



*PREFEITURA DE GUARULHOS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE*

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO MÉDICA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

LINHA DE CUIDADO

EXAMES / PROCEDIMENTOS

ENCAMINHAMENTOS

5ª versão

Maio 2015

CARLOS CHNAIDERMAN

Vice-Prefeito e Secretário da Saúde

TÉREZA PINHO DE ALMEIDA

Secretária Adjunta da Saúde

BERENICE SABINO DO VALLE TROTTA

Diretora do Departamento do Complexo Regulador da Saúde

SOLANGE CRISTINA APARECIDA VIALLE

Diretora do Departamento de Recursos Humanos da Saúde

ENEIDA DA SILVA BERNARDO

Diretora do DARAS

DENILSON TAKEHIKO TOGUCHI

Coordenação da Atenção Básica

GUILHERME DEL GRANDE OLIVEIRA

Diretor do Departamento de Administração do Hospital Municipal de Urgência

**MARIA LUIZA FERREIRA SOUZA VIEIRA DA
CUNHA**

*Diretora do Departamento de Administração do
Hospital Municipal da Criança e do Adolescente*

**HELOISA HELENA SAMPAIO FERREIRA DE
CASTRO**

*Diretora do Departamento Administrativo da Região de
Saúde I - Centro*

EDUARDO UENO

*Diretor do Departamento Administrativo da Região de
Saúde II - Cantareira*

MARIA LETÍCIA ATAÍDE BRAZ VARGAS

*Diretora do Departamento Administrativo da Região de
Saúde III - São João / Bonsucesso*

ANTONIA MARIA PERES DE CARVALHO

*Diretora do Departamento Administrativo da Região de
Saúde IV - Pimentas / Cumbica*

CRISTINA MAGNABOSCO

Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde

SILVIO JORGE DE OLIVEIRA

*Diretor do Departamento Administrativo Financeiro da
Saúde*

Equipe Técnica Consultiva:

ANA LUIZA DE PAIVA MACHADO - CF 11.291 - CRM 60.379

Médica pediatra, Especialista em acupuntura médica.

ANDREA OTTONI TEATINI ALDRIGHI - CF11.223 - CRM 55.994

Médica, Especialista em Cirurgia Vasculuar, Membro da Sociedade Paulista de Angiologia e Cirurgia Vasculuar, Pós-Graduação em Saúde Pública e Administração Hospitalar.

ANTONIO HENRIQUE DE FIGUEIREDO - CF 12.954 - CRM 63.718

Médico Gastroenterologista, Especialista em Endoscopia do Aparelho Digestivo.

CARLOS MANOEL DA SILVA TOMÉ - CF 5.506 - CRM 36.719

Médico, Especialista em Administração de Serviços Públicos de Saúde Pela FGV/Prohasa.

CARLOS ALBERTO C. COSTA - CRM 67.208

Médico Ginecologista e Obstetra, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Habilitação em Histeroscopia e Laparoscopia (Febrasgo), Delegado do CREMESP.

CARMEN MORA LUNAR - CF 16.402 - CRM 60.624

Médica Pediatra, Especialização em Saúde Pública e Administração Hospitalar.

CLAUDIA KYONG CHA VASCONCELOS - CF 17987 - CRM 69.026

Médica, Especialista em Cirurgia Geral, Especialista em Acupuntura.

CLAUDIO LOURENÇO DA SILVA - CF 46.868 - CRM 118.493

Médico, Especialista em Mastologia, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Engenheiro de Computação e Mestre em Informática.

DANIELA DE CASTRO ROSSI E ROCHA - CF 29.944 - CRM 94.401

Médica, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Subespecialidade em Ginecoendócrino, Especialista em Ultrassonografia, Membro sócio da Sociedade Brasileira

Secretaria Municipal da Saúde

de Ultrassonografia, Membro da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

DARCIO ANTONIO CARDOSO DE ARAUJO - CF 36.928 - CREFITO 3/78909

Fisioterapeuta pela Universidade Bandeirante de São Paulo, Pós-Graduação No Hospital das Clínicas - USP Fisioterapia Respiratória, Curso no Instituto Cohen Aparelho Locomotor no Esporte, Curso de Equoterapia Na Escola de Oficiais da Polícia Militar Barro Branco, Curso No Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês-Bls (Basic Life Support).

