dias.

Verde - P2 (prioridade dois). “Prioridade Não urgente.”

Atendimentos com certo grau de necessidade, mas que não se enquadram em Emergência ou Urgência.

O encaminhamento ocorrerá conforme oferta do serviço e quadro clínico descrito no encaminhamento, após aqueles com classificações inferiores a esta;

Assim sendo, tem-se uma estimativa de resposta (sugerida) a estas solicitações de cerca de: 140 (CENTO E QUARENTA) DIAS.

Azul - P3 (prioridade três). “Atendimento eletivo.”

Atendimento eletivo é aquele com baixo grau de comprometimento da saúde.

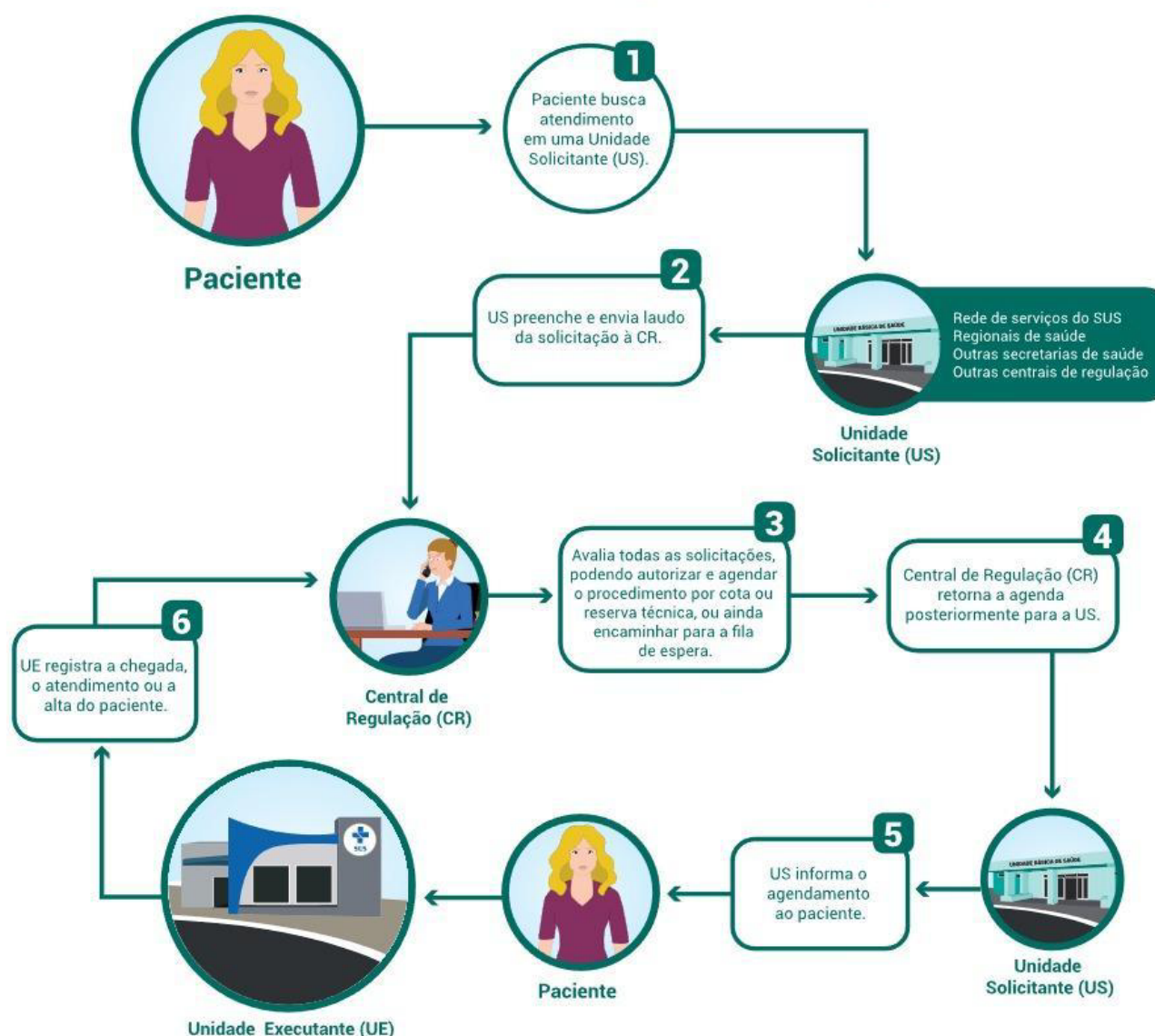
Logo, encaminhamentos com estas classificações serão agendados conforme a oferta do serviço e quadro clínico descrito no encaminhamento, tendo uma estimativa média de resposta (sugerida) no SISREG de cerca de 200 (DUZENTOS) DIAS.

É importante frisarmos que, **classificar o “P”** deve ser realizado segundo quadro clínico/necessidade de prioridade no atendimento, realizado EXCLUSIVAMENTE por profissional de nível superior ante a prerrogativa de suas atribuições profissionais, sobretudo médicos, e não apenas por diagnóstico, ou seja, por condição clínica do paciente, extensão e repercussão do dano. Todas estas informações devem constar no pedido de encaminhamento/solicitação do médico, enfermeiro ou dentista, com a devida classificação supracitada.

Ademais, conforme anteriormente relatado, essa classificação de solicitações é norteadora para que a central de regulação dê suas respostas às mesmas. Por “resposta na solicitação” entende-se, troca de classificação de risco, inclusão de alguma pendência, devolução à unidade de origem para acréscimo ou correção de informações, bem como o próprio agendamento da consulta/procedimento ou ainda, a negativa desta por equívoco de solicitação.

2 FLUXO PARA ATENDIMENTO NA REDE PÚBLICA

Fluxo de atendimento eletivo regulado, com autorização



Fonte: (BRASIL, 2006a, adaptado).

A figura anterior, mostra o caminho a ser percorrido pelo usuário desde a Atenção Primária até os demais níveis da assistência, partindo do pressuposto que a Atenção Primária deve ser a ordenadora e a coordenadora do cuidado no SUS, sendo responsável pela avaliação, acompanhamento e encaminhamento do usuário aos serviços especializados. Após o atendimento especializado nos níveis secundário ou terciário, o usuário deverá ser encaminhado, sempre que possível, para o nível primário, com a contra referência.

Diante disso, com o objetivo de facilitar e organizar o acesso aos agendamentos para a Atenção Especializada estabeleceu-se uma lógica de que cada unidade de saúde, seja ela, uma Unidade Básica de Saúde – UBS (ESF, Centro de Saúde) ou Policlínica,

será sempre um local de referência para o agendamento de consultas e exames de uma determinada população adscrita.

3 - PROCEDIMENTOS DA REDE ESTADUAL (FLUXOS E FORMA DE ACESSO)

Em geral, procedimentos de maior complexidade ambulatorial e/ou hospitalar, são de execução da rede estadual de saúde (SESAU-RO) e cada um possui sua particularidade, conforme protocolos estaduais, disponíveis no site: <https://www.regulacaoestadualro.com.br/publicações>

Alguns procedimentos são compartilhados entre a rede estadual, sendo, portanto, executados em ambas instâncias.

4 - ESPECIALIDADES MÉDICAS DISPONÍVEIS NA REDE MUNICIPAL(*)

- Alergia
- Cardiologia(***)
- Dermatologia
- Endocrinologia(**)
- Endocrinologia pediátrica(**)
- Ginecologia
- Gastrologia
- Infectologia
- Mastologia
- Neurologia adulto
- Neurologia pediátrica(**)
- Nefrologia adulto
- Nefrologia pediátrica
- Oftalmologia
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria
- Pneumologia(**)
- Psiquiatria(**)
- Pré–Natal de Alto Risco
- Reumatologia(**)
- Urologia

(*) Ao momento da confecção deste, podendo variar de acordo com a disponibilidade de profissional.

(**) Apenas através da modalidade de telemedicina.

(***) Disponibilidade de consultas presencial e telemedicina.

4.1 PROTOCOLO SUGERIDO DE ALERGIA

O encaminhamento deve conter: anamnese completa, incluindo história da doença atual, sintomas e tempo de evolução, história patológica pregressa, principalmente se o paciente for portador de doenças sistêmicas com risco de comprometimentos (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial), e história patológica familiar (com foco nas doenças alérgicas familiares). Faz-se necessário também que exame(s) complementar(s) e/ou tratamento(s) pneumológico(s) prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

Solicitar no SISREG como (a partir de 13 anos de idade):

CONSULTA EM ALERGIA ou;

CONSULTA EM ALERGIA – RETORNO.

4.1.1 - Doenças e/ou motivos comuns de encaminhamento para consulta em ALERGIA:

ESPECIALIDADE MÉDICA: ALERGIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
Asma alérgica	HDA: Associada a outras doenças alérgicas e de difícil controle apesar do tratamento instituído (citar). Exames complementares: Rx. de tórax + Hemograma + Espirometria.	P-0 (vermelho) ou P-1 (amarelo)	Crises frequentes com internações ou idas ao pronto-atendimento.
Rinite alérgica	HDA: Ausência de melhora aos tratamentos instituídos, por pelo menos 3 meses; Exames complementares: Rx de cavum ou TC de seios da face.	P-1 (amarelo) ou P-2 (verde)	Casos de difícil controle e/ou associadas a comorbidades pulmonares.
Dermatite atópica e de contato	HDA: Causando ausência funcional e refratária ao tratamento clínico. Exames complementares: Hemograma, IgE total/específico	P-2 (verde)	Dermatite atópica / eczema extensos
Urticária e/ou angioedema	HDA: Lesões recorrentes e refratárias ao tratamento por pelo menos 6 meses. Ex. complementares:	P-2 (verde) ou P3 (azul)	Lesões extensas

	Hemograma, Hepatite B e C, Sífilis, HIV e EPF.		
Alergia à medicamentos / alimentar	HDA: Descrever todos os medicamentos (ou alimentos) e queixa clínica causada pelo uso/ consumo destes. Ex. complementares: Hemograma, Hepatite B e C, Sífilis, HIV e EPF.	P-2 (verde) ou P3 (azul)	Lesões extensas

4.2 PROTOCOLO SUGERIDO DE CARDIOLOGIA

O encaminhamento deve conter anamnese completa, incluindo história da doença atual, sintomas e tempo de evolução, história patológica pregressa, principalmente se o paciente for portador de doenças sistêmicas com risco de comprometimentos (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial), e história patológica familiar (com foco nas doenças cardiovasculares familiares).

Faz-se necessário também que exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) cardiológico(s) prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

Solicitar no SISREG, com idade a partir de 12 anos de idade, como:

CONSULTA EM CARDIOLOGIA - GERAL ou;

CONSULTA EM CARDIOLOGIA - ADULTO - RETORNO, ou ainda;

CONSULTA EM CARDIOLOGIA - RISCO CIRÚRGICO (exame pré-operatório).

4.2.1 - Doenças e/ou motivos comuns de encaminhamento para consulta em CARDIOLOGIA:

ESPECIALIDADE MÉDICA: CARDIOLOGIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
HAS (de difícil	HDA: HAS sem controle clínico (uso de 3 fármacos de ação sinérgica, em doses	P-0 (vermelho) ou	Estratificação de Risco

controle)	máximas preconizadas e toleradas, sendo um deles preferencialmente um diurético); Alteração de órgão alvo (renal, cardiopatia hipertensiva, antecedentes de eventos neurológicos) ou comorbidades (DM, insuficiência renal crônica, doença vascular periférica); Suspeita de HAS secundária (síndrome da apneia obstrutiva do sono, hiperaldosteronismo, doenças da tireoide, hipercortisolismo, feocromocitoma). Exames complementares: Hemograma, glicemia de jejum, Lipidograma, ureia, creatinina, ácido úrico, EAS, sódio, potássio, TSH/T4L + ECG + Rx. de tórax + MAPA + Ecocardiograma e etc.	P-1 (amarelo) Obs.: HAS sem complicações e compensada: risco P-2 ou P-3	Cardiovascular: Alto e muito alto, moderada/severa HAS com lesão de órgão-alvo
ICC	HDA: Função sistólica reduzida (fração de ejeção < 45%) em classes funcionais III e IV (Anexo D); Quadros de difícil compensação, suspeita de etiologia isquêmica e/ou arritmias associadas. Exames complementares: Hemograma, glicemia de jejum, Lipidograma, ureia, creatinina, ácido úrico, EAS, sódio, potássio + ECG + Rx. de tórax + MAPA + Ecocardiograma e etc.	P-0 (vermelho) ou P-1 (amarelo) Obs.: ICC classe I, II e FE preservada: risco P-2 (verde)	Casos de difícil controle e/ou associadas a comorbidades pulmonares
DAC (Doença Arterial Coronariana)	HDA: Pós–infarto agudo do miocárdio; pós revascularização do miocárdio ou angioplastia; DAC conhecida; Valvopatias; Angina com mudança do padrão (aumento de frequência, redução do limiar); Angina estável com comorbidades descompensadas (HAS, arritmias). Exames complementares: Hemograma, glicemia de jejum, Lipidograma, ureia, creatinina, sódio, potássio + ECG + Rx. tórax (PA/P); Exames anteriores: (enzimas cardíacas, ecocardiograma, teste ergométrico, cintilografia, cateterismo);	P-0 (vermelho)	Todos os casos são considerados prioridade pelo risco de morte súbita

DOR TORÁCICA A/E	HDA/Ex. físico: Características (típica ou atípica, localização, irradiação, duração, fatores de alívio ou agravo); Comorbidades? (diabetes mellitus, insuficiência renal crônica, pneumopatia, obesidade, dislipidemias, tabagismo, etc.) Exames complementares: Hemograma, glicemia de jejum, Lipidograma, ureia, creatinina, sódio, potássio + ECG + Rx. tórax (PA/P); Exames anteriores: (enzimas cardíacas, ecocardiograma, teste ergométrico, cintilografia, cateterismo);	P-1 (alta suspeita anginosa) P-2/3 (etiologia incerta, baixa probabilidade anginosa)	Angina estável (Classe III e IV da Classificação CSS - ANEXO E) Obs.: Angina instável e suspeita de IAM: encaminhar para um Pronto Atendimento imediatamente
VALVULOPATIA/ SOPRO CARDÍACO	HDA/Ex. físico: Ausculta cardíaca alterada (descrever e, excluir outras causas clínicas como hipertireoidismo e anemia); Valvulopatias confirmadas; Usuários de prótese valvar. Exames complementares: ECG, ecocardiograma, RX tórax.	P-1 (amarelo) Obs.: Para casos compensados: P-2 (verde), mas realizar acompanhamento anual	Descompensação cardíaca recorrente (internações / idas frequentes ao P.A.
ARRITMIAS CARDÍACAS	HD/Ex. físico: Diagnóstico já estabelecido anteriormente; Palpitações (episódios repetitivos, excluídas causas secundárias); Alterações do ritmo cardíaco observadas na avaliação clínica (descrever) ou documentadas por exame complementar; Uso de marcapasso permanente. Ex. complementares: Hemograma, glicemia de jejum, Lipidograma, ureia, creatinina, ácido úrico, EAS, sódio, potássio, TSH/T4L + ECG + Rx. de tórax + MAPA + Ecocardiograma e etc.	P-1 (amarelo)	Insuficiência cardíaca ou coronariana
PARECER CARDIOLÓGICO (pré-operatório ou atividades físicas.)	HDA/Ex. físico: Diagnóstico e tipo de cirurgia a que o paciente será submetido, e suas comorbidades, se possuir. Ex. complementares (obrigatórios levar no dia da consulta): Hemograma, glicemia de jejum, coagulograma, ureia, creatinina + RX tórax (PA/P). O ECG será feito no dia da consulta. Exames cardiológicos anteriores, se possuir (Ecocardiograma, CATE e etc). Para atividades físicas: incluir, lipidograma, ecocardiograma e ECG prévio.	P-2 (verde) ou P-3 (azul)	Cirurgias vasculares Cirurgias de grande porte

4.2.2 - Condições cardiológicas clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência para pronto-atendimento (NÃO via SISREG):

- ICC descompensada aguda;
- Insuficiência respiratória ou sinais de baixo débito;
- Angina instável ou suspeita de infarto agudo do miocárdio (IAM);
- Alterações do ritmo com sinais de instabilidade hemodinâmica;
- PAS = OU > 220mmHg e/ou PAD 120 mmHg ou com valores menores e sintomáticos;
- Outras causas de dor torácica aguda (Tromboembolismo pulmonar, Dissecção de Aorta), com descompensação hemodinâmica.

4.3 PROTOCOLO SUGERIDO DE DERMATOLOGIA

O encaminhamento deve conter a anamnese, incluindo na HDA, a melhor descrição possível da(s) lesão(ões), incluindo o aspecto/assimetria, características das bordas, coloração, diâmetro lesional e tempo de evolução desta(s). Se for relevante, citar a história patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas com risco de comprometimentos (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial, HIV/SIDA), e história patológica familiar (com foco nas doenças dermatológicas familiares).

Faz-se necessário também que exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) dermatológico(s) prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

Solicitar no SISREG, com idade a partir de 0 (zero) anos de idade, como:

CONSULTA EM DERMATOLOGIA - GERAL ou;

CONSULTA EM DERMATOLOGIA - RETORNO.

Ainda há no SISREG, uma especificidade em dermatologia quanto a hanseníase, que é a CONSULTA EM DERMATOLOGIA - HANSENÍASE. O agendamento se dá diretamente através do agendamento das unidades básicas de saúde. Contudo, os agendamentos de retorno são feitos, exclusivamente, na unidade executante deste procedimento que é o Centro de Especialidades Médicas Dr Alfredo Silva. Então, em havendo a suspeita desta patologia, os profissionais de saúde das UBS/USF e demais

unidades especializadas, NÃO DEVEM mais orientar o paciente a buscar diretamente a unidade supracitada. Tudo será via sistema de regulação.

É importante citar que o Centro de Medicina Tropical de Rondônia (Cemetron), unidade de saúde de responsabilidade da Secretaria Estadual e consequentemente do governo do estado, também é uma referência quando se trata de doenças infecto-contagiosas. O acesso a essa instituição de saúde possui fluxograma próprio a ser verificado junto a SESA/RO.

4.3.1 - Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta em DERMATOLOGIA:

ESPECIALIDADE MÉDICA: DERMATOLOGIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
MICOSES	HDA/Ex. físico: Sem melhora ou suspeita de micose profunda; Início, tempo de evolução e tratamento, aspecto da lesão e outros comemorativos pertinentes Exames complementares: Micológico direto, se disponível	P-3 (azul)	Crianças (< 5 anos) e Idosos (> 60 anos)
MICOSES PROFUNDAS	HDA/Ex.físico:Descrição lesional e tratamentos instituídos; Ex.: Lobomicoses (Doença de Jorge-lobo), Cromomicoses, Esporomicoses, Paracoccidioidomicosis e TB cutânea Exames complementares: Pesquisa direta e cultura de fungos (se disponível)	P-1 (amarelo)	Crianças (< 5 anos) e Idosos (> 60 anos)
NEOPLASIAS CUTÂNEAS (Diagnóstico diferencial de lesões infiltradas)	HDA/Ex.físico: Definir as características lesionais (assimetria? bordas irregulares? coloração não uniforme? e o diâmetro, localização e evolução?); Lesões sugestivas: aumento progressivo + alteração das características iniciais, prurido e/ou sangramento e presença/ausência de linfonodos. Exames complementares: Histopatológico (biópsia), se disponível.	P-0 (vermelho) ou, P-1 (amarelo) Obs.: se disponível histopatológico confirmatório, sugere-se o encaminhamento à oncologia, na regulação estadual, via SISREG	Suspeita de melanoma Lesão suspeita com presença de linfonodomegalia associada
HERPES ZOSTER	HDA/Ex. físico: Casos graves com comprometimento do estado geral, sobretudo imunodeprimidos. Descrever aspecto da lesão.	P-1 (amarelo) ou P-2 (verde)	Imunossuprimido, Lesões extensas

DISCROMIAS (“manchas”)	HDA/Ex. físico: Descrever as lesões, se hiper ou hipocrômicas, e tratamentos instituídos.	P-3 (azul)	Lesões suspeitas de neoplasias
HANSENÍASE	HDA/Ex. físico: Dificuldade de diagnóstico; lesões extensas, resistência ao tratamento inicial; complicações (comprometimento neurológico e reações hansênicas). Exame físico: aspecto das lesões (tamanho, características e localização); exame dermato neurológico (palpação e teste da sensibilidade); informar tratamento e reações; tratamento multidisciplinar. Ex. complementares: Baciloscopia (BH na linfa - BAAR) ou histopatologia cutânea ou de nervo periférico sensitivo, se disponível(is).	P-1 (amarelo)	Na suspeita, refere-se ao Centro de Especialidades Médicas Dr. Rafael Vaz e Silva. Incluir no encaminhamento, obrigatoriamente CID 10: A30. Reação hansênica: referenciar ao P.A diretamente.
DERMATOSES ERITEMATO-ESCAMOSAS	HDA/Ex. físico: Descrição lesional detalhada, bem como tratamentos instituídos; Ex.: Psoríase, Líquen plano, Pitiríase rósea, Ictioses.	P-2 (Verde): Psoríase / Ictioses P-3 (Azul): Demais casos	Psoríase / Ictioses
DERMATOSES BOLHOSAS (Buloses)	HDA/Ex.físico: Descrição lesional detalhada, como tratamentos instituídos; Ex: Pênfigo, Penfigoide, Dermatite herpetiforme.	P-2 (Verde)	Quadro extenso e/ou acometimento mucosas
LESÕES ULCERADAS (Leishmaniose)	HDA/Ex. físico: Lesões suspeitas (bordas elevadas, endurecidas, não cicatrizam por mais de 30 dias apesar de tratamento com antibióticos)	P-2 (Verde)	Lesões extensas em face
IST's	HDA/Ex. físico: Aspecto, evolução e tratamento. Ofertar sorologias para IST's <u>Sugere-se a referência à Ginecologia ou Urologia</u> , para melhor resolutividade.	P-2 (Verde)	Lesões graves e/ou extensas Gestantes

4.4 PROTOCOLO SUGERIDO DE ENDOCRINOLOGIA

Atualmente, a Semusa dispõe dessa especialidade médica apenas através da modalidade de teleatendimento em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein. Esses atendimentos transcorrem nas próprias unidades de saúde do município, dentro do consultório, estando o paciente posicionado ante a tela com o profissional especialista da instituição supracitada e, ao seu lado fisicamente, estando o seu médico(a) assistente.

É o médico assistente, que está ao lado do usuário, que emite os impressos e demais documentos médicos sob orientação do especialista em tela, assim como este também é o responsável por enviar os exames e documentos do paciente para avaliação especializada. Portanto, o paciente não precisa manipular nenhum aparato de informática envolvido na consulta.

Vale ressaltar que, assim como para as outras especialidades, cada encaminhamento deve conter: a anamnese, incluindo na HDA, a melhor descrição possível da(s) lesão(ões), incluindo o aspecto/assimetria, características das bordas, coloração, diâmetro lesional e tempo de evolução desta(s). Se for relevante, citar a história patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas com risco de comprometimentos (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial, HIV/SIDA), e história patológica familiar (com foco nas doenças endocrinológicas familiares).

Faz-se necessário também que exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) atual(is) ou prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

Solicitar no SISREG, com idade a partir de 12 (doze) anos de idade, como:

CONSULTA EM TELEMEDICINA - ENDOCRINOLOGIA e;

TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA, para as consultas de retorno/seguimento da telemedicina.

A seguir, sugere-se uma série de doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta nesta especialidade:

4.4.1 - Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta em ENDOCRINOLOGIA

ESPECIALIDADE MÉDICA: ENDOCRINOLOGIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
DIABETES MELLITUS	HDA/EX. físico: DM tipo 1: uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos; DM tipo 2: casos tratados e não responsivos à insulino terapia plena, hiperglicemia, hemoglobina glicosilada aumentada e glicemia pós prandial > 140-160 mg/dl; Pacientes em uso de insulina em dose otimizada (mais de uma unidade por quilograma de peso); Comorbidades: nefropatia, neuropatia, retinopatia, cardiopatia, dislipidemia, HAS; Insuficiência renal crônica (IRC) com creatinina > 1.5mg/dL; Intolerância ou contra-indicação absoluta a anti-diabéticos orais; Exames complementares: Glicemia de jejum (2 exames com intervalo de 2 a 3 semanas), hemograma, ureia, creatinina, EAS, TTOG (teste de tolerância oral à glicose), hemoglobina glicada, microalbuminúria, anti-GAD, peptídeos C, insulina, avaliação oftalmológica complementar (fundo de olho).	P-1 (amarelo): casos descompensados; P-2 (verde): avaliação rotina	Estratificação de Risco Cardiovascular: Alto e Muito Alto Síndrome Metabólica

BÓCIO (Uni/Multinodular)	HDA/Ex. físico: Idade e sinais e sintomas; TSH diminuído (suspeita de nódulo quente); Nódulo com indicação de PAAF: nódulo hipoecóico > 1 cm ou iso/hipoecóico > 1,5 cm ou nódulos menores que 1 cm com alguma característica suspeita de malignidade (microcalcificações, margem irregular, vascularização predominante central, linfonodomegalia); Sintomas compressivos atribuíveis ao bócio ou suspeita de malignidade; Indicação de tratamento cirúrgico ou iodo radioativo (bócio grande ou que está crescendo); História familiar de câncer de tireoide. Exames complementares: TSH e T4 livre; USG tireoide; Exames anteriores (com data do exame: TSH, USG de tireoide, PAAF)	P-1 (amarelo)	Suspeita de malignidade
HIPERTIREOIDISMO	HDA/Ex.físico:Idade e sinais e sintomas, tratamentos realizados e medicação em uso; TSH suprimido (abaixo do valor de referência) após repetição do exame; Caso apresente características sugestivas de doença de Graves (bócio difuso ou oftalmopatia), não é necessário a repetição do exame antes do encaminhamento. Exames complementares: TSH, T3 total, T4 livre e TRAB (com datas)	P-1 (amarelo)	Difícil controle
HIPOTIREOIDISMO	HDA/Ex.físico: Idade + Peso (Kg) + Queixas clínicas + tratamentos realizados e, medicações em uso (dose da levotiroxina em uso); Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo, T4 livre ou total baixo); Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5mcg/kg de Levotiroxina, quando já avaliada a adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração do metabolismo/absorção de T4; Pós-tireoidectomia. Exames complementares: TSH e T4 livre (com datas)	P-1 (amarelo) Obs.: Gestante com hipotireoidismo (encaminhar para o Pré-Natal de Alto Risco)	Difícil controle
OBESIDADE	HDA/Ex. físico: IMC maior que 35 Kg/m² + Comorbidades: HAS, DM, risco cardiovascular elevado, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, doença hepática gordurosa não alcoólica); Suspeita de obesidade secundária (provocada por problema endocrinológico: HAS refratária e/ou fácies cushingoide, estrias violáceas,	P-2 (verde)	IMC maior que 40 kg/m ² com comorbidades

	fraqueza proximal importante); Citar medicações em uso, se houver. Exames complementares: Glicemia de jejum + Hemoglobina glicada, Lipidograma, TSH, T4 livre, função hepática e renal + EAS.		
NÓDULO TIREOIDIANO	HDA/Ex.físico: TSH diminuído (suspeita de nódulo quente); Nódulo com indicação de PAAF: nódulo hipoecoico > 1cm ou iso/hiperecoico > 1,5 cm ou nódulos menores que 1 cm com alguma característica suspeita de malignidade (microcalcificações, margem irregular, vascularização predominante central, linfonodomegalia); História clínica, exame físico ou características do nódulo suspeito para malignidade: Sinais e sintomas compressivos ou com suspeita para malignidade (dispneia, rouquidão, tosse, disfagia, adenomegalias patológicas); Idade, sinais e sintomas, tratamentos realizados, comorbidades, medicações em uso, história familiar de câncer de tireoide Ex. complementares: TSH, T4 livre, USG de tireoide e PAAF (com datas)	P-1 (amarelo) Obs.: Nódulos com confirmação citológica ou alta suspeição de câncer de tireoide, encaminhar a oncologia (central estadual de regulação)	Baixo tempo de evolução e pacientes do sexo masculino
DOENÇAS HIPOFISÁRIAS	HDA/Ex. físico: Pan-hipopituitarismo (pacientes submetidos a cirurgia hipofisária, pós-trauma crânio-encefálico ou com histórico de irradiação do sistema nervoso central); Lesões na topografia da sela túrcica a esclarecer; Acromegalia: GH elevado; Prolactinoma: galactorreia, amenorreia, prolactina elevada; Síndrome de Sheehan: agalactia e amenorreia pós-parto; Diabetes insipidus; Hipocortisolismo: hipotensão arterial; Insuficiência adrenal (doença de Addison): hipotensão arterial, hiperpigmentação, perda de peso; Feocromocitoma: hipertensão arterial paroxística com tríade clássica (cefaleia, palpitação e sudorese); Hiperaldosteronismo primário; Síndrome de Cushing: hipertensão, diabetes mellitus, fraqueza muscular, obesidade. Ex. complementares: RM ou TC crânio, T4 livre, TSH, prolactina, IGF-1, cortisol pós dexametasona, testosterona, LH, FSH e etc.	P-0 (vermelho)	Todos

4.4.2 - Situações que não necessitam de encaminhamento e podem ser manejadas na UBS/USF:

- Hipotireoidismo compensado
- Nódulos de tireoide benignos já avaliados pelo oncologista
- Diabetes mellitus compensado
- Dislipidemia leve-moderada
- Obesidade com IMC < 35 kg/m²

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

- Coma mixedematoso
- Cetoacidose diabética
- Estado hiperosmolar não-cetótico

4.5 PROTOCOLO SUGERIDO DE GINECOLOGIA

Os principais motivos de encaminhamento para consulta eletiva com o ginecologista são descritos neste protocolo a seguir.

Vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter: a anamnese, incluindo na HDA, a melhor descrição possível da(s) queixa(s) clínica(s), síndromes e etc. Se for relevante, citar a história patológica pregressa, principalmente se a paciente for portadora de doenças sistêmicas com risco de comprometimentos (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial, HIV/SIDA), e história patológica familiar (com foco nas doenças cancerosas ginecológicas em parentes de primeiro grau).

Faz-se necessário também que exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) ginecológico(s) prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

Solicitar no SISREG, com idade a partir de 12 (dose) anos de idade, como:

- Consultas gerais: **CONSULTA EM GINECOLOGIA** ou **CONSULTA EM GINECOLOGIA - RETORNO**;
- Consultas para alteração em exame preventivo de câncer de colo uterino: **CONSULTA EM GINECOLOGIA - ALTERAÇÕES EM CITOLOGIA ONCÓTICA** ou **CONSULTA EM GINECOLOGIA - PATOLOGIA CERVICAL, NIC, HPV** ou **CONSULTA EM GINECOLOGIA - COLPOSCOPIA**;

- Consultas relacionadas ao climatério (“menopausa”): **CONSULTA EM GINECOLOGIA - CLIMATÉRIO** ou **CONSULTA EM GINECOLOGIA - CLIMATÉRIO - RETORNO**;
- Consultas relacionadas a patologias das mamas: **CONSULTA EM GINECOLOGIA - MASTOLOGIA** ou **CONSULTA EM GINECOLOGIA - MASTOLOGIA - RETORNO**;
- Consultas relacionadas a planejamento familiar (anticoncepcional) e D.I.U.: **CONSULTA EM GINECOLOGIA - P/ PLANEJAMENTO FAMILIAR, CONSULTA EM GINECOLOGIA - P/ PLANEJAMENTO FAMILIAR - D.I.U. (inserção), DIU - REVISÃO, DIU - REMOÇÃO**.
- Consultas relacionadas à contracepção cirúrgica (vasectomia e laqueadura): **CONSULTA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA VASECTOMIA**, ou **CONSULTA PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA LAQUEADURA**

4.5.1 - Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta:

ESPECIALIDADE MÉDICA: GINECOLOGIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL (SUA)	HDA/Ex.físico: <u>Menacme</u> : sangramento disfuncional sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem); ou sangramento uterino anormal associado a mioma, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses; ou sangramento uterino anormal associado a pólipos ou hiperplasia de endométrio (espessura endometrial maior ou igual a 12 mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual); ou sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e pelo menos mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica,	P-1 (amarelo)	SUA > 15 dias; Obs.: É importante lembrar que, se houver instabilidade hemodinâmica associada, a conduta é de seguir o fluxo de encaminhamento ao pronto-atendimento

	uso de tamoxifeno); <u>Menopausa</u>: espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada na ecografia pélvica transvaginal; ou sangramento uterino anormal e impossibilidade de solicitar ecografia pélvica transvaginal. Exames complementares/físico: Hemograma e USG pélvica/transvaginal, com data; Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes); Exame físico ginecológico (exame especular e toque vaginal); Paciente está na menopausa (sim ou não)? Se sim, há quanto tempo; Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos utilizados com dose e posologia).		
DOR PÉLVICA CRÔNICA	HDA/Ex.físico: Dor pélvica por mais de 6 meses de origem ginecológica, refratária ao tratamento clínico otimizado, não associada a gestação ou; Alteração em exame de imagem ou exame físico sugestivo de endometriose. Descrição lesional e tratamentos instituídos; Sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário) + Exame físico e ginecológico completo; Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia); História de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias (sim ou não). Exames complementares: USG. TV com preparo intestinal, se disponível.	P-3 (azul)	Múltiplas falhas de tratamento prévio
MIOMATOSE UTERINA	HDA/Ex.físico: Sintomas (sangramento, distensão abdominal/pélvica, dispareunia) que persistem após tratamento clínico otimizado por três meses; Exame físico abdominal e toque vaginal; Tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos utilizados com	P-3 (azul)	Obs.: Mulher com SUA (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser encaminhadas para <u>urgência/emergência</u>

	dose e posologia). Ex. complementares: Hemograma e USG.TV		
ANORMALIDADES DA ESTÁTICA PÉLVICA / INCONTINÊNCIA URINÁRIA	HDA/Ex.físico: Paciente com prolapso genital sintomática, independente do grau, que deseja tratamento cirúrgico; Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (exercícios para músculos do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida - perda de peso quando necessário, diminuição da ingestão de cafeína/álcool); Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado (o mesmo acima); Ex.complementares: Urocultura e Estudo urodinâmico (se disponível); Medicamentos em uso que afetam a continência urinária (sim ou não). Se sim, descrever.	P-3 (azul)	Não há
CLIMATÉRIO	HDA/Ex.físico: Menopausa precoce (antes dos 40 anos); Persistência de sintomas associados ao climatério após tratamento clínico otimizado por 6 meses. Descrever: Sinais e sintomas, idade da paciente quando iniciou a menopausa, tratamentos em uso ou já realizados para os sintomas do climatério (medicamentos utilizados com dose e posologia) e História prévia de neoplasia maligna ginecológica ou ooforectomia (sim ou não). Se sim, descrever.	P-3 (azul)	P-1 (amarelo): história pessoal e/ou familiar de câncer ginecológico P-2 (verde): Menopausa precoce
NEOPLASIA DE ENDOMÉTRIO (suspeita)	HDA/Ex.físico: Mulheres na menopausa com SUA (sem terapia hormonal); Ultra-sonografia transvaginal com espessura endometrial maior que 5mm ou descrição de endométrio heterogêneo e irregular na ecografia; Sinais e sintomas: descrever exame especular); Ex.complementares: USG. TV: Descrição do exame de imagem, com data e resultado de biópsia de endométrio com data, quando realizado; <u>OBS</u>: Não está indicado solicitar ecografia transvaginal como exame de rotina ou	P-1 (amarelo)	P-0 (vermelho): Neoplasia do endométrio evidenciada em biópsia ou exame de imagem com lesão tumoral suspeita de neoplasia de endométrio

	para rastreamento de câncer de endométrio.		
NEOPLASIA DE COLO UTERINO	HDA/Ex.físico: Resultado de PCCU com: Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H); Células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau) (AGC); Células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau); Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL); Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor; Mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doenças autoimunes ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL). Resultado de dois PCCUs consecutivos (intervalo de 6 meses): células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) ou lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) Ex.complementares: PCCU (Exame Preventivo de Câncer do Colo Uterino). <u>Obs:</u> Se houver, descrever sinais e sintomas, bem como o exame físico ginecológico (especular e toque vaginal).	P-1 (amarelo)	P-0 (vermelho): Lesão suspeita (como tumores ou úlceras) ao exame especular; Neoplasia invasora (carcinoma epidermoide/adenocarcinoma), carcinoma microinvasor (NIC II/II); Resultado de PCCU com: carcinoma epidermoide invasor ou adenocarcinoma in situ (AIS) e invasor.
CONDILOMA ACUMINADO / VERRUGAS VIRAIS	HDA/Ex.físico: Mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas); Gestante com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas); Gestante com verruga viral no canal vaginal ou colo uterino. Descrição detalhada da lesão (localização, extensão, evolução, toque retal, quando condiloma anorretal),	P-2 (verde)	P-1 (amarelo): Gestantes com indicação cirúrgica; Pacientes imunossuprimidos com verrugas refratárias ao tratamento.

	tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração), se mulher em idade fértil, trata-se de gestante? (sim ou não). Exames complementares: Resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data.		
AMENORREIA	HDA/Ex.físico: <u>Amenorreia primária</u>: Maiores de 14 anos sem caracteres sexuais secundários ou Maiores de 16 anos com caracteres sexuais secundários; <u>Amenorreia secundária</u>: Resposta negativa ao teste do progestogênio - ver ANEXO C); ou falência ovariana precoce; ou história de exposição a rádio e/ou quimioterapia no passado. Descrever sinais e sintomas, tempo de início da amenorreia, medicamentos em uso e etc; Ex. complementares: Prolactina e TSH, com data (se amenorreia secundária); Resultado do teste com Progestágeno (se amenorreia secundária); Resultado de ecografia pélvica ou transvaginal, com data (se disponível). <u>Obs</u>: SEMPRE DESCARTAR GRAVIDEZ na investigação inicial de amenorreia; em caso de hiperprolactinemia ou outras doenças hipofisárias/hipotalâmicas, encaminhar para o endocrinologista.	P-2 (verde)	
CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	HDA/Ex.físico: Relato sucinto do quadro clínico, evolução, exames e tratamentos realizados; Informar a realização de procedimento cirúrgico anterior (gineco-obstétrico, esterilidade, urológico e intestinal); Indicações múltiplas (exemplos): Mioma uterino, endometriose pélvica, cisto de ovário não funcional, hidrossalpinge, sangramento disfuncional do endométrio, espessamento endometrial (pós-menopausa), pólipos endometrial, cisto de glândula de Bartholin, prolapso genital, incontinência urinária de esforço, anomalias uterinas, DIU*, Laqueadura*. Ex.complementares: (conforme a suspeita clínica) Ultra-sonografia pélvica ou Transvaginal (para todas pacientes que tiveram	P-3 (azul).	P-0 (Vermelho): Sangramento genital de grande monta; Suspeição de neoplasias.

	sexarca): confirmação diagnóstica; Estudo urodinâmico completo (se houver indicação); Histerossalpingografia: (nas anomalias uterinas, se disponível); Laudo de histeroscopia diagnóstica (se houver); Laudo de laparoscopia diagnóstica (se houver); Laudo anatomopatológico (se houver). OBS.: (*) Verificar a seguir, os direcionamentos para inserção de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e contracepção cirúrgica (Laqueadura/Vasectomia)		
--	--	--	--

4.5.2 Sangramento uterino anormal (SUA)

- **Situações que não necessitam de encaminhamento e podem ser manejadas na UBS:** Sempre descartar gravidez e sangramento por patologias cervicais na investigação inicial de sangramento uterino anormal, achados na citologia: ASC-US.
- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência:** Sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves.
- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia ou hematologia (central estadual de regulação):** Mulher na menacme com suspeita de sangramento uterino anormal por discrasias sanguínea (sangramento uterino aumentado desde a menarca ou história familiar de coagulopatia ou múltiplas manifestações hemorrágicas).

4.5.3 Massa anexial (encaminhar para ONCOLOGIA, VIA SISREG ESTADUAL)

- **HDA:** Em qualquer faixa etária: tumores em mulheres com sintomas (distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária,

mudança hábito intestinal, etc.); ou tumores sólidos independentemente do tamanho; ou tumores císticos com aspecto complexo (multisseptado, conteúdo misto, projeções sólidas); tumores com ascite;

- **Menopausa:** cistos simples (menacme: menor que 8,0 cm que não tenham regredido em duas ecografias pélvicas transvaginais com intervalo de 3 meses entre elas; ou maior ou igual a 8,0 cm).
- **Exames complementares:** Descrição do exame de imagem, com data.
- **Exame físico:** Sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal); Paciente está na menopausa (sim ou não)? Se sim, há quanto tempo; História familiar de câncer de mama ou ovário (sim ou não)? Se sim, descrever parentesco dos familiares, sexo e idade de diagnóstico do câncer.
- **Classificação de risco:** P1
- **Contrarreferência:** Permanecer no nível secundário.

4.5.4 - Miomatose uterina

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência:** Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves.

4.5.5 - Dor pélvica crônica / Endometriose

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:** Suspeita de dor de origem abdominal com investigação inconclusiva na APS.
- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:** Suspeita de cistite intersticial, também conhecida como síndrome da bexiga dolorosa.

4.5.6 - Cirurgias ginecológicas

- **Observações gerais:**

- O exame complementar é dispensável nas patologias em que o diagnóstico é firmado pelo exame ginecológico;
- Havendo comprovação diagnóstica de patologia maligna, o encaminhamento deverá ser para o serviço de oncologia (SESAU/RO);
- Importante orientar o usuário que a consulta será de avaliação e não de agendamento da cirurgia.

- **Laqueadura tubária**

Consiste em cirurgia para seccionar (cortar) as trompas, impedindo o encontro dos espermatozoides com o óvulo. A laqueadura pode ser feita pelas seguintes vias: mini-laparotomia, laparoscopia, colpotomia.

Critérios para indicação da cirurgia:

A norma foi alterada pela Lei nº 14.443/2022 para estabelecer as condições de acesso à esterilização voluntária. A nova redação traz as seguintes alterações nos requisitos de elegibilidade:

- A idade mínima para mulheres e homens com capacidade civil plena passa de 25 para 21 anos, independentemente do número de filhos vivos;
- Fica definido prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico;
- Não é mais necessário o consentimento expresso de ambos os cônjuges para a realização de laqueadura tubária ou vasectomia;
- O histórico de cesarianas sucessivas anteriores não é mais requisito para a realização de laqueadura tubária durante a cesárea, sendo a esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto garantida à solicitante, desde que observados o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.

Em situação de saúde que comprovadamente haja necessidade de realizar a laqueadura, o termo de consentimento deve ser assinado por dois médicos.

Em pessoas absolutamente incapazes, a laqueadura só poderá ser realizada mediante autorização judicial.

Durante o aconselhamento psicológico, deve-se ressaltar a importância de que a esterilização não isenta as pessoas dos cuidados de prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Também deve ser abordada a necessidade da realização anual da citologia oncológica (PCCU).

Protocolo para realização de laqueadura tubária:

- Participar do aconselhamento por equipe multiprofissional, na vigência de união estável comparecer com parceiro, recebendo orientações sobre o método, riscos e vantagens;
- Preencher e assinar a solicitação e autorização para contracepção cirúrgica e, não é mais necessário o consentimento expresso de ambos os cônjuges para a realização de laqueadura tubária. (vide anexo F - frente);
- A documentação deverá ser preenchida e assinada pelos profissionais responsáveis pelo aconselhamento na Unidade, o agendamento será realizado no Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM).
- Cópia (“xerox”) do RG e CPF da usuária e parceiro ou testemunha (se houver) e xerox do registro de nascimento de dois filhos.
- Exames a serem solicitados antes da cirurgia: VDRL, HIV, Hemograma e HBsAg (Solicitar os exames apenas para as usuárias que não estão em pós-parto).
- Para as usuárias que optaram pela laqueadura durante o pré-natal, realizar o aconselhamento, preencher a documentação, não é necessário realizar o agendamento, pois o mesmo será efetuado após o parto na Maternidade Municipal.
- A usuária deverá ser orientada a continuar o uso de contraceptivo até o dia da cirurgia, ou até o término da cartela do contraceptivo oral.
- No dia da cirurgia o paciente deverá ser orientado a comparecer no horário agendado portando documento com foto, cartão do SUS e termo de consentimento informado. Na triagem deverá ser verificada a documentação e exames.
- Após a realização da cirurgia a usuária deverá comparecer à unidade básica de saúde para retirada de pontos, durante a consulta deve ser abordada a satisfação do método, enfatizando a necessidade de proteção e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Observação: Não solicitar exames para usuárias de pós-parto, apenas enfatizar a importância de comparecer para cirurgia com o cartão da gestante e o bebê a fim de continuar o aleitamento materno exclusivo.

4.5.7 Dispositivo Intra-Uterino (DIU)

São artefatos de polietileno (“plástico”) as quais podem ser adicionados cobre ou hormônios que, inseridos na cavidade uterina, exercem uma função contraceptiva.

Atuam impedindo a fecundação porque tornam mais difícil a passagem do espermatozoide pelo trato reprodutivo feminino, reduzindo a possibilidade de fertilização do óvulo.

Existem dois tipos de DIU: o medicado (com hormônio) e o não medicado (sem hormônio).

CrITÉRIOS CLÍNICOS DE elegibilidade para o uso de DIU:

- 60 dias após o parto;
- Qualquer idade, observando o comportamento de risco de atividades sexuais;
- Fumantes;
- História de hipertensão;
- História de pré-eclâmpsia;
- Diabetes insulino dependentes ou não, diabetes gestacional;
- Varizes;
- Doença cardíaca isquêmica e valvular;
- AVC;
- Doença mamária benigna;
- Doença inflamatória pélvica no passado, sem fatores de risco para IST's;
- Epilepsia;
- Multiparidade;
- Tumores ovarianos benignos, inclusive cisto de ovário;
- Cirurgia pélvica no passado.

Protocolo para inserção de dispositivo intra-uterino e acompanhamento de mulheres que não estão em puerpério:

- Ir à unidade para receber o aconselhamento acerca dos benefícios e contra indicações do método escolhido;
- Realizar tratamento para leucorreia se houver necessidade;
- A inserção pode ser realizada em qualquer momento do ciclo menstrual, desde que haja certeza que a mulher não está grávida, devendo ser realizada por um médico com experiência;

- Após inserção o primeiro retorno é após a primeira menstruação, a fim de verificar o aumento do fluxo menstrual;
- A segunda consulta deve ser realizada após seis meses de inserção;
- As consultas subsequentes devem ser realizadas anualmente, junto a coleta de material citologia oncológica (PCCU);

Não há necessidade de realizar ultrassom de controle anual, tendo em vista que a visualização dos fios do DIU é realizada na coleta de PCCU. Caso não ocorra visualização dos fios do DIU, encaminhar a usuária para referência e solicitar a ecografia transvaginal. Local de atendimento/referência para inserção do DIU.

Protocolo para inserção de dispositivo intra-uterino pós-parto:

- Estar realizando o pré-natal e ter realizado todos os exames sorológicos;
- Ter realizado coleta de PCCU após o primeiro trimestre da gestação;
- A inserção deve ser realizada por um ginecologista com experiência nos primeiros trinta minutos após a dequitação placentária;
- A usuária já deve sair da maternidade com pedido de ultrassom transvaginal, que deverá ser realizado a partir de 30 dias de pós-parto;
- Após inserção o primeiro retorno é com 45 dias de pós-parto. Durante a consulta deve ser abordado satisfação com o método, dar ênfase à necessidade prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, solicitação da citologia oncológica, se a usuária ainda não a fez durante o ano corrente, verificar o posicionamento do DIU através da ultrassonografia;
- A segunda consulta deve ser realizada com 90 dias ou mais de pós-parto;
- As consultas subsequentes devem ser realizadas anualmente, junto a coleta de material preventivo e solicitação de ultrassom transvaginal;
- Pacientes que não tiveram intercorrências na primeira e segunda consulta após a colocação do dispositivo serão referenciadas para suas Unidades de origem;
- Para realização dos procedimentos de retirada de DIU, as usuárias sem o fio deverão ser referenciadas para Centro de Referência em Saúde da Mulher, se já tiverem mais de um ano de pós-parto;
- A inserção do DIU, pode ser realizada por médicos e enfermeiro na atenção básica de saúde, desde que os mesmos sejam capacitados para realização desta prática.

4.6 PROTOCOLO SUGERIDO DE GASTROENTEROLOGIA

Os principais motivos de encaminhamento para consulta eletiva com o gastroenterologista são descritos neste protocolo a seguir.

É válido ressaltar que, cada encaminhamento deve conter: a anamnese, incluindo na HDA, a melhor descrição clínica possível. Se for relevante, citar a história patológica pregressa, principalmente se o(a) paciente for portador de doenças sistêmicas com risco de comprometimentos (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial, HIV/SIDA), e história patológica familiar (com foco nas doenças gastroenterológicas familiares, sobretudo as cancerosas).

Faz-se necessário também que, exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

Solicitar no SISREG, com idade a partir de 12 (doze) anos de idade, como:

CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA - GERAL ou;
CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA – RETORNO.

4.6.1 - Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta em GASTROENTEROLOGIA:

ESPECIALIDADE MÉDICA: GASTROENTEROLOGIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
DRGE (ESÔFAGO DE BARRETT, HÉRNIA DE HIATO, ESOFAGITE DE REFLUXO) / GASTRITES / DISPEPSIAS / DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA	HDA/Ex. físico: Pacientes com quadro de doença de refluxo associados à presença de sintomas e/ou de suas complicações, não responsivo ao tratamento inicial; <u>Manifestações típicas:</u> queimação retroesternal, epigastralgia, pirose associadas à disfagia, odinofagia e outras complicações; <u>Manifestações extra-esofágicas:</u> sintomas respiratórios altos e baixos como rouquidão, estridor, laringite, tosse, broncoespasmo, pneumonia, otite de repetição, halitose, já tendo sido descartados outras causas; Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal; Disfagia, dor	P-2 (Verde)	P-0 (Vermelho): <u>Manifestações de alarme:</u> disfagia, odinofagia, anemia, hemorragia digestiva e emagrecimento, história familiar de câncer, náuseas e vômitos, além de sintomas de grande intensidade e/ou de ocorrência noturna.

	severa, anemia, hemorragia digestiva, emagrecimento (manifestações de alarme); comorbidades, medicações em uso Exames complementares: Hemograma (hematócrito e hemoglobina); Endoscopia digestiva alta (E.D.A.) com biópsia e pesquisa de <i>Helicobacter pylori</i> (anticorpos séricos, teste de urease), com data e caso possua. Observação: Lesões suspeitas de neoplasia e/ou displasia de alto grau (ENCAMINHAR PARA ONCOLOGIA).		
DOENÇAS PANCREÁTICAS	HDA/Ex.físico: Alteração pancreática clínica, laboratorial e/ou ultrassonográfica; Dor abdominal em barra, dispepsia e vômitos; Disfagia, dor severa, anemia, hemorragia digestiva, emagrecimento (manifestações de alarme); comorbidades, medicações em uso. <u>Manifestações de alarme:</u> pancreatite aguda recém-tratada, elevação de enzimas pancreáticas, dor abdominal, vômitos, nódulo pancreático maligno e/ou suspeito. Exames complementares: Amilase, lipase, bilirrubinas totais e frações, fosfatase alcalina, Teste de tolerância à glicose, glicemia, TGO, TGP, GGT, triglicerídios; Exames de imagem (caso possua): RX simples abdominal, USG abdominal e TC do órgão.	P-1 (amarelo)	P-0 (Vermelho): Manifestações de alarme
ALTERAÇÕES HEPÁTICAS	HDA/Ex.físico: Alteração hepática clínica, laboratorial e/ou ultrassonográfica; Icterícia não obstrutiva; Esteatohepatite; 40% são assintomáticos; Os demais podem apresentar uma gama de sintomas: Anorexia, vômitos, icterícia, eritema palmar, ginecomastia, hepatoesplenomegalia, ascite, hemorragia digestiva, anemia, neuropatia periférica, hipertensão portal (cirrose hepática); mal-estar, náuseas, vômitos, diarreia, febre, colúria, acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa, artrite, glomerulonefrite, poliartrite nodosa	P-1 (amarelo)	P-0 (vermelho) <u>Manifestações de alarme:</u> Icterícia, hepatomegalia volumosa, esplenomegalia, elevação de enzimas hepáticas > 3 vezes, nódulo hepático maligno e/ou suspeito).

	(hepatites crônicas); Importantíssimo citar as comorbidades, medicações em uso, se houver. Exames complementares: Sorologia para hepatite (anti-HAV IgM; HBsAg, anti-HBc IgM, anti-HBe, anti-HBs; anti-HCV), ferritina, hemograma, amilase, bilirrubinas totais e frações, fosfatase alcalina, glicemia, TGO, TGP, GGT, triglicerídios, colesterol, eletroforese de proteínas, coagulograma; E.D.A; USG abdominal; TC do órgão (caso possua). <u>Observação:</u> Nódulo hepático e cisto hepático volumoso ou complexo (encaminhar para oncologia). Hepatites virais (B/D, C) o atendimento deve ser direcionado ao SAE.		
DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS (RETOCOLITE ULCERATIVA- RCU, DOENÇA DE CROHN- DC, SÍNDROME DO CÓLON IRRITÁVEL- SCI)	HDA/Ex. físico: RCU: diarreia sanguinolenta, febre, dor abdominal, perda de peso, estenose ou fístulas intestinais para outros órgãos, abscessos; DC: diarreia, febre, dor abdominal, tenesmo, perda de peso e anemia. Ex.complementares: RCU: colonoscopia, enema opaco, VHS, PCR, alfa 1 glicoproteína ácida, perfil de ferro e ferritina; DC e SCI: colonoscopia.	P-1 (amarelo): casos confirmados, ou P-2 (verde): casos suspeitos.	Casos descompensados

4.6.2 - Situações que não necessitam de encaminhamento e podem ser manejadas na UBS:

- Dispepsias;
- Gastrite leve/moderada;
- DRGE responsiva ao tratamento;
- Esofagite erosiva graus A e B;
- Pólipos de cólon com displasia de baixo grau;
- Controle de tratamento de H. pylori;
- Diarreia aguda;
- Intolerância a lactose;
- Síndrome do intestino irritável;
- Constipação;

- Investigação de pesquisa de sangue oculto (PSO) nas fezes em paciente estável, sem sangramento visível;
- Hemangioma;
- Cisto hepático simples;
- Esteatose hepática com transaminases normais.

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

- Suspeita de abdome agudo;
- Dor abdominal com alterações hemodinâmicas;
- Hemorragia digestiva: hematêmese, melena, enterorragia;
- Encefalopatia hepática;
- Pancreatite / Hepatite aguda;
- Diverticulite aguda.

