

PROCOLOS DE REGULAÇÃO
PARA ACESSO A CONSULTAS
ESPECIALIZADAS

Rio Claro
Março 2023

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO

Presidente Giulia da Cunha Fernandes Puttomatti

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Dr. Rafael Pavezani Garcia

DIVISÃO DE SUPERVISÃO TÉCNICA EM SAÚDE

Dr. Geraldo de Oliveira Barbosa

DEPTO DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Alcione A. Oliveira Buzo

REGULAÇÃO MÉDICA

Dr. Leandro César de Oliveira Castilho

Dra. Sandra Maria Oliveira Franzin

COLABORAÇÃO

Dr. Alexander Rossignolli Salem
Dra. Ana Carolina Paes Witzel
Dr. Carlos Alberto Rocha da Costa
Dra. Cilene Cristina Cerri Ahmad
Dr. Daniela Toledo Aguiar
Dr. Flávio José Borotti
Dra. Giovana de Matos Ré
Dr. Henrique Flávio Silva Veloso
Dr. Itamar Perez
Dr. Italo José da Silva Neto
Dra. Ivonne Sanchez Sastre
Dr. José Badra Neto
Dr. Lucas Sasdelli Soares de Oliveira
Dr. Márcio Diniz Reis
Dr. Vanildo Prado

APRESENTAÇÃO

O presente protocolo de encaminhamento para consultas especializadas foi construído apoiado em experiências exitosas de outros municípios, como mais um passo para efetivação do processo regulatório municipal, passando a ser um marco orientador junto a este processo, uma vez que esta área da regulação ainda carecia de normativas oficiais quanto a estes encaminhamentos.

Deixamos claro que os Protocolos ora construídos apenas orientam os fluxos para acesso aos Serviços Especializados e de Média e Alta Complexidade, não tendo a pretensão de ser um protocolo de manejo clínico.

Estes Protocolos deverão ser revisados periodicamente de acordo com as inovações apresentadas dentro do Sistema de Saúde e também para atender as orientações do Ministério da Saúde com relação à conformação das Redes Assistenciais.

O objetivo do presente protocolo é firmar recomendações para os profissionais de saúde da Atenção Primária de Saúde (APS) de como funciona o fluxo ambulatorial do SUS ofertado pelo Município, no que tange à quando e como encaminhar para o médico especialista, na tentativa de otimizar a assistência. E também, orientar a ação dos médicos auditores, visando criar uma cultura de que o acesso à Atenção Especializada seja determinado por necessidades reais identificadas na Atenção Primária, após esta ter esgotado toda sua capacidade de condução do caso, mas com a consciência de que a Atenção Primária em Saúde é e sempre será a responsável pelo acompanhamento de seus usuários.

O médico especialista deverá ser visto como um interconsultor, em casos de difícil condução ou que necessite um parecer especializado, mas este usuário deverá sempre retornar à APS para seguimento e acompanhamento de seu cuidado, não devendo permanecer vinculado à Atenção Secundária.

O acesso a estas consultas e exames especializados deverá ser embasado em documentos de referência e contrareferência, constando de história clínica, detalhamento do exame físico, hipótese diagnóstica, exames complementares já realizados e seus laudos ou resultados e o CID-10 (classificação internacional de doenças) coerente com a necessidade e a classificação do grau de prioridade, pois este é um dado indispensável para a orientação da Regulação na priorização das demandas mais urgentes. Além de orientar o médico especialista e evitar a repetição de exames, como muitas vezes acontece, quando o usuário chega ao especialista sem nenhum

direcionamento e não sabendo contar sua história, portando somente um encaminhamento com o nome da especialidade, sem o preenchimento correto e adequado do formulário de encaminhamento. Outras vezes, portando encaminhamentos em receituário privado ou da rede pública com caligrafia ruim, de difícil compreensão e em algumas vezes até sem data, o que acaba por torna-se um entrave ao processo regulatório.

Assim, o presente protocolo tem como objetivo primário orientar e otimizar a assistência prestada ao usuário, por seu médico assistente, agilizando seu encaminhamento aos diversos serviços, respeitando suas demandas e necessidades, de acordo com a classificação adequada do grau de prioridade, agilizando o tempo resposta da regulação e evitando eventuais falhas e faltas de informações quanto a história clínica, exames, procedimentos e encaminhamentos já realizados, qualificando o encaminhamento e evitando-se atrasos na atribuição de novos diagnósticos e instituição oportuna de novas condutas e intervenções.

ÍNDICE

ÍTEM	PÁG
APRESENTAÇÃO.....	3
SOBRE A AÇÃO REGULAÇÃO	7
SOBRE PRINCÍPIOS E CRITÉRIOS QUE NORTEIAM A REGULAÇÃO/AUTORIZAÇÃO	8
SOBRE A ATUAÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO REGULADOR	10
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	15
ALERGIA.....	16
CARDIOLOGIA.....	16
CARDIOLOGIA INFANTIL	21
CIRURGIA GERAL E AMBULATORIAL	21
CIRURGIA GINECOLÓGICA.....	23
CIRURGIA VASCULAR/ANGIOLOGIA	24
DERMATOLOGIA.....	25
ENDOCRINOLOGIA	29
ENDOCRINOLOGIA INFANTIL.....	31
FISIOTERAPIA.....	31
GASTROENTEROLOGIA.....	32
GERIATRIA	33
HEMATOLOGIA.....	36
HEPATOLOGIA	37
MASTOLOGIA	37
NEFROLOGIA	38
NEUROCIRURGIA	39
NEUROLOGIA.....	39
OFTALMOLOGIA	41
ORTOPEDIA.....	44
OTORRINOLARINGOLOGIA.....	45
PNEUMOLOGIA	47
PSIQUIATRIA.....	48
PROCTOLOGIA.....	49
REUMATOLOGIA.....	49
UROLOGIA	53
BIBLIOGRAFIA.....	58

SOBRE A AÇÃO DA REGULAÇÃO

A Regulação é uma das três macrofunções de uma Secretaria de Saúde, juntamente com o financiamento e a prestação de serviços, caracterizada como uma função de governo.

A Política Nacional de Regulação foi estabelecida pela Portaria GM/MS 1559/2008, que trata da regulação em três dimensões: Regulação dos Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção a Saúde e Regulação da Assistência a Saúde

REGULAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE - tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas. É efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão.

REGULAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE - exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS. É efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial.

REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA - também denominada REGULAÇÃO DO ACESSO ou REGULAÇÃO ASSISTENCIAL, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo Complexo Regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a

garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. É efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, exames especializados, leitos e outros que se fizerem necessários.

Estas 3 dimensões presentes na Política Nacional de Regulação devem ser implementadas de forma efetiva junto a todo processo regulatório das demandas e serviços de saúde municipais. Dentro desta ótica, a constituição de um COMPLEXO REGULADOR do Município de Rio Claro é algo que vem sendo estudado, a fim de agregar em uma estrutura institucional os diversos setores e serviços de Regulação existentes, propiciando uma articulação entre estes serviços, possibilitando uma maior eficiência e efetividade dos mecanismos regulatórios.

SOBRE OS PRINCÍPIOS E CRITÉRIOS QUE NORTEIAM A AÇÃO DE REGULAÇÃO/AUTORIZAÇÃO:

1. O sistema de assistência à saúde é composto por unidades de saúde segundo sua capacidade resolutiva para diferentes agravos da saúde. Isto significa que a atenção básica não deve tratar e pedir exames que são de competência da atenção secundária ou terciária. Por outro lado, patologias básicas não devem ser compulsoriamente encaminhadas para a atenção secundária. É indispensável que os protocolos de acesso sejam observados.

2. O profissional solicitante de um procedimento de auxílio diagnóstico deve ser aquele responsável por sua interpretação, frente ao quadro clínico e decisão terapêutica. Isto significa que o médico deve pedir exames que são da sua competência. Questionamentos referentes à demora para se conseguir agendamento com o especialista irão surgir e muitas vezes, o médico da APS faz a “gentileza” de ir adiantando os exames. E essa “gentileza” em muitos casos sobrecarrega as filas dos exames, principalmente os de acesso mais difícil, e coloca pacientes de uma rede básica com poucos critérios para um dado exame na mesma fila que pedidos de especialista com critérios realmente claros, e que serão priorizados.

a) Excepcionalmente, dentro de protocolos de *screening* e/ou encaminhamento para consulta médica, o profissional da APS poderá solicitar previamente um procedimento de auxílio diagnóstico.

b) A responsabilidade da interpretação de procedimento de auxílio diagnóstico decorre da capacidade/especialização do profissional e da vocação da unidade de saúde à qual se encontra ligado o usuário.

c) O médico da rede básica pode ser orientado por um especialista (até mesmo por tele medicina) na solicitação de um exame. Mas essa orientação deve ser para cada caso e essa orientação deve constar no pedido. Essa orientação do especialista, de maneira nenhuma, exime o médico assistente de atender e preencher o pedido conforme as regras, registrando as queixas e dados clínicos, tempo de doença, exames já realizados, tratamento já iniciados e evolução. Logo, pedidos em que se tem apenas a suspeita diagnóstica e “por orientação do especialista”, serão devolvidos para esse solicitante.

d) O paciente da rede particular que necessitar atendimento SUS deverá ser encaminhado para a unidade da rede pública, com laudo médico e a solicitação de realização daquele exame ou daquele tratamento.

Os pedidos médicos da rede privada, de especialistas ou não, deverão ser encaminhados para as unidades de referência com as devidas informações necessárias para a efetiva regulação e auditoria, e os pacientes deverão ser devidamente cadastrados e inseridos no sistema da rede pública. Dessa maneira, o médico do setor privado não poderia fazer simplesmente o pedido para o SUS, sem que os devidos pré requisitos sejam contemplados e o paciente seja cadastrado na rede.

Solicitações com a anotação de “URGENTE” ou grau I (algumas vezes escrita ou solicitada pelo próprio paciente), sem o devido preenchimento da hipótese diagnóstica, da respectiva justificativa quanto ao grau de prioridade e dos detalhes da situação clínica do paciente, não serão recebidas pela regulação, uma vez que o não preenchimento destes campos não permitirá aos auditores estabelecer uma maior ou menor prioridade frente a respectiva demanda.

Algumas vezes, observa-se que solicitações de exames/procedimentos feitas e caracterizadas como urgente, sem o devido critério de indicação, acabam por induzir ao paciente a situações de insatisfação e até mesmo à demandas judiciais, alegando a morosidade do sistema, dificuldades e burocratização, levando a uma questionável conclusão de que o SUS não é resolutivo; quando muitas vezes, em realidade, a inexistência de critérios mais precisos acabam originando uma demanda artificialmente priorizada, dificultando uma efetiva regulação que apoie nos princípios básicos do SUS e permita o acesso oportuno às demandas prioritárias, adequando-se a oferta a uma demanda real.

O médico tem a prerrogativa de solicitar exames e realizar encaminhamentos segundo as reais necessidades de seus pacientes, afim de propiciar um atendimento pronto, adequado e resolutivo aos mesmos, respeitando princípios técnicos e éticos pertinentes a cada caso. Assim o médico assistente é o responsável pela condução de cada caso de seus pacientes, entretanto, é necessário justificar qual a necessidade e a prioridade de sua solicitação, principalmente nos casos em que estas solicitações estejam fora dos protocolos da redes assistencias do SUS.

A Central de Regulação e o Médico Auditor têm funções muito amplas ao defender os três pilares do SUS (universalidade, equidade e integralidade).

A Central de Regulação tem que fazer os pedidos “**FLUÍREM**”, com o compromisso de:

- Evitar que os pacientes sejam levados a buscarem resolutividade na rede particular.
- Evitar o colapso da rede prestadora e congelamento da demanda reprimida.
- Evitar exames auto-gerados.
- Colher dados e trabalhar junto ao gestor para continua adaptação da rede assistencial.
- Identificar irregularidades recorrentes, informando-as ao gestor.
- Tentar evitar demandas judiciais que comprometem gravemente o orçamento e o direito dos outros paciente sem mesma condição.