DENIZE MENEZES LOURENÇO - CF 41.216 - CRM 92.377

Médica Neonatologista, Especialista em Neonatologia pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Membro da Sociedade Brasileira de Pediatria, Consultora Internacional de Amamentação do IBLCE.

DENISE RANGEL PESTANA - CF 50.407 - CRM 60.938

Médica, Doutora em Medicina, Especialista em Cancerologia Clínica, Fellow do Fred Hutchinson Cancer Research Center.

EDUARDO DAVID KIRZNER - CF 12.747 - CRM 72.213

Médico Cirurgião Geral, Especialista em Cirurgia do Aparelho Digestivo e Endoscopia.

ELIANE CONCEIÇÃO MARTINS DE CARVALHO - CF 14.847 - CRM 61.666

Médica Pediatra, Especialista em adolescentes, Saúde Pública, Administração Hospitalar, Homeopatia e Acupuntura.

EMILY IZUME HINOUE - CF 43.978 - CRM 79.102

Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Mestre em Ginecologia, Pós-Graduanda (Nível Doutorado) Pela Escola Paulista UNIFESP e Associada da FEBRASGO e SOGESP.

EVA WILMA MERCADO ROJAS - CF 48.383 - CRM 130.047

Médica Anestesiologista.

Secretaria Municipal da Saúde

FERNANDA CLÉIA O DE HOLANDA - CF 30.008 - CRM 80.856

Médica, Pós-Graduação em Medicina Estética pelo IBRAPE, Especialista Medicina Tradicional Chinesa pela UNIFESP e Especialista em Pediatria.

GIACOMO TROTTA - CF 29.473 - CRM 71.115

Médico, Ginecologia e Obstetrícia, Acupuntura, Hebeatría, Mestre em Saúde Materno-Infantil.

GISELE GONÇALVES PEREIRA DOS SANTOS - CF 24.062 - CRSS 24.722

Assistente Social.

GRACIANE DIAS FIGUEIREDO MECHENAS - CF 25.131 - CRM 88.270

Médica Cirurgia Geral, Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Membro da SOBRACIL.

HELOISA HELENA SAMPAIO FERREIRA DE CASTRO - CF 10983 - CRM 63612

Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Membro da FEBRASGO e da SOGESP.

IIVALDO DA SILVA - CF 42.899 - CRM 79.690

Mestrado, Doutorado, Pós-Doutoramento, Professor da Pós-Graduação do Departamento de Ginecologia da UNIFESP, Membro do CEP (Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Samaritano, Membro do CCIH Centro de Controle de Infecção Hospitalar, Membro da International Menopause Society, Avaliador do INEP do Ministério da Educação).

JOSÉ AUGUSTO FERREIRA BITTENCOURT - CF 46.899 - CRM 133.241

Médico Urologista.

JOSÉ CARLOS YAMASHIRO - CF 37530 - CRM 62.762

Médico Pediatra, Hemoterapia Pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, Pós-Graduação em Administração Pela Fundação Getúlio Vargas, Membro da Sociedade Paulista de Medicina.

JOSÉ SÉRGIO IGLESIAS FILHO - CF 6.602 - CRM 46.909

Médico Ortopedista, Pós-Graduação em Administração Hospitalar, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão.

KARINA TIEMY MATSUMOTO - CF 45.984 - CRFa 15.346

Fonoaudióloga.

LAILA SABINO GARRO - CF 46873 - CRM 128.094

Médica Alergologista.

LEONEL LUZ VAZ MORENO - CF 6.612 - CRM 20.060

Médico Oftalmologista, Conselho Brasileiro de Oftalmologia e Especialidade em Oftalmologia.

LINCOLN DE ASSIS JUNIOR - CF 14.849 - CRM 59.277

Médico, Especialista em Clínica Geral e Medicina do Trabalho.

MAGDA COSTA SILVA - CF 46.906 - CRM 75.358

Médica Clínica Geral, Pós-graduação em Administração Hospitalar.

MARCELO CORADINI DE OLIVEIRA - CF 29.788 - CRM 74.253

Médico, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

MARCO ANTONIO GRANDINI IZZO - CF 11.752 - CRM 33.458

Médico, Consultor na Universidade de Mogi das Cruzes, Gestão Pública na Área Hospitalar, Diretor Técnico da Santa Casa de Suzano, Pós-Graduação em Clínica Geral e Habilitação Administração Saúde Pela Fundação Getúlio Vargas.