4.6.4 - Encaminhar para a proctologia:

- Doenças orificiais: hemorróidas, plicoma anal, fissura, dor anal (casos refratários ao tratamento medicamentoso em UBS);
- Sangramento digestivo baixo;
- Fístulas perianais.

4.7 PROTOCOLO SUGERIDO DE INFECTOLOGIA

Pelo SISREG, as solicitações vão diretamente para a central estadual de regulação. Pela prefeitura, os encaminhamentos para HIV/AIDS, hepatites virais (B/D e C) são direcionados diretamente ao SAE.

Quando houver necessidade de avaliação/acompanhamento especializado para algum caso complicado de Tuberculose, deve haver o encaminhamento para o programa de tuberculose, através do sistema de regulação, solicitando-se em CONSULTA EM TUBERCULOSE.

Para os demais casos, sugere-se o direcionamento para infectologia através do SISREG (central estadual de regulação).

4.7 - Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta em INFECTOLOGIA:

ESPECIALIDADE MÉDICA: INFECTOLOGIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
HIV/SIDA	HDA/Ex. físico: Encaminhar todo e qualquer caso de paciente com HIV/AIDS com ou sem tratamento anti-retroviral. Citar os achados pertinentes ao exame físico. Exames complementares: Sorologia ELISA ou um teste confirmatório (imunofluorescência e Western Blot) ou ainda, a infecção pelo HIV é definida com dois resultados reagentes em testes rápidos (TR1 e TR2) contendo antígenos diferentes, usados sequencialmente. Observação: Lesões suspeitas de neoplasia e/ou displasia de alto grau (ENCAMINHAR PARA ONCOLOGIA).	P-2 (Verde)	P-1 (Amarelo): Pacientes com quadro descompensado, presença de infecções oportunistas: Critério P1
HEPATITES VIRAIS	HDA/Ex. Físico: Encaminhar pacientes com hepatites crônicas B ou C ou hepatite A graves (hepatite fulminante com insuficiência hepática): CEMETRON. Exame clínico: Mal-estar, náuseas, vômitos, diarreia, febre, colúria e acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa. Exames complementares necessários: Hemograma, coagulograma, TGO (AST), TGP (ALT), 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.	P-1 (amarelo): casos confirmados ou P-2 (verde): casos suspeitos.	P-0 (vermelho): Casos mais graves, com risco de insuficiência hepatocelular

TUBERCULOSE	HDA/ Ex. Físico: Fazer relatório detalhado, descrevendo o caso clínico, tratamentos instituídos e a causa da necessidade de referenciamento. Exames complementares necessários (*): Radiografia de tórax e exame de escarro com pesquisa BK realizada (duas amostras).	P-1 (amarelo): Falência de esquema por resistência bacteriana/ tuberculose multirresistente; Paciente portador de HIV/AIDS; Tuberculose extra-pulmonar; Antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda ou crônica.	Atenção: Casos com complicações como insuficiência respiratória aguda deverão ser encaminhados para hospital com serviço de emergência.
--------------------	--	---	---

(*) Há uma fila específica de solicitação de radiografia de tórax para pacientes positivos para Tuberculose Pulmonar, bem como seus contatos, via sistema de regulação. Solicitar em RAIO X TORAX PARA TBP.

4.8 PROTOCOLO SUGERIDO DE MASTOLOGIA

Os principais motivos de encaminhamento para consulta eletiva com o mastologista são descritos neste protocolo a seguir.

É válido ressaltar que, cada encaminhamento deve conter: a anamnese, incluindo na HDA, a melhor descrição clínica possível. Se for relevante, citar a história patológica pregressa, principalmente se o(a) paciente for portador de doenças sistêmicas com risco de comprometimentos (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial, HIV/SIDA), e história patológica familiar (com foco em doenças cancerosas de mama e ovário, principalmente).

Faz-se necessário também que, exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) prévio(s) sejam relatados no encaminhamento, principalmente a mamografia e/ou ultrassonografia de mamas.

Solicitar no SISREG, com idade a partir de 12 (doze) anos de idade, como:

CONSULTA EM GINECOLOGIA - MASTOLOGIA ou;

CONSULTA EM GINECOLOGIA - MASTOLOGIA – RETORNO.

4.8.1 - Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta em MASTOLOGIA:

ESPECIALIDADE MÉDICA: MASTOLOGIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
CÂNCER DE MAMA (SUSPEITO)	HDA: Encaminhar todos os casos suspeitos. Exame físico: Citar os achados significativos. Exames complementares necessários: Mamografia recente e, se necessário, USG de mama Prioridade para a regulação: Todos os casos suspeitos. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	P-1 (amarelo)	
DOR MAMÁRIA	HDA: Encaminhar pacientes com dor mamária severa que afeta sua qualidade de vida ou naquelas refratárias à orientação verbal / medicamentosa; Exame físico: Dor que interfere nas atividades diárias e na qualidade de vida, com necessidade de uso frequente de medicamentos; Exames complementares necessários: Mamografia recente e, caso necessário, USG de mama; Prioridade para a regulação: Toda a paciente com dor mamária severa que afeta sua qualidade de vida ou aquelas refratárias à orientação verbal / medicamentosa; Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	P-1 (amarelo)	

4.9 PROTOCOLO SUGERIDO DE NEUROLOGIA

Os principais motivos de encaminhamento para consulta eletiva com o neurologista são descritos neste protocolo a seguir.

É válido ressaltar que, cada encaminhamento deve conter: a anamnese, incluindo na HDA, a melhor descrição clínica possível. Se for relevante, citar a história patológica pregressa, principalmente se o(a) paciente for portador de doenças sistêmicas com risco de comprometimentos (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial, HIV/SIDA), e história patológica familiar (com foco em doenças neurológicas).

Faz-se necessário também que, exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

Solicitar no SISREG, com idade a partir de 12 (doze) anos de idade, como:

CONSULTA EM NEUROLOGIA ou;

CONSULTA EM NEUROLOGIA - ADULTO – RETORNO.

4.9.1 - Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta em NEUROLOGIA:

ESPECIALIDADE MÉDICA: NEUROLOGIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
CEFALEIA	HDA: Localização, característica, evolução e patologias associadas (CID10: G43-G44) Exames complementares: RX (crânio, seios da face), TC crânio, RNM encéfalo, etc. (Caso possua, com datas) Exame físico: Achados significativos; PA.	P2	Prioridade para regulação: Refratário ao tratamento clínico Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
EPILEPSIA, CONVULSÕES E DESMAIOS	HDA: características, evolução, patologias associadas (principalmente DM) é possível hipoglicemia Exames complementares: RX (crânio, seios da face), TC crânio, RNM encéfalo, etc. (Caso possua, com datas) Exame físico: achados significativos	P1	Prioridade para regulação: mais de uma crise em menos de 24h e/ou esteja sem medicação. Contrarregulação: dependendo da avaliação o usuário

			poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência. OBS: Em caso de convulsão febril em crianças, tratar causa de base antes. Caso o diagnóstico seja epilepsia, o retorno será a cada 6 meses. Pacientes clinicamente estáveis devem permanecer na Atenção primária e renovar receita na Unidade de Saúde.
DISTÚRBIO DE APRENDIZAGEM E RETARDO PSICOMOTOR	HDA: atraso em desenvolvimento neuropsicopático e distúrbio de comportamento; tempo de evolução, histórico do parto (1º ano) e relatório pedagógico da escola. Exames complementares: não há Exame físico: achados significativos	P3	Prioridade para regulação: não há Contrarreferência: dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
DISTÚRBIOS DOS MOVIMENTOS	HDA: Todas as doenças extrapiramidais e transtornos do movimento incluídos no CID- 10 G20 até G26; Distúrbios do equilíbrio com quedas frequentes; Distonias; Doença de Parkinson e parkinsonismo a esclarecer; Tremor essencial de difícil controle (que curse com prejuízo das atividades de vida diárias e refratária a tratamento sintomático); Ataxias a esclarecer; coreia/balismo. Exames complementares: laudo de exames já realizados, com datas (RM crânio, exames laboratoriais). Exame físico: achados significativos	P3 Manifestações psicossomáticas: saúde mental (P3)	Prioridade para regulação: não há Contrarreferência: dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

	Encaminhar para neurocirurgião com história clínica, curva do PC, déficit neurológico e formato do crânio. Se a craniostenose, necessita do resultado do RX de crânio com data. Prescrição e acompanhamento de reabilitação fisioterápica.		
OUTROS : Hidrocefalia, mielomeningocele e cranioestenose;	P1	P1(menos de um ano de evolução) e P3(após um ano de evolução) P3 (avaliação de déficits motores de sequelas de AVC ou trauma para fins de obtenção de benefícios ou passe livre).	Prioridade para regulação: primeira consulta e maiores de 70 anos. Contrarreferência: dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Sequelas de AVC		P1(menos de um ano de evolução) e P3(após um ano de evolução) P3 (avaliação de déficits motores de sequelas de AVC ou trauma para fins de obtenção de benefícios ou passe livre).	Prioridade para regulação: primeira consulta e maiores de 70 anos. Contrarreferência: dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

4.9.2 - Situações que NÃO necessitam de encaminhamento e podem ser manejadas na UBS:

- Nervosismo (não há razão para encaminhar ao neurologista, exceto quando presente sinais e sintomas de lesão orgânica no sistema nervoso central). Avaliar o caso e encaminhar a saúde mental se necessário;
- Queixas somáticas sem explicação médica;
- Epilepsia controlada com medicação (1 a 2 anos de monoterapia, a partir de então, encaminhar para centro especializado);
- Vertigens e tonturas

- Alterações do sono (insônia)
- Prevenção primária e secundária das doenças encefalovasculares
- Doença de Parkinson inicial e não complicada
- Tremor essencial
- Síndromes demenciais e comprometimento cognitivo leve
- Cefaleia primária típica (enxaqueca/migrânea, tensional, em salvas) e episódica, sem abuso medicamentoso
- Paralisia facial periférica
- Neurocisticercose controlada (assintomática)

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

- AVC (isquêmico ou hemorrágico) agudo;
- Crise epilética de início agudo ou associada a quadro febril ou estado de mal epilético;
- Trauma cranioencefálico (TCE) ou trauma raquimedular (TRM) recente;
- Cefaleia associada a alterações no exame neurológico ou distúrbio de comportamento, convulsões ou de instalação súbita;
- Infecção do SNC (suspeita de meningites, encefalites, mielites, abscesso cerebral, etc.)

4.10 PROTOCOLO SUGERIDO DE NEFROLOGIA

Os principais motivos de encaminhamento para consulta eletiva com o nefrologista são descritos neste protocolo a seguir.

É válido ressaltar que, cada encaminhamento deve conter: a anamnese, incluindo na HDA, a melhor descrição clínica possível. Se for relevante, citar a história patológica pregressa, principalmente se o(a) paciente for portador de doenças sistêmicas com risco de comprometimentos (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial, HIV/SIDA), e história patológica familiar (com foco em doenças nefrológicas).

Faz-se necessário também que, exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

Solicitar no SISREG como (idade a partir de 0 (zero) anos de idade, para nefrologia pediátrica e, a partir de 14 anos para nefrologia adulto como):

CONSULTA EM NEFROLOGIA - GERAL ou;

CONSULTA EM NEFROLOGIA - GERAL – RETORNO ou;

CONSULTA EM NEFROLOGIA - PEDIATRIA (zero até 14 anos) ou;

CONSULTA EM NEFROLOGIA - PEDIATRIA - RETORNO (zero até 14 anos).

4.10.1 - Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta em NEUROLOGIA:

ESPECIALIDADE MÉDICA: NEFROLOGIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
DOENÇA RENAL CRÔNICA	HDA: Taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m ² (Estágio 4 e 5); taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73m ² (Estágio 3, 4 e 5) com complicações associadas à doença renal crônica (anemia ferropriva refratária e não atribuível a outra etiologia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, elevação persistente de PTH, hipertensão resistente, entre outros); perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73m ² em 6 meses, com uma TFG <60 ml/min/1,73m ² , confirmado em dois exames); ou Proteinúria; ou presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários); ou alterações anatômicas (como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal) que provoquem lesão ou perda de função renal. Exames prévios: Creatinina, Microalbuminúria, Albuminúria, Urina I, Potássio, Hemograma.	INDICAÇÕES DE PRIORIDADES Vermelho (até 15 dias): • Doença renal crônica no estágio 5 • Cálculos renais obstrutivos (ENCAMINHAR AO UROLOGISTA, via SISREG estadual) • Creatinina > 3.5 mg/dl. Amarelo (até 60 dias): • Doença renal crônica no estágio 4 • Infecção urinária de repetição; Proteinúria > 1.5 g. Verde (até 90 dias): • Doença renal crônica no estágio 3 ; • Hipertensão arterial sistêmica refratária; • Alteração da função renal ; • Proteinúria < 1.5 g; • Diabéticos com microalbuminúria ou macroalbuminúria; • Hematúria microscópica . Azul (acima de 90 dias): • Cistos renais; • Demais casos. Encaminhar para Serviço de Urgência: • Litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose grave, sepse urinária e/ou dor incontrolável; • Uréia > 200 mg/dl ou Anúria/Oligúria; • Potássio > 5.5 mEq/L. • Acidose refratária.	
INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO	HDA: Pacientes com infecção urinária de repetição, mais de 3 episódios comprovados por urocultura em 12 meses. OBS: Infecção urinária isolada deve ser tratada na Unidade Básica de Saúde, infecção urinária com malformações urológicas e bexiga neurogênica deve ser encaminhada ao urologista. Exames prévios: Urocultura com antibiograma e USG rins e vias	Observação 1:	

	urinárias (caso malformação, encaminhar ao urologista).	Pacientes com taxa de filtração estimada $< 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ (estágios 4 e 5), hematuria por provável doença glomerular, perda rápida de função renal, suspeita de síndrome nefrítica ou nefrótica (após devida avaliação em caráter emergencial, quando indicado) devem ter preferência no encaminhamento ao nefrologista, quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos. <u>Observação 2:</u> Estatisticamente, os principais acometimentos nefrológicos em crianças incluem infecções do trato urinário (ITU), anomalias congênitas renais, glomerulopatias, doença renal crônica (DRC), hipertensão arterial secundária e cálculos renais. Os critérios regulatórios seguem os mesmos padrões dos adultos.
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA REFRATÁRIA OU DIFÍCIL CONTROLE (hipertensão secundária)	HDA: Pressão Arterial $> 140/90 \text{ mmHg}$ com uso de 3 ou mais drogas anti-hipertensivas com doses otimizadas sendo 1 das drogas, diurético. Exames prévios: Creatinina, Urina I, Potássio, Hemograma.	
ALTERAÇÃO FUNÇÃO RENAL	HDA: Clearance creatinina por medida do ritmo de filtração glomerular ou Clearance urina 24h $< 45 \text{ ml/min}$ ou creatinina $> 2 \text{ mg/dl}$. Exames prévios: Clearance Creatinina ou Creatinina Sérica, Urina I, Potássio, Proteinúria 24h, Hemograma.	
PROTEINÚRIA 24H $> 300 \text{ mg / 24h}$ (DIABÉTICOS COM MICROALBUMINÚRIA OU MACROALBUMINÚRIA)	HDA: Pacientes com quadro de Proteinúria de 24h $> 300 \text{ mg/24h}$. Exames prévios: Urina I, Proteinúria 24h, Creatinina. Diabéticos com microalbuminúria $> 300 \text{ mg/24h}$ ou macroalbuminúria $> 150 \text{ mg/24h}$. Não devem ser encaminhados pacientes diabéticos sem microalbuminúria ou proteinúria ou sem perda de função renal. Exames prévios: Hemoglobina glicada, Creatinina, Proteinúria e Microalbuminúria 24h.	
CISTOS RENAI	HDA: Pacientes com rins policísticos comprovados por USG rins e vias urinárias (suspeita de tumor deve ser encaminhado ao Urologista). História familiar positiva e: • Pacientes com idade entre 15 e 39 anos com três ou mais cistos uni ou bilaterais. • Pacientes com idade entre 40 e 59 anos com dois ou mais cistos em cada rim. • Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos com quatro ou mais cistos em cada rim. História familiar negativa e: • 10 ou mais cistos em cada rim, na ausência de achados sugestivos de outra doença renal cística, principalmente se rins aumentados bilateralmente ou presença	

	concomitante de cistos hepáticos, pancreáticos ou esplênicos. OBS.: Não encaminhar pacientes com apenas 1 cisto simples. Exames prévios: USG rins e vias urinárias, Creatinina.	
HEMATÚRIA	HDA: Pacientes com os seguintes achados: • Hematúria no exame de urina I, excluindo infecção e litíase renal. • Achados sugestivos de hematúria por doença glomerular. • Hemácias dismórficas positivas (especialmente se descrito presença de acantócitos). • Presença de acantócitos no exame de urina. • Proteinúria. • Cilindros hemáticos. • Insuficiência renal (elevação de creatinina e/ou ureia). • História familiar de nefrite hereditária ou doença policística renal. Exames prévios: Urina I, Creatinina, Urocultura, USG rins e vias urinárias.	

4.11 PROTOCOLO SUGERIDO DE OFTALMOLOGIA

Os principais motivos de encaminhamento para consulta eletiva com o oftalmologista são descritos neste protocolo a seguir.

É válido ressaltar que, cada encaminhamento deve conter: a anamnese, incluindo na HDA, a melhor descrição clínica possível. Se for relevante, citar a história patológica pregressa, principalmente se o(a) paciente for portador de doenças sistêmicas com risco de comprometimentos (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial, HIV/SIDA), e história patológica familiar (com foco em doenças oftalmológicas).

Faz-se necessário também que, exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

Solicitar no SISREG, com idade a partir de 8 (oito) anos de idade, como:

CONSULTA EM OFTALMOLOGIA ou;

CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - ADULTO – RETORNO.

4.11.1 - Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta em OFTALMOLOGIA:

ESPECIALIDADE MÉDICA: OFTALMOLOGIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
DÉFICIT VISUAL	HDA: Déficit visual (investigação ou seguimento); Queixas oculares (prurido, lacrimejamento, etc.); Revisão de lentes corretivas; Astenopia ocular (“vista cansada”) Exame físico: Idade, história de baixo rendimento escolar, se já usa óculos e tempo da última consulta Exames complementares: laudo de exames oftalmológicos já realizados (com data do exame)	P-2 (Verde)	Prioridade para regulação: 8 a 12 e > 60 anos. Contrarreferência: dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
CEFALEIA	HDA: Cefaléia persistente, frontal (após período escolar e/ou esforços visuais)	P-3 (Azul)	Prioridade para regulação: 8 a 12 e > 60 anos Contrarreferência: dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência. Situações que não necessitam de encaminhamento e podem ser manejadas na UBS: sinusites, enxaquecas e cefaléia tensional; distúrbios na ATM e problemas dentários (referenciar para ODONTOLOGIA). Indicações clínicas que indicam a necessidade

DIABETES MELLITUS e HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (DM/HAS)	Exame físico: PA HDA: Quadro clínico; Tempo de evolução; Complicações Exame físico: Achados significativos; Pressão arterial Exames complementares: DM (glicemia, triglicerídeos e colesterol – até 30 dias); Observação: DM/HAS (levar exames e relatórios oftalmológicos prévios)	P-2 (Verde)	de encaminhamento para serviços de urgência/emergência: cefaléia matinal ou no meio da noite, aguda e de forte intensidade com sintomas associados. Prioridade para regulação: DM tipo I (0-19 anos); Doença com mais de 3 anos de evolução. Co Contrarreferência: dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado à UBS. Prioridade para regulação: Dor; Maior tempo de evolução. Co
INFLAMAÇÃO OCULAR	HDA: Ardor ou dor, secreção, hiperemia, diplopia. Exame físico: Achados significativos	P-1 (Amarelo)	Prioridade para regulação: 8 a 12 e > 60 anos
CATARATA	HDA: Maiores de 60 anos: baixa progressiva da visão, vista embaçada ou embaçada, piora da acuidade visual para longe e melhora para perto). Em qualquer idade: catarata traumática (traumatismos perfurantes ou contusos, com ou sem lesão da cápsula lenticular), metabólica (diabetes, galactosemia, doenças renais), cirurgias intra-oculares (vitrectomia, glaucoma, etc), medicamentos (isotretinoína,	P-3 (Azul)	Prioridade para regulação: Olho único, catarata associada à glaucoma, retinopatia diabética ou degeneração macular relacionada à idade (DMRI), motorista profissional em atividade e leucorreia. Contrarreferência: dependendo da avaliação o usuário poderá ser

GLAUCOMA CRÔNICO	corticosteróides ou mióticos) e leucocoria. Exame físico: Achados significativos; Presença ou não de leucocoria		encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
	HDA: História familiar. Exame físico: achados significativos.	P-1 (Amarelo)	Prioridade para regulação: maiores de 35 anos com história familiar (inclusive os assintomáticos) Contrarreferência: dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
ESTRABISMO	HDA: desvio ocular com compensação pela posição da cabeça (fazer diagnóstico diferencial com torcicolo congênito); Exame físico: achados significativos.	P-2 (Verde)	Prioridade para regulação: 8 a 12 anos de idade.
PTERÍGIO	HDA: Casos avançados com prejuízo de qualidade de vida e/ou acuidade visual; Exame físico: Achados significativos	P-3 (Azul)	Não há.

--	--	--	--

4.11.2 - Situações que NÃO necessitam de encaminhamento e podem ser manejadas na UBS:

- Conjuntivite aguda não complicada
- Cefaleia (vide protocolo Neurologia)

4.11.3 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência: (ausência da especialidade nesses serviços em todo o município; via SISREG estadual para consulta ambulatorial para OU via CRUE para urgência/emergência)

- Baixa visual súbita
- Glaucoma agudo
- Descolamentos de retina recente
- Ceratite por ultravioleta menos de 15 dias
- Corpo estranho ou queimadura
- Trauma ocular
- Ocular e exposição a elementos químicos
- Dacriocistite aguda

4.12 - PROTOCOLO SUGERIDO ORTOPEDIA

A maioria dos casos de ortopedia, como dorsalgia, devem ser conduzidos na Unidade Básica de Saúde.

Os principais motivos de encaminhamento para consulta eletiva com o ortopedista são descritos neste protocolo a seguir.

É válido ressaltar que, cada encaminhamento deve conter: a anamnese, incluindo na HDA, a melhor descrição clínica possível. Se for relevante, citar a história patológica pregressa, principalmente se o(a) paciente tiver sido submetido a procedimentos cirúrgicos ortopédicos.

Faz-se necessário também que, exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

Solicitar no SISREG, com idade a partir de 8 (oito) anos de idade, como:

CONSULTA EM OFTALMOLOGIA ou;

CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - ADULTO – RETORNO.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

ESPECIALIDADE MÉDICA: ORTOPEDIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
SÍNDROMES DOLOROSAS DA COLUNA (CERVICALGIA, DORSALGIA E LOMBALGIA)	HDA: Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (analgésicos, miorrelaxantes, AINES), constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução. Exames prévios: Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).		Os Sinais de alerta para dor lombar: • Idade acima de 50 anos ou abaixo de 20, com câncer e sintomas como febre, calafrios e perda de peso; • Pacientes imunodeprimidos, dependentes químicos, infecção bacteriana recente (dor com piora noturna e

SÍNDROMES DOLOROSAS DO OMBRO (ARTROSE, SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR, LUXAÇÃO RECIDIVANTE)	HDA: Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (analgésicos, miorrelaxantes e AINES), constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução. Exames prévios: Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).		piora em decúbito dorsal); • A Fratura em pacientes com trauma maior ou menor em idosos ou osteoporóticos; • A Síndrome da cauda equina: anestesia em sela, disfunção da bexiga, déficit neurológico progressivo ou grave em MMII. Exames prévios: Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).
SÍNDROMES DOLOROSAS DO COTOVELO (EPICONDILITE)	HDA: Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (Analgésicos, miorrelaxantes e AINES) constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução. Exames prévios: Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).		
SÍNDROMES DOLOROSAS DO PUNHO (DE QUERVAIN, SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO, CISTO SINOVIAL,	HDA: Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (analgésicos, miorrelaxantes, AINES) constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução.		