A regulação deve ser rígida e imparcial e os médicos solicitantes mais técnicos, criteriosos e éticos, no exercício de seu livre direito e dever em indicar a conduta mais adequada a seu paciente, aplicando todo seu conhecimento no direcionamento de seus encaminhamentos.

SOBRE A ATUAÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO AUDITOR

O papel dos médicos e reguladores junto à Central de Regulação é estratégico dentro da **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 Médico Auditor 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 Auditor 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.

Ao médico auditor compete:

- 1- Analisar tecnicamente cada solicitação;
- 2- Verificar as evidências clínicas das solicitações por meio da análise de laudo médico, observando os critérios de prioridade.
- 3- Autorizar ou não a realização do procedimento.
- 4- Em sua análise o médico auditor deve observar tópicos como:

- 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 evitada, 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 adiantando 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 tiveram seus pré-requisitos satisfeitos?
- Trata-se repetição de exame para atualização ou seguimento de um doença?
- Trata-se de procedimento estético?
- A especialidade do médico solicitante permite a solicitação do exame, e se transcrição, existe o pedido do médico especialista anexado?
- O exame solicitado é um procedimento com validade técnica e ética para a suspeita diagnóstica?
- O pedido de exame é para investigação diagnóstica ou trata-se de uma exigência pericial?

Pedidos ilegíveis, sem termos técnicos adequados, sem identificação do profissional solicitante ou com dúvidas e inconsistências devem ser devolvidas aos médicos assistentes para que estes apontamentos sejam sanados.

Caso o médico assistente se negue aos esclarecimentos, o usuário poderá ser encaminhado para outro médico da rede pública para uma nova avaliação e conduta.

O médico auditor deverá cuidar para que todos os envolvidos no processo regulatório observem rigorosamente o sigilo profissional.

O médico auditor é responsável pela avaliação crítica e técnica dos laudos de solicitação, promovendo o encaminhamento das solicitações das consultas e procedimentos dos pacientes, baseado na classificação de risco de acordo com os protocolos de regulação pactuados.

Atribuições do regulador:

1. Atuar sobre a demanda reprimida de procedimentos regulados.
2. Monitorar a demanda que requer autorização prévia.
3. Definir a alocação da vaga de acordo com os recursos necessários para o melhor atendimento.
4. 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. Sob este ato, o regulador, o médico auditor e o supervisor sempre serão alvos de críticas. Mas os pressupostos éticos e técnicos e o respeito às necessidades e demandas dos pacientes devem se sobrepôr às questões de caráter pessoal ou político, sendo prioritários e portanto, representam posturas norteadoras do processo, e que não devem colocar sob suspeição os critérios de avaliação.

O REGULADOR DEVERÁ ATUAR COMO UM EDUCADOR PERMANENTE E SEMPRE OBSERVAR E ORIENTAR NAS SITUAÇÕES DE ENCAMINHAMENTOS INADEQUADOS, TAIS COMO:

- Quando do não preenchimento do código de procedimento SUS (TabelaSIGTAP) para os exames, assim como o CID. Condições indispensáveis e que devem ser vistas como uma exigência do SUS e é um ato médico.
- Solicitações em que Z00 é atribuído como CID da patologia a ser investigada, bem como pedidos ilegíveis, que deverão ser devolvidos, assim como todos aqueles intensamente abreviados.
- Preenchimentos em que hipóteses diagnósticas são lançados como história clínica. Exemplo:-DIP?, Gastrite/UGD?, Dor abdominal a/e? (a esclarecer?)
- Exames solicitados para se evitar problemas judiciais, na prática conhecida como “medicina defensiva”.
- Solicitação de exame específico antes de exame complementar.
- Deve ser do conhecimento de todos que as exigências, pré-requisitos dos encaminhamentos para a especialidade, são sugestões do Ministério da Saúde e do DENASUS.

SOBRE O SISTEMA INFORMATIZADO DE REGULAÇÃO


A Fundação Municipal de Saúde em sua Central de Regulação de Consultas e Exames Ambulatoriais definiu e padronizou critérios de classificação de prioridade e risco, como um mecanismo de qualificar a demanda, priorizando as demandas mais urgentes segundo o grau de risco, contemplando assim a necessidade de agilização, tempo resposta àquelas demandas de maior gravidade e risco e que exigiriam intervenções, diagnósticos e condutas num espaço mais curto de tempo, afim de minimizar os agravos de condições pre-existent e possibilitar intervenções em tempo oportuno, salvaguardando a vida e as condições de saúde de cada paciente. Este procedimento destina a regular as consultas ambulatoriais especializadas bem como os exames complementares de forma ELETIVA.

Deve-se ressaltar que as vagas para esse nível de complexidade são finitas, portanto, o encaminhamento para consultas e a solicitação dos exames complementares deve ser uma conduta reservada àqueles pacientes com condições clínicas mais estáveis, sob uma correta 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 os demais serviços de regulação como o SAMU e o NIRM (Núcleo Interno de Regulação Municipal).


SOBRE A PRIORIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO POR RISCO

No momento da solicitação de exame/consulta especializada, o médico assistente deve atribuir a classificação de risco ou prioridade, segundo os seguintes critérios de prioridades, que deve ser utilizado criteriosamente de acordo com a real necessidade.

A fim de exemplificação utilizaremos uma escala de cores paralela aos critérios de prioridade com objetivo de facilitar o entendimento quanto aos graus de prioridade a serem atribuídos e privilegiados.

 VERMELHO/ PRIORIDADE GRAU 0

São situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento eletivo prioritário e urgente.
Expectativa de resolução de 24 a 48 hs.

 AMARELO/PRIORIDADE GRAU 1

São situações clínicas em que o tempo de espera para a realização da consulta ou procedimento

pode influir no desfecho e condução de um caso e portanto, necessitam de um agendamento eletivo prioritário com menor grau de urgência.

Expectativa de resolução em até uma semana.



VERDE/PRIORIDADE GRAU 2

São situações clínicas sem gravidade que necessitam um agendamento eletivo prioritário, mas que não demanda uma urgência, podendo aguardar por algumas poucas semanas.

Expectativa de resolução de até 30 dias



AZUL/PRIORIDADE GRAU 3

São situações clínicas classificadas como rotina que não necessitam um agendamento prioritário.

O médico auditor pode acatar a classificação indicada na solicitação ou alterá-la, dependendo das descrições apresentadas. Assim, uma solicitação classificada como grau I na origem, com um CID genérico por exemplo R68 e sem descrição da história clínica condizente, como a gravidade, será imediatamente reclassificada como sem gravidade, grau III, ou reencaminhada para a unidade de origem, e para o médico assistente para preenchimento adequado. O caso inverso também pode ocorrer, uma solicitação classificada de forma equivocada como grau III na origem e de acordo com as informações contidas na solicitação, pode vir a ser reclassificada como grau II, por exemplo, até mesmo grau I dependendo do contexto e risco clínico.

OPÇÕES PARA O MÉDICO AUDITOR

O Médico Auditor poderá se manifestar sob três opções de atuação que devem ser bem compreendidas:

- **NEGAR:** neste caso o procedimento/consulta especializada é efetivamente negado (falta de critérios para o encaminhamento ou paciente encaminhado para especialidade/exame incompatível com a clínica). O médico solicitante deverá reavaliar a solicitação nos casos que julgue necessário e refazer as justificativas do referido encaminhamento. 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 Médico Auditor.
- **DEVOLVER:** neste caso o procedimento/consulta especializada é devolvido para a complementação de dados (faltam informações clínicas para subsidiar a decisão do Médico

Auditor). Neste caso, o Médico Solicitante deverá receber uma informação da devolução e pode complementar a indicação. O paciente permanece na lista de casos PENDENTES para regulação, até que haja a complementação dos dados.

• **AUTORIZAR:** neste caso o Médico Auditor está autorizando o encaminhamento/exame e o assistente de Regulação tem duas possibilidades:

a) Caso haja vagas disponíveis escolher a unidade EXECUTANTE e a data e horário disponíveis.

b) Não havendo vaga disponível, passar para a FILA DE ESPERA na condição de PENDENTE, devendo ser acompanhado pelo REGULADOR.

CONSULTAS ESPECIALIZADAS

1- Alergologia

Motivos para encaminhamento

- 1 - **Asma:** Descrever a história clínica, os dados relevantes de exame físico, prioritariamente os quadros de Asma persistente grave com suspeita de fundo alérgico.
- 2 - **IVAS:** Encaminhar os casos de repetição (mais de 3 episódios no ano). Casos de suspeita de deficiências imunológicas.
- 3- **Rinites:** Descrever a história clínica, os dados relevantes de exame físico, prioritariamente os casos de crises frequentes que prejudicam as atividades rotineiras (escola, lazer, sono). E ausência de resposta após 30 dias de tratamento prévio (especificar tratamento), outros estigmas alérgicos associados.
- 4- **Dermatites:** Descrever a história clínica, o exame físico e dados relevantes referentes a não resposta aos tratamentos anteriores.
- 5- **Urticária Crônica:** Encaminhar os pacientes com queixas de prurido e/ou placas pelo corpo, com episódios de repetição e naqueles com quadros prolongados, sem melhora com tratamentos realizados por mais de 90 dias. Relatar medidas de prevenção adotadas.
- 6- **Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões. Exames complementares já realizados. Enumerar Hipótese Diagnóstica, tratamentos empregados previamente e os medicamentos em uso atual. Detalhar o motivo do encaminhamento ao alergologista.

Observações:

- 7 - **Conjuntivite:** encaminhar ao alergologista os casos onde houver suspeita de fundo alérgico e após avaliação do oftalmologista.

2- CARDIOLOGIA

Motivos para encaminhamento:

- 1- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de difícil controle
- 2- Avaliação cardiológica para populações acima de 45 anos (sexo masculino) e 50 anos (sexo feminino)
- 3- Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)
- 4- Insuficiência Coronariana
- 5- Dor Torácica/Precordialgia
- 6- Sopros/Valvulopatias estabelecidas
- 7- Parecer Cardiológico–Pré-Operatório

- 8- Miocardiopatias
- 9- Arritmias
- 10- Vertigem

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

1- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de difícil controle

HDA - Encaminhar os pacientes com HAS moderada ou severa, sem controle clínico (após associação de 3 fármacos), associado com a presença de alterações em órgão-alvo ou aqueles com co-morbidades, devendo o médico que solicitar a avaliação, justificar com clareza o que deseja do encaminhamento.

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

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

Exames Complementares Necessários - Hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos e creatinina, ácido úrico, sumário de urina, uréia, sódio e potássio, eletrocardiograma (ECG) e RX de tórax quando de repercussão cardíaca intensa.

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

Prioridade para a Regulação - HAS severa com sinais de doenças associadas descompensada (ICC, diabetes mellitus (DM), doenças vascular periférica, doenças cerebrovascular (acidente isquêmico e hemorrágico), coronariopatas (pós-cirurgia cardíaca), Insuficiência Renal Crônica (IRC), soropositivo para HIV, dislipidemia familiar e maiores de 40 anos.

2- Insuficiência Cardíaca Congestiva

HDA - Encaminhar todos os pacientes de ICC. Especificar os motivos de encaminhamento ao especialista, descrevendo os sinais e sintomas que justifiquem o encaminhamento.

Exame Físico - Medida da pressão arterial + relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória. Descrever a presença de dispnéia, visceromegalias e edema de MMII.

Exames Complementares Necessários-Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, creatinina, uréia, ácido úrico, urina, sódio e potássio, raio X e ECG. Caso tenha feito outros exames, tais como ECO, teste ergométrico, cateterismo, orientar o paciente a

levar ao especialista.

Prioridade para a Regulação - ICC de difícil controle e/ou presença de doenças associadas com sinais de descompensação (HAS, DM, IRC). ICC independente de classe, apresentando uma ou mais patologias associadas: DM, obesidade, arritmia, IRC.

Prazo de espera- 07 dias para a 1ª consulta, 15 dias para o retorno.