MARIA DE FÁTIMA T.N. COSTA -CF 11070 - CRM 56.479

Médica Pediatra, Especialista em Pediatria Social e Puericultura, Especialista em Saúde Pública e Administração Hospitalar, Especialista em Acupuntura.

Secretaria Municipal da Saúde

MARIA LUIZA HIPÓLITO - CF 11.754 - CRM 56.014

Médica, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Especialista em Trato Genital Inferior, Especialista em Saúde Pública, Membro da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

MIRIAM TEREZINHA DE PAULA CF 17.214 - CRBIO 02875/01

Bióloga, Pós-graduada em Análises Clínicas e Vigilância Sanitária.

MONICA SILVEIRA CINTRA CF 30.321 CRM 21.457

Médica, Especialista em Pediatria, Médica Sanitarista, com Pós-Graduação em Saúde Pública, Membro da Sociedade Brasileira e Paulista de Pediatria e Membro da Sociedade Brasileira e Paulista de Medicina.

PATRICIA HELAINE PEREZ MOREIRA CITRANGULO CF 2.900 - CRM 94.892

Médica, Especialista em Clínica Geral, Dermatologia e Pneumologia.

PAULO CÉSAR FALCÃO DE PAIVA - CF 41.258 - CRM 59.268

Médico Pediatra e Neonatologista, Pós-Graduação em Pediatria, Membro da Sociedade Brasileira de Pediatria e Membro da Sociedade Brasileira de Intensivistas.

PÉRSIO BIANCHINI MARIANI - CF 25.367

Cirurgião Dentista, estudante do 5º ano de medicina, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, Membro da International Association of Oral and Maxillofacial Surgery, Ex Residente da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Fellow da Universidade da Pennsylvania na área de Cirurgia e Traumatologia Maxilo Facial, Mestre Pela Fundação Antonio Prudente - Hospital A.C. Camargo.

ROBERTO MASSAO HORI - CF 45.493 - CRM 41.199

Médico, Especialista em acupuntura.

RODRIGO CARVALHO SANTOS - CF 46.880 - CRM 125.392

Médico, Especialista em Ortopedia e Traumatologia, Especialista em Cirurgia de Joelho e Medicina do Esporte.

Secretaria Municipal da Saúde

SÉRGIO JOSÉ DA SILVA - CF 30.317 - COREN

Enfermeiro, Especialização em Gerenciamento de Unidades de Saúde, Docência para Enfermeiros; Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde.

SILVIA FERREIRA DE SOUZA - CF 25.381 - CRO 50.549

Cirurgia Dentista, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde (Gerus), Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva, Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva.

SONIA MARIA MISSI - CF 37.131 - CRM 37.161

Médico Membro da Sociedade Brasileira de Reumatologia e Associação Paulista de Reumatologia Mestrado em Reumatologia.

TÉRESA PINHO DE ALMEIDA TAHIRO - CF-18.053 - CRM 41.720

Médica Pediatra, Sanitarista, Especialização em Administração Hospitalar e Homeopatia.

TELMA DE MOURA REIS - CF 25.354 - CRM 72.746

Médica Pediatra, Especialista em Auditoria em Saúde, Técnica em Patologia Clínica.

VERA LÚCIA POLVERINI - CF 14.924 - CRM 48.879

Médica Psiquiatra, Professora Assistente da UNITAU, Sócia da Associação Brasileira da Psiquiatria, Sócia da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil.

VICTOR YOSHIOKA SALERMO CF 48.109 - CREFITO 86.091-F

Fisioterapeuta, Pós-graduado em Fisiologia do Exercício e Geriatria, Pós-graduado em Fisioterapia do Trabalho.

VIVIANE CAMINSK - CF 29.956 - CRM 94.916

Médica Cardiologista, Membro da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP), Membro da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).

Secretaria Municipal da Saúde

VIVIANE HADDAD SILVA HIGUCHI - CF 18.570 - CRBM 4.062

Biomédico Membro da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC), Título de Especialista em Análises Clínicas e Citologia Oncótica pela SBAC, Pós Graduada em Saúde Pública, Administração Hospitalar e Análises Clínicas.