DUPUYTREN, DEDO EM GATILHO, PSEUDOARTROSE DO ESCAFÓIDE)	Exames prévios: Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).		
SÍNDROMES DOLOROSAS DO QUADRIL (ARTROSE, DOR GLÚTEA PROFUNDA, SÍNDROME DO IMPACTO)	HDA: Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (analgésicos, miorrelaxantes e AINES) constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução. Exames prévios: Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).		
SÍNDROMES DOLOROSAS DO JOELHO (ARTROSE, LESÃO MENISCAL, LESÃO LIGAMENTAR)	HDA: Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (analgésicos, miorrelaxantes e AINES) constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução. Exames prévios: Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).		
SÍNDROMES DOLOROSAS DO TORNOZELO/PÉ (NEUROMA DE MORTON, METATARSALGIA, SÍNDROMES DOLOROSAS)	HDA: Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (analgésicos, miorrelaxantes e AINES), constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução. Exames prévios: Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).		
OSTEOPOROSE	Encaminhar pacientes que não responderam ao tratamento inicial. Diferenciar osteoporose senil da secundária: • Osteoporose Primária/Senil = Tratamento Ortopédico. • Osteoporose Secundária (Hiperparatireoidismo, Diabetes, Tumores, Menopausa, Mieloma Múltiplo) = encaminhar ao especialista de acordo com a causa. Exames prévios: Densitometria Mineral Óssea (DMO). Critérios recomendados para solicitar DMO:		

DEFORMIDADES (PÉ PLANO DOLOROSO, ESCOLIOSE, CIFOSE, MEMBROS EM VARO/VALGO) TUMORES	• As Mulheres com idade igual ou superior a 65 anos e homens com idade igual ou superior a 70 anos, independentemente da presença de fatores de risco; • As Mulheres na pós-menopausa; • Homens com idade entre 50 e 69 anos com fatores de risco para fratura; • As Mulheres na perimenopausa se houver fatores de risco específicos associados a um risco aumentado de fratura, tais como baixo peso corporal, fratura prévia por pequeno trauma ou uso de medicamento(s) de risco bem definido; • Os Adultos que sofreram fratura após os 50 anos; • Indivíduos com anormalidades vertebrais radiológicas; • Adultos com condições associadas à baixa massa óssea ou perda óssea, como artrite reumatoide ou uso de glicocorticóides na dose de 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses. HDA: Encaminhar assim que houver o diagnóstico. Desvios adequados para idade: • 0 a 18 meses – varo; • 18 meses – retificação; • 18 meses a 7 anos – valgismo; • Maior de 7 anos – valgismo fisiológico. INDICAÇÕES DE PRIORIDADES Vermelho (até 15 dias): • Dor acima de 8 (Escala de dor 0-10) dor lombar, ombro, joelho, exceto fibromialgia; • Dor lombar com sinais de alerta; Dor em ombro, joelho, tornozelo com história de trauma recente subagudo; Suspeita de tumores. Amarelo (até 60 dias): • Escala de dor (5-8), Tendinopatias/bursite moderada. Verde (até 90 dias): • Escala de dor (Abaixo de 5), Tendinopatia leve. Azul (acima de 90 dias): • Poliartralgia sem melhora clínica; • Lombociatalgia sem melhora clínica; • Osteoporose senil; • Demais casos.		
--	---	--	--

	Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista • Lombociatalgia, lombalgia, dorsalgia que responderam ao tratamento primário; • Fibromialgia; Encaminhar para Serviço de Urgência/ Emergência: • Trauma com fratura (exposta ou não); • Osteomielite aguda / Artrite Séptica.		
--	---	--	--

8 PROTOCOLO SUGERIDO OTORRINOLARINGOLOGIA

ESPECIALIDADE MÉDICA: OTORRINOLARINGOLOGIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
AMIGDALITE CRÔNICA HIPERTRÓFICA	HDA: Casos cirúrgicos Exames complementares: Não há Exame físico: Distúrbios mecânicos com maior ou menor frequência de surtos de anginas febris.	P2	Prioridade para regulação: Casos tratados e descompensados. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
BLASTOMAS NASAIS E PARANASAIS	HDA: Todos os casos Exames complementares: RX de seios paranasais (incidências mento-naso, fronto-naso, submento-vértice e perfil); TC de	P1	Prioridade para regulação: Casos tratados e descompensados Contrarreferência: Dependendo da

HIPERTROFIA DAS ADENÓIDES	seios paranasais (cortes axiais e coronais) Exame físico: Obstrução nasal, episódios de sangramento nasal, rinorréia purulenta, cefaléia frontal e/ou em projeção de outras cavidades paranasais, diplopia, exoftalmia. HDA: Todos os casos Exames complementares: RX nasofaringe (incidência perfil: boca aberta e fechada) Exame físico: Criança dorme de boca aberta, baba no travesseiro, ronca e, às vezes, apnéia noturna	P2	avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência Prioridade para regulação: Casos tratados e descompensados e crianças Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
LARINGITE CRÔNICA	HDA: Todos os casos Exames complementares: Não há Exame físico: Rouquidão permanente em maior ou menor intensidade, com expectoração mucocatarral principalmente pela manhã.	P2	Prioridade para regulação: Casos tratados clinicamente e descompensados Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
OTOMASTOIDITE CRÔNICA	HDA: Todos os casos Exames complementares: TC de ossos temporais (cortes axiais e coronais) Exame físico: Otorréia drenando pelo conduto auditivo externo de caráter	P1	Prioridade para regulação: Casos tratados e descompensados e/ou sinais de

SINUSITES CRÔNICAS	contínuo ou intermitente; hipoacusia / surdez; Paralisia facial / vertigem (sinais de alerta); Zumbidos	P2	alerta (paralisia facial / vertigem) Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento , de posse do relatório de contrarreferência.
DÉFICITS AUDITIVOS	HDA: Todos os casos Exames complementares: RX simples de seios paranasais (incidências mento-naso ou de waters, fronto-naso ou de Caldwell, submento-vértice ou posição axial de hirtz e perfil), TC dos seios paranasais (cortes axiais e coronais) Exame físico: Dor ao nível das cavidades afetadas e eliminação de exsudato pelo vestíbulo nasal ou rinofaringe	P3	Prioridade para regulação: Casos tratados e descompensados Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento , de posse de relatório de contrarreferência.
VERTIGEM	HDA: Queixas auditivas (zumbidos, hipoacusia, presbiacusia, etc) Exame físico: Achados significativos (excluir causas obstrutivas e clínicas)	P2	Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento , de posse de relatório de contrarreferência.
	HDA: Vertigem associada ou não a hipoacusia e zumbido; Idade, presença ou não de sinais de alarme, tempo de evolução, frequência e duração das crises. Exames complementares: Laudo de exames realizados com data do exame: audiometria tonal e vocal, imitanciometria, TC de mastóide.		Prioridade para regulação: Vertigem incapacitante; náuseas e vômitos incoercíveis (Sinais de alarme)

	Exame físico: Achados significativos (excluir causas obstrutivas e clínicas)		Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento , de posse de relatório de contrarreferência.
--	---	--	--

9 PROTOCOLO SUGERIDO PEDIATRIA

PRINCIPAIS AGRAVOS

Quando encaminhar para ao ambulatório de pediatria :

Baixo peso para idade, após tentativa de tratamento clínico de puericultura na UBS
 (Nutrição)
 Baixa estatura para idade (Nutrição)
 Asma persistente
 Pneumonia recorrente
 Anemia persistente ao tratamento clínico (hematologia, oncologia)
 Desnutrição
 Obstipação crônica
 Dor abdominal crônica recorrente
 Alergia alimentar
 Doença celíaca
 Erros alimentares
 Diarreia Crônica
 Sinéquia Vulvar
 VAS de repetição
 Baixo desempenho escolar

Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

Condições clínicas que NÃO necessitam de encaminhamento ao Pediatra:

Asma leve
Rinite / Sinusite leves
Pneumonia / Bronquite não complicada (inicial)
Anemia ferropriva leve

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

Asma em crise
Crise Convulsão
Caquexia com repercussão clínica
Pneumonia < 6 meses
Outros agravos que necessitem de internação.

9.2 NEONATOLOGIA

Motivos para encaminhamento
Prematuro

Ambulatório

O médico neonatologista e/ou pediatra que acompanha a internação deve ter conhecimento e sensibilidade para prever o melhor momento para iniciar com orientações sistematizadas referentes à alta hospitalar. Na organização do seguimento ambulatorial é fundamental o trabalho em equipe, com papéis bem estabelecidos e definidos de cada membro da equipe. A coordenação, em situação ideal, deverá ser do neonatologista ou pediatra que já tenha um vínculo com a família e conheça a situação da criança em detalhes enquanto internada na Neonatologia.

No Brasil não há a possibilidade, ao menos em nível público, de um follow-up exclusivo, em paralelo com as supervisões de saúde da criança realizadas pelo pediatra. Sendo assim, no setor público as consultas de follow-up devem ser tão frequentes quanto os momentos de avaliação na puericultura.

A primeira revisão ambulatorial deve ser organizada no momento da alta, e todas as demais revisões devem ser agendadas logo após cada revisão de seguimento. As consultas devem ser organizadas de forma que a criança faça uma avaliação global e

conjunta com a equipe multiprofissional (fonoaudióloga, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, enfermagem, etc.) e com as diversas especialidades médicas se for necessário, evitando retornos repetidos ao centro de referência no seguimento.

O melhor acompanhamento do prematuro, de forma supervisionada e interdisciplinar, garantirá o investimento em sobrevida anteriormente realizado com esses pacientes nas unidades de tratamento intensivo: menores taxas de re-hospitalizações, menor índice de infecções nos primeiros anos de vida dessas crianças, melhores taxas de crescimento e neurodesenvolvimento, adequada inclusão na escola e potencial de aprendizado e inserção na sociedade na vida adulta.

9.3 CONSULTA EM NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

Motivos para encaminhamento

Infecção do Trato Urinário (ITU)

Hipertensão Arterial na Infância

Hematúria

Glomerulonefrite Difusa Aguda Pós-Estreptocócica

Síndrome Nefrótica

Profissional(is) solicitante(s): Clínico Geral, Pediatra, Urologista, Cirurgião Pediátrico.

ESPECIALIDADE MÉDICA: PEDIATRIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
Infecção do trato urinário (ITU)	HDA: 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. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser	P1	

Hipertensão arterial na infância	encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência. HDA: 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.	P0	Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Hematúria	HDA: Encaminhar casos com hematúrias recorrentes ou persistentes. Exames complementares necessários: Urina I, urocultura, hemograma, ureia, creatinina, complemento sérico, urina de 24 horas (proteína, ácido úrico, cálcio), USG de rins e vias urinárias. Exame físico: Dependerá da causa	P1	Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica	HDA: Encaminhar todos os casos. Exames complementares necessários: Urina I, complemento sérico, uréia e creatinina. Exame físico: Os sintomas seguem a infecção estreptocócica (seja de vias aéreas superiores ou pele). Após 14 a 21 dias surgem as principais características – edema, HAS e hematúria.	P1	Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento

Síndrome Nefrótica	Exame físico: Edema intenso e depressível, podendo evoluir para anasarca. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	P1	, de posse de relatório de contrarreferência. Exames complementares necessários: Urina I, proteinúria de 24 horas, proteínas totais e frações, colesterol total e frações, uréia, creatinina, cálcio, hemograma. Prioridade para a regulação: Casos tratados e descompensados.
--------------------	---	----	---

10 PROTOCOLO SUGERIDO PEQUENOS PROCEDIMENTOS

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta:

Nevus: Encaminhar os casos de nevus com comprometimento funcional, com lesões pigmentares palmo-plantar e congênitos > 6 cm. Pacientes que apresentam nevus com aumento de tamanho, mudança da cor, sangramento, ulceração ou prurido; e suspeita de melanoma, encaminhar para ONCOLOGIA (regulação estadual).

Verrugas: Encaminhar pacientes com resistência ao tratamento clínico usual

Câncer de pele: Encaminhar pacientes com qualquer lesão sugestiva para ONCOLOGIA (regulação estadual)

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 unhas encravadas; não encaminhar onicocriptose com processo inflamatório, tratar antes.

Queloides: Encaminhar todos os casos.

Abscessos: Em áreas de risco (virilhas, axilas e cervicais).

ESPECIALIDADE MÉDICA: PEQUENOS PROCEDIMENTOS			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
Abscessos	HDA: Evolução da lesão e características. Relatar doenças associadas, alergias, a suspeita diagnóstica e o motivo do encaminhamento (avaliação de lesão, retirada, biópsia). Descrever os tratamentos realizados previamente. Exames complementares: nenhum Exame físico: Descrever a(s) lesão(ões).	P2	Prioridade para regulação: se suspeita de neoplasia maligna, ENCAMINHAR PARA ONCOLOGIA (P1) Contrarreferência: Permanecer no nível secundário. OBS.: Os pacientes encaminhados para “pequenos procedimentos” devem estar clinicamente estáveis e com suas comorbidades controladas (se possuir), com o relatório do médico assistente.

--	--	--	--

11 PROTOCOLO SUGERIDO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO (PNAR)

Indicações: Gestantes com ALTO RISCO GESTACIONAL

Doenças e complicações obstétricas mais relevantes

Abortamento habitual (03 ou mais abortamentos espontâneos)

Passado de gestação com óbito fetal

Passado de gestação com óbito neonatal

Passado de parto prematuro (< 36 semanas – comprovado)

Pré eclâmpsia

Descolamento prematuro da placenta crônico

Placenta prévia

Restrição do crescimento intrauterino (comprovado)

Polidrâmnio

Intercorrências clínicas que interferem na gestação:

Endocrinopatias: Diabetes pré gestacional; Diabetes gestacional; Gestantes com patologias

Tireoidianas; Obesidade mórbida.

Cardiopatias: Hipertensão arterial crônica; gestantes cardiopatas.

Hematológicas: Gestantes portadoras de doenças hematológicas (exceto anemia por deficiência de ferro); Gestantes portadoras de trombofilias adquiridas ou hereditárias; Gestantes Rh negativo SENSIBILIZADAS (Coombs indireto positivo)

Renais: Gestantes portadoras de Insuficiência Renal crônica estando ou não em hemodiálise

Neoplásicas: Gestantes com diagnóstico de Neoplasia

Neuropatias: Gestantes com doenças neurológicas

Psicopatias: Dependentes de drogas; graves fatores de risco psicossocial

Outras Intercorrências: Gestante asmática; Gestantes portadoras de Doenças infectocontagiosas;

Desnutrição materna grave

Gestantes com passado de Trombose Venosa Profunda

Gestante pós-operatório de cirurgia bariátrica com menos de 02 anos de realização.

Profissional(is) solicitante(s): Todos os profissionais Médicos e Enfermeiros.

11.1 DOENÇAS E COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS

ESPECIALIDADE MÉDICA: OBSTETRICIA- COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
Abortamento habitual (03 ou mais abortamentos espontâneos)	HDA: Gestantes com passado obstétrico de 03 (três) abortamentos espontâneos. Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal.	P3	Prioridade para a regulação: Baixa.
Abortamento tardio habitual - incompetência istmo-cervical	HDA: Gestantes com passado obstétrico de 03 (três) abortamentos espontâneos a partir de 16 semanas e menos de 22 semanas. Exame físico: Não se aplica	P2	Prioridade para a regulação: Média. Gestantes com insuficiência istmo-cervical
Passado de gestação com óbito fetal / neonatal	HDA: Gestantes com história de MORTE FETAL em gestação anterior Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal		Prioridade para a regulação: Baixa Profissional (is) solicitante (s): Médico e Enfermeiro.
Passado de parto prematuro	HDA: Gestantes com história de PARTO PREMATURO (< 36 SEMANAS) em gestação anterior. Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal.	P3	Prioridade para a regulação: Alta
	HDA: Gestante apresentando quadro de HA com PAS >140 e PAD > 90 mmHg + Sinais de gravidade: TGO ou TGP		

Síndrome hipertensiva da gestação	aumentada ou plaquetopenia menor 100.000 ou LDH aumentada ou alterações neurológicas/ visual: escotomas, cefaleia, turvação da visão e diplopia; proteinúria acima de 2g em 24h; Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal.	P3	Prioridade para a regulação: Alta
Descolamento prematuro da placenta (DPP) crônico	HDA: Gestantes com diagnóstico de DPP crônico, através de USG. Avaliar a necessidade de atendimento nos serviços de urgência e emergência, considerando que o DPP crônico pode apresentar evolução imprevisível. Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal.	P0	Prioridade para a regulação: Alta
Placenta prévia	HDA: Gestantes com mais de 28 semanas de gestação e diagnóstico ultrassonográfico de Placenta Prévia. Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal; USG em gestação com mais de 28 semanas e diagnóstico presuntivo de Placenta Prévia. HDA: Gestantes com USG com diagnóstico presuntivo de RCIU Exame físico: Fundo uterino incompatível com idade gestacional Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal	P0	Prioridade para a regulação: Alta
Restrição do crescimento intra-uterino (RCIU)	HDA: Crescimento acentuado do abdome. Exame físico: Fundo Uterino aumentado de tamanho não compatível com idade gestacional. Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal; 02 (duas) Ultrassonografias comprovando o aumento de quantidade de líquido amniótico com intervalo não inferior a 15 dias.	P2	Prioridade para a regulação: Alta
Polidrâmnio (aumento do líquido amniótico)		P2	Prioridade para a regulação: Média

		P3	
--	--	----	--

ESPECIALIDADE MÉDICA: OBSTETRICIA- INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS: ENDOCRINOPATIAS			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
Diabetes pré-gestacional	HDA: Pacientes com 02 (duas) glicemias de jejum acima de 126 mg/dl, ou Hemoglobina Glicada > 6,5%, ou Glicemia de Jejum acima de 92 mg/dl ou Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75g com 1 ou mais parâmetros alterados. Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal	P2	Prioridade para a regulação: Alta
Obesidade mórbida	HDA: Gestantes com índice de massa corporal acima de 40 kg/m ² . Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal	P3	Prioridade para a regulação: Média
Hipotireoidismo	HDA: Encaminhar todos os casos confirmados pelo Endocrinologista (se houver). História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas, com TSH E T4 LIVRE. Exames complementares necessários: Rotina de Pré-Natal, caso tenha feito exames tais como, TSH, T4-livre ou T4 total. Encaminhar com parecer de especialista Endocrinologista (se houver).	P2	Prioridade para a regulação: Alta
	HDA: Encaminhar todos os casos confirmados pelo Endocrinologista. História sucinta constando tempo de	P2	

Hipertireoidismo	evolução, história pregressa e doenças associadas. Exame físico: Presença de exoftalmia, bócio difuso ou nodular e/ou sinais hipercinéticos; Exames complementares necessários: Rotina de Pré-Natal, caso tenha feito exames tais como, TSH, T4-livre ou T4 total. Encaminhar com parecer de especialista Endocrinologista (se houver).		Prioridade para a regulação: Alta
-------------------------	--	--	-----------------------------------

ESPECIALIDADE MÉDICA: OBSTETRICIA- INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS: CARDIOPATIAS			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
CARDIOPATIAS	HDA: Gestantes com história compatível com doenças cardíacas. História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa, medicações em uso e doenças associadas. Exame físico: Medida da pressão arterial e relatos importantes como presença de dispneia aos pequenos esforços ou de repouso, visceromegalias importantes e edema de MMII. Exames complementares necessários: Rotina de Pré-Natal, caso tenha feito exames tais como, Rx de Tórax, ECG, ECO. Encaminhar com parecer de especialista Cardiologista (se houver).	P2	Prioridade para a regulação: Alta

ESPECIALIDADE MÉDICA: OBSTETRICIA- INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS: HEMATOLÓGICAS			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
HEMATOLÓGICAS	HDA: Gestantes portadoras de doenças hematológicas (exceto anemia por deficiência de ferro); Gestantes	P0	Prioridade para a regulação: Alta

	portadoras de trombofilias adquiridas ou hereditárias; História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas. Exames complementares necessários: Encaminhar com parecer de especialista Hematologista (se houver).		
--	--	--	--

ESPECIALIDADE MÉDICA: OBSTETRICIA- INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS: ISOIMUNIZAÇÃO			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
ISOIMUNIZAÇÃO	HDA: Gestantes Rh negativo SENSIBILIZADAS (Coombs indireto positivo). Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal	P2	Prioridade para a regulação: Alta

ESPECIALIDADE MÉDICA: OBSTETRICIA- INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS: RENAI			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
RENAIS	HDA: Gestantes portadoras de Insuficiência Renal Crônica estando ou não em hemodiálise. História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas. Exame físico: Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial, volume urinário e creatinina igual ou > 2,0 mg/dl.	P2	Prioridade para a regulação: Alta

ESPECIALIDADE MÉDICA: OBSTETRICIA- INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS: NEOPLÁSICAS			
---	--	--	--

Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
NEOPLÁSICAS	HDA: Gestantes com diagnóstico de Neoplasias invasivas em seguimento. História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa, tratamento e doenças associadas. Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal; Biópsias ou parecer especializado que confirme o diagnóstico e tratamentos realizados ou em andamento.	P3	Prioridade para a regulação: Média

ESPECIALIDADE MÉDICA: OBSTETRICIA- INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS: NEUROPATIAS			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
NEUROPATIAS	HDA: Gestantes com doenças neurológicas (epilepsia, neurocisticercose, neurocirurgia prévia) com diagnóstico confirmado. História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas. Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal	P3	Prioridade para a regulação: Média

ESPECIALIDADE MÉDICA: OBSTETRICIA- INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS: PSICOPATIAS			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
PSICOPATIAS	HDA: Dependentes de drogas; Graves fatores de risco psicossocial. Encaminhar todos os casos confirmados por especialista da área. História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas. Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal	P3	Prioridade para a regulação: Baixa Profissional(is) solicitante(s): Todos os profissionais Médicos e Enfermeiros; Psicólogo.

ESPECIALIDADE MÉDICA: OBSTETRICIA- INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS: GESTANTE ASMÁTICA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
GESTANTE ASMÁTICA	HDA: Encaminhar todos os casos confirmados por história clínica ou especialista da área. História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas. Exames complementares necessários: Exames de Rotina do Pré-Natal	P2	Prioridade para a regulação: Alta

11.10 INFORMAÇÕES GERAIS

As informações solicitadas no protocolo são de presença obrigatória e devem constar na justificativa do encaminhamento. Tem como objetivo determinar ao regulador, a necessidade da avaliação do especialista e definir sua prioridade de atendimento, neste sentido, orienta-se que todas as solicitações no SISREG, para gestantes consideradas de Gestação de Alto Risco, conste o CID Z35, para que o regulador dê prioridade necessária ao atendimento. O CID ASSOCIADO, caso houver, deverá ser informado no campo “JUSTIFICATIVA”.

Existem situações clínicas, achados na anamnese das gestantes que podem justificar a necessidade de encaminhamento, portanto, solicita-se que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas de forma clara e precisa para que sejam atendidas.

Alguns casos como: gestantes com acretismo placentário, história de tromboembolismo prévio, hipertireoidismo, anemia grave ou comorbidades maternas graves devem ter preferência no encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco, quando comparado com outras condições clínicas.

Sabemos que algumas condições de saúde, mesmo sendo contempladas neste protocolo, em alguns casos devem ser referenciadas para serviços de urgência/emergência. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade dos profissionais médicos e enfermeiros tomarem a decisão orientando com o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

É imprescindível que a gestante seja orientada para que apresente na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e , preferencialmente, com os exames complementares da rotina do pré-natal, sendo eles: Hemograma; Tipagem Sanguínea e Fator Rh; Glicose; VDRL, HBsAg, HIV (ou testes rápidos); Sorologia para Toxoplasmose (IgG/IgM), EAS; Urocultura; Ultrassonografia pélvica, transvaginal ou obstétrica realizados recentemente.

Vale salientar que o encaminhamento ao pré-natal de alto risco não encerra o acompanhamento desta gestante em sua unidade de saúde de origem, mas sim o torna compartilhado.

Em anexo (ANEXO F), há uma ficha de classificação de risco gestacional que define critérios para o encaminhamento para serviços ambulatoriais de gestação de alto risco, cuja fonte é o protocolo de atendimento à saúde da mulher no município de Porto Velho-RO, publicado por esta prefeitura em 2018

PROTOCOLO SUGERIDO PSIQUIATRIA

Motivos de encaminhamentos

Saúde mental da criança de 0 a 12 anos

Agitação Psicomotora

Saúde mental na 3ª idade após 70 anos

Dependente de álcool e drogas

Profissional(is) solicitante(s): Clínico Geral, Geriatra, Ginecologista, Neurologista; Pediatra.

ESPECIALIDADE MÉDICA:PSIQUIATRIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA DE 0 A 12 ANOS	HDA: Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados bem como, medicamentos em uso (se houver). Exame físico: Citar achados como Redução no rendimento escolar;		

	Abandono de certas atividades antes desejadas; Distanciamento de amigos ou familiares; Perturbação do sono; Inquietação ou hiperatividade; Rebeldia, birra, agressividade; Preocupação e/ou ansiedade exagerados; Alterações da alimentação (come em excesso ou recusa-se a comer); provocar danos a si mesmo (machucar-se); Pensamentos de morte e/ou suicidas; Vandalismo, incendiário, delitos; Comportamento sexual excessivo; Mentiras e/ou fugas; Tristeza ou risos em excesso; sem asseio pessoal (recusa-se a tomar banho). Exames complementares necessários: Não há Contrarreferência: Permanecer no nível secundário		
AGITAÇÃO PSICOMOTORA	HDA: Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso. Exame físico: Achados clínicos Exames complementares necessários: Relacionados às doenças sistêmicas associadas (se houver).	P3	
SAÚDE MENTAL NA 3ª IDADE APÓS 70 ANOS	HDA: Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso. Exame físico: Achados clínicos tais como: Agitação motora, andar continuado, esfregação das mãos; Aparência descuidada, postura encurvada, fâcies tristonha; Retardamento motor, cessação da mastigação, fala lentificada; Alterações psicológicas, gestos suicidas e distúrbio do sono;	P3	

DEPENDENTE DE ÁLCOOL E DROGAS	Sintomas físicos pode ser o início de um transtorno mental: cefaleia, fadiga, alterações do sono, tontura, dor (no peito, artralgias, lombar, abdominal), queixas gastrointestinais, disfunção sexual; Redução de perspectivas sociais (econômicas, de lazer, familiares). Exames complementares necessários: Relacionados às doenças sistêmicas associadas (se houver). Prioridade para regulação: Encaminhar informando patologias sistêmicas crônicas associadas (se houver). HDA: Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de dependência, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso. Exames complementares necessários: Encaminhar de acordo com a dependência conhecida e/ou presumida. Hemograma completo; TGO; TGP; Creatinina; Lítio (litemia); Anfetaminas (se houver); Maconha (se houver); Cocaína (se houver); Raios X de tórax AP e perfil.	P2	
---	---	-----------	--

14 PROTOCOLO SUGERIDO UROLOGIA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta:

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
 Doença de Peyronie
 Infertilidade Masculina
 Incontinência Urinária
 Disfunção Sexual
 Cisto Renal / Angiomiolipoma
 Vasectomia

ESPECIALIDADE MÉDICA:UROLOGIA			
Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
LITÍASE RENAL	Exames complementares: Urina I, Rx simples de abdome, USG de rins e vias urinárias, ureia, creatinina, cálcio, fósforo. Exame físico: Quando do tipo coraliforme na pelve renal associa-se com infecções urinárias de repetição; Cólica nefrítica, com irradiação para a virilha, as vezes com náuseas e vômitos; Hematúria, piúria e cristais em excesso na urina I.	P2	rioridade para regulação: Casos tratados e descompensados. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência. OBS.: Encaminhar para o ambulatório de nefrologia quando houver impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos, ou nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS.