Contra referência – Mantido após compensação clínica sob seguimento periódico no nível secundário, anualmente ou ao critério do cardiologista (de acordo com relatório do especialista), mas com acompanhamento mais frequente na UBS

3- Insuficiência Coronariana

HDA–Encaminhar os pacientes portadores de Doenças Coronarianas (DC) estabelecida (pós-Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), pós- revascularização do miocárdio, pós-angioplastia.

Prazo de espera – 07 dias para 1ª consulta e 15 dias para a consulta de retorno.

Exame Físico - Medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença visceromegalias importantes.

Exames Complementares Necessários- Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, creatinina, uréia, ácido úrico, sódio e potássio, urina, Rx de tórax e ECG. Caso tenha feito outros exames tais como, ECO, Ergométrico, Dosagem de Enzimas Cardíacas ou Cateterismo, orientar o paciente a levar ao especialista.

Prioridade para a Regulação - paciente com queixas dor torácica recente (em esforço ou repouso),

Pacientes pós-infarto, pós-revascularização e pós-angioplastia.

Pacientes com Angina Estável.

Obs: Angina Instável e Insuficiência Coronária Aguda (ICO), com suspeita de IAM, são situações que requerem avaliação de urgência.

4- Dor Torácica e Precordialgia (Anginas)

HDA - Caracterizar a Dor Precordial se típica ou atípica, de acordo com os sintomas descritos pelo paciente. Descrever a presença ou não de Diabetes Mellitus, Insuficiência Renal, Pneumopatia, Obesidade, Dislipidemias e Tabagismo.

Exame Físico - Medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença de dispnéia, visceromegalias importantes e edema de MMII.

Exames Complementares Necessários-Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, creatinina, uréia, ácido úrico, urina, sódio e potássio, Rx de tórax e ECG. Caso tenha feito outros exames tais como ECO, Teste Ergométrico, Dosagem de Enzimas

Cardíacas ou Cateterismo, orientar o paciente a levar ao especialista.

Prioridade para a Regulação- Dor torácica com características de Angina estável.

Obs: Paciente com sinais de dor precordial grave no momento da consulta, Angina Instável Insuficiência Coronária Aguda (ICO), com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), deverão ser encaminhados a Unidade de Pronto Atendimento. Estas são situações que requerem avaliação de urgência.

5- Sopros/Valvulopatias estabelecidas

HDA-Encaminhar os pacientes com alterações de ausculta, excluindo causas clínicas como anemia. Encaminhar os pacientes com diagnóstico de valvulopatia pré-estabelecida.

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

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

Exames Complementares Necessários- Hemograma completo e caso tenha feito exames tais como, Rx de Tórax, ECG, ECO, orientar o paciente a levar ao especialista.

Prioridade para a Regulação- Pacientes com sinais de descompensação cardíaca.

6- Parecer Cardiológico-Pré-operatório/Avaliação do Risco Cirúrgico

Paciente com indicação cirúrgica já confirmada será avaliado pelo cardiologista, para realização do parecer.

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

Prioridade para a Regulação- pacientes com indicação cirúrgica eletiva.

7- Miocardiopatias

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

Exame Físico - Medida da pressão arterial + relatos importantes e visceromegalias importantes. Informar as características a ausculta cardíaca.

Exames Complementares Necessários- Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, creatinina, uréia, ácido úrico, urina, sódio e potássio. Caso tenha feito outros exames tais como, raio X de tórax, ASLO, ECG, ECO, Sorologia para Chagas, orientar o paciente a levar ao especialista.

Prioridade para a Regulação- Pacientes instáveis, com sinais clínicos de descompensação cardíaca.

Pacientes Diabéticos - Dados relevantes de história clínica, dados discriminadores de exame

físico, anginas estáveis, IAM prévio.

Obs: O paciente com sinais de descompensação cardíaca grave no momento da consulta deve ser encaminhado para Unidade de Pronto Atendimento. (UPA).

8- Arritmias

HDA - Encaminhar os pacientes com diagnóstico estabelecido de arritmia cardíaca, síncope ou pré-síncope, história de marcapasso permanente, arritmias com repercussão hemodinâmica, fibrilação atrial crônica com resposta ventricular de difícil acesso, bloqueio atrio-ventricular (BAV) de grau II.

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

Exames Complementares Necessários- Hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, sumário de urina, uréia, sódio e potássio.

O usuário deve levar a primeira consulta do especialista o ECG e RX de tórax.

Caso tenha feito outros exames como Ecocardiograma (ECO), espirometria, ultrassonografia de abdômen, orientar o paciente a levar para a consulta com especialista.

Prioridade para a Regulação-Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca ou Insuficiência Coronariana associada, BAV grau II ou grau III, bloqueio bi ou tri-fascicular.

Serviço de urgência- Pacientes com sinais de Fibrilação atrial recente com risco de embolia, Instabilidade hemodinâmica deverão ser encaminhados para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

9- Vertigem

HDA: Encaminhar pacientes com dados relevantes da história clínica relativos a síncope e pré-síncope.

Exame Físico: Dados discriminadores do exame físico. Alterações do pulso altamente sugestivas de arritmia significativas.

Exame complementar necessário: Alterações no eletrocardiograma (sugerindo arritmias ou isquemias significativas).

Excluir causas emocionais/hiperventilação.

3- CARDIOLOGIA INFANTIL

HDA: Criança com suspeita de cardiopatia congênita ou portadora de cardiopatia já diagnosticada, com hiperfluxo pulmonar, arritmias cardíacas diagnosticada no ECG

Exame Físico: Dados discriminatórios do exame físico.

Exames Complementares necessários: Rx de tórax e Eletrocardiograma.

4- CIRURGIA GERAL E AMBULATORIAL

Motivos para encaminhamento Cirurgia Geral

1- Cálculo em Vesícula (Colecistectomia) –Encaminhar pacientes com cálculos biliares já identificados por Ultrassonografia, com história clínica detalhada e exames complementares realizados.

Exames pré-operatórios necessários : Hemograma completo, glicose, uréia, creatinina, TAP e TTPA, ECG.

2- Hernias de parede abdominal (Herniorrafia) – Encaminhar pacientes com história clínica e exame clínico detalhados constatando a existência de hérnias. Ultrassonografia nos casos que forem necessários e exames complementares realizados.

Exames pré-operatórios necessários : Hemograma completo, glicose, uréia, creatinina, TAP e TPA, ECG a critério do cirurgião.

5- CIRURGIA AMBULATORIAL

1- Nevus: encaminhar pacientes que apresentam nevus com aumento de tamanho, mudança da cor, sangramento, ulceração, com comprometimento funcional, com lesões pigmentares palmo-plantar e congênitos > 6 cm.

2- Verruga Vulgar: encaminhar pacientes com resistência ao tratamento clínico usual, com limitação funcional, prejuízo cosmético e risco de malignidade.

3- Câncer de pele (Carcinoma Baso e espinocelular): encaminhar pacientes com qualquer lesão sugestiva.

4- Melanoma: encaminhar todo caso suspeito.

5- Lipoma: encaminhar pacientes com lipomas dolorosos e com tamanho de até 5 cm.

6- Cistos sebáceos: Não encaminhar cisto com processo inflamatório, tratar antes.

7- Fibromas moles: encaminhar pacientes com fibromas localizados em áreas de trauma.

8- Onicocriptose: encaminhar casos recidivantes de unhas encravadas.

9- Quelóides: encaminhar todos os casos.

10- Molusco contagioso: encaminhar pacientes que não respondem a tratamento ou

impossibilidade de tratamento no local (especificar tratamento), acometimento de áreas extensas com prejuízos estéticos, e áreas de genitálias de adulto, recidivas constantes e pacientes imunodeprimidos.

11- Unha Encravada: Encaminhar com dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico (descrição da lesão)

Tipo II—Unha encravada associada a dor e processo infeccioso com drenagem de secreção purulenta, com antibioticoterapia iniciada.

Tipo III—As características acima e tecido de granulação presente no canto da unha, com antibioticoterapia iniciada.

Prioridade—Pacientes cuja lesão causa comprometimento importante da atividade diária.

Observações: Os pacientes encaminhados para realização de cirurgia ambulatorial devem estar clinicamente estáveis para execução do procedimento proposto, em virtude do risco potencial de complicações principalmente infecciosas. Condições como Hipertensão, Diabetes e outras doenças devem ser previamente controladas, com relatório do médico que o assiste.

6- CIRURGIA GINECOLÓGICA

Critérios gerais para encaminhamento

1 —Indicação cirúrgica precisa após consulta ginecológica, com CID indicado.

2 - Enumerar: Hipótese Diagnóstica, tratamentos empregados previamente e os medicamentos em uso atual.

3 —Exame Físico: descrever o exame ginecológico detalhadamente.

4 -Idade acima de 14 anos.

5 —Apresentar os seguintes exames:

- Hemograma Completo, BHCG/ Uréia/Creatinina/ Glicemia de Jejum
- Sorologias: HBSAG/Hepatite C/HIV/ Coagulograma
- Urina Tipo I (EAS)
- RX de Tórax P.A. e Perfil
- Ecg de repouso
- Colpocitologia Oncótica (Papanicolaou)
- Avaliação do risco cirúrgico para pacientes a partir dos 40 anos ou todas que apresentem doenças associadas (Hipertensão, Diabetes, outras).

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA A INDICAÇÃO CIRÚRGICA ALÉM DOS CRITÉRIOS GERAIS
Biópsia de Vulva/Vagina Drenagem e Exérese de Glândula Bartholin/Sken Marsupialização de Glândula de Bartolin	
Colpocleise/Ressecção de septo ou ressutura de parede vaginal Colpotomia/Himenotomia ou culdocentese Exérese de cisto vaginal, Extração de corpo estranho com anestesia geral ou bloqueio Tratamento Cirúrgico de Fistulas Ginecológicas (VesicoVaginal, Vesico-Uterinas, Reto-Vaginal)	
Tratamento Cirúrgico de Hipertrofia de pequenos lábios (Ninfoplastia)	
Colpoperíneoplastia anterior e posterior	
Colpoperíneoplastia anterior e posterior com amputação de colo	
Correção Cirúrgica de Enteroccele, Ruptura Perineal de III Grau com lesão de esfíncter Prolapso Vaginal (Elitrocele) e Prolapso Genital	
Correção Cirúrgica de Incontinência Urinária de Esforço por Via Transobturatória Cirurgia de Sling	
Exérese de Pólipo Endocervical / Endometrial Curetagem semiótica com ou sem dilatação do colo uterino	-USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem)
Implante de DIU não hormonal / hormonal Metroplastia(Strassman ou outra técnica)	-USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem)
Traquelectomia-Amputação, Conização (com ou sem cirurgia de alta frequência/CAF)	-USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem)
Miomectomia	- USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem) - Histeroscopia ou Histerossalpingografia (Apenas no caso de suspeita de mioma submucoso, obstrução tubária ou espessamento endometrial em exame de Imagem prévio)
Histerectomia total	-USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem)
Histerectomia com anexectomia(uni/bilateral) Histerectomia Total Ampliada com ou sem Linfadenectomia	- USGTransvaginal ou Pélvico (paciente virgem) - USG Transvaginal com Doppler Colorido (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido) - Marcadores tumorais CA 125 / CEA / Alfafetó / BHCG (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido)
Salpingectomia uni/bilateral	- Casos de Esterilização Prevista na Legislação (Protocolo Institucional) - USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem) - USG Transvaginal com Doppler Colorido (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido) - Marcadores tumorais CA125/ CEA/Alfafeto/BHCG (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido)

<p>Ooforectomia/ooforoplastia</p>	<p>- USGTransvaginal ou Pélvico (paciente virgem) - USG Transvaginal com Doppler Colorido (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido) Marcadores tumorais CA 125 / CEA / Alfafeito proteína /BHCG (Apenas para tumores sólidos de ovário ou Complexos ou miomas de crescimento rápido)</p>
-----------------------------------	---

7- CIRURGIA VASCULAR/ANGIOLOGIA

Motivos para encaminhamento

1- Diabéticos-Dados relevantes da história clínica, dados discriminantes de exame físico, lesões ou sintomas vasculares das extremidades (p.ex: DAOP, úlcera de estase)

2- Hipertensos- Dados relevantes da história clínica, dados discriminantes de exame físico, lesões ou sintomas vasculares das extremidades (p.ex: DAOP)

3- Suspeita de Aneurisma de Aorta Abdominal

Exames prévios: ultrassom abdominal

Exames de rotina já realizados

4- Varizes- Dados relevantes da história clínica, dados discriminantes de exame físico

Insuficiência venosa crônica sem melhora, com terapêutica conservadora com vistas a procedimento cirúrgico.