CEMEG

UBS PAULISTA

HOSPITAL JESUS, JOSÉ E MARIA



APOIO TÉCNICO ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA - SEÇÃO REGIONAL

GUARULHOS

Equipe Consultiva do Protocolo para Atendimento no CERESI:

ÂNGELA SESOKA

Nutricionista, formada em 2004 pela Faculdade de Saúde Pública - USP, atuando na equipe desde 2009. Curso de Extensão Universitária em Gerontologia e Geriatria - Centro de Estudos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, (108 horas) - 2010.

CARLA FABIANA BARBOSA CRISTOVÃO PUTINI

Médica formada em 1997 pela Universidade Severino Sombra-RJ. Residência de Clínica Médica no Hospital Ipiranga. Especialista em geriatria pelo Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo em 2002. Atuando na equipe desde 2009.

CARLA SALVATORE SÁ

Terapeuta ocupacional, formada pelo Centro Universitário São Camilo em 2006;

aprimoramento em Terapia Ocupacional em Saúde Mental pelo CAISM da Santa Casa em 2007; participação do Curso Introdutório de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa no SUS, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde, em 2010. Atuando na equipe desde 2010.

DANIELA GOUVEA CUNHA DE CASTRO

Formada em 1999 pela Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda (RJ). Residência em clínica médica pelo Hospital Guilherme Álvaro. Especialização em Geriatria no Hospital das Clínicas - SP. Atuando na equipe desde abril de 2009. Curso de Extensão Universitária em Gerontologia e Geriatria - Centro de Estudos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, (108 horas) - 2010.

FLÁVIA GONÇALVES DE ARAÚJO

Nutricionista, formada pela Universidade de Franca, em 2008. Aluno especial na Universidade de Campinas na Faculdade de Engenharia de Alimentos. Iniciando em 2011.

GILBERTO DE ALMEIDA

Possui licenciatura plena em educação física pela Faculdades Integradas de Guarulhos - 2000. Pós Graduação em fisiologia do exercício pela UNI FMU e pós graduação em Método Pilates - Universidade Gama Filho, 2011. Iniciando em 2011.

HELENA MARÇAL DE SOUZA LIMA

Enfermeira, formada em 1992 pela FIG, atuando na equipe desde 2005, especialista em Saúde do Trabalho.

JANAÍNA ISHIRO AOKI

Médica formada em 2003, pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, especialista em geriatria pelo Hospital do Servidor Público Municipal em 2008, título em geriatria em 2010. Atuando na equipe desde 2009.

KÁTIA CRISTINA SILVA DE FREITAS

Fonoaudióloga, formada em 2005, pela UNIFESP, atuando na equipe desde 2009,

aprimoramento em fonoaudiologia clínica pelo HC FMUSP, curso avançado em disfagia pelo HC FMUSP, aprimoramento em dislexia e distúrbios de aprendizagem pelo CEFAC. Curso de Extensão Universitária em Gerontologia e Geriatria - Centro de Estudos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, (108 horas) - 2010.

KIE FUJIMORI

Cirurgiã-dentista formada em 1993 pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP-SP). Especialização em odontogeriatrics pela Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (APCD) em 2007, atuando na equipe desde 2009. Curso de Extensão Universitária em Gerontologia e Geriatria - Centro de Estudos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, (108 horas) - 2010.

MARIA APARECIDA CABRERA BRAGA GUIMARÃES

Psicóloga formada em 1981 pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Guarulhos, atuando na equipe desde 2006, especialista em psicologia clínica.

MÔNICA OMORI SCATOLIM

Terapeuta ocupacional, graduada pela PUC Campinas em 2006. Especialista em reabilitação física pela UNIFESP - 2009. Iniciando em 2011.

SEBASTIANA ALVES CELESTINO

Assistente social, formada na PUC-SP em 1989, curso de especialização em atendimento em saúde mental, atendimento a criança e ao adolescente, curso Criminologia, fornecido pela secretaria de Administração Penitenciária e outros na área da saúde.