OBSTRUÇÃO DO TRATO URINÁRIO	HDA: Encaminhar todos os casos Exames complementares: Urina I, uréia, creatinina, USG de rins e vias urinárias, tomografia (se disponível), urografia excretora (se disponível). Exame físico: Citar os achados significativos.	P1	Prioridade para regulação: Paciente com sintomas de prostatismo apresentando quadros de retenção urinária e/ou visitas ao pronto socorro para passagem de sonda vesical de alívio. Pacientes em uso de sonda vesical de demora. Contrarreferência: Permanecer no nível secundário.
HEMATÚRIA À ESCLARECER	HDA: Encaminhar casos de hematúria macroscópica. Encaminhar casos de hematúria microscópica se persistente por mais de 3 meses (sempre repetir Urina I). Descartar outras causas de fenômenos hemorrágicos (discrasias sanguíneas, etc). Exames complementares: Urina I (repetir se hematúria microscópica apenas), RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias e exames hematológicos. Exame físico: Hematúria macroscópica ou não.	P2	Prioridade para regulação: Suspeitas de neoplasia renal ou de bexiga (encaminhar para ONCOLOGIA - regulação estadual). Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
NEOPLASIAS DE BEXIGA (encaminhar para ONCOLOGIA, VIA SISREG ESTADUAL)	HDA: Encaminhar todos os casos Exames complementares: Urina I, USG de rins e vias urinárias. Exame físico: Hematúria.	P1	Prioridade para regulação: Todos os casos. Contra referência: Permanecer no nível secundário.
	HDA: Encaminhar todos os casos. Exames complementares: USG renal, TC de pelve e bexiga, urina I.	P1	Encaminhar para ONCOLOGIA, VIA SISREG ESTADUAL)

NEOPLASIAS DE RIM	Exame físico: Hematúria, dor no flanco, emagrecimento, massa palpável no flanco (esta tríade só ocorre em 10% dos casos)		Prioridade para regulação: Todos os casos. Contra referência: Permanecer no nível secundário.
HIPERPLASIA E NEOPLASIA DE PRÓSTATA	HDA: Gotejamento pós-miccional, perda de força do jato urinário, dificuldade para urinar, nictúria, hematúria, hemospermia. Exames complementares: Toque retal, PSA, Urina I, USG (caso possua exame anterior). Exame físico: Toque retal em todos os casos.	Classificação de Risco: Menores de 70 anos com PSA < 4 ng/ml e maiores de 70 anos com PSA < 10 ng/ml (P3); Menores de 70 anos com PSA 4-10 ng/ml (P2). Prioridade para regulação: PSA > 10 ng/ml ou toque retal suspeito ou PSA > 4 ng/ml em afrodescendente/raça negra ou com forte histórico familiar para câncer de próstata; Paciente com prostatismo apresentando sintomas de retenção urinária ou sondagem vesical de alívio ou uso de sonda vesical de demora.	Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
URETRITE CRÔNICA	HDA: Encaminhar casos de uretrite crônica, mencionar tempo de evolução, e	P2	Prioridade para regulação: Maior tempo de evolução. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

EPIDIDIMITE CRÔNICA	quais tratamento realizados, principalmente antibioticoterapia. Exames complementares: Bacterioscopia e cultura de secreção uretral, urina I, urocultura. Exame físico: Secreção uretral, purulenta ou mucosa, disúria.		Prioridade para regulação: Maior tempo de evolução. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
PROSTATITE CRÔNICA	HDA: Encaminhar epididimite crônica, mencionar tempo de evolução, e quais tratamento realizados, principalmente antibioticoterapia. Exames Complementares: Cultura de secreção uretral, bacterioscopia, USG de bolsa escrotal (se disponível). Exame Físico: Dor testicular unilateral.	P2	Prioridade para regulação: Maior tempo de evolução. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
HIDROCELE	HDA: Encaminhar Prostatite crônica, mencionar tempo de evolução, e quais tratamento realizados, principalmente antibioticoterapia. Exames complementares: Cultura de urina. Exame físico: Disúria, dor após micção, dor para ejacular.	P2	Prioridade para regulação: Casos muito sintomáticos ou hidrocele volumosa Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
VARICOCELE	HDA: Encaminhar todos os casos. Exames complementares: USG ou Ecodoppler de bolsa escrotal (caso possua) Exame físico: Citar os achados significativos.	P2	Prioridade para regulação: Casos muito sintomáticos. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de

FIMOSE	HDA: Encaminhar todos os casos. Exames complementares: Não é necessário. Exame físico: Citar os achados significativos.	P3	posse de relatório de contrarreferência. Prioridade para regulação: Não há. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
CONDILOMA PENIANO	HDA: Encaminhar todos os casos. Exames complementares: Não há. Exame físico: Citar os achados significativos.	P3	 Prioridade para regulação: Casos extensos e imunossuprimidos. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
DOENÇA DE PEYRONIE	HDA: Encaminhar todos os casos. Exames complementares: Não há. Exame físico: Citar os achados significativos.	P3	 Prioridade para regulação: Quadro clínico exuberante. Contra referência: Permanecer no nível secundário.
INFERTILIDADE MASCULINA	HDA: Encaminhar todos os casos após tratamento na UBS sem sucesso. O casal que apresenta dificuldade em conseguir gravidez no prazo mínimo de 12 meses, com relações sexuais frequentes sem uso de métodos contraceptivos. Exames complementares: Dosagem hormonal (FSH, LH, testosterona) e espermograma (duas amostras com quinze dias de intervalo entre as coletas).	P3	 Prioridade para regulação: Maiores de 40 anos. Contra referência: Permanecer no nível secundário.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA	HDA: Mulheres: Encaminhar para GINECOLOGIA. Homens: Classificar clinicamente em incontinência urinária de esforço, de urgência, ou mista. Tratamentos realizados. Sintomas de prostatismo ou uso de medicamentos que propiciem incontinência (diuréticos, alfa-agonistas, bloqueador de canal de cálcio, anticolinérgicos). Exames complementares: Urina I, Urocultura, PSA (> 45 anos), USG de Aparelho Urinário, Estudo Urodinâmico (caso possua). Exame físico: Citar achados significativos.	P3	
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE REPETIÇÃO	HDA: Mais de 3 episódios em um ano em mulheres ou mais de 2 episódios em 6 meses, confirmado por urocultura. Descrever tratamento realizados, inclusive antibiótico profilático, se prescrito. Investigar prostatismo em homens. Investigar história de cálculos do aparelho urinário e excluir DM. Exames complementares: Urina I, Uroculturas, PSA (Homens > 45 anos), USG Aparelho Urinário. Exames físicos: Citar achados significativos.	P3	Prioridade para regulação: Não há Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
DISFUNÇÃO SEXUAL (DISFUNÇÃO ERÉTIL/EJACULAÇÃO PRECOCE)	HDA: Descrever o quadro clínico, tratamentos em uso ou realizados, comorbidades (HAS, DM, Dislipidemia, Tabagismo). Exames complementares: Lipidograma, Glicemia de Jejum, Testosterona total e livre e Prolactina (se disponível). Exames físicos: Citar achados significativos.	P3	Prioridade para regulação: Não há Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser
CISTO RENAL / ANGIOMIOLIPOMA		P3	Prioridade para regulação: Não há Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser

VASECTOMIA	HDA: Descrever achados da USG. Cisto simples, complexo, cortical ou medular, tamanho, classificação de Bosniak (se houver) e sintomatologia associada. Cisto simples, menor que 5 cm, preferencialmente não encaminhar. Acompanhamento clínico ou com USG, na unidade básica. Exames complementares: Urina I, USG de Aparelho Urinário, TC de Abdome (caso possua). Exames físicos: Citar achados significativos. HDA: Homens com capacidade civil plena que tenham idade de 21 anos, independentemente do número de filhos vivos. Exames complementares: Não há necessidade. Preencher ficha de consentimento informado - Vasectomia (ANEXO F - verso). Exame físico: Citar achados significativos.	P3	encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência. Prioridade para regulação: Cistos complexos; Suspeita de malignidade. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência Prioridade para regulação: Mais de 3 filhos, homens que convivem com HIV ou parceiros de mulheres que convivem com HIV, usuários de drogas ou parceiros de usuárias de drogas. Contrarreferência: Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado a UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
--------------------------	--	-----------	---

LITÍASE RENAL

Encaminhar para emergência quando:

- Cálculo com evidência de infecção concomitante;
- Cálculo obstrutivo em rim único ou em paciente transplantado renal;
- Dor refratária ao tratamento clínico (analgesia e terapia expulsiva);
- Insuficiência renal aguda.

Encaminhar para ambulatório de urologia quando:

- Cálculos ureterais e renais > 10 mm.
- Cálculos ureterais entre 4 e 10 mm que não foram eliminados após seis semanas de tratamento conservador.
- Cálculos vesicais.
- Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário).

15 DEMAIS SERVIÇOS E PROFISSIONAIS EM SAÚDE

- Assistente social
- Fonoaudiologia(*)
- Fisioterapia(*)
- Odontologia (**)
- Nutrição
- Psicologia(*)

(*) - Sugere-se a leitura complementar da Carta de serviços do CER. Nesse documento há descrição de serviços, bem como descrição de prioridades ante a regulação, tal qual este protocolo. Nessa carta de serviços consta descrição sobre psicologia (infantil), fonoaudiologia, fisioterapia (adulto) e terapia ocupacional.

(**) - Os serviços ambulatoriais básicos em Odontologia são realizados através de porta-aberta e agendamento direto nas próprias unidades básicas de saúde (ou unidades de saúde da família) que tenham equipe de saúde bucal. Para acesso às sub-especialidades da odontologia, é preciso o encaminhamento do profissional da unidade básica aos CEO's (Centro especializado em odontologia). O acesso a essas sub-especialidades são via sistema de regulação da própria unidade emissora do encaminhamento. Os critérios regulatórios para estes procedimentos especializados ficam à cargo da Divisão de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica/SEMUSA.

16 PROTOCOLO SUGERIDO ASSISTENTE SOCIAL

Os Assistentes Sociais são profissionais que atuam integrados com a equipe de saúde e contribuem efetivamente para o fortalecimento das relações familiares e comunitárias dos pacientes. De acordo com a sua formação e o projeto ético político da

profissão, o Assistente Social colabora para a efetivação do controle social, buscando facilitar o acesso do usuário aos serviços do SUS, bem como a garantia dos demais direitos sociais.

O profissional de Serviço Social apresenta um olhar diferenciado, utilizando uma avaliação ampliada da situação social com o intuito de identificar “as condições de vida e de trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde doença” (CFESS, 2010).

A atuação do Assistente Social tem sido requerida na composição da equipe multiprofissional para atendimento integral e humanizado nas situações de risco e vulnerabilidade social. Os Assistentes Sociais que atuam no quadro da Secretaria do Municipal de Saúde de Porto Velho, vinculados tecnicamente à Gerência de Serviço Social.

Um dos serviços mais solicitados é a aquisição de fraldas descartáveis. Para ter acesso ao programa de fraldas descartáveis é necessário atender a alguns critérios. Por isso, a Semusa elaborou um passo a passo para ajudar a população a entender mais sobre o benefício:

QUEM PODE RECEBER AS FRALDAS?

O programa de distribuição de fraldas descartáveis tem como público-alvo a população residente em Porto Velho, desde que atenda aos seguintes critérios:

1. Comprovar residência fixa em Porto Velho;
2. Possuir doença crônica degenerativa;
3. Apresentar incapacidade funcional;
4. Ter patologias que exijam cuidados especiais;
5. Possuir renda per capita familiar (média de renda por pessoa de uma família) de até meio salário mínimo;
6. Renda familiar total de até dois salários mínimos.

QUAIS DOCUMENTOS SÃO NECESSÁRIOS PARA RECEBER FRALDAS?

Para se cadastrar no programa, é necessário apresentar cópias e originais dos seguintes documentos:

1. RG e CPF do paciente e de seus familiares que residem no mesmo domicílio;

2. Cartão do SUS;
3. Comprovante de residência atualizado;
4. Comprovante de renda atualizado ou declaração de ausência de renda, acompanhado da carteira de trabalho (cópias das páginas de foto e do último contrato assinado);
5. Folha resumo do Cadastro Único atualizada;
6. Laudo médico original e atualizado, com o CID da doença e o tamanho da fralda recomendado, emitido por um médico da rede pública.

COMO SOLICITAR O BENEFÍCIO DAS FRALDAS DESCARTÁVEIS?

O indivíduo que se encaixa nas condições descritas acima deve procurar a Secretaria Municipal de Saúde (Semusa), localizada na avenida Campos Sales, nº 2283, no Centro de Porto Velho, sub-esquina da avenida Sete de Setembro.

A sede da secretaria fica localizada ao lado do Oscar Hotel e o atendimento ao público acontece de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

Outra forma de acessar esses profissionais é através dos CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). O Centro de Referência de Assistência Social é a porta de entrada da Assistência Social. É um local público, localizado prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social, onde são oferecidos os serviços de Assistência Social, com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e com a comunidade.

A partir do adequado conhecimento do território, o CRAS promove a organização e articulação das unidades da rede socioassistencial e de outras políticas. Assim, possibilita o acesso da população aos serviços, benefícios e projetos de assistência social, tornando-se uma referência para a população local e para os serviços setoriais.

Existem ao todo, no município de Porto Velho, 6 CRAS:

- Elizabeth Paranhos;
- Betinho;
- Irmã Dorothy;
- Paulo Freire;
- Dona Cotinha;
- Theodoro Cromo (este último localizado no Distrito de Jaci-Paraná).

17- PROTOCOLO SUGERIDO DE FONOAUDIOLOGIA

A atenção especializada está organizada por meio de procedimentos, ações e serviços de média complexidade (MC) e de alta complexidade (AC).

A média complexidade envolve um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, que visam atender os principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento, que resulta em algum grau de economia de escala, e não disponibilizados em todos os municípios do país, a curto ou médio prazo (Brasil, 2006).

O serviço ambulatorial pode apresentar características diversas, dependendo da região e da localização do ambulatório, sendo que o recebimento de casos se dá via encaminhamentos de outras unidades (demanda dirigida), por meio de fichas de referência e contrarreferência, onde deverão constar dados completos do paciente e dos procedimentos já realizados na unidade de origem, além das dúvidas e solicitações.

O paciente faz um agendamento com o especialista, para realizar procedimentos e avaliações específicas e, dependendo da conclusão do caso, poderá ser encaminhado de volta à unidade de origem, absorvido por programas do próprio ambulatório ou encaminhado para instituições especializadas, dentre outros. Além dos ambulatórios de especialidades, também fazem parte desses serviços de média complexidade os hospitais gerais e os centros de referência, sejam eles de reabilitação, do trabalhador, serviços de assistência domiciliar e de saúde mental, muitos deles com a presença do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional.

A alta complexidade, por sua vez, é definida como “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados” (Brasil, 2006). Ela integra-se aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade), sendo que as principais áreas que compõem a alta complexidade no SUS estão hoje organizadas em redes de assistência. Estas estão propostas em Portarias específicas e algumas preveem o fonoaudiólogo como membro da equipe multiprofissional.

O fonoaudiólogo participa dos serviços de média e alta complexidade a partir do desenvolvimento de ações de promoção, proteção, diagnóstico e recuperação à saúde relacionadas ao perfil do serviço ou unidade onde trabalha, seja ele voltado a um determinado grupo populacional ou a algum tipo específico de atendimento. Ele atua na realização de exames especializados e atendimento terapêutico que requeiram equipamento específico ou não, contribuindo para a avaliação e diagnóstico diferencial

dos distúrbios da comunicação, ou seja, relacionados a alterações de motricidade oral, linguagem, voz e audição.

O fonoaudiólogo que atua na equipe multidisciplinar tem o objetivo de prevenir e reduzir, a partir do gerenciamento da deglutição orofaríngea e da comunicação, de maneira segura e eficaz. O distúrbio de deglutição pode ser decorrente de causas neurológicas ou estruturais e predispõe a entrada de alimento em vias aéreas inferiores, pode ocasionar tosse, sufocamento ou asfixia, aspiração, complicações pulmonares ou nutricionais.

17.1 FLUXO DE ATENDIMENTO

O encaminhamento para a especialidade de Fonoaudiologia, é feito on-line pelo sistema SISREG, sendo regulado e agendado pelo Complexo Regulador (DRAC).

17.2 PROFISSIONAIS QUE REFERENCIAM PARA FONOAUDIOLOGIA:

Psicólogos,
Dentistas,
Pediatras,
Terapeutas ocupacionais,
Fisioterapeutas,
Neurologistas,
Médico da saúde da família
Otorrinolaringologistas.

17.3 CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

No âmbito do trabalho promocional e preventivo são realizadas atividades com a comunidade, conforme necessidade e disponibilidade do serviço, tais como:

Palestras para mães de crianças de 0 a 3 anos, para orientações e estimulação de fala/linguagem (projeto com a puericultura, ginecologia e clínica do bebê);
Palestras para os profissionais da saúde (pediatras, dentistas, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentre outros);
Palestras para agentes comunitários de saúde (Estratégia de Saúde da Família);
Palestras para o corpo docente das escolas públicas e profissionais da Secretaria Municipal de Educação.

17.4 ATENÇÃO SECUNDÁRIA

O atendimento poderá ser realizado semanal, quinzenal ou mensalmente, a depender da necessidade do caso, com orientação familiar. A duração do atendimento individual poderá ser estendido quanto o profissional considerar necessário. O paciente é encaminhado para outras especialidades, quando houver necessidade.

Critérios de alta Alta por alcance da meta: quando o paciente atingiu os objetivos propostos dentro do trabalho fonoaudiólogo pré-estabelecido.

Observação: Os pacientes que se encontrarem em idade escolar na Educação Infantil e ou ensino Fundamental, poderão ter alta do trabalho fonoaudiólogo após uma conversa e/ou carta da professora que atua diretamente com as crianças, para saber como o mesmo está se desenvolvendo na área de linguagem em sala de aula, sendo esta necessidade avaliada caso a caso.

Os pacientes da Rede de Atenção Básica em Fonoaudiologia, de um modo geral, conseguem receber alta pelo aprendizado e a incorporação do trabalho realizado em suas vidas e em seu desenvolvimento, não necessitando de retornos para a manutenção e ou reavaliações, exceto o paciente de motricidade oral que se encontra fazendo tratamento ortodôntico com uso de aparelho, esse receberá alta do tratamento fonoaudiólogo, na retirada do aparelho, em um trabalho conjunto com o ortodontista.

17.5 ALTA POR DUPLICIDADE DE ATENDIMENTO

Não será aceita duplicidade de atendimento público em Fonoterapia, devendo o paciente optar por um tratamento, sendo desligado do outro tratamento.

17.6 ALTA POR FALTAS

Não são aceitas faltas sem justificativa; duas (02) faltas consecutivas e sem justificativa ou quatro (04) justificadas no semestre implicará no desligamento do paciente do tratamento, podendo ser reencaminhado para a regulação via SISREG.

O paciente ou seu responsável devem remarcar o atendimento perdido diretamente com o profissional, no prazo máximo de 30 dias (avaliação caso a caso).

17.7 ALTA POR ABANDONO DO TRATAMENTO

Pacientes que não comparecerem ao atendimento (02 sessões consecutivas) e não apresentarem justificativa.

17.8 MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO

17.8.1 Desvio / Distúrbio Fonológico ou Dislalia

Ocorre quando a fala da criança é caracterizada por omissões e substituições de fonemas. Essa dificuldade refere-se à organização e classificação mental dos sons que ocorrem contrastivamente na língua. Sua etiologia é desconhecida, embora existam alguns fatores influentes como:

- Otites de repetição;
- Estimulação de fala e de linguagem pobre;
- Antecedentes genéticos.

É importante descrever algumas trocas de fonemas já observáveis pelo profissional que encaminha e se a fala é inteligível.

17.8.2 Desvio/Distúrbio Fonético/Articulatório

Trata-se de alteração da mecânica da produção articulatória e podem ser identificados por distorções como ceceio, interposição de língua entre os dentes, entre outros. Estas distorções podem ocorrer por modelo sonoro inadequado ou por dificuldade na habilidade motora para a produção sonora.

As dificuldades decorrem de alterações estruturais ósseas e/ou musculares do sistema estomatognático que podem estar associadas à:

- Frênulo de língua encurtado;
- Palato duro estreito ou em ogiva;
- Maloclusão (mordida aberta anterior, overjet, entre outros);
- Uso de hábitos orais deletérios (chupeta, mamadeira e sucção digital) prolongados;

17.8.3 Doenças respiratórias.

É importante observar e descrever se o paciente tem respiração oral ou mista, as doenças respiratórias, a presença de hipertrofia de adenoides e amígdalas e a conduta médica.

17.8.4 Distúrbios Miofuncionais Orofaciais

Incluem alterações no posicionamento, sensibilidade, mobilidade, tônus ou nas funções dos órgãos fonoarticulatórios (OFA).

Essas alterações são tanto de ordem esqueléticas como musculares, podem levar a alterações nas funções de:

- Mastigação;

Deglutição (a disfagia não é elegível a fonoterapia na rede, apenas a deglutição atípica e a adaptada);

Fala;

Respiração.

As causas mais frequentes dos distúrbios de motricidade orofacial são: uso de hábitos orais deletérios; respiração oral; maloclusões dentárias. A Fonoaudiologia da atenção básica também atende os casos de Anquiloglossia. É importante descrever as alterações estruturais observáveis ou tratamentos já realizados no encaminhamento.

Transtornos Específicos das Habilidades Escolares, ou distúrbio de aprendizagem, refere-se a um grupo de dificuldades mais difíceis de serem identificadas, mais específicas e pontuais, caracterizada pela presença de:

Disfunção neurológica;

Insucesso na escrita, na leitura e no cálculo matemático;

Desempenho escolar substancialmente abaixo do esperado nas áreas de leitura, escrita e matemática; Medidas de inteligência normais;

Oportunidade educacional apropriada para a idade.

Não deve ser confundida com dificuldade escolar propriamente dita, que está relacionada especificamente a problemas de origem pedagógica. É importante descrever se a escola da criança oferece reforço no contra turno ou se já é acompanhada pelo profissional Psicopedagogo e pelo médico Neurologista.

17.8.5 Dislexia

Transtorno da aprendizagem da leitura que ocorre apesar de inteligência normal, de ausência de problemas sensoriais ou neurológicas, de instrução escolar adequada e de oportunidades socioculturais suficientes. Depende da existência de: Perturbações de aptidões cognitivas fundamentais de origem constitucional; Presença de fatores neurobiológicos; Incidência familiar;

Há também, alterações em habilidades que comprometem o uso da atenção, memória e percepção (funções executivas), persistência dos sintomas da infância à idade adulta. É importante descrever se a escola da criança oferece reforço no contra turno ou se já é acompanhada pelo profissional Psicopedagogo e pelo médico Neurologista.

17.8.6 Disfluência fisiológica / Gagueira

Definida como rupturas involuntárias do fluxo da fala, caracterizadas por repetições de sons e de sílabas, prolongamentos de sons, bloqueios (posições articulatórias fixas), pausas extensas e, intrusões nas palavras (sons não pertinentes) que diminuem a velocidade de fala e provocam rompimento da fala do indivíduo. A gagueira idiopática ou do desenvolvimento pode ocorrer dos 18 meses até os sete anos. É importante descrever a quanto tempo apresenta a gagueira e se há familiares com a mesma queixa.

17.8.7 Retardo de Linguagem

As dificuldades de linguagem referem-se às alterações no processo de desenvolvimento da expressão e recepção verbal e / ou escrita. A etiologia das dificuldades de linguagem é diversa e pode envolver fatores orgânicos, cognitivos e, emocionais (estrutura familiar e relacional), ocorrendo, na maioria das vezes, uma inter-relação entre todos esses fatores. É importante, já nas consultas pediátricas iniciais, realizar orientações quanto à estimulação da fala e linguagem e a orientação da inclusão em creches para a estimulação social e pedagógica e, descrever o desenvolvimento neuropsicomotor do paciente.

Observação: O Fonoaudiólogo fará a avaliação da mobilidade da língua e sua função de sucção e encaminhará para frenectomia, quando necessário. O Fonoaudiólogo ainda, poderá encaminhar para as especialidades que forem necessárias para o melhor prognóstico e desenvolvimento do caso (Ex: psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas, pediatras, otorrinolaringologistas, neurologistas, audiologia, fonoaudiologia, dentre outros).

18 - MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO

Alterações motoras de origem traumatológico-ortopédica, reumatológica, hematológica;

Pré e Pós-cirurgia em membros superiores e/ou inferiores, cinturas escapulares e pélvicas, coluna vertebral;

Algias da Coluna Vertebral;

Tratamento conservador de traumas não-cirúrgicos dos sistemas osteomioarticulares.

Pós sequelas de COVID-19

Profissional(is) solicitante(s): Todos os profissionais médicos.

HDA: História clínica e patologias associadas.

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

Exames complementares essenciais: Exames de imagem (Radiografias, USG, TC, RM e, o que for necessário de acordo com a patologia)

Classificação de risco: P2

Obs.: Sugere-se a leitura complementar da Carta de serviços do CER. Nesse documento há descrição de serviços, bem como descrição de prioridades ante a regulação, tal qual este protocolo. Nessa carta de serviços consta descrição sobre psicologia (infantil), fonoaudiologia, fisioterapia (adulto) e terapia ocupacional.

19 PROTOCOLO SUGERIDO DE NUTRIÇÃO

Nas últimas décadas, observou-se a evolução das doenças relacionadas à má nutrição, como a obesidade e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), faz-se necessário a adoção de ações estratégicas que permitam um amplo escopo dos serviços a serem ofertados à população, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Organizar a assistência nutricional na rotina da Atenção Básica (AB) é essencial para o cuidado em saúde, o qual potencializa ações de prevenção e de tratamento realizados no cotidiano dos serviços, nos diferentes modelos de gestão: UBS tradicional, Ambulatório de Especialidades e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), entre outros. Outras ações podem e devem ser utilizadas, conforme critérios das equipes, antes, durante e/ou após a intervenção nutricional individual: acolhimento, grupos, consultas compartilhadas e visitas domiciliares.

Garantir assistência universal é essencial à promoção do estado nutricional adequado de um indivíduo, cuja condição é fundamental para a manutenção e promoção de saúde e qualidade de vida, prevenção, redução e/ou controle de doenças e agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade.

Sendo assim, viabilizar a detecção precoce de situações de risco nutricional deve ser uma prioridade na rotina de atendimento devido ao impacto na saúde do indivíduo. Para tanto, é necessário um encaminhamento ágil e adequado pela equipe de saúde ao profissional nutricionista.

19.1 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL INDIVIDUAL NOS CICLOS DE VIDA

- Baixo peso, segundo idade gestacional;
- Sobrepeso, segundo idade gestacional, associado ao ganho acelerado de peso (1º trimestre: acima de 3kg; 2º e 3º trimestres: acima de 330 g /semana);
- Obesidade, segundo idade gestacional;
- Diabetes Gestacional (DMG) ou Diabetes Mellitus (DM) prévia descompensada;
- Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensada;
- Gestações múltiplas, conforme critério de IMC pré-gestacional e ganho de peso.
- Alterações específicas da infância, incluindo aquelas com necessidade de dietas especiais (APLV);
- Alterações/comorbidades na vida adulta, que requeiram intervenção no hábito dietético (HAS, DM, Dislipidemia e etc);

19.2 GESTANTES ADOLESCENTES

- Abaixo de 15 anos: Todas;
- A partir de 15 anos: Encaminhar conforme classificação do IMC pré gestacional / Idade: Baixo peso (Z-score < -2); Sobrepeso (Z-score $\geq +1$ e $< +2$) associado ao ganho de peso acelerado (1º trimestre: acima de 3 kg); 2º e 3º trimestres: acima de 330 g / semana); Obesidade (Z-score $\geq +2$).

19.3 CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Devem ser encaminhadas para consulta com nutricionista quando apresentarem estado nutricional alterado, segundo a classificação pelas curvas de crescimento da OMS 2006 / 2007 ou apresentar dificuldade na introdução alimentar.

19.3.1 Crianças menores de 5 anos:

Estatura / Idade: Z-score $< -1,5$

IMC / Idade: Z-score < -2 e $> +2$

19.3.2 Crianças a partir de 5 anos até 10 anos incompletos

IMC / Idade: Z-score < -2 e $> +2$

19.3.3 Adolescentes (a partir de 10 anos até 19 anos incompletos)

IMC / Idade: Z-score < -2 e $> +2$

Obs.: Na fase de introdução alimentar a família deve ser encaminhada para orientação em grupos de puericultura, sempre que possível com a participação do nutricionista ou, na sua ausência, por profissionais matriciados por nutricionistas.

Aquelas crianças que necessitam de laudo específico para dietas pela impossibilidade de aleitamento materno, como o APLV (alergia à proteína do leite de vaca), devem ser atendimentos inicialmente por médico pediatra e, através do encaminhamento, serem referenciados à avaliação da nutrição para que estes efetuem esta requisição (laudo) da dieta com as particularidades desta profissional.

19.4 ADULTOS

Baixo peso (IMC $< 18,5\text{kg/m}^2$), associado à perda recente de peso e/ou perda de apetite e outras dificuldades alimentares.

Obesidade grau I (IMC entre 30 e $34,9\text{kg/m}^2$) sem complicações associadas: será encaminhado ao nutricionista após, pelo menos seis retornos, em um período mínimo de 12 meses com a equipe multidisciplinar / grupos educativos, quando não houver sucesso quanto à mudança de hábitos e redução de peso.

Obesidade grau II (IMC entre 35 e $39,9\text{kg/m}^2$) sem complicações associadas: será encaminhado ao nutricionista após, pelo menos três retornos, em um período mínimo de 6 meses com a equipe multidisciplinar / grupos educativos, quando não houver sucesso quanto à mudança de hábitos e redução de peso.

Obesidade grau I e II (IMC entre 30kg/m^2 e $39,9\text{kg/m}^2$), com complicações associadas;

Obesidade graus III (IMC $\geq 40\text{ kg/m}^2$), com ou sem complicações associadas.

Obs: Pacientes adultos com ou sem excesso de peso e/ou complicações associadas, mesmo em acompanhamento nutricional individual, poderão ser encaminhados para grupos de Educação Alimentar e Nutricional para promoção de hábitos alimentares saudáveis, sempre que possível, com a presença de nutricionista ou matriciados por este profissional.

19.5 IDOSOS

Devem ser encaminhados para consulta com nutricionista quando apresentarem qualquer um dos seguintes acometimentos:

Baixo peso ($\text{IMC} < 22\text{kg/m}^2$) e/ou Circunferência da Panturrilha ≤ 31 cm.

Sobrepeso: IMC entre 28kg/m^2 e $29,9\text{kg/m}^2$, com complicações associadas

Obesidade: $\text{IMC} \geq 30\text{kg/m}^2$, com ou sem complicações associadas.

Perda de peso não intencional (4,5kg ou 5%) nos últimos doze meses.