5- Úlcera Varicosa - Dados relevantes da história clínica, dados discriminantes de exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos prévios

Exames Complementares - Cultura e antibiograma de secreção da ferida. Glicemia, hemograma, VDRL, triglicérides, colesterol, creatinina e uréia. Orientar o paciente a levar até o especialista demais exames já realizados. Citar o motivo do encaminhamento.

6- Insuficiência Circulatória arterial - História clínica sucinta contendo características do quadro, presença de claudicação intermitente, alterações da perfusão periférica, patologias associadas. Dados discriminantes de exame físico tais como referentes à palpação dos pulsos. Relatar os tratamentos até então empregados e hipótese diagnóstica e o motivo do encaminhamento.

Exames Complementares - Glicemia, colesterol, triglicérides, hemograma e VDRL. RX de coluna lombo-sacra.

Prioridade para Regulação: tromboflebite superficial localizada próximo à junção safeno femoral ou safeno-poplítea, varizes de grosso calibre com sinais de insuficiência venosa grave e com dermatite ocre e/ou úlceras varicosas.

Outros motivos frequentes de encaminhamento, com comentários importantes para melhor estabelecer a relação referência-contrarreferência:

Dor e edema em membros inferiores: antes de encaminhar ao angiologista, excluir causas sistêmicas para edema. Para o encaminhamento, solicitar RX de coluna lombo-sacro, glicemia, hemograma, colesterol, triglicérides, anti-estreptolisina O, PCR. Informar a presença de doenças associadas, principalmente Hipertensão e Diabetes, especificando o estado atual de controle das mesmas.

8- DERMATOLOGIA

Motivos para o encaminhamento

- 1- Micoses
- 2- Prurido/Eczema
- 3- Dermatite de Contato
- 4- Neoplasias Cutâneas / Diagnóstico Diferencial de Lesões Infiltradas
- 5- Herpes Zoster
- 6- Discromias (Vitiligo, Melasma)
- 7- Hanseníase
- 8- Dermatoses Eritêmato-Escamosas (Psoríase, Líquen-Plano, Pitiríase Rosa)
- 9- Farmacodermias
- 10- Buloses (Pêfigo, Penfigóide, Dermatite Herpetiforme)
- 11- Lesões ulceradas (Leshimanirose)
- 12- DSTs
- 13- Acne
- 14- Alopecia
- 15- Cisto Cutâneo
- 16- Dermatites eborréicas
- 17- Micoses profundas (lobomicoses, cromomicoses, Jorge-lobo, esporomicoses, paracoccidioidomicose e tuberculose cutânea)

Obs: Lembrar que os pacientes com lesões dermatológicas tratadas sem sucesso deverão

suspender as medicações tópicas antes da consulta.

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

1- Micoses

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

Exame Físico- Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.

Prioridade para a Regulação - Pacientes com queixas, lesões sugestivas e com resistência ao tratamento.

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

2- Prurido/Eczema

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

Exame Físico- Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.

Prioridade para a Regulação –Pacientes com quadros extensos e/ou graves.

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

3- Dermatite de Contato

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

Exame físico-Descrever aspecto e localização da lesão.

Prioridade para a Regulação- Pacientes com queixas e com lesões extensas e/ou graves.

Contra-referência- Retornar à UBS para acompanhamento com relatório do especialista.

4- Neoplasias Cutâneas/Diagnóstico Diferencial de Lesões Infiltradas

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

Exame Físico- Descrever o aspecto, localização das lesões e presença de linfonodos.

Prioridade para a Regulação –Pacientes com suspeita de melanoma e enfartamento ganglionar.

Obs: Suspeita de melanomas (07dias)

5- Herpes Zoster

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

Exame Físico–Descrever o aspecto das lesões.

6- Discromias, Vitiligo

Prioridade para a Regulação – Pacientes com suspeita clínica sem diagnóstico assertivo e com áreas extensas de acometimento.

7- Hanseníase

HDA - Encaminhar todos os casos suspeitos ao CEAD. Informar o tratamento instituído, reações ou complicações (comprometimento neurológico e reações hansênicas).

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

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

Prioridade para a Regulação-Pacientes com reação hansênica.

OBS: Em caso de reação hansênica, priorizar para atendimento em 24h.

8- Dermatoses Eritemato-Escamosas (Psoríase, Líquen-Plano, Pitiríase Rosa, Ictioses)

HDA-Encaminhar paciente com quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.

Prioridade para a Regulação –Pacientes com quadros extensos.

9- Farmacodermias

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

Exame Físico-Descrever o aspecto das lesões.

Prioridade para a Regulação –Pacientes com queixas de lesões na mucosa e sintomas sistêmicos.

10- Buloses (Pênfigo, Penfigóide, Dermatite Herpetiforme)

Prioridade para a Regulação- Pacientes com quadro extenso e/ou com comprometimento de

mucosas.

OBS: Em casos extensos e/ou com comprometimento de mucosas priorizar atendimento para 24 hs.

11- Lesões Ulceradas (Leshimaniose)

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

Exame Físico- Descrever o aspecto das lesões e evolução.

Prioridade para a Regulação – Pacientes com queixas, sintomáticos.

12 - DST (condiloma, DIP, úlcera genital)

HDA- Encaminhar pacientes com lesões sugestivas de DST para o SEPA

Exame físico- Descrever aspecto da lesão.

Prioridade para regulação – Pacientes com lesões graves e/ou extensas e/ou gestantes.

OBS: Em casos de DIP, priorizar o *atendimento* para 24hs. Encaminhamento para o PA de ginecologia.

13 - Acne

HDA : Encaminhar pacientes com Acne grau II sem resposta a tratamento medicamentoso e orientações de higiene, com história sucinta, relatando os medicamentos empregados, se for o caso, enumerar as doenças de base.

Pacientes com Acne grau III, IV e V

Pacientes com suspeita de rosácea

Priorizar: pacientes com Acne grau IV e V e rosácea

14- Alopecia

HDA: História clínica e dados relevantes do exame físico

Formas simples de alopecia areata resistentes a tratamento (Especificar o tratamento)

Alopecia areata universal

Excluir diagnóstico de micose, dermatite seborréica, causas sistêmicas, uso de substâncias químicas que causam alopecia, causas psicogênicas (tricotilomania)

Exames a apresentar - Hemograma, Glicemia, TGO, TGP, Ferritina, TSH

15- Cisto Cutâneo

HDA: História clínica e dados relevantes do exame físico

Presença de múltiplas lesões, dificuldade de definir o tipo de lesão, excluir diagnóstico de cisto sinovial.

16- Dermatite Seborréica

HDA: História clínica e dados relevantes do exame físico, ausência de melhora com tratamento prévio (descrever tratamento realizado)

Prioridade: generalização do quadro (eritodermia) Pacientes imunocomprometidos

Outros motivos frequentes de encaminhamento

Problemas estéticos-(melasma, cicatrizes de acne) evitar encaminhamento por este motivo ao dermatologista, avaliando-se obviamente, o grau de repercussão psicossocial do problema.

Exame de pele para fins de prática de atividades aquáticas- encaminhar ao especialista somente casos que estejam estabelecidos no protocolo.

Lembrar que os pacientes com lesões dermatológicas tratadas sem sucesso deverão suspender as medicações tópicas antes da consulta.

9- ENDOCRINOLOGIA

1- Cisto de tireóide

HDA: Encaminhar o paciente descrevendo a história clínica, dados discriminados dos exames clínicos (descrição do cisto), casos de crescimento do cisto ou acometimento ganglionar ou vascular

Exames Prévios Necessários: TSH e T4 livre e anticorpos tireiodianos, ultrassonografia de tireóide nos casos de nódulos palpáveis

2- Nódulos Tireoideanos

HDA: Encaminhar o paciente descrevendo a história clínica, dados discriminados dos exames clínicos (descrição do nódulo), casos de crescimento do nódulo ou acometimento ganglionar ou vascular.

Exames Prévios Necessários: TSH e T4 livre e anticorpos tireiodianos, ultrassonografia de tireóide nos casos de nódulos palpáveis

Prioridade de encaminhamento: Nódulos únicos, sexo masculino, história prévia de radioterapia cervical, aumento ganglionar com sinais de malignidade

3- Diabetes Melitus

HDA: Encaminhar os pacientes diabéticos de difícil controle terapêutico ou com comorbidades, descrevendo os dados relevantes da história clínica incluindo dieta prescrita, dados discriminantes de exame físico incluindo circunferência abdominal e índice de IMC.

Diabetes tipo 1 recém diagnosticado e Diabetes tipo 1 e Diabetes tipo 2 que não respondem às medidas empregadas com associação de dois medicamentos hipoglicemicantes orais nas doses plenas por 6 meses consecutivos e/ou com indicação de insulino terapia plena (especificar tratamento realizado).

Exames Prévios Necessários: glicemia de jejum, glicemia pós prandial, hemoglobina glicada recente, colesterol total e frações recentes, triglicerídeos e creatinina sérica, microalbuminúria e outros exames realizados anteriormente.

Prioridade - Complicações crônicas avançadas, diabetes tipo 1 recém diagnosticada (com resumo de alta hospitalar)

4- Hipertireoidismo

HDA: Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes da história clínica. Dados discriminantes de exame físico. Hipertireoidismo confirmado por exame laboratorial

Exames subsidiários prévios : TSH e T4 livre – 2 resultados alterados recentes, ultrassonografia de tireóide solicitada nos casos de nódulo palpável

Prioridade de encaminhamento: Hipertireoidismo com sinais clínicos evidentes de descompensação, cardiopatias associada, suspeita de tumor, gestante (ambulatório de pré-natal de alto risco).

5- Hipotireoidismo

HDA: Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes da história clínica. Dados discriminantes do exame físico, diante da ausência de melhora com tratamento em doses terapêuticas (especificar o tratamento)

Exames subsidiários prévios: TSH e T4 livre progressivos e recentes, Anti-Peroxidase (nos casos suspeitos de hipotireoidismo sub-clínico), Ultrassonografia de tireóide nos casos de nódulos palpáveis.

Prioridade para encaminhamento: em caso de patologias associadas, principalmente a cardiopatias, suspeita de tumor e gestante (ambulatório de pré-natal de alto risco)

6- Obesidade

HDA: Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes da história clínica incluindo dieta prescrita, Dados discriminantes de exame físico, incluindo circunferência abdominal e índice de IMC. Obesidade Secundária, Obesidade grau II quando apresentar co-morbidades (IMC de 35 a 39,9 Kg/m²), na ausência de resposta ao tratamento comportamental e/ou medicamentoso por um ano a partir da data da consulta. Obesidade de grau III (IMC > 40 kg/m²)

Exames prévios: Hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, TSH

7- Disfunção de Glândulas Supra-Renais

HDA: Encaminhar qualquer paciente com suspeita mediante história clínica sucinta. A suspeita ocorrerá em presença de qualquer dos sintomas seguintes: obesidade central, hiper ou hipotensão, hipertricose, alopecia, estrias violáceas, hiperpigmentação de mucosas, amenorréia, anorexia, astenia ou redução em pilificação do corpo.

Exames prévios necessários: Cortisol, Aldosterona e DHEA.