SELMA CARANDINA LOPES

Gerente de unidade de saúde desde 2006 - formação em Psicologia, UNG 1985. Especialista em Psicologia Infantil UNG 1992. Formação em Psicanálise da Criança - Inst. Sedes Sapientiae, 1997. Mestre em Psicologia Clínica 1999 - PUC Campinas. Curso Básico de Gerontologia - Centro de Estudos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, (108 horas) - 2000. Especialista em Gerenciamento de Unidade de Saúde - GERUS

Universidade de São Paulo – Fac. de Saúde Pública, 2007. Doutora em Psicologia Clínica, 2007 PUC – SP.

SÉRGIO JOSÉ DA SILVA

Gerente de unidade de saúde - formação em enfermagem. Formação em Docência para o nível superior, 2009. Especialista em Gerenciamento de Unidade de Saúde – GERUS Universidade de São Paulo – Fac. de Saúde Pública, 2007. Especialização em Gestão da Clínica na Rede de Atenção à Saúde, Hosp. Sírio Libanês, 2010.

WILSON CARVALHO DE ARGOLLO

Fisioterapeuta formado em 1973 pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, atuando na equipe desde 1999, especialista em administração hospitalar, saúde pública e educação em saúde, curso de extensão em gerontologia (HSPMSP).

Além da equipe participou da construção do protocolo:

Maria Célia Ohara

Zilma Nascimento

APRESENTAÇÃO

Protocolo de Regulação da Atenção Primária é um dos subsídios que visa a consolidação das Redes de Serviços Regionalizados e da Linha de Cuidado, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, programação e regulação, estruturando as chamadas “redes funcionais”, em busca de garantir de forma mais racional o acesso da população a todos os níveis de atenção.

Esperamos que o presente Protocolo, que periodicamente será revisado e implementado, seja uma ferramenta para os profissionais de todos os níveis de Atenção à Saúde e orientador dos encaminhamentos aos especialistas.

INTRODUÇÃO

A regulação do acesso no município de Guarulhos-SP começou com suas primeiras ações em meados de julho de 2006. Foram vários treinamentos, encontros, pactuações, etc., que resultaram na implantação da ferramenta “SISREG”. Atualmente também contamos com a ferramenta CROSS com seus módulos ambulatorial, hospitalar, pré-hospitalar e de urgência e emergência. Com isso queremos alcançar os princípios garantidos na Constituição para o SUS: Equidade, Integralidade e Universalidade.

Todo esse processo de trabalho é mediado pela transparência das ações, desde o que temos no município e como o utilizamos.

Há uma grande facilidade do usuário de agendar uma consulta de especialidade e/ou exame, indo à unidade básica de saúde, a qual está vinculado, e esta acessar o SISREG e solicitar o agendamento. Essa ação foi sem dúvida uma grande revolução no acesso das pessoas ao nível secundário do atendimento.

Para avançarmos mais um degrau na diretriz do Ministério da Saúde dentro da regulação do acesso, foi proposto por uma equipe de profissionais multidisciplinares da própria Secretaria da Saúde de Guarulhos, os quais conhecem as necessidades desta população em uma visão macro e suas referências em especialidades e exames no município, a formulação deste protocolo de regulação para a atenção primária.

Esperamos que este Protocolo traga facilidades aos profissionais que estão na linha de frente com os usuários e conhecem as suas reais necessidades. Com a sua utilização, tenho a certeza, o princípio da equidade estará garantido.

Sabemos que o protocolo não é isento de falhas, nem é estático, pois se reconhecem suas limitações que vão sendo aprimoradas pelo próprio processo de discussão, implementação e práticas diárias, cabendo com isso, o compromisso de sempre revisá-lo, tendo como norte a consolidação das Redes de Atenção, calçados na integralidade das ações, garantindo a linha do cuidado nos diversos pontos de atenção.

FUNCIONALIDADE DO SISREG

O QUE É SISREG?

Desde 2007 o município implantou a ferramenta SISREG-Datasus-MS como módulo de Regulação para consultas de especialidades e exames.

COMO ACESSAR?

Cada unidade de saúde do município (UBS, USF, Ambulatórios de especialidades, Policlínicas e Hospitais) acessam este sistema que funciona via web, 24 horas por dia, sete dias da semana, ficando a disposição e operacionalização do sistema dentro do horário de funcionamento de cada unidade de saúde.