Obs: pacientes idosos, com ou sem excesso de peso e/ou complicações associadas, mesmo em acompanhamento nutricional individual, poderão ser encaminhados para grupos de Educação Alimentar e Nutricional para promoção de hábitos alimentares saudáveis, sempre que possível, com a presença de nutricionista ou matriciados por este profissional.

19.6 OUTROS CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO EM TODOS OS CICLOS DE VIDA

Diabetes mellitus tipo 1 ou 2, descompensada;

Dislipidemias: conforme classificação laboratorial:

- **Adultos:**

- $\text{LDL-c} (\geq 160\text{mg/dL})$ e/ou Triglicérides ($\text{TG} \geq 150\text{mg/dL}$).

- Crianças e Adolescentes:

- Colesterol total $> 170\text{mg/dl}$ e/ou $\text{LDL-c}: > 110\text{mg/dl}$ e/ou Triglicérides $> 75\text{mg/dl}$ (0-9 anos) ou $> 90\text{mg/dl}$ (10-19 anos).

Síndrome metabólica

Alergias/intolerâncias de origem alimentar, diagnosticadas;

Vegetarianismo / veganismo, associado aos critérios de IMC / comorbidades;

Doenças inflamatórias intestinais;

Anemias carenciais;

Obstipação intestinal crônica (menos de 3 evacuações / semanais durante um período mínimo de 3 meses)

Hiperuricemia;

Nefropatias;

Hepatopatias;

Cardiopatias (desde que não tenha acompanhamento nutricional em outro serviço);

Disfagia, após avaliação do profissional fonoaudiólogo.

Terapia nutricional enteral

Pacientes em tratamento de quimioterapia/radioterapia (desde que não tenha acompanhamento nutricional em outro serviço);

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (desde que não tenha acompanhamento nutricional no SAE-DST/AIDS ou em outro serviço);

Transtornos alimentares diagnosticados: Anorexia, bulimia, compulsão alimentar, seletividade alimentar, etc, (desde que acompanhado pela equipe de Saúde Mental);

Pós-operatório de cirurgia bariátrica: Após, pelo menos, 6 meses de acompanhamento no ambulatório do hospital onde foi realizada a cirurgia.

Pacientes que, excepcionalmente, não são acompanhados na unidade hospitalar, deverão ser avaliados pela equipe multidisciplinar da atenção primária e encaminhados ao nutricionista.

Obs.: A responsabilidade do acompanhamento dos pacientes que não se enquadram nos critérios de encaminhamento é das equipes multiprofissionais da rede básica, por meio de avaliação do estado nutricional periódica e orientações gerais em relação à alimentação adequada e saudável.

19.7 COMO REALIZAR O ENCAMINHAMENTO PARA A NUTRIÇÃO

Os encaminhamentos para assistência nutricional deverão contemplar as seguintes informações:

Diagnóstico clínico com CID do motivo de encaminhamento e breve histórico clínico do paciente. Em caso de nutricionista com agenda regulada, só é possível agendar consulta mediante encaminhamento médico com CID.

No caso de encaminhamento feito por profissionais de nível superior não médicos, não é necessário o CID, desde que esteja de acordo com os critérios de encaminhamento.

IMC (adultos e idosos); IMC / Semana gestacional (gestantes); IMC / Idade (crianças e adolescentes);

Estatura / Idade (crianças menores de 5 anos) e/ou classificação do estado nutricional estabelecida para cada ciclo de vida.

Resultados de exames laboratoriais recentes (últimos 6 meses) relacionados ao motivo do encaminhamento;

Medicamentos/Suplementos em uso.

19.8 CRITÉRIOS DE ALTA DO ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL

O tempo máximo de acompanhamento nutricional individual na Atenção Básica é 6 -12 consultas em até 2 anos. Esse tempo poderá ser alterado, dependendo do caso, a critério do nutricionista.

Após alta do acompanhamento nutricional individual, o paciente poderá continuar os atendimentos em grupos de Educação Nutricional, a critério do nutricionista, conforme disponibilidade de cada UBS.

20 PROTOCOLO SUGERIDO DE PSICOLOGIA

O profissional de psicologia atua na área específica da saúde mental, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo. Realiza também pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e intervenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas.

O serviço de psicologia funciona majoritariamente através de “porta-aberta” para acolhimento nos CAPS. Os CAPS são serviços de atendimento especializado em saúde mental, denominados CAPS. Estes se constituem em serviço ambulatorial de atenção diária, com funcionamento diurno, de segunda a sexta-feira. Os Caps são serviços de portas abertas, ou seja, o usuário pode ir diretamente a estes serviços para iniciar um atendimento em saúde mental. Cabe esclarecer que o atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial é voltado para pessoas com intenso sofrimento mental, como elencado a seguir:

- Psicoses (alucinações, delírios, mudança muito brusca e incompreensível do comportamento);
- Depressão constante grave;
- Ansiedade constante grave;
- Problemas emocionais constantes e graves que comprometam o dia-a-dia do usuário;
- Crianças e adolescentes com alteração importante do comportamento ou intenso sofrimento psicológico.

Há 3 CAPS, a saber:

- CAPSI – INFANTO-JUVENIL:
 - Público: faixa etária de 05 a 16 anos (transtornos mentais, incluindo abuso com drogas);
 - Endereço: Rua Matrinchã – Lagoa (rua lateral ao SESI)

- CAPS TRÊS MARIAS:
 - Público: adulto (transtornos mentais em geral)
 - Endereço: Av. Dom Pedro II, nº 2687, bairro São Cristóvão - 3º Andar.

- CAPSAD:
 - Público: 17 anos em diante, usuários de álcool e outras drogas
 - Endereço: Av. Guaporé com Vieira Caúla

Para casos leves a moderados, em pessoas com idade igual e superior a 14 anos, existe o serviço de ambulatório de psicologia do Centro de Especialidades Médicas Dr. Alfredo Silva (CEM). O acesso a este ambulatório é regulado, via sistema de regulação através de qualquer unidade solicitante.

Há ainda o serviço de psicologia infantil nos CER (centros especializados em reabilitação), voltados à reabilitação mental de crianças a partir de 4 (quatro) anos de idade. O acesso a este ambulatório também é regulado, via sistema de regulação.

Há uma carta de serviços própria do CER que estabelece as bases de parâmetro assistencial das especialidades de psicologia e também terapia ocupacional e fisioterapia.

Ressaltamos que pessoas em crise de surto psicótico, quadro delirante ou alucinatórios com risco iminente para si ou para terceiros, bem como, tentativas de suicídio em que haja lesão corporal ou risco à vida; que precisem de um atendimento médico de urgência e emergência, deverão ser encaminhadas via SAMU para as Upas ou Hospital de Pronto Socorro João Paulo II.

20.2 MOTIVOS PARA O ENCAMINHAMENTO (ambulatório CEM - adulto:

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

20.2.1 Ideação suicida (critério P0).

A ideação suicida, também conhecido como pensamentos suicidas, é pensar sobre, considerar ou planejar suicídio. O leque de ideias suicidas variam de pensamentos passageiros, pensamentos extensos, a um planejamento detalhado. A maioria das pessoas que tem pensamentos suicidas não realiza tentativas de suicídio, mas os pensamentos suicidas são considerados um fator de risco para tal.

20.2.2 Episódios depressivos (critério P1)

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 frequentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves.

20.2.3 Transtornos do humor (critério P2)

Alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada). A alteração do humor, em geral, é acompanhada de uma modificação do nível global de atividade e a maioria dos outros sintomas são secundários a estas alterações do humor e da atividade, ou facilmente compreensíveis no contexto destas alterações.

20.2.4 Transtornos de ansiedade (critério P2)

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. Frequentemente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social.

20.2.5 Transtornos somatoformes (critério P2)

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.

20.2.6 Transtornos da personalidade (critério P2)

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.

Obs.: Na maioria dessas condições / agravos mentais, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento de posse de relatório de contrarreferência.

Obs.2: Sugere-se a leitura complementar da Carta de serviços do CER. Nesse documento há descrição de serviços, bem como descrição de prioridades ante a regulação, tal qual este protocolo. Nessa carta de serviços consta descrição sobre psicologia (infantil), fonoaudiologia, fisioterapia (adulto) e terapia ocupacional.

21 EXAMES COMPLEMENTARES DE MÉDIA COMPLEXIDADE

EXAME	MOTIVO ENCAMINHAMENTO	PRÉ REQUISITO	PROFISSIONAL SOLICITANTE
ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	Angina pectoris; Arritmias; Avaliação de paciente com insuficiência cardíaca, cor pulmonale, cardiopatia congênita, valvular ou miocardiopatia a cada 6 meses. Avaliação prognóstica, evolutiva ou pré-operatória de coronariopatia, três meses após o último ECG; AVC recente; Dispnéia; Dor torácica; Fadiga extrema ou inexplicada; Hipertensão arterial pulmonar; Hipertensão arterial sistêmica;	Eletrocardiograma prévio (se houver); Exame físico; História clínica.	Médico cardiologista; Médico cirurgião vascular; Médico endocrinologista; Médico médico APS; Médico nefrologista; Médico neurologista; Médico pediatra; Médico pneumologista; Médico psiquiatra.

	Miocardopatias; Paciente mais de 70 anos, a cada ano; Pacientes de 1ª consulta; Pós IAM; Pré e pós-operatórios de angioplastia transluminal coronária e revascularização do miocárdio; Pré-operatório; Revisão de cardiopata com novas manifestações clínicas ou eletrocardiográficas sugestivas de Insuficiência Cardíaca ou Coronária; Síncope ou pré-síncope; Uso de medicamentos que possam alterar o ritmo cardíaco.		
PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	Avaliação de sintomas causados pela hipertensão arterial sistêmica (palpitações, cefaleia occipital, dispneia paroxística ou não, fadiga, prostração, mal estar geral com ou sem palidez, pré-síncope ou síncope); Avaliar abruptas variações da pressão arterial sistêmica (uso de medicamentos, idosos, diabéticos, menopausadas e grávidas); Avaliar hipotensão arterial e síncope hipotensiva; Avaliar o tratamento da hipertensão sistêmica; Avaliar paciente suspeito de hipertensão arterial lábil ou episódica; Avaliar paciente suspeito de hipertensão sistêmica do jaleco branco; Avaliar pressão arterial limítrofe; Avaliar suspeita de disfunção autonômica.	Eletrocardiograma com laudo; Exame físico detalhado; História clínica; Teste ergométrico (se houver).	Médico APS; Médico cardiologista; Médico cirurgião cardiovascular; Médico nefrologista; Médico neurocirurgião; Médico neurologista.
ULTRASSONOGRAFIAS			
Ultrasonografia de Abdomen Inferior (Pélvico)	Apendicite; Avaliação de dor pélvica;	Exame físico; História clínica;	Médico cirurgião geral; Médico cirurgião pediátrico; Médico da APS;

	Avaliação de infecção pélvica; Calculose uretral baixa; Calculose vesical; Lesão pélvica expansiva palpável; Orientação de punção biópsia por agulha; Tumor vesical; umores pélvicos.	Raios-x simples de abdômen (se houver); Ultrassonografia pélvica anterior (se houver).	Médico gastroenterologia; Médico geriatra; Médico pediatria.
Ultrassonografia de Abdomen Superior (Fígado, Vesícula, Vias Biliares e Baço)	Colelitíase; Hepatopatias; Tumores.	Exame físico; História clínica; Raio-x simples (conforme o caso); USG prévio (se houver).	Médico cirurgião geral; Médico cirurgião pediátrico; Médico da APS; Médico gastroenterologista; Médico geriatra; Médico pediatra.
Ultrassonografia Abdomen Total	Alterações morfofuncionais (má formação de vísceras); Aneurismas; Colelitíase; Dor abdominal; Estudo do retroperitônio; Hepatoesplenomegalia. Lesões tumorais (císticas e sólidas); Nefrolitíase; Orientar biópsia para punção de lesões tumorais; Pancreatopatias; Traumas.	Exames físicos específicos; História clínica detalhada; Raios-x simples (conforme o caso).	Médico angiologista; Médico cirurgião geral; Médico cirurgião pediátrico; Médico cirurgião vascular; Médico da APS; Médico gastroenterologista. Médico ginecologista; Médico oncologista; Médico pediatra; Médico urologista
Ultrassonografia de Abdomen Total e Ultrassonografia Pélvica (feminino)	Bi-anual no climatério, em mulher menopausada com útero, com ou sem TRH; Câncer de mama, em mulher histerectomizada / ooforectomizada; Pós menopausada sem útero, quando há indicação de ultrassonografia de Abdômen total; Suspeita ou diagnóstico de câncer ginecológico.	Exame físico; História clínica; Raios-x simples (conforme o caso); USG anterior (se houver).	Médico da APS Médico ginecologista; Médico mastologista; Médico oncologista. Enfermeiro(a)
Ultrassonografia do Aparelho Urinário (Rins e Vias Urinárias)	Disfunção miccional; Hipertensão arterial sistêmica renovascular (suspeita); Insuficiência renal; Litíase; Rim policístico; Tumores.	Exame físico; História clínica; Raio-x simples, conforme o caso; USG prévio (se houver).	Médico cirurgião geral; Médico da APS; Médico nefrologista; Médico oncologista; Médico pediatra; Médico urologista.

Ultrassonografia de Articulação	Artrite séptica; Bursites; Cistos sinoviais; Derrames articulares; Disfunção da articulação temporomandibular; Espessamento de bainha tendinosa de qualquer natureza; Lesão muscular e tendinosa; Lesão por esforço repetitivo (ler); Tendinites.	Exame físico; História clínica; Raio-x simples, conforme o caso; USG prévio (se houver).	Médico da APS; Médico ortopedista; Médico pediatra; Médico reumatologista.
Ultrassonografia Ginecológica, USG pélvica ginecológica e/ou USG pélvica transvaginal	Amenorreia primária; Amenorreia secundária não relacionada a gravidade; Anexites; Diagnóstico diferencial de tumores pélvicos; Dor pélvica aguda; Dor pélvica crônica; Gestação de primeiro trimestre; Investigação climatérica inicial; Investigação de massa abdominal; Sangramento genital anormal no menacme; Sangramento genital pós-menopausa; Seguimento periódico de climatério (anual com ou sem T.H.). Tumores e cistos ovarianos pré e pós-menopausa.	Exame físico; História clínica; Raio-x simples, conforme o caso; USG prévio (se houver).	Médico cirurgião geral; Médico cirurgião pediátrico; Médico da APS; Médico ginecologista/obstetra. Enfermeiro(a).
Ultrassonografia Mamária Bilateral	Complemento de mamografia Bi-RADS 0 (zero); Controle de cistos mamários; Controle de pós-operatório de mamas; Ginecomastia (aumento de glândula mamária masculina); Identificação e caracterização de anormalidades palpáveis e não palpáveis; Imagem suspeita em mamografia de pacientes com idade igual ou inferior a 35 anos;	Exame físico; História clínica; Mamografia – para os casos de mamografia Bi-rads 0 (zero); USG prévio (se houver).	Médico da APS; Médico ginecologista; Médico mastologista; Médico oncologista.

Ultrassonografia Obstétrica	Massas palpáveis em mulheres com idade abaixo de 35 anos; Para guiar procedimentos invasivos (aspiração de cistos e aspiração com agulha fina para procedimentos pré-cirúrgicos e biópsia). Acretismo placentário (suspeita); Amniorrexe prematura confirmada; Ausência de BCF; Circular de Cordão; Crescimento intrauterino restrito (CIUR); Doença hipertensiva da gravidez (DHEG); Erro provável de data de parto; Gestante obesa grau 3; Gravidez múltipla; Localização da placenta, nos casos de suspeita de placenta prévia; Medida de espessura do colo uterino; Oligoidrâmnio e polidrâmnio; Seguimento de desenvolvimento fetal; Sofrimento fetal.	Exame obstétrico – pressão arterial, altura uterina, batimento cardíacos fetal; História clínica. Patologia associada e/ou indicação descrita acima e Medicamentos em uso; Idade gestacional em semanas e/ou data da última menstruação (DUM); Número de gestações, número de parto normal/cesárea, número de abortos; USG anterior (descrever o resultado).	Enfermeiro (UBS/USF); Médico da APS. Médico ginecologista/obstetra.
Ultrassonografia Obstétrica com Doppler Colorido e Pulsado	Alteração metabólica gestacional; Alteração na dopplerfluxometria obstétrica.	O mesmo da Ultrassonografia Obstétrica	Médico da APS; Médico ginecologista/obstetra.
Ultrassonografia da Próstata por Via Abdominal	Abscessos; Câncer prostático (suspeita); Hipertrofia prostática benigna; Prostatismo; Prostatite. Nota: Ultrassonografia prostática com Doppler também é indicada para detectar aumento da vascularização e seleção de sítios para biópsia prostática.	Dosagem de PSA total; Exames físicos; História clínica; USG anterior (se houver).	Médico cirurgião geral; Médico da APS; Médico oncologista; Médico urologista.

Ultrassonografia da Tireoide	Cistos; Hipertireoidismo; Hipotireoidismo; Tumores.	Exame físico; Exames de laboratório (TSH, T4, T3). História clínica;	Médico cirurgião de cabeça e pescoço; Médico cirurgião geral; Médico cirurgião pediátrico. Médico cirurgião torácico; Médico da APS; Médico endocrinologista; Médico geriatra; Médico oncologista; Médico pediatra; Médico pneumologista.
RADIOGRAFIA DE ABDOME E PELVE Preparo: É necessário um preparo intestinal para as radiografias das topografias de Abdome, de Bacia, de Articulações Sacroilíacas e, de Colunas Tóraco-Lombar, Lombar, Lombo-Sacra, Sacro-Coccigea No dia anterior ao exame: Almoço: Alimentar-se de canjas, caldo de carne, sucos de frutas coados, gelatinas, chá e torradas sem manteiga, evitar leite e derivados e bebidas gasosas. Às 17 horas tomar: 1 (um) comprimido de Bisacodil para pessoas com intestino solto. 2 (dois) comprimidos de Bisacodil para pessoas com intestino normal. 3 (três) comprimidos de Bisacodil para pessoas com intestino preso. Jantar: Leve às 18 horas; Às 20:00 horas, tomar 40 (quarenta) gotas de Simeticona após às 21 horas e, jejum absoluto após esse horário. Recomenda-se tomar as medicações de uso habitual, com pouco líquido. No dia do exame: Exame realizado pela Manhã: Manter jejum até realização do exame; Exame realizado pela Tarde: Tomar um café leve às 07:00 horas da manhã e manter jejum até realização do exame	Doença inflamatória intestinal do cólon; Dor abdominal aguda por possível perfuração ou obstrução; Hemorragia Digestiva Aguda; Massa palpável; Pancreatite; Possível obstipação; Suspeita de doença biliar; Suspeita de ingestão de corpo estranho; Suspeita de lesão acidental ou não em crianças.	Relatório descritivo com os dados relevantes da história clínica e medicamentosa, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.	Médico

Nota: Trazer o nome e as dose de todas as medicações em uso.			
RADIOGRAFIA DE CABEÇA E PESCOÇO	Cefaleias crônicas; Deformidades da cabeça; Demências e perturbações da memória, primeiras manifestações de psicose; Disfunção da articulação temporomandibular; Epilepsia; Patologia dos seios paranasais; Perturbações visuais; Problemas hipofisários e da sela túrcica; Suspeita de corpo estranho metálico na órbita (antes de RM); Suspeita de lesão acidental ou não em crianças; Suspeita de sinusite.	Relatório descritivo com os dados relevantes da história clínica e medicamentosa, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.	Médico.
RADIOGRAFIA - CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES	Artropatias; Dor no ombro; Dor óssea; Dor por possível colapso osteoporótico; DORT (Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho); Possível lesão da articulação gleno-umeral; Prótese dolorosa; Suspeita de osteomalácia; Suspeita de tumor ósseo primário; Atraso do crescimento; Suspeita de lesão acidental ou não em crianças.	Relatório descritivo com os dados relevantes da história clínica e medicamentosa, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.	Médico
	Artropatias; Atraso no crescimento;		

RADIOGRAFIA - CINTURA PÉLVICA E DOS MEMBROS INFERIORES	Claudicação; Dor na anca (bacia/pelve); Dor no joelho; Dor óssea; Dor por possível colapso osteoporótico; Hallux Valgus; Osteomielite; Possível lesão da articulação sacro-ilíaca; Prótese dolorosa; Suspeita de fascite plantar ou de excrescência do calcâneo; Suspeita de lesão não accidental por possíveis maus tratos a criança Suspeita de osteomalácia; Suspeita de tumor ósseo primário.	Relatório descritivo com os dados relevantes da história clínica e medicamentosa, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.	Médico
RADIOGRAFIA - COLUNA VERTEBRAL	Doenças Congênitas; Dor no pescoço, braquialgia, possivelmente devido a perturbações degenerativas; Dor sem traumatismo, possivelmente devido a doença degenerativa; Fosseta sacral; Lombalgia aguda por possível Hérnia discal, ciática sem características preocupantes; Lombalgia crônica, sem sinais de infecção ou neoplasia; Possível espinha bífida oculta; Possível subluxação atlanto-axial; Suspeita de lesão accidental ou não em crianças; Torcicolo sem traumatismo.	Relatório descritivo com os dados relevantes da história clínica e medicamentosa, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.	Médico
	Asma; Derrame pleural; Dor precordial por possível dissecção aórtica aguda;	Relatório descritivo com os dados	Médico Enfermeira(o)

RADIOGRAFIA - TÓRAX E MEDIASTINO	Dor retroesternal por possível infarto do miocárdio; Dor torácica inespecífica; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Hemoptise; Infecção do trato respiratório superior; Pneumonia; Pré-operatório; Seguimento de doentes com cardiopatias; Suspeita de inalação de corpo estranho; Suspeita de lesão acidental ou não em crianças; Suspeita de perfuração esofágica; Suspeita de pericardite ou derrame pericárdico; Tuberculose pulmonar; Valvulopatias. Rotina de acordo com o ministério da saúde para:	relevantes da história clínica e medicamentosa, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.	
MAMOGRAFIA	- A mamografia bilateral de rastreamento a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos, sem necessidade de pedido médico ou apresentação de sintomas.	Relatório descritivo com os dados relevantes da história clínica e medicamentosa, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.	Médico Enfermeira(o)

23 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicina e o ser humano tem uma complexidade variada e com os avanços tecnológicos, não há condições de abordar todas as patologias possíveis nesse protocolo, somente os agravos mais prevalentes por área de especialidade. Logo, este não tem intenção de esgotar o assunto, muito pelo contrário. Contamos com a colaboração de todos para sugerir mudanças e acrescentar novos assuntos, para que este protocolo possa assim cumprir seu objetivo.

Sabendo das especificidades do ser humano, contamos com o critério clínico e avaliação médica em cada caso, para modificar a prioridade de acordo com os sinais e sintomas do paciente. Portanto, uma classificação de prioridade nunca pode ser fixa.

A implementação deste protocolo espera-se contribuir para que somente os usuários que não tiverem seus problemas solucionados na atenção primária sejam encaminhados à atenção secundária.

Conforme os parâmetros assistenciais estabelecidos na Portaria do Ministério da Saúde, Nº 526, de 24 de Junho de 2020, as consultas especializadas são cotizadas por Unidade Básica de Saúde a fim de buscar um atendimento equânime para a população e garantir o acesso igualitário, para isto, é necessário um encaminhamento criterioso e encaminhar ao especialista somente aqueles casos que não tem condições de acompanhamento na Atenção Primária de Saúde, respeitando a prioridade estabelecida.

Em suma, sem regras, protocolos, medicina baseada em evidências, e muito bom senso, o SUS não consegue funcionar.

Histórico da Implantação do Protocolo de Telessaúde

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, objetivando a integração das Redes de Atenção e Atenção Primária à Saúde, criou estratégias e investiu em soluções de telemedicina, para fortalecer e garantir o acesso ao cuidado integrado das ações.

No processo de estruturação e fortalecimento das ações de saúde, a Secretária Municipal Saúde, ampliou o acesso ao cuidado de saúde na Atenção Primária à Saúde aderindo a proposta com a implantação da Tecnologia Digital, a TELESSAÚDE

O QUE É TELESSAÚDE

A telessaúde pode ser definida como a prestação de serviços de saúde por profissionais da área, usando as Tecnologias de Informação e comunicação - TIC, para o intercâmbio de informações válidas para o diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças e lesões, pesquisa e avaliação, e ainda para a educação continuada dos profissionais de saúde; com o interesse de promover a saúde dos indivíduos e suas comunidades (WHO, 1997).

São diretrizes para a Telessaúde no Brasil, no âmbito do SUS:

- Transpor barreiras socioeconômicas, culturais e, sobretudo, geográficas, para que os serviços e as informações em saúde cheguem a toda população;
- Maior satisfação do usuário, maior qualidade do cuidado e menor custo para o SUS;
- Segura, oportuna, efetiva, eficiente, equitativa e centrada no paciente;
- Reduzir filas de espera;
- Reduzir tempo para atendimentos ou diagnósticos especializados;
- Evitar deslocamentos desnecessários de pacientes e profissionais de saúde.

LEGISLAÇÕES QUE EMBASAM A UTILIZAÇÃO DESTA FERRAMENTA

A **portaria GM/MS Nº 1.348, de 02 de junho de 2022** dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de regulamentar e operacionalizar o emprego das TICs.

Medicina

Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022 que define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação.

- A telemedicina pode ser exercida em diversas modalidades, nesse setor utilizamos a teleconsulta, que é a consulta médica não presencial, mediada por tics, com médico e paciente localizados em diferentes espaços.

OPERACIONALIZAÇÃO

Agenda de teleatendimento

- Disponibilizar e organizar uma agenda para teleatendimento para demanda programada, conforme a realidade do serviço de saúde.

Critérios de exclusão para teleatendimento

Usuários com condições potencialmente graves ou de alto risco;

- Usuários com instabilidade clínica ou agudização da doença de base;
- Usuários com exames alterados e que necessitem de avaliação para ajustes terapêuticos;
- Gestantes com queixas de dor, perdas vaginais, diminuição de movimentação fetal ou sinais de alerta;
- Situações em que o usuário não concorde com esta modalidade de atendimento.

Preparação da tecnologia

- Ambas as partes interessadas devem definir previamente qual o recurso tecnológico será utilizado (áudio, texto ou vídeo) conforme a disponibilidade e respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD); (o recurso é disponibilizado pela secretaria, e o paciente opta ou não pela modalidade)
- Verificar a disponibilidade dos equipamentos necessários como fones de ouvido, microfone, smartphone ou computador com câmera, bancada para apoiar o aparelho e testar a conexão de internet e se as condições de áudio e vídeo são adequadas.

Existem duas modalidades de comunicação (Síncrona e a Assíncrona). A Secretaria Municipal de Saúde define pela modalidade Síncrona

- **SÍNCRONA**
- Quando os usuários se conectam ao mesmo tempo e a comunicação ocorre naquele momento, por meio de uma ligação de voz ou vídeo, por escrito por meio de um chat. Este tipo de comunicação é mais resolutivo, uma vez que permite a troca de informações em tempo real, possibilitando uma tomada de decisão mais ágil

AMBIÊNCIA Atendimento realizado em unidades focais.

A Secretaria disponibiliza atendimento nas unidades abaixo, e como critério para agendamento a territorialidade, garantindo facilidade de acesso:

- **Centro de Especialidades Médicas Dr. Alfredo Silva;**
- **Centro de Saúde Areal da Floresta;**
- **Centro de Saúde Maurício Bustani**
- **Unidade de Saúde José Adelino;**
- **Unidade de Saúde da Família Extrema;**
- **Unidade de Saúde da Família Jaci-Paraná;**
- **Unidade de Saúde da Família União Bandeirantes;**
- **Unidade de Saúde da Família Maria Nobrega da Silva, tendo como característica, segundo o Cadastro Nacional de Saúde - CNES, Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas.**

As unidades foram preparadas com ambiência privativa e segura, com a conexão com internet (quando necessário) e o funcionamento dos equipamentos do paciente.