8- Baixa Estatura

HDA: Encaminhar o paciente descrevendo historia clínica de acompanhamento prévio por 6 a 12 meses, dados discriminados dos exames clínicos (Curva de Peso e estatura, velocidade de crescimento), mudança de canal de crescimento em menores de 18 anos

Exames Prévios - Hemograma, VHS, Cálcio sérico, Fósforo sérico, /Fosfatase alcalina, TSH e T4 livre, Urina1, PPF, Raio x com idade óssea

9- Telarca e Puberdade Precoce

HDA: Encaminhar o paciente descrevendo historia clínica de acompanhamento prévio por 6 a 12 meses, dados discriminados dos exames clínicos (descrição dos caracteres sexuais secundários: pelos, mamas, etc.) Levar em conta que telarca e pubarca após os 9 anos são considerados normais.

10- FISIATRIA

1- Sequelas de Acidente Vascular Cerebral e traumatismos em geral

HDA: Encaminhar o paciente descrevendo dados relevantes de história clínica e exame físico, exames realizados anteriormente. Comprometimento das atividades diárias.

2- Pacientes ambulatoriais

HDA: Encaminhar o paciente descrevendo dados relevantes de história clínica e exame físico, exames realizados anteriormente. Pacientes com sequelas neurológicas e motoras com alta hospitalar nas especialidades:

- Reabilitação motora (concessão de órteses e próteses e meios de locomoção)
- Fisiatria neurológica
- Fisiatria pediátrica
- Fisiatria ortopédica
- Fisiatria amputações

OBS: O profissional generalista ou clínico poderá encaminhar para fisioterapia aqueles pacientes

previamente avaliados pelo especialista e por estes anteriormente indicados para tratamento fisioterápico e que persistam com sintomas ou sequelas neuropsicomotoras ou ortopédicas.

11- GASTROENTEROLOGIA

Motivos de encaminhamento

- 1-Epigastralgia/Úlcera Péptica
- 2-Diarréia prolongada
- 3-Dor Abdominal não esclarecida

1- Epigastralgia/Úlcera Péptica

História sucinta com tempo de evolução da dor e características, hábito intestinal e sintomas concomitantes, achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Relatar tratamento prévio e medicamentos em uso atual, sem controle da sintomatologia.

Exames Complementares – os realizados previamente

2- Diarréia Prolongada

História sucinta com tempo de evolução, com descrição do aspecto e número da evacuação e sintomas concomitantes. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Relatar tratamento prévio e medicamentos em uso atual, sem controle da sintomatologia.

Exames Complementares – os realizados previamente

3- Dor Abdominal não esclarecida

História sucinta com tempo de evolução da dor e características, hábito intestinal e sintomas concomitantes. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Relatar tratamento prévio e medicamentos em uso atual, sem controle da sintomatologia.

Exames Complementares – os realizados previamente

Outros motivos de encaminhamento

1- Achado sorológico positivo para Hepatite Viral B e C após doação de sangue

Quando houver dúvidas na condução do caso, encaminhar para o Serviço de Infectologia, junto ao SEPA.

2- Halitose

O encaminhamento ao gastroenterologista não procede, uma vez que este problema se relaciona, em geral, a doença periodontal, doença otorrinolaringológica ou maus hábitos de higiene ou

alimentares.

3- Colelitíase

Deve-se encaminhar à Cirurgia Geral.

12- GERIATRIA

Motivos para encaminhamento

1- Idoso com 60 anos ou mais com a capacidade funcional comprometida e alguma dependência para as atividades da vida diária básicas, tais como: alimentação, higiene, vestuário, locomoção e outras

a- Idoso com sequelas de AVC

Encaminhar - Todo idoso com sequela de AVC com comprometimento da capacidade funcional. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais.

HDA e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários- Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.

Prioridades para a regulação – Pacientes com AVC ocorrido em até 6 meses.

b - Idoso com Síndrome demencial e ou outra alteração cognitiva/ alteração de comportamento com comprometimento da capacidade funcional

Encaminhar- Todos os casos e detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais

HDA e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários – Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, T4L, T3, VDRL, e TC ou RNM de crânio se realizados

Prioridades para a regulação – Encaminhar pela rotina

c –Idoso com quadro de Sintomas depressivos/ansiosos importantes com comprometimento da capacidade Funcional.

Encaminhar - Idoso que fez tratamento prévio de depressão na UBS sem êxito. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra tratamentos prévios e/ou atuais.

HDA e Exame Físico direcionado.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.

Prioridades para a regulação –Encaminhar pela rotina.

d- Idoso com Parkinson e/ou outros distúrbios do movimento com comprometimento da capacidade funcional

Encaminhar - Todo idoso que apresenta alteração motora, lentidão de movimentos, tremores, desequilíbrio. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e / ou atuais.

HDA e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.

Prioridades para a regulação –Pacientes com dificuldade de locomoção.

e-Idoso com doenças Osteoarticulares /Osteoporose e /ou fraturas com comprometimento da capacidade funcional

Encaminhar- Idoso com dores fortes e persistentes, dificuldade de locomoção, quedas frequentes, deformidades importantes, fraturas e outros. Pacientes com Osteoporose grave de difícil manejo. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ ou atuais

HDA e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, densitometria óssea.

Prioridades para a regulação- Fraturas que levem à restrição ao leito

Prazo de Espera- 30 dias para a primeira consulta.

2- Idoso com histórico de 3 quedas ou mais no último ano

Encaminhar- Idoso com quedas por causas não identificadas. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais

HDA e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, vitamina D.

Prioridades para a regulação – Encaminhar pela rotina.

3- Idoso com histórico de 3 ou mais internações nos últimos 6 meses

Encaminhar - Idoso com a capacidade funcional comprometida em decorrência de internações, que desenvolveram delírium e/ou úlceras de pressão. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais.

HDA e Exame Físico direcionado com resumo das internações.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.

Prioridades para a regulação – Encaminhar pela rotina

4- Idoso que usa 5 ou mais medicamentos

Encaminhar - Idoso que utiliza mais de 5 medicamentos que apresentem efeitos adversos a esses medicamentos, necessidade de troca de medicações ou suspeita de cascata iatrogênica. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e /ou atuais

HDA e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.

Prioridades para a regulação – Idosos com 75 anos ou mais.

5- Idoso com Polipatologias – 5 diagnósticos ou mais

Encaminhar - Idoso com 5 diagnósticos ou mais, em que haja dificuldade de manejo, associado a polifarmácia, risco ou comprometimento funcional. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais.

HDA e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, vitamina D.

Prioridades para a regulação – Encaminhar pela rotina

6- Idoso com Síndrome Consuptiva / desnutrição ou Síndrome da Fragilidade

Encaminhar - Idoso com pelo menos 3 itens: perda de peso, fraqueza muscular, alteração de marcha, cansaço ou fadiga e diminuição da atividade física. Idosos com perda de peso importante e desnutrição não elucidados. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais.

HDA e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia,

Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, Hidroxi-vitamina D.

Prioridades para a regulação – Encaminhar pela rotina.

7- Idoso com Incontinência Urinária associado a comprometimento funcional

Encaminhar - Idoso com perda urinária associado a outras síndromes geriátricas, polifarmácia e comorbidades em que as mudanças ambientais não tenham surtido efeito. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra

HDA e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, hidroxi vitamina D , EAS + Urocultura com antibiograma, PSA para os homens.

Prioridades para a regulação – Encaminhar pela rotina.

13- HEMATOLOGIA

Motivos de encaminhamento

- 1-Anemia Crônica resistente a tratamento
- 2-Leucopenia a esclarecer
- 3-Plaquetopenia a esclarecer

1- Anemia Crônica resistente a tratamento

Encaminhar com história sucinta com tempo de evolução, sinais e sintomas associados, presença de sangramentos, patologias associadas. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos prévios, incluindo os medicamentos e doses.

Exames Complementares - Hemograma, plaquetas, reticulócitos, ferro sérico e outros realizados previamente.

2- Leucopenia a esclarecer

Encaminhar com história clínica sucinta incluindo a história pregressa, evolução, presença de febre e outros concomitantes, patologias associadas, história familiar.

Relatar os dados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, com respectivas doses.

Exames Complementares - Hemograma, plaquetas e reticulócitos.

3- Plaquetopenia a esclarecer

Encaminhar com história clínica sucinta relatando a presença de equimoses, petéquias ou sangramentos. Relatar as doenças associadas. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Relatar os medicamentos em uso e respectivas dosagens.

Exames Complementares - Hemograma, plaquetas e reticulócitos.

Observações: O paciente deve ser encaminhado sem inserção de novos medicamentos.

14-HEPATOLOGIA

1- Achado sorológico positivo para Hepatite Viral B e C

2- Cirroses Hepáticas

3- Suspeita de Tumores Hepáticos

História sucinta com tempo de evolução, sinais e sintomas associados, presença de sangramentos, icterícia, massa e dor abdominal, patologias associadas. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos prévios, incluindo os medicamentos e doses.

Exames complementares – Já realizados (US de abdome, Hemograma, prova de função hepática, Marcadores para hepatites).

15-MASTOLOGIA

Motivos para encaminhamentos

1-Nódulos (todos)

2- Derrame papilar uniductal ou hemorrágico

3- Microcalcificações agrupadas à mamografia

4- Suspeita de câncer (retrações ou outras alterações de pele, linfonodos axilares alterados, imagens radiológicas suspeitas-categorias mamográficas III, IV, V)

5- Mastalgia refratária

6- Eczema areolar que não cedeu ao tratamento inicial com corticóides

7- Fístulas

8- Pacientes de alto risco: passado de câncer de mama ou história da doença em parentes de primeiro grau (mãe,irmã ou filha) , com lesão suspeita.

HDA - Historia sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.

Exame Físico – Exame clínico de mamas, relatar os achados importantes.

Exames Complementares - Os já realizados, mamografia para maiores de 35 anos e ultrassonografia de mama para menores de 35 anos.

16- NEFROLOGIA

Motivos Para Encaminhamento

- 1- Alteração de exame de urina persistentes sem causa esclarecida pelo clínico.
- 2- Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado.
- 3- Lesão renal em Diabetes, Hipertensão, doenças reumatológicas e autoimune.

1- Alteração de exame de urina persistente sem causa esclarecida pelo clínico

HDA - Historia sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.

Exame Físico-Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial e volume urinário médio diário relatado .

Exames Complementares Necessários- Sumário de urina, uréia , creatinina $\geq 2,0\text{mg/dl}$, e glicemia de jejum, hemograma completo, colesterol total e frações e triglicerídeos.

Prioridade para a Regulação – Oligúria e/ou creatinina $\geq 2,0\text{mg/dl}$

2- Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado

HDA- Historia sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.

Exame Físico- Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial

Exames Complementares Necessários – Sumário de urina I, uréia ,creatinina, e glicemia de jejum.

Prioridade para a Regulação – Hematúria maciça

3- Lesão renal em diabetes, hipertensão, doenças reumatológicas e auto-ímmunes

HDA - Historia sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas, suspeita de causas secundárias em hipertensos e suspeita de insuficiência renal.

Exame Físico – Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial.

Exames Complementares Necessários - Sumário de urina I, uréia sérica, creatinina sérica, com clearance ($< 60\text{ml/min/1,73m}^2$), e glicemia de jejum, hemoglobina glicada recente, proteinúria ($>0,5/24\text{h}$), potássio sérico ,outros exames realizados.

Prioridade para a Regulação-creatinina $\geq 2,0\text{mg/dl}$.

- creatinina sérica, com clearance ($<60\text{ml/min/1,73m}^2$)

Outros motivos frequentes de encaminhamento

Encaminhamento anual de diabéticos e hipertensos com alterações de EAS, Infecções urinárias de repetição

OBS: Cálculo Renal (Litíase) e Hematúria – encaminhar ao Urologista

17- NEUROCIRURGIA

1- Dor coluna vertebral/ Discopatias

2- Suspeita de Tumor intracraniano

3- Portadores de Derivação Ventrículo Peritoneal com suspeita de hipertensão intracraniana

4- Hidrocefalia, Mielomeningocele e Crânioestenose - sempre encaminhar ao neurocirurgião e não ao neurologista. Ao encaminhar sempre relatar a história clínica e evolução, curva do Perímetro Cefálico (PC), presença de déficit neurológico e formato do crânio. Raio X de Crânio se a suspeita for crânioestenose.