Para acessar o SISREG, deverá a unidade entrar na internet e acessar o site www.saude.gov.br/sisregiii.

O sistema trabalha com identificação individual. Todo operador deverá ser cadastrado pela equipe da Central de Regulação Ambulatorial pelo telefone 2472-5056 / 2472-5057 e/ou e-mail: guarulhos.cra@gmail.com.

Após o cadastramento o usuário terá acesso a todo menu de especialidade e/ou exame que o município possui.

Para solicitar algum procedimento no SISREG, o usuário deverá estar com o “Caps Lock” acionado e com posse do cartão nacional de saúde (CNS) do paciente e requisição médica do pedido com CID (Código Internacional da Doença) que são itens obrigatórios.

A regulação do acesso funciona com o princípio da equidade (tratamento diferente para se chegar a igualdade, dar mais a quem precisa mais) por isso alguns procedimentos são regulados, passam por uma equipe multiprofissional a qual baseada neste protocolo liberará a vaga imediatamente, mais tarde ou não.

Os procedimentos regulados são aqueles onde hoje há uma demanda maior que a oferta e onde haja uma maior necessidade de um olhar diferenciado. Essa situação é dinâmica, assim que ela for mudando o rol de procedimentos regulados vai sendo alterado. A lista de procedimentos regulados se encontra na tela principal do SISREG.

QUANDO E COMO ACIONAR O PROFISSIONAL REGULADOR?

O Complexo Regulador Municipal de Guarulhos é composto de 3 centrais:

1. Central de Regulação Ambulatorial (CRA);
2. Central de Regulação Hospitalar (CRH);
3. Central de Regulação de Urgência (CRU).

As 3 centrais estão num mesmo espaço físico, situado na **Avenida Emílio Ribas, 1.720** - próximo à Sede da Secretaria da Saúde.

Modos para acionar o profissional regulador:

1. Pelo SISREG quando o regulador devolve algum pedido;
2. Pelos telefones das centrais reguladoras:

<i>CENTRAIS</i>	<i>CONTATO</i>	<i>HORÁRIO COMERCIAL</i>
Regulação Ambulatorial	2472-5056 / 5017	8h às 17h
Apoio a Rede *	2472-5054	8h às 17h
Regulação Hospitalar	2472-5018/5019	8h às 17h
Regulação de Urgência	2472-5009	24 horas

* Estação Médica para casos de priorização

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

<i>COR</i>	<i>CLASSIFICAÇÃO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>
VERMELHO	P0 (prioridade zero)	Emergência Tempo de 30 dias
AMARELO	P1 (prioridade um)	Urgência Tempo de 3 meses
VERDE	P2 (prioridade dois)	Não urgente Tempo de 6 meses
AZUL	P3 (prioridade três)	Atendimento eletivo Tempo de 12 meses

Ao término do prazo, os pacientes não atendidos retornam para as unidades para reavaliação pelos médicos.

Observações a serem consideradas no preenchimento de todas as solicitações de Consultas com os especialistas:

- Toda solicitação para especialistas deve ser feita em guia de encaminhamento;
- Toda solicitação de consultas com especialistas para ser realizada deve estar preenchida corretamente, de maneira legível e em todos os campos: nome completo, idade, número do prontuário, sexo e origem do paciente;
- Descrever o quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido, principalmente se for indicado prioridade, descrevendo ou anexando também resultados de exames prévios, relacionados ao quadro, se realizados;
- Cada requisição de consulta deve conter apenas 1 (um) encaminhamento de maneira legível;
- É necessário data da solicitação e identificação do médico, com carimbo e assinatura;
- O formulário de Requisição de Consultas deve estar identificado, com o carimbo da Unidade de Saúde, onde o paciente foi atendido, que servirá para a contra-referência;
- Toda requisição de consulta agendada via SISREG, deverá conter o número chave gerado pelo sistema (anexado com a guia ou transcrito no verso do mesmo);
- É obrigatório o preenchimento pelo especialista (todos) do espaço do encaminhamento trazido na primeira consulta pelo paciente, destinado à avaliação e conduta no caso, para que o paciente retorne ao médico que o encaminhou, com informações consistentes e detalhadas que permitam a este, continuar o acompanhamento na Atenção Básica, seja definitivo, seja entre as consultas de retorno na especialidade.