CONSENTIMENTO

- O agendamento do paciente nessa modalidade só é realizado após confirmação do paciente, ou responsável, em caso negativo, segue em fila para atendimento presencial, e nas especialidades indisponíveis na rede municipal, é orientado a inserir a solicitação na rede estadual.

O ATENDIMENTO

• AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação clínica é um importante instrumento para a atuação do profissional pois, a partir dela é possível fazer o diagnóstico e elaborar um plano terapêutico.

CONDUTA E ORIENTAÇÕES

- Deverá ser explicado ao paciente a hipótese diagnóstica e compartilhado o plano de cuidados;

O ATENDIMENTO

EMIÇÃO DE DOCUMENTOS

Em um teleatendimento é possível a emissão de documentos como:

Atestados;

- Prescrição de medicamentos;
- Processo de alto custo (LME);
- Solicitação de exames; Relatórios; Etc.

Os documentos impressos gerados no teleatendimento deverão ser assinados pelo profissional emissor e poderão ser retirados na unidade de saúde pelo paciente ou seu responsável. Conforme a portaria GM/MS Nº 1.348, de 02 de junho de 2022, Art. 6º os registros e documentos emitidos em meio eletrônico pelos profissionais de saúde durante atendimentos realizados por Telessaúde deverão observar o disposto no art. 14 da Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020, e os limites estabelecidos em legislação e atos normativos específicos das categorias profissionais.

Atestado emitido pelo profissional de saúde deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

I - identificação do profissional, incluindo nome e número de inscrição no respectivo conselho profissional;

II - identificação e dados do paciente;

III - registro de data e hora;

IV - duração do atestado; e

V - assinatura eletrônica qualificada. (carimbo e assinatura é realizada pelo médico que presta assistência presencial, ainda não está pactuado/disponibilizado assinatura eletrônica pelo profissional do Albert Einstein).

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

- A prescrição de receitas observará os requisitos previstos na Lei nº 5.991, de 1973, e nos atos da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), inclusive quanto aos receituários de medicamentos sujeitos a controle especial, conforme art. 35 § 3º da referida Lei. (GM/MS nº 1.348, 02/06/2022, Art. 6º § 2º).

MEDICAMENTOS NÃO CONTROLADOS:

- Exemplos: anti-hipertensivos, antidiabéticos, antitêrmicos, analgésicos, etc.

Deverá ser emitida a receita com a validação digital (assinatura digital)*, além de conter todas as informações obrigatórias para uma prescrição. *não está pactuado/disponibilizado assinatura eletrônica pelo profissional do Albert Einstein).

MEDICAMENTOS CONTROLADOS, SEM NOTIFICAÇÃO DE RECEITA :

- Exemplos: fluoxetina, carbamazepina, fenitoína, antibióticos, etc.

Deverá ser emitida a receita em DUAS VIAS, com a validação digital (assinatura digital)*, além de conter todas as informações obrigatórias para uma prescrição *não está pactuado/disponibilizado assinatura eletrônica pelo profissional do Albert Einstein).

MEDICAMENTOS CONTROLADOS, COM NOTIFICAÇÃO DE RECEITA:

- Não é permitida a assinatura eletrônica nas Notificações de Receita (tipo B - Azul e tipo A - Amarela), pois estas dependem de impressão prévia em gráfica e controle de numerações perante a vigilância sanitária.

ENCAMINHAMENTOS E CONTRA REFERÊNCIAS

- Avaliar se existem encaminhamentos pendentes (especialidades, exames especializados, etc.) ou necessidade de solicitar encaminhamento, caso necessário, proceder com devidos encaminhamentos.

PROGRAMAÇÃO DE RETORNO

- Programar o retorno, estabelecendo a data prevista e o modo (presencial ou telemedicina) de maneira a garantir a longitudinalidade do cuidado.

ORIENTAÇÃO FINAL

- Ao final do atendimento, recomenda-se confirmar com o paciente se todas as dúvidas foram esclarecidas e se ele compreendeu as orientações. Sempre que possível, deixar disponível um canal de comunicação com a unidade de saúde: mensagem de WhatsApp, e-mail, telefone para contato, equipe de referência ou mesmo o atendimento presencial na unidade.

Doenças e/ou motivos comuns de encaminhamento para consulta em PNEUMOLOGIA:**ESPECIALIDADE MÉDICA: PNEUMOLOGIA****Critérios e Orientações de Encaminhamento para Especialidade de Pneumologia**

1. **Indicações:** Podem ser encaminhados à consulta com pneumologista pacientes a partir de 12 anos de idade que apresentarem:

I. Sintomas: tosse seca ou com secreção, falta de ar/cansaço aos esforços e/ou no repouso, hemoptise, dor no peito, engasgos frequentes, roncos altos, sonolência diurna, rouquidão, perda de peso, febre (vespertina), sudorese noturna.

II. Sinais: presença de sibilos, roncos, estertores, redução dos murmúrios vesiculares, cianose, baqueteamento digital, taquipneia (FR >20rpm), saturação de O₂ < 95%.

III. Histórico de: tabagismo (atual e prévio), pneumonias/infecções respiratórias frequentes, exposições ambientais*, doenças pulmonares** já pré diagnosticadas.

2. **Espirometria:**

I. Sugerimos a realização: nos pacientes com falta de ar, sibilos, tosse; histórico de tabagismo; histórico de exposições ambientais/ocupacionais; infecções respiratórias frequentes; no rastreio/acompanhamento/monitorização de doenças pulmonares**; como exame pré-operatório de cirurgia de ressecção pulmonar, ou outras cirurgias que requeiram avaliação do pneumologista; na identificação do acometimento pulmonar em doenças sistêmicas.

II. Contraindicamos sua realização: em pacientes com sintomas gripais, suspeita de Tuberculose ou COVID < 30 dias. Caso seja imprescindível, orientamos que o exame seja realizado no último horário com uso de máscara N95 pelos profissionais e higienização minuciosa do equipamento/circuito após o exame.

3. **Radiografia de tórax:**

I. Sugerimos a realização se: sintomas infecciosos e/ou dispneia, histórico de tabagismo, exposição ambiental/ocupacional, infecções respiratórias frequentes (2 vezes em um ano), controle doenças pulmonares** já diagnosticadas.

Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
TUBERCULOSE	HDA: Identificar pacientes sintomáticos respiratórios para investigação e instituição de tratamento o mais precoce possível, interrompendo assim a cadeia de transmissão. Avaliar pacientes já em vigência de tratamento para TB que não estejam em melhora clínica, laboratorial e/ou radiológica, investigando falência/multirresistência, microbacteriose atípica e outros diagnósticos diferenciais. Identificar pacientes com indicação de investigação da TB latente; Identificar pacientes com indicação de tratamento da TB latente. -Sinais, sintomas e as manifestações radiológicas dependem do tipo de apresentação da TB; - As principais formas de apresentação são: primária, a pós-primária (ou secundária) e a miliar; -Os sintomas clássicos, como tosse persistente seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, podem estar presentes em qualquer das três apresentações. Exames complementares: Baciloscopia direta	P-1 (amarelo).	

	Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) Cultura para micobactéria Prova Tuberculínica Radiografia de tórax TC de tórax Diagnóstico histopatológico		
Tabagismo	HDA: Necessidade de quantidades cada vez maiores de nicotina para obter o mesmo efeito da substância, síndrome de abstinência com a retirada ou diminuição do cigarro, tentativas frustradas de redução ou cessação do consumo, falta de controle quanto ao número de cigarros consumidos em um dia, interrupção de atividades sociais ou no trabalho por conta do vício, fumar mais de 20 cigarros por dia e utilização contínua mesmo com problemas físicos ou psicológicos comprovados, como doenças cardíacas e respiratórias. Exames complementares: Radiografia de tórax	P-3 (azul)	Casos de difícil controle e/ou associadas a comorbidades pulmonares.
Nódulo pulmonar	HDA: Opacidade pulmonar de formato arredondado ou ovalado, atenuação sólida ou subsólida, total ou majoritariamente circundado por parênquima pulmonar e com diâmetro de até três centímetros. Usualmente	P-2 (verde)	Todos os casos são considerados prioridade pelo risco de morte súbita.

	opacidades maiores de 3 centímetros são denominadas massas e menores ou iguais a 3 milímetros são classificados como micronódulos. O objetivo é sistematizar a avaliação baseada na estratificação de risco do paciente e do nódulo pulmonar Exames complementares: Radiografia de tórax, tomografia computadorizada.		
DPOC	HDA: Sistematizar a avaliação da DPOC, padronizar a sua terapêutica e identificar comorbidades que aumentam a morbimortalidade dos pacientes. Exames complementares: Espirometria, radiografia de tórax, TC de tórax, hemograma.	P-2 (verde)	
DISPNEIA	HDA: Variedade de sensações desagradáveis relacionadas à respiração, incluindo “falta de ar”, cansaço, cansaço, fôlego curto, fadiga ou respiração difícil. Frequência respiratória ≥ 22 irpm • Sinais de desconforto respiratório:, taquipneia, hiperpinéia, uso de musculatura acessória, sinais de		

	aumento do trabalho respiratório, retração de fúrcula, retração intercostal o batimento de asa de nariz, abertura oral, excursão do ar reduzida. Exames complementares: TC de tórax, ecocardiograma, espirometria, prova de função pulmonar, teste de estresse cardíaco, teste de esforço cardiopulmonar.		
ASMA	HDA: Doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores que se caracteriza, clinicamente, por aumento da responsividade dessas vias a diferentes estímulos, com consequente obstrução ao fluxo aéreo, de forma recorrente e, tipicamente, reversível. É definida pela história clínica de sintomas respiratórios como sibilância, dispneia, opressão torácica e tosse, que variam ao longo do tempo e de intensidade, juntamente com limitação ao fluxo expiratório variável. Tantos os sintomas como a limitação ao fluxo aéreo variam em intensidade ao longo do tempo. Essas variações são desencadeadas por gatilhos como exercícios, exposição a alérgenos ou irritantes inalatórios, mudanças no tempo ou infecções respiratórias virais Exames complementares:	P-0 (vermelho)	

	Radiografia de tórax, espirometria, hemograma, investigação da sensibilização IgE específica, Dosagem de IgE sérica, em casos de fenotipagem.		
--	---	--	--

Doenças e/ou motivos comuns de encaminhamento para consulta em PNEUMOLOGIA:

ESPECIALIDADE MÉDICA: PNEUMOLOGIA

Critérios e Orientações de Encaminhamento para Especialidade de Pneumologia

1. **Indicações:** Podem ser encaminhados à consulta com pneumologista pacientes a partir de 12 anos de idade que apresentarem:

I. Sintomas: tosse seca ou com secreção, falta de ar/cansaço aos esforços e/ou no repouso, hemoptise, dor no peito, engasgos frequentes, roncos altos, sonolência diurna, rouquidão, perda de peso, febre (vespertina), sudorese noturna.

II. Sinais: presença de sibilos, roncos, estertores, redução dos murmúrios vesiculares, cianose, baqueteamento digital, taquipneia (FR >20rpm), saturação de O₂ < 95%.

III. Histórico de: tabagismo (atual e prévio), pneumonias/infecções respiratórias frequentes, exposições ambientais*, doenças pulmonares** já pré diagnosticadas.

2. Espirometria:

I. Sugerimos a realização: nos pacientes com falta de ar, sibilos, tosse; histórico de tabagismo; histórico de exposições ambientais/ocupacionais; infecções respiratórias frequentes; no rastreio/acompanhamento/monitorização de doenças pulmonares**; como exame pré-operatório de cirurgia de ressecção pulmonar, ou outras cirurgias que requeiram avaliação do pneumologista; na identificação do acometimento pulmonar em doenças sistêmicas.

II. Contraindicamos sua realização: em pacientes com sintomas gripais, suspeita de Tuberculose ou COVID < 30 dias. Caso seja imprescindível, orientamos que o exame seja realizado no último horário com uso de máscara N95 pelos profissionais e higienização

minuciosa do equipamento/circuito após o exame.

3. Radiografia de tórax:

I. Sugerimos a realização se: sintomas infecciosos e/ou dispneia, histórico de tabagismo, exposição ambiental/ocupacional, infecções respiratórias frequentes (2 vezes em um ano), controle doenças pulmonares** já diagnosticadas.

Condições clínicas prevalentes	Pré-requisitos ao encaminhamento	Classificação de risco sugerida	Prioridade da regulação
TUBERCULOSE	HDA: Identificar pacientes sintomáticos respiratórios para investigação e instituição de tratamento o mais precoce possível, interrompendo assim a cadeia de transmissão. Avaliar pacientes já em vigência de tratamento para TB que não estejam em melhora clínica, laboratorial e/ou radiológica, investigando falência/multirresistência, microbacteriose atípica e outros diagnósticos diferenciais. Identificar pacientes com indicação de investigação da TB latente; Identificar pacientes com indicação de tratamento da TB latente. -Sinais, sintomas e as manifestações radiológicas dependem do tipo de apresentação da TB; - As principais formas de apresentação são: primária, a pós-primária (ou secundária) e a miliar;	P-1 (amarelo).	

	-Os sintomas clássicos, como tosse persistente seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, podem estar presentes em qualquer das três apresentações. Exames complementares: Baciloscopia direta Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) Cultura para micobactéria Prova Tuberculínica Radiografia de tórax TC de tórax Diagnóstico histopatológico		
Tabagismo	HDA: Necessidade de quantidades cada vez maiores de nicotina para obter o mesmo efeito da substância, síndrome de abstinência com a retirada ou diminuição do cigarro, tentativas frustradas de redução ou cessação do consumo, falta de controle quanto ao número de cigarros consumidos em um dia, interrupção de atividades sociais ou no trabalho por conta do vício, fumar mais de 20 cigarros por dia e utilização contínua mesmo com problemas físicos ou psicológicos comprovados, como doenças cardíacas e respiratórias. Exames complementares: Radiografia de tórax	P-3 (azul)	Casos de difícil controle e/ou associadas a comorbidades pulmonares.

Nódulo pulmonar	HDA: Opacidade pulmonar de formato arredondado ou ovalado, atenuação sólida ou subsólida, total ou majoritariamente circundado por parênquima pulmonar e com diâmetro de até três centímetros. Usualmente opacidades maiores de 3 centímetros são denominadas massas e menores ou iguais a 3 milímetros são classificados como micronódulos. O objetivo é sistematizar a avaliação baseada na estratificação de risco do paciente e do nódulo pulmonar Exames complementares: Radiografia de tórax, tomografia computadorizada.	P-2 (verde)	Todos os casos são considerados prioridade pelo risco de morte súbita.
DPOC	HDA: Sistematizar a avaliação da DPOC, padronizar a sua terapêutica e identificar comorbidades que aumentam a morbimortalidade dos pacientes. Exames complementares: Espirometria, radiografia de tórax, TC de tórax, hemograma.	P-2 (verde)	

DISPNEIA	HDA: Variedade de sensações desagradáveis relacionadas à respiração, incluindo “falta de ar”, cansaço, cansa, fôlego curto, fadiga ou respiração difícil. Frequência respiratória ≥ 22 irpm • Sinais de desconforto respiratório:, taquipneia, hiperpinéia, uso de musculatura acessória, sinais de aumento do trabalho respiratório, retração de fúrcula, retração intercostal o batimento de asa de nariz, abertura oral, excursão do ar reduzida. Exames complementares: TC de tórax, ecocardiograma, espirometria, prova de função pulmonar, teste de estresse cardíaco, teste de esforço cardiopulmonar.		
ASMA	HDA: Doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores que se caracteriza, clinicamente, por aumento da responsividade dessas vias a diferentes estímulos, com consequente obstrução ao fluxo aéreo, de forma recorrente e, tipicamente, reversível. É definida pela história clínica de sintomas respiratórios como sibilância, dispneia, opressão torácica e tosse, que variam ao longo do tempo e de intensidade, juntamente com limitação ao fluxo expiratório variável. Tantos os sintomas como a limitação ao fluxo aéreo variam	P-0 (vermelho)	

	em intensidade ao longo do tempo. Essas variações são desencadeadas por gatilhos como exercícios, exposição a alérgenos ou irritantes inalatórios, mudanças no tempo ou infecções respiratórias virais Exames complementares: Radiografia de tórax, espirometria, hemograma, investigação da sensibilização IgE específica, Dosagem de IgE sérica, em casos de fenotipagem.		
--	---	--	--

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento

- Epilepsia/crises convulsivas;
- Transtorno do Espectro Autista;
- Cefaleias;
- Transtornos de aprendizagem;
- Microcefalia;
- Diagnóstico e/ou suspeita de erros inatos do metabolismo;
- Distúrbios do sono;
- Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH);
- Atraso no neurodesenvolvimento;
- **Outras condições que necessitam de acompanhamento pela neurologia pediátrica:** Encefalopatias progressivas e encefalopatias crônicas não progressivas sem definição etiológica (incluindo, paralisia cerebral); Distúrbios do movimento (Ataxias, Coreias e Distonias); Doenças neuromusculares e miopatias inflamatórias; Síndromes neurocutâneas (Esclerose tuberosa, Neurofibromatose e Sturge-Weber); Afecções neurovasculares (Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico).

Conteúdo descritivo necessário no encaminhamento para comorbidades no geral:

- Descrição do quadro clínico do paciente com idade de início, frequência e duração das crises;
- Histórico patológico pregresso;
- Histórico familiar (descrever se há ou não casos semelhantes na família), gestacional e parto. Descrever possíveis fatores ambientais e sociais que possam interferir na doença;

- Informar marcos do desenvolvimento e se houve perdas neurológicas (descrever se concomitância com outras doenças ou situações sistêmicas como febre, perda visual ou parestesias);
- Exame físico, incluir curvas de crescimento (principalmente perímetro cefálico), acuidade visual, auditiva, alterações no tegumento, reflexos, etc.
- Exames realizados – descrever resultado e datas (TC, RNM, EEG, ultrassonografia transfontanelar, dentre outros);
- Medicamentos utilizados, doses por quilo de peso e período em que foram usadas;
- Hipótese diagnóstica - com CID 10.

Profissionais solicitantes: Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

EPILEPSIA E CRISES CONVULSIVAS

- Um ou mais episódios de crise convulsiva, exceto quadro de convulsão febril simples de característica benigna;
- Convulsão em vigência de febre em crianças maiores de 5 anos;
- Epilepsia sem investigação;
- Epilepsia em tratamento, não controlada.

Sinais de alarme

- Crise convulsiva febril complexa (crises que duram mais de 15 minutos, se repetem mais de uma vez em 24 horas ou que tenham características focais* ictais ou pós-ictais);
- Múltiplas crises e/ou crise prolongada em 24 horas;
- Crises farmacorresistentes e com sintomas e sinais associados (cefaleia, vômitos, transtornos visuais, alteração de comportamento pós-ictal, deterioração no desenvolvimento motor e/ou cognitivo, perda de força, afasias, apraxias e perda de marcos do desenvolvimento e habilidades adquiridas).

*Crise com características focais: associadas a sinais de alarme sugestivos de hipertensão intracraniana ou sinais focais de instalação aguda e recente devem ser encaminhados diretamente ao pronto atendimento.

*Os pacientes com crises epiléticas de difícil controle devem realizar consultas periódicas com a neurologia pediátrica. Os pacientes com epilepsias bem controladas podem ser avaliados anualmente e as prescrições podem ser feitas por médicos da APS.

Classificação de risco

PRIORIDADE ZERO: Epilepsia/crise convulsiva com sinais de alarme.

P1 PRIORIDADE URGENTE: Epilepsia/crise convulsiva sem investigação; Epilepsia/crise convulsiva sem tratamento ou com refratariedade ao tratamento; Mudanças do padrão de crises.

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE: Epilepsia medicada e controlada.

P3 ATENDIMENTO ELETIVO

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Critérios para encaminhamento

- Suspeita ou diagnóstico de TEA;
- Casos suspeitos de TEA, com sintomas psicóticos, auto/heteroagressividade, indicam necessidade de encaminhamento também ao Psiquiatra Infantil.

Conteúdo descritivo necessário no encaminhamento

- Descrição dos sinais, sintomas e dificuldades cognitivas (descrever idade de início dos sintomas, funções comprometidas, marcos do desenvolvimento que estão atrasados, presença de distúrbios ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
- Resultados das avaliações e dos testes psicológicos, neuropsicológicos, psicométricos já realizados;
- Descrição da avaliação oftalmológica e auditiva;
- História familiar de TEA. Se sim informe o quadro e grau de parentesco;
- Descrição dos tratamentos realizados, assim como o plano terapêutico da equipe e/ou profissional assistente de referência;
- Descrever laudo dos exames complementares já realizados (EEG, RM de cérebro, cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo).

Profissionais solicitantes: Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

Classificação de risco

PRIORIDADE ZERO: TEA com quadro de agitação e/ou agressividade grave.

P1 PRIORIDADE URGENTE: TEA com condições neurológicas associadas (ex. Epilepsia).

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE: TEA

P3 ATENDIMENTO ELETIVO

CEFALEIA

- Cefaleia com sinais de alarme;
- Migrânea ou outras cefaleias crônicas refratárias ao tratamento.

Sinais de alarme

- Crianças com menos de 3 anos de idade;
- Surgimento súbito com dor de forte intensidade;
- Cefaleia com características de progressividade e sinais e sintomas associados como náusea, vômitos, transtornos visuais, transtornos autonômicos, alteração de marcha e equilíbrio, perda de força, alteração de funções corticais superiores como apraxias, agnosias e afasias associadas;
- Presença de comorbidades de maior risco (ex. anemia falciforme, imunodeficiências, história de neoplasia, coagulopatias, doenças cardíacas, neurofibromatose, esclerose tuberosa).

*Cefaleia aguda associada a sinais de alarme sugestivos de hipertensão intracraniana ou sinais focais de instalação aguda deve ser encaminhada diretamente ao pronto atendimento de um hospital terciário.

Conteúdo descritivo necessário no encaminhamento

- Descrição do quadro clínico do paciente com idade de início, frequência e duração das crises;
- Histórico patológico pregresso;

- Sintomas associados e fatores precipitantes;
- Tratamentos realizados e adesão ao tratamento;
- Achados do exame físico;
- Fornecer laudos dos exames já realizados: TC ou RM de crânio.

Profissionais solicitantes: Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

Classificação de risco

PRIORIDADE ZERO: Cefaleia com sinais de alarme.

P1 PRIORIDADE URGENTE: Cefaleia incapacitante, frequente.

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE: Migrânea ou outras cefaleias crônicas refratárias ao tratamento.

P3 ATENDIMENTO ELETIVO

TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM ESCOLAR

Critérios para encaminhamento

- Deficiência de aprendizagem escolar onde exista suspeita de condição neurológica determinando o quadro e sem fator psicológico ou socioambiental identificado;
- Casos de deficiência de aprendizagem associados a sintomas como depressão, irritabilidade, impulsividade, agressividade, ansiedade, comportamento retraído, TDAH, devem ser encaminhados ao Psiquiatra Infantil e acompanhados por equipe multidisciplinar. Ao Neurologista cabe a avaliação dos casos específicos, já avaliados por profissionais da equipe multidisciplinar e com suspeita de condição neurológica determinando o quadro. Após diagnóstico e indicação de tratamento, estes casos devem ficar a cargo dos profissionais da educação (Pedagogia) e dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou CAPS.

Conteúdo descritivo necessário no encaminhamento

- Dados relevantes da história médica pré-natal e perinatal;
- Descrição dos sinais, sintomas e dificuldades cognitivas (descrever idade de início dos sintomas, funções comprometidas, marcos do desenvolvimento que estão atrasados, presença de dismorfias ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
- Descrição da condição oftalmológica e auditiva;
- Descrição das avaliações e tratamentos prévios e atuais, assim como o plano terapêutico da equipe e/ou profissional assistente de referência (informar data das avaliações, nomes dos profissionais e número do conselho profissional);
- Descrição resumida do relatório emitido pela escola.

Profissionais solicitantes: Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

Classificação de risco

PRIORIDADE ZERO

P1 PRIORIDADE URGENTE

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE

P3 ATENDIMENTO ELETIVO: Todos os casos.

MICROCEFALIA

CrITÉRIOS de encaminhamento

- Recém-nascidos ou crianças com microcefalia e alteração do crescimento ou desenvolvimento neuropsicomotor;
- Recém-nascidos ou crianças com microcefalia e epilepsia/espasmos;
- Crianças que, no acompanhamento de puericultura, apresentarem desaceleração do crescimento cefálico com medida inferior a - 2 DP para idade e sexo conforme o gráfico Intergrowth para nascidos a termo (Figura 4A e Figura 4B) ou conforme o gráfico da OMS/MS para nascidos pré-termo.

Conteúdo descritivo necessário no encaminhamento

- Descrição de sinais e sintomas (malformações, desproporção craniofacial, abaulamento de fontanela, manifestações como hipertonía e hiperexcitabilidade, atraso em marcos do desenvolvimento, outros achados relevantes);
- Medida do perímetro cefálico ao nascer e medidas realizadas posteriormente;
- Histórico pré-natal e pós-natal: idade gestacional no parto da criança, peso ao nascer, presença de diabetes gestacional na mãe, hipertensão arterial, eclâmpsia, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, mãe com histórico de suspeita/confirmação de STORCH+Zika durante a gestação da criança (sim ou não);
- Fornecer laudos dos exames já realizados: TC ou RM de crânio e/ou ultrassonografia transfontanelar;
- Descrever testes de triagem neonatal (teste do pezinho, teste do reflexo vermelho, triagem auditiva).

Profissionais solicitantes: Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

Classificação de risco

PRIORIDADE ZERO :

P1 PRIORIDADE URGENTE : Microcefalia associada a alterações neurológicas como convulsões.

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE : Demais casos de microcefalia.

P3 ATENDIMENTO ELETIVO

SUSPEITA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO

CrITÉRIOS de encaminhamento

Todos os casos sem etiologia definida em que haja suspeita de erro inato do metabolismo quando houver desaceleração e parada de desenvolvimento neuropsicomotor, com presença de sinais neurológicos anormais (crises epilépticas, espasticidade, ataxia) e progressão de piora inexorável.

Conteúdo descritivo necessário no encaminhamento

- Descrição sucinta do quadro clínico, sintomatologia, tratamentos realizados e medicações em uso;
- Histórico patológico pregresso;
- Descrever laudo dos exames já realizados: cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo (teste do Pezinho), TC ou RM de cérebro;

- As patologias mais comuns são as diagnosticadas através do teste de triagem neonatal: Fenilcetonúria; Hipotireoidismo congênito; Hemoglobinopatias; Outras patologias: Galactosemia; Leucínose; Deficiência de biotinidase; Deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase; Defeitos da beta-oxidação mitocondrial dos ácidos graxos.

Profissionais solicitantes: Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

Classificação de risco

PRIORIDADE ZERO

P1 PRIORIDADE URGENTE: Todos os casos.

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE

P3 ATENDIMENTO ELETIVO

DISTÚRBIOS DO SONO

Critérios de encaminhamento

Encaminhar casos de distúrbios do sono relacionados aos distúrbios do movimento (Síndrome das Pernas Inquietas, Movimentos Periódicos Durante o Sono, Distúrbio Rítmico do Movimento), parassonias e casos de insônia.

Conteúdo descritivo necessário no encaminhamento

- Descrição do quadro clínico do paciente com idade de início, frequência e duração das crises;
- Histórico patológico pregresso;
- Descrição de tratamentos já realizados e atuais (com posologia);
- Se há contexto sócio-familiar desfavorável;
- Descrever laudo dos exames já realizados: EEG, TC ou RM de cérebro ou polissonografia.