Em todas as condições encaminhar com dados relevantes da história clínica, sinais e sintomas atuais, história neurológica progressiva, dados discriminadores do exame físico

Exames complementares –RNM, TC, US transfontanela

Hérnia de disco **comprovada** por tomografia computadorizada ou RNM

18-NEUROLOGIA

Motivos para o encaminhamento

1- Cefaléia prolongada e resistente a tratamento clínico

2- Epilepsia, convulsões e desmaios

3- Distúrbio de aprendizagem retardo psicomotor, hiperatividade

4- Enxaqueca com comprometimento significativo da atividade de vida diária

5- Suspeita de Nevralgia do trigêmio

6- Sequelas de AVC

7- Manifestações Psicossomáticas

8- Vertigem

9- Zumbido

1- Cefaléia prolongada e resistente a tratamento clínico

HDA – Encaminhar o paciente descrevendo a história sucinta informando localização, característica, evolução e patologias associadas.

Exames Complementares –Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como eletroencefalograma, radiografias (crânio,seios da face), tomografia e outros.

Exame Físico - Relatar achados importantes e informar pressão arterial.

Caso seja realizado fundo de olho e encontrar papiledema, encaminhar sem exames para avaliação neurocirúrgica de urgência.

Prioridade para Regulação - Suspeita de tumor, malformação arteriovenosa, cefaleias em salva.

Serviço de Urgência – Paciente febril que apresente dor na nuca, Cefaléia forte com início abrupto, suspeita de lesão expansiva intracraniana de causa vascular, presença de sinais neurológicos focais, alteração de estado mental deverá ser encaminhado para Unidade de Pronto Atendimento.

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

Obs: cefaléia de difícil controle associada a distúrbio do comportamento, convulsões, agravamento progressivo ou de instalação súbita e constante, devem sempre ser encaminhadas ao neurologista.

2- Epilepsia, Convulsão e Desmaios

HDA- Encaminhar o paciente descrevendo relato sucinto da história, informando características, evolução, doenças associadas (em especial diabetes) e possível hipoglicemia.

Exames prévios necessários – Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como eletroencefalograma, radiografias (crânio, seios da face), tomografia e outros

Exame Físico-Relatar achados importantes.

Prioridade para Regulação – Suspeita de tumor e crises frequentes

Contra-referência - Retorno ao nível secundário, com acompanhamento anual pelo especialista , mas com acompanhamento mais frequente na UBS, mediante relatório e orientação do especialista.

Obs: No caso de convulsão febril em crianças deve se tratar o quadro de base e depois encaminhar ao neurologista. Após avaliação pelo neurologista e confirmando o diagnóstico de epilepsia, o retorno ao especialista deve ocorrer de seis em seis meses. Caso a medicação termine antes do retorno do especialista e estando o paciente sobre o controle a prescrição deverá ser mantida pelo médico da UBS até o retorno ao Neurologista. Para tanto, na receita deve constar sua validade de acordo com a data de retorno ao especialista e está preenchido o relatório de contra-referência.

3- Distúrbio de Aprendizagem, Retardo Psicomotor e Hiperatividade

HDA - História sucinta especificando qual o atraso do desenvolvimento neuropsicomotor que foi observado, qual o distúrbio do comportamento, o tempo de evolução e dados sobre o parto, sobre o primeiro ano de vida. Índice de APGAR . Cartão de vacina.

Exames Complementares- Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como eletroencefalograma

Exame Físico- Relatar achados importantes.

Contra- referência – Mantido retorno ao nível secundário, e acompanhamento mais frequente na UBS de acordo com o relatório e orientações do especialista.

Outros motivos frequentes de encaminhamento

4- Nervosismo

Habitualmente, não há razão para encaminhar ao neurologista, encaminhar o paciente apenas quando presente sinais ou sintomas de lesão orgânica no SNC. Avaliar conforme o caso e encaminhar a saúde mental.

5- Sequela de AVC

A prescrição e o acompanhamento de reabilitação fisioterápica devem ser feitos pelo neurologista ou fisiatra, ou pelo profissional médico designado para tal função. Mesmo a avaliação de déficit motores de sequelas de AVC ou trauma para fins de obtenção de benefícios ou passe livre deve ser feita pelo neurologista ou fisiatra, ou pelo profissional médico designado para tal função.

6- Manifestações Psicossomáticas

Manifestações orgânicas ou queixas subjetivas que compõe síndrome depressiva ou ansiedade devem ser motivos para encaminhamento a saúde mental e não ao neurologista.

7- Vertigem/Enxaquecas

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes da história clínica. Dados discriminadores do exame Físico.

Suspeita de enxaqueca complicada afastadas as demais causas da doença (HAS, DM, e dislipidemias, tireoideopatia, disfunção têmporomandibular, ansiedade e depressão) podem ser encaminhadas na dificuldade de manejo, descrevendo o tratamento prévio

8- Zumbido

Encaminhar o paciente associado a achados neurológicos descrevendo os dados relevantes da história clínica e dados discriminadores do exame físico.

OBS: Os pacientes com queixas de vertigem e zumbido devem ser inicialmente encaminhados para a especialidade de Otorrinolaringologia.

19- OFTALMOLOGIA

Motivos para o encaminhamento

- 1- Déficit Visual
- 2- Cefaléia

- 3- Retinopatia Diabética/Hipertensiva
- 4- Inflamação Ocular
- 5- Catarata
- 6- Glaucoma
- 7- Estrabismo infantil
- 8- Córnea

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

1- Déficit Visual

HDA – Encaminhar os pacientes com relato de déficit visual ou queixas oculares: prurido, lacrimejamento, com história sucinta, citando ou não a presença de outras patologias (diabetes e hipertensão) e se crianças, quando necessário o relato ou encaminhamento do desempenho escolar.

Exame Físico - Citar os achados significativos.

Prioridade para Regulação - Pacientes entre 0 a 9 anos e com mais de 40 anos para consultas de 1ª vez.

Dor ocular sem trauma, história de trauma e perda súbita de acuidade visual.

Obs: Pacientes que fazem uso de lentes corretivas poderão fazer a consulta de revisão de grau a cada 2 anos.

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

2- Cefaléia

HDA – Encaminhar os pacientes com cefaleia persistente, frontal (após período escolar ou após esforços visuais), sem outras causas aparentes (ex:sinusite, inflamações dentárias e enxaquecas).

Não encaminhar – Cefaléia Matinal ou no meio da noite – não está relacionada a problemas oculares.

Pacientes com queixas agudas de cefaleia de forte intensidade com sintomas não associados a dor ocular e baixa de visão, encaminhar às urgências clínicas para avaliação inicial.

Exame Físico – Aferição da Pressão Arterial

Prioridade para Regulação –Priorizar pacientes entre 0 a 7 anos e com mais de 40 anos para consultas de 1ª vez.

3- Pacientes com Diabetes/Hipertensão

HDA- Encaminhar o paciente descrevendo a história clínica, tempo de evolução e complicações.

Exame Físico - Relatar os achados importantes. Informar o valor da pressão arterial.

Exames Complementares - Diabetes: glicemia, hemoglobina glicada, triglicerídeos e colesterol e frações recentes (até 30 dias).

O paciente deve levar ao especialista: exames e relatórios oftalmológicos realizados anteriormente.

Diabetes tipo1 - Primeira consulta após 3 anos de evolução da doença, com retorno a cada 1 ano nos casos de exame normal (observar fundoscopia indireta). Nos casos de exames alterados a critério do oftalmologista.

Diabetes tipo2 - Primeira consulta após diagnóstico com acompanhamento a cada um ano para casos sem retinopatia (observar fundoscopia).

Exames prévios - Glicemia de jejum, hemoglobina glicada recente, colesterol total e frações e outros exames realizados anteriormente.

Prioridade para Regulação - Paciente diabético juvenil acompanhamento oftalmológico assim que diagnosticado e os com diabetes tipo2 acompanhamento anual com histórico acima de 3 anos de duração.

4- Inflamação Ocular

HDA – Encaminhar os pacientes com relato de ardor ou dor, secreção , baixa súbita de visão, hiperemia ocular, diplopia.

Exame Físico – Citar os achados significativos.

Prioridade para Regulação – Pacientes com dor e maior tempo de evolução.

5- Catarata

HDA - Encaminhar os pacientes com faixa etária > 60 anos com queixa de baixa progressiva da visão, vista enevoada, embaçada, com piora da acuidade para longe e melhora para perto. Também estão incluídos cataratas traumáticas e de origem metabólica e Leucocoria (pupila esbranquiçada), independente da idade.

Exame Físico- Citar os achados significativos e relatar a presença ou não de leucocoria.

Exame Prévio – Consulta oftalmológica anterior se existir.

Prioridade para Regulação – Paciente de olho único, ou com insucesso no uso de lentes corretivas.

6- Glaucoma

HDA-Encaminhar os pacientes com história familiar de glaucoma, relatando os dados de história clínica, enfatizando a sintomatologia de glaucoma agudo: dor ocular muito forte com diminuição súbita de visão, dor de cabeça e vômito, algumas vezes, hiperemia intensa.

Exame Físico – Citar os achados significativos.

Prioridade para Regulação – Pacientes com história familiar, mesmo que assintomático, acima de 40 anos.

7- Estrabismo

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

Exame Físico - Citar os achados significativos. Estrabismo fixo em qualquer idade. Estrabismo não fixo em menores de 1ano

Prioridade para Regulação – Menores de 7 anos, adulto que apresentar visão dupla de repente

8- Alterações da Córnea

HDA – Encaminhar pacientes com queixas de lacrimejamento, sensação de areia, fotofobia, córnea branca

Exames físico – Achados significativos referente as HDA

Prioridade para Regulação – Surgimento súbito da sintomatologia

OBS: Pacientes com histórico de consultas anteriores e alta inclusive do AME, deverão ser orientados a levarem na consulta o relatório e todos exames realizados e medicações em uso.

20- ORTOPEDIA

Motivos para o encaminhamento:

- 1- Dores nas costas: cervicalgia, dorsalgia, lombalgia
- 2- Deformidades: MMII, escoliose e cifose
- 3- Dor localizada a esclarecer: articular, tendinites
- 4- Sequelas de fraturas

1- Dores nas Costas: Cervicalgia, Dorsalgia, Lombalgia

HDA - Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes, que não melhoram após tratamento inicial (especificar tratamento realizado), constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.

Presença de sinais de alerta com menos de duas semanas (fator de risco tumoral, fator de risco de trauma, início de compressão medular)

Exames Complementares –RX da área afetada, hemograma em caso de suspeita de causa infecciosa, se houver.

Exame Físico-Citar os achados significativos.

Prioridade para Regulação – Pacientes com queixas crônicas, fator de risco para infecção raquidiana, sinais de alerta com duração maior que duas semanas na primeira consulta.

2- Deformidades - (MMII, Cifose e Escoliose)

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

Exames Complementares Necessários –RX da área afetada.

Exame Físico – Descrever os achados importantes.

Prioridade para Regulação – Prioridade RN.

3- Dor Localizada a Esclarecer - (Articular, Tendinites)

HDA – Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes (mais de 90 dias de duração), que não melhoram após tratamento inicial (especificar tratamento realizado), descrever presença ou não de dor ou limitação a movimentação. Provável indicação cirúrgica de pacientes com tratamento clínico ineficaz por mais de 6 meses.

Exames Complementares - RX da área afetada em AP e perfil do local afetado e contra-lateral se necessário , ultrassonografia do local afetado em caso de suspeita de tendinopatia, hemograma (se suspeita de causa infecciosa), VHS, PCR, fator reumatóide (descartando quadros reumáticos), dosagem de ácido úrico (descartando gota).

Exame Físico – Descrever a localização, presença ou não de dor ou limitação a movimentação.

Prioridade para Regulação – Limitação funcional

4- Sequela de Fratura

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

Exames Complementares – RX da área afetada em AP e perfil.

Exame Físico - Na dor articular, algias ósseas, calcanealgias, artrose de joelhos: descrever a localização, presença de restrição ou dor a movimentação e presença de sinais flogísticos. Encaminhar com RX da articulação acometida em duas incidências.