ÍNDICE

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ACUPUNTURA	27
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ALERGOLOGIA.....	28
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ALERGOLOGIA INFANTIL.....	31
PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO AO ATENDIMENTO NUTRICIONAL (MÉDIA COMPLEXIDADE)	33
PROTOCOLO PARA CONSULTA COM O BUCO MAXILO FACIAL	33
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA.....	35
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA INFANTIL	40
PROTOCOLO PARA MORBIDADE DE ENCAMINHAMENTO AO CENTRO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE -CEP	41
PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO DE CIRURGIAS AMBULATORIAIS	42
PROTOCOLO PARA CONSULTAS EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	43
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLÓGICA	46
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA	47
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CIRURGIA DE MÃO.....	47
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA.....	51
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CIRURGIA TORÁCICA	54
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR.....	57
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM DERMATOLOGIA	59
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM DERMATOLOGIA INFANTIL.....	63
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA	65
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	67
PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO DE AVALIAÇÃO COM O FISIOTERAPEUTA	71
PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO DE AVALIAÇÃO COM O FISIOTERAPEUTA INFANTIL	72
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA	72
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA INFANTIL.....	76
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA	77
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM HEMATOLOGIA	78
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM HEMATOLOGIA INFANTIL	79
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM HEPATOLOGISTA PEDIÁTRICO	79

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM HEBEATRIA	80
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM INFECTOLOGIA	80
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM INFECTOLOGIA INFANTIL	81
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM MASTOLOGIA	82
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM MEDICINA DO TRABALHO (ESTABELECIMENTO DE NEXO CAUSAL)	84
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM NEFROLOGIA	89
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM NEFROLOGIA INFANTIL	90
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM NEUROLOGIA	90
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM NEUROLOGIA INFANTIL	92
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM NEUROCIRURGIA	93
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	94
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ORTOPEDIA	97
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ORTOPEDIA INFANTIL	98
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM PNEUMOLOGIA.....	101
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM PNEUMOLOGIA INFANTIL	105
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM PROCTOLOGIA	107
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM REUMATOLOGIA	110
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM UROLOGIA	112
PROTOCOLO PARA CONSULTA EM UROLOGIA INFANTIL	115
EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE.....	117
PROTOCOLO PARA CINTILOGRAFIA DO SISTEMA DIGESTIVO	117
PROTOCOLO PARA CINTILOGRAFIA DO SISTEMA ENDÓCRINO	117
PROTOCOLO PARA CINTILOGRAFIA DE FÍGADO, BAÇO E VIAS BILIARES	118
PROTOCOLO PARA CINTILOGRAFIA COM GÁLIO 67.....	118
PROTOCOLO PARA CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULITE DE MECKEL	119
PROTOCOLO PARA DENSITOMETRIA ÓSSEA	119
PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR	119
PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO E ENCÉFALO	120
PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE TÓRAX.....	120
PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDOME	121
PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DA COLUNA VERTEBRAL	121

PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ARTICULAÇÕES	122
PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE PELVE	122
PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA	123
PROTOCOLO PARA URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	123
PROTOCOLO PARA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	124
PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA	124
PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E SELA TURCICA	125
PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DE TÓRAX	125
PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DE COLUNA	126
PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE	126
PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR	126
PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DA PELVE	127
PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES	127
PROTOCOLO PARA ANGIOTOMOGRAFIA	128
PROTOCOLO PARA BIOMETRIA	129
PROTOCOLO PARA BIÓPSIA DE PRÓSTATA	129
PROTOCOLO PARA BRONCOSCOPIA/BRONCOFIBROSCOPIA	130
PROTOCOLO PARA CAF (CIRURGIA DE ALTA FREQUENCIA)	131
PROTOCOLO PARA CAMPIMETRIA	131
PROTOCOLO PARA COLONOSCOPIA	132
PROTOCOLO PARA CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica).....	132
PROTOCOLO PARA ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	133
PROTOCOLO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	134
PROTOCOLO PARA ESPIROMETRIA	134
PROTOCOLO PARA ESTUDO URODINÂMICO	135
PROTOCOLO PARA HISTEROSCOPIA	135
PROTOCOLO PARA HOLTER 24 HORAS	136
PROTOCOLO PARA MAMOGRAFIA	136
PROTOCOLO PARA MAPEAMENTO DE RETINA	137
PROTOCOLO PARA MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	137
PROTOCOLO PARA SESSÕES DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA	138
PROTOCOLO PARA PAAF	138
PROTOCOLO PARA PENISCOPIA / ELETROCOAGULAÇÃO / BIÓPSIA DE PÊNIS	140