Profissionais solicitantes: Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

Classificação de risco

PRIORIDADE ZERO

P1 PRIORIDADE URGENTE

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE: Pacientes com prejuízo escolar ou de qualidade de vida.

P3 ATENDIMENTO ELETIVO: Demais casos.

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH)

Critérios de encaminhamento:

- Suspeita de TDAH diante de paciente com quadro de hiperatividade, impulsividade e desatenção se **ausência** de suspeita de comorbidades psiquiátricas, suspeita de causa orgânica neurológica e/ou pacientes <12 anos;
- Paciente deve ser inicialmente encaminhado para o serviço de psiquiatria.

Profissionais solicitantes: Médico psiquiatra e pediatra.

PRIORIDADE ZERO:

P1 PRIORIDADE URGENTE: agitação psicomotora, com dificuldade de manejo comportamental e prejuízo ao acompanhamento de aulas ou risco de dano à integridade física de si mesmo ou terceiros.

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE: dificuldade de definição diagnóstica por associação de sinais/sintomas do transtorno do espectro do autismo

P3 ATENDIMENTO ELETIVO:

ATRASSO NO NEURODESENVOLVIMENTO

Critérios de encaminhamento

- Provável atraso do desenvolvimento (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior) em crianças com: história familiar de deficiência intelectual ou AGD (Atraso Global do Desenvolvimento) em parente de primeiro grau; ou pais consanguíneos; ou alterações fenotípicas (como dismorfismos craniofaciais ou esqueléticos, suspeita de síndrome genética específica, entre outros); ou perímetro cefálico menor que -2 escores Z ou maior que +2 escores Z.

*Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) é um termo reservado a crianças menores de 5 anos de idade. É utilizado quando o indivíduo não tem as competências esperadas para a idade em, pelo menos, dois marcos do desenvolvimento (fala, motor fino e grosso, dificuldades na socialização, dificuldade para aprender habilidades novas). Esses pacientes devem ser previamente avaliados pelo pediatra.

Profissionais solicitantes: Médico pediatra.

PRIORIDADE ZERO:

P1 PRIORIDADE URGENTE: provável atraso do desenvolvimento (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior) em crianças com episódio de convulsão ou outras manifestações neurológicas como ataxia, coreia ou distonia.

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE: regressão neurológica com perda de habilidades previamente adquiridas do desenvolvimento neuropsicomotor, como perda de fala e/ou marcha e/ou compreensão.

P3 ATENDIMENTO ELETIVO:

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

Considerações gerais

Algumas situações em endocrinologia pediátrica tais como: obesidade, hipotireoidismo e diabetes, podem, e devem ser acompanhadas na Unidade Básica de Saúde.

Doenças e/ou motivos de encaminhamento

- Alterações na puberdade;
- Alterações tireoidianas;
- Distúrbios do metabolismo da glicose;
- Obesidade;
- Baixa estatura;
- Alta estatura;

- Dislipidemia;
- Distúrbios da diferenciação sexual (Ambiguidade sexual, micropênis)
- Ginecomastia;
- Distúrbios do metabolismo ósseo/cálcio (Hipo ou hiperparatireoidismo, raquitismo, hipo ou hipercalcemia);
- Distúrbios da glândula adrenal (Hiperplasia adrenal congênita, Síndrome de Cushing ou Insuficiência adrenal)

ALTERAÇÕES NA PUBERDADE

Critérios para encaminhamento:

- Suspeita ou diagnóstico de puberdade precoce: em meninas, se surgimento de broto mamário (telarca) ou pelos pubianos/axilares (pubarca) antes de 8 anos de idade ou sangramento menstrual (menarca) antes de 9 anos de idade. Em meninos, considerar aumento do volume testicular (≥ 4 ml de volume ou $\geq 2,5$ cm no maior diâmetro) antes de 9 anos de idade ou pubarca antes de 9 anos de idade.
- Suspeita ou diagnóstico de atraso puberal: meninas com ausência de broto mamário (telarca) após os 13 anos de idade ou ausência de menarca após os 15 anos de idade. Meninos com volume testicular inferior a 4 ml após os 14 anos de idade.

Conteúdo descritivo necessário no encaminhamento

- Descrição do estágio puberal atual (estágios de Tanner) e dados de progressão, se disponíveis;
- Investigação já realizada até o momento (Raio x de idade óssea, RNM para investigação de alteração central, USG pélvico para meninas, exames laboratoriais: TSH, T4l, LH, FSH, Estradiol ou Testosterona, 17 OHP; Androstenediona; DHEA-S);
- Dados do exame físico, incluindo peso e altura;
- Medicamentos em uso com data de início e dose.

Profissionais solicitantes: Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

Classificação de risco:

PRIORIDADE ZERO:

P1 PRIORIDADE URGENTE: Todas as crianças com pubarca antes dos 6 anos de idade, telarca antes dos 8 anos de idade, menarca anterior ao desenvolvimento mamário ou antes dos 9 anos, e todos os casos de puberdade precoce em meninos.

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE: Demais quadros.

P3 ATENDIMENTO ELETIVO

ALTERAÇÕES TIREOIDIANAS

Critérios para o encaminhamento:

- Pacientes com alteração no TSH e T4 livre ou total, com exame confirmatório em laboratório confiável.

Conteúdo descritivo necessário no encaminhamento

- Sinais e sintomas (Hipotireoidismo: Fadiga, baixa velocidade de crescimento, constipação, queda de cabelo, pele seca, bócio, baixo desempenho escolar. Hipertireoidismo: Perda de peso, tremores de extremidade, palpitações);
- Peso e estatura (de preferência percentil ou Z- score);
- Histórico familiar de doença tireoidiana ou autoimune;
- Solicitar e descrever os exames disponíveis com as datas (TSH, T4l, Anti-TPO, TRAB, USG de tireóide);
- Medicamentos em uso com data de início e dose.

Profissionais solicitantes: Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

Classificação de risco:

PRIORIDADE ZERO: Hipo/ hipertireoidismo descompensado

P1 PRIORIDADE URGENTE:

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE: Nódulo de tireóide / Bócio

P3 ATENDIMENTO ELETIVO: Hipo / hipertireoidismo compensado

DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DA GLICOSE

Critérios para o encaminhamento:

- Diagnóstico de diabetes: glicemia de jejum acima de 126 mg/dl em duas medidas, glicemia ao acaso acima de 200 mg/dl, hemoglobina glicada > 6,5% e glicemia 2 horas após ingestão oral de 75 g de glicose >200 mg/dL;
- Necessidade de insulinoterapia;
- Hipoglicemia relacionada ao diabetes;
- Diabetes insipidus.

*Atenção: A glicemia de jejum pode estar alterada (>100mg/dL) em fases ainda assintomáticas da doença. Sempre que uma criança apresentar glicemia de jejum acima de 100mg/dL é necessário realizar medida de glicemia capilar no momento do atendimento. Se estiver assintomática, é indicada coleta de exames para confirmação da alteração e posterior encaminhamento para avaliação com Endocrinologista Pediátrico.

*Suspeita de cetoacidose diabética (pacientes com alguns dos seguintes sintomas/sinais: poliúria, polidipsia, perda de peso, sinais de desidratação, dispneia ou taquipneia, náuseas e vômitos, fraqueza, letargia, dor abdominal, alterações visuais ou do estado mental) e glicemia capilar > 200mg/dl devem ser encaminhados para pronto-atendimento.

Conteúdo descritivo necessário no encaminhamento

- Descrição dos sinais e sintomas com idade de início;
- Histórico familiar de doenças metabólicas;
- Dados da antropometria: peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC) e outras alterações no exame físico;
- Descrição dos exames laboratoriais realizados (glicemia de jejum; HBA1C; Parcial de urina, hemoglobina glicada);
- Medicamentos em uso com data de início e dose.

Profissionais solicitantes: Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

Classificação de risco:

PRIORIDADE ZERO: Pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2 recém diagnosticados ou descompensados

P1 PRIORIDADE URGENTE: Diabetes Mellitus insipidus

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE: Diabetes Mellitus compensado

P3 ATENDIMENTO ELETIVO:

OBESIDADE INFANTIL**Critérios para encaminhamento:**

- Obesidade: escore-Z $> +3$ ou percentil $> 99,9$ em crianças de 0 a 5 anos e escore-Z $> +2$ e $\leq +3$ ou percentil > 97 e $\leq 99,9$ em crianças acima de 5 anos e adolescentes;
- Obesidade grave ($>$ escore-Z $+3$ ou percentil $> 99,9$) em crianças acima de 5 anos e adolescentes;
- Sobrepeso com comorbidades;
- Obesidade por provável causa endocrinológica (Síndrome de Cushing; Hipotireoidismo; Deficiência de hormônio de crescimento; entre outras).

Conteúdo descritivo necessário no encaminhamento

- Sinais e sintomas (incluir características sugestivas de doença genética, desenvolvimento neuropsicomotor, manifestações neurológicas/ hábitos alimentares);
- Percentil ou Z score de estatura, peso e IMC para idade e sexo;
- Histórico familiar de obesidade e distúrbios metabólicos;
- Solicitar e descrever resultados dos exames (Colesterol total, Triglicerídeos, HDL colesterol, Glicemia de jejum, TSH e T4 livre, TGO e TGP).
- Medicações em uso com data de início e dose.

Profissionais solicitantes: Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

Classificação de risco:

PRIORIDADE ZERO:

P1 PRIORIDADE URGENTE: Obesidade grave ou com comorbidades

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE: Demais casos

P3 ATENDIMENTO ELETIVO:

BAIXA ESTATURA**Critérios para o encaminhamento:**

- Crescimento abaixo do Z score $< - 2$ ou percentil 3
- Diminuição da velocidade de crescimento para a idade (queda maior que 0,3DP da estatura no período de 1 ano) e discrepância em relação ao canal familiar (estatura $< 1,6$ DP em relação a estatura alvo familiar).

*Importante avaliar condições sociais, como erros alimentares, verminoses, e hábitos prejudiciais para o sono.

Conteúdo descritivo necessário no encaminhamento

- Descrever peso e altura, assim como Percentil ou Z-score do peso e altura para idade e sexo;
- Sinais clínicos ou comorbidades associadas (Cefaleia, epilepsia, alteração no desenvolvimento, doença celíaca, desnutrição);
- Altura dos pais biológicos e/ou alvo familiar;
- Velocidade de crescimento (cm/ano), se disponível;
- Descrever os caracteres sexuais (estágio de Tanner);
- Descrever os exames laboratoriais com as datas (Hemograma, função renal, Raio-x idade óssea, IGF1, GH, TSH e T4L, EPF);
- Medicamentos em uso com data de início e dose.

Profissionais solicitantes: Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

Classificação de risco:

PRIORIDADE ZERO:

P1 PRIORIDADE URGENTE: Mudanças no padrão de crescimento mais evidentes sugerem doenças mais graves e estaturas abaixo do Z score -3 ou >3DP abaixo da estatura alvo são classificadas como baixa estatura grave.

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE:

P3 ATENDIMENTO ELETIVO:

• REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: volume I endocrinologia e nefrologia. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada_endocrinologia.pdf. Acesso em: 05 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: volume II cardiologia. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cardiologia_v_II.pdf. Acesso em 05 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: volume I, reumatologia e ortopedia. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_reumatologia_ortopedia_v_III.pdf. Acesso em 07 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: volume IV ginecologia. Brasília, 2016. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_ginecologia_v_IV.pdf. Acesso em: 07 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: volume V cirurgia torácica e pneumologia adulto. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cirurgia_toracica_pneumologia_v_V.pdf. Acesso em: 08 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: volume IV urologia. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_urologia_v_VI.pdf. Acesso em: 08 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de estimulação precoce, crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia: Plano nacional de enfrentamento à microcefalia. Brasília, 2016. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce_2016%20preliminar.pdf. Acesso em 08 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: volume VII proctologia. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_proctologia_v_VII.pdf. Acesso em: 06 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo de rede de atenção às urgências e emergências no sistema único de saúde (SUS): volume IV urologia. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 08 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 05 de set. de 2021.

BRASIL. Conselho de Saúde Nacional. Resolução nº 582, de 10 de maio de 2018. Aprova o Parecer Técnico nº 081, de 11 de abril de 2018, anexo, que trata das implicações/impactos da Portaria GM/MS nº 83/2018 na formação e no do trabalho dos Agentes de Saúde (ACS e ACE), na Estratégia Saúde da Família (ESF). Brasília, 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso582.pdf>. Acesso em: 03 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 679, de 2 de Junho de 2016. Aprova os Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0679_02_06_2016.html. Acesso em: 06 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.559, de 1º de Agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em 04 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 04 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1820, de 13 de Agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf. Acesso em: 04 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 526, de 24 de Junho de 2020. Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília, 2009. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-526-de-24-de-junho-de-2020-264666631>. Acesso em: 15 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. SISREG III: Sistema Nacional de Regulação. Versão: 3.4.2012, Página inicial. Disponível em: <https://sisregiii.saude.gov.br/>. Acesso em 03 de set. 2021

PORTO VELHO, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde - SEMUSA. Protocolo e Diretrizes de atendimento à saúde da mulher no município de Porto Velho - RO. Porto Velho, 2018. Disponível em: <https://semusa.portovelho.ro.gov.br/uploads/arquivos/2018/09/23266/1536064642calvoficone-new.pdf>. Acesso em: 05 de set. de 2021.

RIBEIRO, Paulo Ayrosa; ABDALLA-RIBEIRO Helizabet Salomão; ERAS, Aline. Dor pélvica crônica: Protocolos Febrasgo, Ginecologia, nº: 17. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/Protocolos-assistenciais/Protocolos-assistenciais-ginecologia.pdf/2020-Dor-Plvica-Crnica.pdf>. Acesso em: 05 de set. de 2021.

ANEXOS

ANEXO A - SUSPEITA DE CISTITE INTERSTICIAL

- Frequência miccional aumentada durante o dia (mais que 7 micções em vigília)
- Urgência urinária
- Noctúria (mais que 2 micções por noite)
- Disúria
- Dor pélvica ou perineal na ausência de infecção ou carcinoma vesical
- Dispareunia e ardência e dor localizada na vagina, pelve, suprapúbica
- Hematúria

ANEXO B - TESTE DO PROGESTÁGENO

- Administrar acetato de medroxiprogesterona 10 mg na seguinte posologia: 01 (um) comprimido, via oral, por dia, durante 5 a 10 dias. O teste é considerado positivo se houver sangramento após 3 a 10 dias do término da medicação.

ANEXO C - CLASSIFICAÇÃO DE SITUAÇÃO CARDIOLÓGICA: OS ESTÁGIOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (NEW YORK HEART ASSOCIATION):

- **Classe I (leve):** Sem limitações para atividade física. Atividade usual não causa fadiga inapropriada, palpitação ou dispnéia.
- **Classe II (leve):** Limitação discreta das atividades. Confortável em repouso, mas atividade física usual em resulta fadiga, palpitação ou dispnéia.
- **Classe III (moderada):** Limitação marcante da atividade física. Confortável em repouso, mas atividade física mais leve que a usual gera fadiga, palpitações e dispnéia.
- **Classe IV (grave):** Limitação marcante da atividade física. Confortável em repouso, incapaz de fazer qualquer atividade física sem desconforto Sintomas de Insuficiência Cardíaca no repouso. Quando é iniciada qualquer atividade física agrava o desconforto.

ANEXO D - CLASSIFICAÇÃO DA CANADIAN CARDIOVASCULAR SOCIETY (CCS) PARA ANGINA PECTORIS:

- **Classe I:** Atividade física usual para caminhar, subindo escadas não causa Angina. Angina ocorre com esforços extenuantes, exercício rápido ou prolongado.
- **Classe II:** Limitação discreta da atividade usual. Angina ocorre ao subir escadas rapidamente, caminhar em ladeira, caminhar ou subir escadas após refeições ou no frio ou no vento ou sob estresse emocional, ou apenas durante algumas horas após despertar.
- **Classe III:** Limitações marcantes das atividades físicas usuais. Angina ocorre caminhando um a dois quarteirões no plano e subindo um andar e escada em ritmo normal.
- **Classe IV:** Incapaz de fazer qualquer atividade física sem sentir Angina, Angina pode estar presente em repouso.

ANEXO E - FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL, Critérios para encaminhamento para serviços Ambulatoriais de Gestação de Alto Risco*

1 – IDADE: ☐ (-) de 15 anos 1 ☐ De 15 a 34 anos 0 ☐ (+) de 35anos 1	5 - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL: ☐ Baixo Peso(IMC <18, 5kg/m2) e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia 1 ☐ Peso Adequado (IMC 18, 5-24, 9kg/m2) 0 ☐ Sobrepeso (25-29,9kg/m2) 1 ☐ Obesidade (IMC>30kg/m2) 5	7 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBSTÉTRICO + GINECOLÓGICO: ☐ Ameaça de Aborto 5 ☐ Anom. do trato Genitourinário..... 5 ☐ Placenta Prévia 10 ☐ Câncer Materno 10 ☐ Doença Hemolítica 10 ☐ Esterilidade Tratada 5 ☐ Isoimunização 10 ☐ Neoplasias Ginecológicas 10 ☐ Mal Formações congênitas 10 ☐ Crescimento Uterino Retardado 10 ☐ Polihidramnio/Oligoidramnio 10 ☐ Citologia Cervical Anormal(NicI-II-III)..... 10 ☐ Doença Hipertensiva da Gestação 10 ☐ Diabetes Gestacional 10 ☐ Gemelar 10 ☐ Incomp. Istmo Cervical 10						
2 - SITUAÇÃO FAMILIAR: Situação Familiar Instável: ☐ Não..... 0 ☐ Sim 1 Aceitação de GRAVIDEZ: ☐ Aceita 0 ☐ Não Aceita 1 ☐ Presença de situação de violência..... 1	6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: ☐ Abortos até 2 5 ☐ Abortos espontâneos+2..... 10 ☐ Natimorto 5 ☐ Prematuro 5 ☐ Óbito Fetal 5 ☐ Eclampsia 10 ☐ Placenta Prévia 5 ☐ Descolamento Prematuro de Placenta 5 ☐ Incompetência Istmo Cervical..... 10 ☐ Restrição de Cresc. Intrauterino 5 ☐ Malformação Fetal 5 ☐ Último Parto (-) de 12 meses 2 ☐ + 1 Filho Prematuro 10 ☐ Pre eclampsia 5	8 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: MÉDICAS + CIRÚRGICAS: ☐ Cardiopatias 10 ☐ Varizes acentuadas 5 ☐ Pneumopatia Grave..... 10 ☐ Diabetes Mellitus 10 ☐ Doenças Auto-imunes(Colagenose)..... 10 ☐ Doença Psiquiátrica..... 5 ☐ Doença Renal Grave 10 ☐ Epilepsia e Doença Neurológica 10 ☐ Hemopatias 10 ☐ Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou infecções 3x ou +) 10 ☐ Infecções Grave 10 ☐ AIDS/HIV 10 ☐ Sífilis 5 ☐ Hepatites 10 ☐ Tuberculose 10 ☐ Toxoplasmose 10 ☐ Dep. de Drogas 10 ☐ Alcoolismo 10 ☐ Trombofilia 10 ☐ Endocrinopatias..... 10 ☐ Alterações da Tireoide 10						
3 – ESCOLARIDADE: Sabe Ler e Escrever: ☐ Sim..... 0 ☐ Não..... 1 4 – HÁBITOS: Tabagista: ☐ Sim..... 2 ☐ Não..... 0	<table border="1" data-bbox="552 1352 978 1464"> <tr> <td>10 ou + Pontos</td> <td>ALTO RISCO</td> </tr> <tr> <td>5 a 9 Pontos</td> <td>MÉDIO RISCO</td> </tr> <tr> <td>Até 4 Pontos</td> <td>BAIXO RISCO</td> </tr> </table> *Fatores socioeconômicos não são critérios isoladamente para encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR). Merecem atendimento diferenciado na Atenção Básica. PNAR (PRÉ NATAL DE ALTO RISCO): Deve conter obrigatoriamente itens dos quadros 5 e\ou 6 e\ou 7 da classificação acima (somando 10 ou mais pontos) Intercalar com pré natal na Atenção Básica . MÉDIO RISCO: Somatório de 5 a 9 pontos deve receber atendimento de Pré-Natal na Atenção Básica pelo médico intercalado com o enfermeiro. BAIXO RISCO: Somatório de até 4 pontos deve receber atendimento intercalado de Pré-Natal na Atenção Básica pelo enfermeiro e pelo médico. Seguir fluxograma de pré natal.		10 ou + Pontos	ALTO RISCO	5 a 9 Pontos	MÉDIO RISCO	Até 4 Pontos	BAIXO RISCO
10 ou + Pontos	ALTO RISCO							
5 a 9 Pontos	MÉDIO RISCO							
Até 4 Pontos	BAIXO RISCO							

Fonte: Protocolo e diretrizes de atendimento à saúde da mulher no município de Porto Velho-RO, 2018.

ANEXO F - CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA (FRENTE)



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA ALTERAÇÃO PELA Lei nº 14.443 de 02/09/2022

Eu _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Cartão SUS nº _____, RG nº _____, nos termos da Lei nº 9.263 de 12/01/1996, com alterações através da Lei nº 14.443 de 02/09/2022, voluntariamente, desejo submeter-me à contracepção cirúrgica, sobre a qual fui devidamente esclarecido(a).

Minha decisão foi tomada após ter recebido orientações sobre os métodos anticoncepcionais existentes e saber que:

1. Existem e estão disponíveis outros métodos anticoncepcionais reversíveis, os quais me foram oferecidos.
2. Este é um ato cirúrgico, que envolve risco e desconforto como qualquer cirurgia.
3. Este é um método anticoncepcional de difícil reversão, cuja cirurgia não é ofertada pelo SUS.
4. Mesmo sendo considerado um método definitivo, ocasionalmente pode falhar (de 0,5 à 1,0% para laqueadura e 1 a cada 2000 cirurgias para vasectomia), não sendo esse fato atribuído ao profissional ou técnica utilizada no procedimento.
5. Mesmo manifestando desejo pela realização de contracepção cirúrgica, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação posso revogar o consentimento para a realização do procedimento e ter o processo finalizado.
6. Declaro ainda não ter dúvidas quanto ao procedimento cirúrgico ao qual serei submetido(a), e no caso da cirurgia de () LAQUEADURA () VASECTOMIA, recebi ainda orientações gerais sobre o pré/intra/pós-operatório.

Assinatura ou digital direita do(a) paciente

Assinatura ou digital direita da testemunha

DADOS DO PACIENTE

Idade: _____ Escolaridade: () Não Alfabetizado () E. Fundamental () E. Médio () E. Superior

Raça: () Branco () Pardo () Preto () Amarelo () Indígena

Gestações: ____ Para: ____ Aborto: ____ Cesárias: ____ Não se aplica ()

Nº de Filhos: _____ Idade dos Filhos (mais velho): _____ (mais novo): _____

Métodos utilizados e seus efeitos: _____

Comorbidades: _____

Riscos reprodutivos: _____

Profissional de Saúde responsável pelas orientações do Planejamento Reprodutivo e oferta de métodos contraceptivos reversíveis:

Nome e carimbo do profissional

DOCUMENTOS PARA CIRURGIA

1 CÓPIA DE:

* RG, CPF e CARTÃO DO SUS (PACIENTE);

* RG e CPF DA TESTEMUNHA;

* REGISTRO DE NASCIMENTO DE PELO MENOS 2 FILHOS VIVOS;

* COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (ATUALIZADO);

* OBRIGATORIO A ASSINATURA DO SOLICITANTE!

Porto Velho / RO, ____/____/____

IMPORTANTE:

a) Em caso de dúvidas, faça os questionamentos ao profissional de saúde que está prestando atendimento, não fique com receio de realizar qualquer pergunta.

b) Existe prazo mínimo entre a manifestação por escrito do desejo pela laqueadura/vasectomia, sendo estipulado pela lei em 60 dias. Assim, o agendamento do procedimento será feito após esse prazo.

c) Mesmo realizando laqueadura ou vasectomia, continue utilizando preservativo, pois esse é o único meio indicado para prevenir doenças sexualmente transmissíveis.

ANEXO F - CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA (VERSO - para vasectomia e laqueadura)

ORIENTAÇÕES PARA VASECTOMIA

1.A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção da fertilidade masculina, causada pela secção dos vasos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado. É um procedimento de pequeno porte, seguro e eficiente. Não requer internação hospitalar. NÃO PROVOCA IMPOTÊNCIA SEXUAL ou qualquer efeito adverso.

2.Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso minha condição clínica o requeira. São feitos um ou dois cortes no escroto, que são posteriormente costurados, podendo haver ou não necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado. As complicações, raras, que podem ocorrer são: aparecimento de manchas escuras no escroto e/ ou no pênis (hematomas e equimoses), dor ou infecção local. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou sua equipe.

3.O paciente está apto a retornar ao trabalho entre 05 e 07 dias após a Vasectomia. Podendo retornar à sua atividade sexual quando se sentir bem (sem incômodo local), o que ocorre geralmente após 07 – 10 dias.

4.Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2000 operações) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo poderá permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.

5.O método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados.

6.O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado. Isto só ocorre em geral após uma média de 25 ejaculações, que é o número necessário para "esvaziar" o trato genital, que está à frente de onde foi feita a secção do ducto deferente.

7.Apesar de seu médico oferecer todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

ORIENTAÇÕES PARA LAQUEADURA

1. A intervenção de laqueadura tubária consiste basicamente na **INTERRUPÇÃO DA CONTINUIDADE DAS TROMPAS DE FALÓPIO**, com o objetivo de impedir uma nova gravidez. Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea), contudo ressalta-se que a laqueadura não é uma indicação para parto cesárea, e somente será feita se a paciente preencher os critérios legais e tiver condições clínicas para fazer o procedimento.

2.Esta técnica necessita de anestesia, que será avaliada pelo médico anestesista.

3.Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41%.

4.Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação de saúde de cada paciente.

5.As complicações que poderão surgir são: hemorragias, lesões de órgãos, infecção urinária, dor abdominal, dor de cabeça, anemia, etc.

6.Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

7.Nesse procedimento, existe a necessidade de internação, que é em média, 24 horas. A internação será feita no dia da cirurgia, preferencialmente às 6 da manhã, a paciente deve estar em jejum desde às 10 horas da noite anterior.

8.Caso a paciente tenha filho de até 6 (seis) meses de idade e esteja amamentando, poderá trazê-lo, desde que traga um acompanhante para ajudar nos cuidados.

9.Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis: Métodos de barreira (camisinha); Anticoncepção hormonal (injeção, comprimido); Contracepção intra-uterina (DIU); Métodos naturais.

10.Nesse procedimento, existe a necessidade de internação, que poderá ter variação de tempo de acordo com as necessidades de cada paciente. Após a cirurgia, a paciente deverá manter repouso para evitar complicações. É importante que a mulher evite ter relações sexuais, limpar a casa ou praticar atividade física por pelo menos 15 dias. É preciso fazer a retirada dos pontos da cirurgia, geralmente após 15 dias da cirurgia.



Assinado por **Claudia Grivania Da Silva** - - Em: 28/08/2025, 14:10:48



Assinado por **Jaime Gazola Filho** - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE - Em: 28/08/2025, 11:29:15



Assinado por **Janai Eber Dos Santos Silva** - - Em: 28/08/2025, 10:47:14



Assinado por **Cleper Kashuwany De Almeida** - Diretor de Departamento - Em: 27/08/2025, 15:54:09