Prioridade para Regulação – pacientes com sequelas mais recentes.

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

5- Tratamento de Fratura

Toda suspeita de fratura deverá ser encaminhada ao PA (Pronto-Atendimento) / PRONTO SOCORRO.

Após atendimento de urgência realizado pelo ortopedista, o mesmo encaminhará o paciente

mediante guia de referência e contra-referência ao serviço de ortopedia, estipulando o prazo da consulta ambulatorial de reavaliação e a solicitação de raio X para a mesma data.

Pós-operatório Imediato de Cirurgia Ortopédica

Após o ato cirúrgico, na alta hospitalar, o ortopedista deverá fazer revisão do paciente no serviço de ortopedia que realizou o ato cirúrgico

Prazo de Espera -7 dias após alta hospitalar.

OBS:

1- Descrever os dados clínicos no pedido de raio x conforme observado neste protocolo para garantir que o usuário consiga a realização do mesmo no tempo necessário.

2- Quando o paciente necessitar de fisioterapia, além do tratamento medicamentoso, encaminhá-lo somente e após o termino da terapia medicamentosa.

21- OTORRINONARINGOLOGIA

1- Diminuição de acuidade auditiva

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica e exame físico, incluindo descrição da OTOSCOPIA, suspeita de perfuração timpânica, suspeita de doença de Ménière, rolha de Cerumem refratária a tratamento clínico, excluir disfunção tubária.

Exames prévios – Audiometria se otoscopia sem alteração (descrever laudo técnico se já houver).

Prioridade para encaminhamento - Perda súbita de audição com ou sem história de trauma físico e suspeita de tumoração.

2- Hipertrofia de Tonsila Adenoideana / Rinites / IVAS

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico (avaliação do déficit pondero-estrutural), dificuldade para dormir (apnéia do sono) devido a obstrução nasal, otite média aguda e/ou sinusite de repetição (3 ou mais episódios em 6 meses)

Exame prévio – RX de Cavum realizado

3- Obstrução Nasal

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico, afastando os quadro de IVAS, Hipertrofia Tonsilar Adenoideana.

Excluir corpo estranho, principalmente em casos de obstrução nasal unilateral

4- Otite

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico (descrição da otoscopia), otite média crônica (efusão purulenta por mais de 3 meses), Otite média recorrente (3 ou mais episódios em 6 meses ou 4 em 1 ano)

Prioridade para encaminhamento - Otite Média Aguda que não respondeu ao tratamento de 1ª e 2ª escolha

5- Rinite

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico, na ausência de resposta a tratamento prévio, na presença de sintomas que prejudicam as atividades rotineiras (escola, lazer e sono).

Suspeita de outras patologias otorrinolaringológicas (desvio de septo, hipertrofia de tonsila adenoideana e outras)

Excluir rinossinusite infecciosa concomitante, corpo estranho nasal

6- Rinossinusopatia

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico que apresente terceiro episódio no mesmo ano após tratamento clínico. Rinossinusite crônica ou recorrente resistente a tratamento.

Exame prévio – RX de seio da face com hipótese de sinusopatia crônica

7- Vertigem

Encaminhar o paciente nos casos de ilusão ou sensação de movimento de tudo que está dentro do campo visual do indivíduo ou de deslocamento do próprio corpo, sensação de perda da consciência ou síncope eminente e movimentos do pescoço, sensação de perda de equilíbrio sem vertigem e sem perda da consciência, na ausência de melhora após manobra de Siment e 10 dias de tratamento medicamentoso (no caso de vertigem), suspeita de doença de Ménière, suspeita de surdez de transmissão. Sempre excluir causas metabólicas.

Exame Físico – Dados discriminadores de exame físico, aferição de PA e pulso, sentado e em pé, escuta cardíaca, exame das carótidas, observação e descrição do padrão respiratório e emocional

Exames prévios necessários : hemograma completo, colesterol total e frações, triglicérides, ácido úrico, TSH, T4 livre, VDRL, zinco, vitamina D, curva glicêmica e insulínica de 3 horas. Paciente diabéticos solicitar glicemia de jejum e hemoglobina glicada.

Prioridade para Regulação – Suspeita de tumor e de labirintite bacteriana

8- Zumbido

Encaminhar os pacientes descrevendo dados relevantes da história clínica, dados discriminadores do exame físico (**incluindo descrição da OTOSCOPIA**), na ausência de melhora após controle de doenças de base como DM, HAS, Epilepsia , Enxaqueca, Dislipidemia, Tireoideopatia, disfunção têmporo-mandibular, ansiedade e depressão. Suspeita de Doença de Ménière

Exames Prévios - Hemograma completo, colesterol total e frações, triglicérides, ácido úrico, TSH, T4 livre , VDRL, zinco, vitamina D, curva glicêmica e insulinêmica de 3 horas. Paciente diabéticos solicitar glicemia de jejum e hemoglobina glicada.

Audiometria solicitada (suspeita de doença de Ménière).

Prioridade para a regulação –Suspeita de tumor

9- Epistaxe

Dados relevantes da história clínica constando a frequência das crises. Afastar a presença de discrasia sanguínea antes de encaminhar, pedindo coagulograma se necessário.

22- PNEUMOLOGIA

Motivos de encaminhamento

- 1- Asma
- 2- Pneumonias de repetição
- 3-Tosse Crônica

1- Asma

Encaminhar o paciente descrevendo história clínica sucinta com referência a dispnéia, tempo de evolução e última crise. Relatar os achados importantes do exame físico, em especial em relação à ausculta pulmonar, relatar hipótese diagnóstica e os tratamentos já realizados e os medicamentos com respectivas doses em uso atual. Descrever motivo do encaminhamento

Exames prévio necessários - RX de tórax em PA e Perfil, RX de seios da face, RX de cavum, hemograma, EPF (em crianças) e Urina Rotina (em crianças).

2- Pneumonias de Repetição

Encaminhar o paciente descrevendo o início dos sintomas, a frequência das crises, duração, fatores de risco (tabagismo, TBC, asma), doenças associadas e evolução do quadro. Relatar os achados importantes do exame físico, em especial em relação à ausculta pulmonar e hipótese diagnóstica. Relatar os tratamentos anteriores e os medicamentos em uso atual. Descrever o motivo do encaminhamento

Exames prévios necessários - RX de tórax em PA e Perfil. Orientar o paciente a levar para o

especialista as radiografias anteriores.

3- Tosse Crônica

Encaminhar o paciente descrevendo história sucinta, informando evolução, relação da tosse com esforço e com mudanças climáticas, presença de secreção e doenças associadas. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica . Informar os medicamentos em uso atual. Descrever o motivo do encaminhamento.

Exames prévios necessários - RX de tórax em PA e Perfil, RX de cavum e seios da face, hemograma e PPD. A critério do médico assistente solicitar também EPF e Urina Rotina em crianças.

23- PSQUIATRIA

Motivos de encaminhamento

- 1- Esquizofrenia, em todas suas especificidades
- 2- Transtorno Afetivo Bipolar
- 3- Egressos de internação em serviços psiquiátricos, por transtorno mental ou uso nocivo de álcool e outras drogas
- 4- Transtornos Depressivos Graves, com risco de suicídio
- 5- Uso nocivo de álcool e outras drogas, necessitando de uso de medicação psiquiátrica
- 6- Neuroses graves, associadas a transtornos de personalidade, com dificuldades no diagnóstico diferencial com outros quadros.

Prioridades

- Os casos atendidos em serviços de saúde mental da região em serviços que estão sem psiquiatras na sua equipe.
- Os usuários do SUS em uso de medicamentos que só podem ser prescritos por psiquiatras (medicações de alto custo).
- Os casos que não possuem indicação para os CAPS da rede e apresentam dificuldade do manejo na APS.
- Os que necessitam de esclarecimento diagnóstico em psiquiatria (diagnóstico diferencial e/ou com co-morbidades), pois as equipes da atenção primária podem carecer desse esclarecimento e orientação para dar seguimento ao acompanhamento dos casos no território.

24- PROCTOLOGIA

Principais motivos

- 1- Dor Anal, Sangramento Anal, Hemorróidas.
- 2-Alteração do Hábito Intestinal, Constipação.

1- Dor e Sangramento anal, Hemorróidas

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica, tempo de evolução, presença de dor, hábito intestinal, dieta atual, presença de sangue nas fezes e prolapso, patologias associadas, discriminadores de exame físico, hipótese diagnóstica. Descrever o motivo do encaminhamento.

Relatar os tratamentos prévios e a medicação em uso atual.

Exames prévios necessários - EPF

2- Alteração do hábito intestinal, constipação

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica, características do hábito intestinal, presença de sangue nas fezes, prolapso, dieta atual, doenças associadas e discriminadores de exame físico, hipótese diagnóstica. Relatar os tratamentos prévios e a medicação em uso atual. Descrever o motivo do encaminhamento

Exames prévios necessários - EPF . Em casos específicos clister opaco.

23- REUMATOLOGIA

Motivos de encaminhamento

- 1- **Artrite de evolução crônica** (mais de 6 semanas) ou aguda recorrente; significando “artrite” a presença de pelo menos dois dos sintomas: ‘edema’ (aumento de volume), dor, calor, rubor ou limitação articular.
- 2- **Artrite aguda ou subaguda** (menos de 6 semanas de evolução) em mais de uma articulação, excluídos os casos de doença infecciosa viral atual ou imediatamente prévia.
- 3- **Febre por mais de 15 dias**, tendo causas infecciosas e onco-hematológicas devidamente excluídas
- 4- **Fraqueza muscular objetiva**, com alteração de enzimas musculares (CPK, DHL, Aldolase ou transaminases)
- 5- **Hipertensão arterial com diferença na amplitude de pulsos periféricos e nos níveis pressóricos em pelo menos um dos 4 membros**
- 6- **Podagra**
- 7- **Suspeita objetiva e devidamente embasada ou diagnóstico definitivo de doenças reumáticas:**

Artrite Reumatóide (AR), Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), Doença de Still, Artrite Psoriásica, Espondiloartropatias, Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Esclerose Sistêmica (ES), Síndrome de Sjögren, Miopatias Inflamatórias Idiopáticas (tais como polimiosite ou dermatomiosite, e outras), Policondrite Recidivante, Síndrome do Anticorpo-antifosfolípide (SAAF), Artrites Reativas, Artrites Enteropáticas, Doenças Mistas do Tecido Conjuntivo, Síndromes de Superposição, Febre Reumática, Vasculites sistêmicas, Gota, Doenças articulares microcristalinas (por depósito de cálcio e outros cristais), Doenças Osteometabólicas, Síndromes periódicas, Artropatias secundárias, e Doenças Granulomatosas e de Depósito, que precisem de avaliação do reumatologista, Algoneurodistrofia ou Síndrome Simpático-reflexa

NECESSITAM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA PA/UPA , À CRITÉRIO DO MÉDICO GENERALISTA

Miopatias agudas ou mialgias agudas / subagudas - quando se suspeitar de origem infecciosa, tóxica ou outra e a depender dos sinais / sintomas associados, bem como da epidemiologia e história clínica.

Artrite aguda monoarticular - se há suspeita de artrite infecciosa bacteriana / pioartrite, pois precisarão de uma abordagem imediata.

Artrites agudas onde se suspeite de artrite infecciosa gonocócica, na dependência da história clínica. Artrites agudas secundárias a quadros virais e artrites reativas podem ser diagnósticos diferenciais neste caso, sendo que estas podem precisar serem abordadas pelo médico generalista, sobretudo quando, nas reativas, a infecção estiver presente e necessitar de tratamento imediato.

NOTAS:

Artrites agudas reativas, após a abordagem inicial, investigação e tratamento adequado, podem ser encaminhadas posteriormente para consulta com reumatologista para se avaliar a evolução.

Casos de Osteonecrose após primeira avaliação devem ser encaminhados primeiro ao ortopedista, e, se necessário, serem acompanhados em conjunto com reumatologista.

Casos de “ARTROSE” (atualmente o termo mais usado é OSTEOARTRITE) – alguns casos necessitarão de abordagem do ortopedista. Sendo assim, se houver claramente necessidade de abordagem cirúrgica ou suspeita desta necessidade, sugerimos que o paciente seja encaminhado ao ortopedista, para esta avaliação.

Tendinopatias, dorsalgias, lombalgias e cervicalgias não complicadas e sem sinais de alarme devem ser avaliadas pelo médico da APS, se necessário, investigadas e tratadas pelo mesmo, inicialmente. Sugere-se encaminhar ao reumatologista casos onde o paciente já tenha sido avaliado pelo ortopedista e este não tiver indicado intervenção ortopédica. Ou encaminhar imediatamente para reumatologista após exames iniciais quadros que necessitem de investigação

reumatológica, tais como lombalgias, dorsalgias e cervicalgias de ritmicidade inflamatória, ou quando há outros sinais / sintomas na história que sugiram doença auto-imune subjacente ou complicações; tendinopatias ou tenossinovites que possam sugerir doença auto-imune subjacente, ou então quadros que não estejam respondendo ao tratamento inicial realizado na APS.

O QUE DEVE CONSTAR NO ENCAMINHAMENTO, E EXAMES IMPORTANTES

1- Hipótese diagnóstica, descrevendo sinais e sintomas que sugerem tal hipótese.

2- Exames já realizados e se usou alguma medicação.

3- Suspeita de Artrite Reumatóide(AR): encaminhar com história clínica sucinta informando minimamente locais da dor e locais de artrite, características da dor, quantificar rigidez matinal e qual tempo de evolução. Relatar os achados importantes do exame físico.

Exames - Sugere-se minimamente: Hemograma completo, VHS, PCR, fator reumatóide, e, se dúvida diagnóstica, ácido úrico. Outros ficam a critério do médico assistente.

4- Suspeita de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): além dos dados relatados no primeiro item, informe se há acometimento de órgão nobre. Sugerimos que o médico da APS (atenção primária) avalie se este paciente pode aguardar consulta ambulatorial. Caso se trate de uma urgência, o paciente deve ser encaminhado a um PA / UPA.

Exames: sugere-se minimamente: Hemograma completo, VHS, PCR, uréia, creatinina, TGO, TGP, FAN, EAS; e proteinúria de 24 horas. Outros ficam a critério do médico assistente.

5- Suspeita de Febre Reumática: além dos dados relatados no primeiro item, sugere-se minimamente os seguintes exames :Hemograma, VHS, PCR, uréia, creatinina, TGO, TGP, ASLO, ECG, ECOCARDIOGRAMA, RX tórax.

Sugerimos ao médico da APS avaliar se o paciente pode aguardar por consulta eletiva. Caso haja necessidade de internação hospitalar, sobretudo nos quadros de febre reumática aguda, o fluxo a ser seguido para a internação é outro, conforme explicado na introdução deste protocolo. Pacientes com suspeita de acometimento cardíaco agudo, sugerimos que devam ser prontamente hospitalizados até elucidação diagnóstica. Outros casos, a critério da avaliação clínica.

SERÃO CONSIDERADAS PRIORIDADES:

- Casos que apresentem indícios de auto-imunidade, principalmente aqueles que tenham envolvimento extra-articular, ou seja, acometimento de outros órgãos e sistemas, além das articulações, tais como pulmão, rins, coração, olhos, dentre outros.
- Artralgias persistentes em pessoas jovens ou de meia idade, com sinais de alerta ou sobretudo se dor articular de padrão inflamatório matinal.

- Casos de artralguas, sobretudo poliartralguas, de ritmicidade inflamatória (piora com repouso e alivia com atividade física), características simétricas, que incluem mãos ou punhos, com duração maior de 6 semanas, a se destacar com sinais de sinovite em alguma articulação (presença de dor, rubor, calor local, aumento de volume articular), presença de nódulos reumatóides, sobretudo se aumento de VHS e/ou PCR.
- Presença de fraqueza muscular com aumento de VHS, ou PCR, ou aumento significativo de CPK.
- Sinais de assimetria de pulso ou indícios de vasculites sistêmicas.
- Febre reumática em criança/adolescente, sobretudo se presença de acometimento de valva cardíaca.
- Algoneurodistrofias que ainda não tiverem em acompanhamento com outro especialista, e, sobretudo, em caso de dor intensa localizada ou diminuição da mobilidade.
- Outros, a se depender do relato da história clínica.

Alguns sinais e sintomas, que, em conjunto com outros dados clínicos, podem ser indícios de doença auto-imune reumatológica e podem merecer uma investigação criteriosa, desde que a anamnese direcione para isto: lesão discóide, eritema malar, fotossensibilidade, pericardite ou pleurite, úlceras orais frequentes, úlcera de mucosa nasal, sintomas de secura oral ou ocular há pelo menos 3 meses, psicose / convulsão, anemia hemolítica ou de doença crônica, leucopenia < 4.000, plaquetopenia < 100.000, proteinúria > 500mg/24horas, cilindrúria anormal ao EAS, poliartrites ou poliartralguas com rigidez matinal maior ou igual a 1 hora, dor em região de metacarpofalangeanas, sintomas constitucionais como perda de peso inexplicada, febre persistente, mal estar crônico, uveítes, balanite, fenômeno de Raynaud associado a outros sinais/sintomas, artralguas associadas a doença inflamatória intestinal, dor em região sacral de ritmicidade inflamatória, crônica, sobretudo se associada a entesite de calcâneo, artralguas associadas a lesões psoriásicas, trombozes e abortos de repetição, síndromes pulmão-rim, assimetria de pulsos com VHS ou PCR altos, dentre outros.

Estes sinais / sintomas não devem ser analisados isoladamente, mas num contexto clínico que direcione para suspeita de doença reumática.

OBSERVAÇÕES

1- As informações aqui listadas e explicadas são feitas com intuito de auxiliar o médico da APS, ou outro médico assistente, no direcionamento às especialidades, a ser feito quando todas as possibilidades em seu nível de atenção tenham se esgotado ou, ao menos inicialmente investigadas para adiantar o processo diagnóstico.

Este protocolo adquire um caráter de utilidade no fluxo ambulatorial do SUS para melhor atender as demandas. São recomendações, não devendo ser consideradas absolutas. O médico da APS ou

outro médico que esteja assistindo o paciente de perto tem autonomia para solicitar a avaliação do especialista sempre que achar necessário, independente das recomendações aqui enumeradas, bem como os exames que achar necessário no momento da avaliação, dentro de critérios e fundamentações clínicas e teóricas.

2- Crianças e adolescentes, com suspeita de doença reumática, devem ser encaminhados, seguindo os mesmos critérios abordados anteriormente, também com embasamento clínico e exames de rastreio.

24- UROLOGIA

1- Disfunção Erétil

Encaminhar os pacientes descrevendo os dados relevantes de história clínica e dados discriminadores de exame físico, especialmente pacientes com doença de base como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, ICC, obesidade, dislipidemia, alcoolismo, traumas, depressão, causas endocrinológicas e causas neurológicas, pacientes com anomalias anatômicas, procurando excluir ingestão de substâncias indutoras de disfunção sexual, (anti-hipertensivos, psicotrópicos, drogas ilícitas e nicotina), excluir causas psicogênicas, principalmente pacientes com menos de 40 anos.

Exames prévios necessários – Colesterol total e frações, glicemia de jejum, PSA total se pertinente, creatinina sérica, TSH e T4 livre.

2- Ejaculação Precoce

Encaminhar os pacientes descrevendo os dados relevantes de história clínica e dados discriminadores do exame físico. Excluir causas Psicogênicas e identificar causas orgânicas mais comuns (cirurgia púbica ou abdominal radial, trauma ou doença medular espinhal baixa , Diabetes Mellitus, bloqueio farmacológico ou drogadição).

3- Lítíase Renal

Encaminhar os pacientes descrevendo os dados relevantes da história clínica e dados discriminadores do exame físico com histórico de cálculos maiores que 6 mm, formação frequente de cálculos, cólicas nefréticas persistentes e recidivantes , presença de hidronefrose

Exames prévios necessários –Ultrassonografia do aparelho urinário, Urina 1, Urocultura, Rx simples do abdômen

Prioridade de encaminhamento - obstrução das vias urinárias

4- Prostatismo

Dados relevantes da história clínica (sintomas de obstrução urinária), dados discriminadores do exame físico (exame digital prostático anual em pacientes com idade acima de 50 anos), excluir infecção do trato urinário, suspeita de hiperplasia prostática benigna com ausência de melhora no tratamento ou relato de piora de sintomatologia (especificar tratamento), cistolitíase.

Exames prévios necessários – Urina 1, Urocultura, PSA total para pacientes acima de 50 anos e com nódulo prostático palpável

Prioridade de encaminhamento – Retenção urinária aguda, hematúria, **suspeita de câncer de próstata.**

5- Infecção do Trato Urinário

Os casos de infecção urinária deverão ser encaminhados ao urologista apenas quando refratários ao tratamento, não havendo necessidade de encaminhar para avaliação uma primeira infecção ou infecção simples, sem associação com patologia urinária como hidronefrose ou litíase. Quando em vigência de ITU refratária ao tratamento ou de repetição, encaminhar ao urologista já de posse de ultrassonografia de rins e vias urinárias.

Encaminhar os pacientes descrevendo a História clínica sucinta contendo sinais e sintomas, evolução, patologias associadas. Especificar os tratamentos anteriores e os medicamento em uso. Detalhar os motivos do encaminhamento ao especialista.

Exame Físico - Relatar os achados importantes.

Exames prévios necessários – Exame de Urina Rotina, Urocultura, Antibiograma e glicemia.

6- Cólica Nefrética

O médico assistente deverá fazer o diagnóstico diferencial com lombalgia de origem ósteo-muscular. Encaminhar ao urologista apenas os pacientes com calculose confirmada, para avaliação de indicação cirúrgica ou terapia para desobstrução, ou quando ocorrer cólicas persistentes. O paciente com cólica nefrética aguda deverá ser encaminhado para serviço de urgência.

Encaminhar o paciente descrevendo história clínica sucinta caracterizando os sinais e sintomas, em especial a presença de dor, sua localização com irradiações, evolução e patologias associadas. Relatar os tratamentos realizados e o motivo do encaminhamento .

Exame Físico - Relatar os achados significativos.

Exames prévios necessários – urina rotina. RX de abdome em AP com preparo ou ultrassonografia de rins e vias urinárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **ELIAS JR**, Antonio Mauro. Protocolos de Encaminhamento para Especialidades e Rotinas para Pedidos de Exames/ Procedimentos de Média e Alta Complexidade, **Secretaria Municipal de Saúde deTangará da Serra (MT)**, 2010
2. **FORMIGA et al.** Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. **Secretaria Municipal de Saúde de SãoCarlos, SP**, 2006.
3. **ROCHA et al.** Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média complexidade. **Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus**, Santo Antonio de Jesus BA,2007.
4. **SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MATO GROSSO** – Protocolos de Regulação do Estado do Mato Grosso, Cuiabá (MT) 2011
5. **SECRETARIA DE SAÚDE ESTADO DO RIO DE JANEIRO** – Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais, VERSÃO 1.4, 2015 . Disponível em: http://www.subpav.org/download/sisreg/SISREG_regulador_protocolo.pdf–
6. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAL.** Protocolos de Regulação da Atenção Especializada, Blumenau (SC) 2011
7. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIADEMA.** Protocolos de Regulação do Acesso Especialidades Médicas, Diadema (SP), 2008
8. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUARULHOS.** Protocolos de Regulação da Atenção Básica, para Encaminhamento aos Especialistas e Exames e Procedimentos de Alta Complexidade, Gaurulhos (SP), 2009
9. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA**, Protocolo de Regulação do Município de Vitória, Vitória (ES) 2012
10. **VILAR et al.** Protocolos de Acesso às Consultas Especializadas. Secretaria de Saúde de Recife.

Central de regulação do Recife, manual vol.1, Recife (PE), 2006.

11. **ZANON e tal.** Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Secretaria Municipal de Saúde de Joinville(SC), 2002.