PROTOCOLO PARA RETOSSIGMÓIDOSCOPIA	140
PROTOCOLO PARA URODINÂMICA/UROFLUXOMETRIA	140
PROTOCOLO PARA ULTRASSONOGRAFIAS	141
PROTOCOLO PARA USG ABDOMINAL TOTAL	141
PROTOCOLO PARA USG DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	142
PROTOCOLO PARA USG DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL E TRANSRETAL	142
PROTOCOLO PARA USG DO APARELHO URINÁRIO	143
PROTOCOLO PARA USG DUPLEX SCAN / DOPPLER VENOSO / ARTERIAL (Membros inferiores, Membro superiores, carótidas e vertebrais).	143
PROTOCOLO PARA USG DO HIPOCONDRIO DIREITO	143
PROTOCOLO PARA ULTRASSONOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES (OSTEOMUSCULAR)	144
PROTOCOLO PARA USG DO GLOBO OCULAR	144
PROTOCOLO PARA USG TRANSFONTANELA	145
PROTOCOLO PARA USG DO TÓRAX	145
PROTOCOLO PARA USG DA BOLSA ESCROTAL	145
PROTOCOLO PARA USG DA TIREÓIDE	146
PROTOCOLO PARA USG PÉLVICO GINECOLÓGICO	146
PROTOCOLO PARA USG MORFOLÓGICO FETAL	146
PROTOCOLO PARA USG OBSTÉTRICA	147
PROTOCOLO PARA USG TRANSVAGINAL	148
PROTOCOLO PARA USG BI-DIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER (ECOCARDIOGRAMA)	148
PROTOCOLO PARA USG DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO	149
PROTOCOLO PARA USG OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO	149
PROTOCOLO PARA USG DE PARTES MOLES	149
PROTOCOLO PARA UROGRAFIA EXCRETORA	150
PROTOCOLO PARA TESTE DE ESFORÇO OU ERGOMÉTRICO	150
FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS DA MAMA.....	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	152
PROTOCOLOS CLÍNICOS DA SECRETARIA DA SAÚDE.....	153
PROTOCOLO DE ALEITAMENTO MATERNO DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS.....	153
PROTOCOLO ASSISTENCIAL EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	154
PROTOCOLO PARA O ATENDIMENTO NO CERESI	157

PROTOCOLO PARA “DOENÇA HEMOLÍTICA PERI NATAL”	158
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO ODONTOLÓGICA	160
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	170
SEMIOLOGIA / ESTOMATOLOGIA	170
CIRURGIA AMBULATORIAL	171
ENDODONTIA	175
PERIODONTIA	178
ATENDIMENTO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (NECESSIDADES ESPECIAIS)	180
PRÓTESE DENTÁRIA	184
ATENDIMENTO A PESSOAS COM SÍNDROME DO RESPIRADOR BUCAL - ORTOPEDIA FUNCIONAL E ORTODONTIA.....	187
NÚCLEO DE REABILITAÇÃO A PORTADORES DE LESÕES LABIOPALATAIS (N.R.P.L.L.P.)	188
ATENDIMENTO A PESSOAS COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) E DOR OROFACIAL	189
ODONTOLOGIA OCUPACIONAL - CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST)	191
ATENÇÃO TERCIÁRIA	193
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	193
CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL E TRAUMATOLOGIA	193
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (NECESSIDADES ESPECIAIS) SOB ANESTESIA GERAL	195
PROTOCOLO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR	196
PROTOCOLO PARA EXAMES DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	196
PESQUISA DE ANTICORPO ANTINUCLEO (FAN) OU ANTICORPO ANTINUCLEAR (ANA)	197
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS - SINÔNIMO APCA ANTIGÁSTRICAS, ANTICORPOS DE CÉLULAS ANTIPARIETAIS	199
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIREOGLOBULINA anti-Tg-Ab	199
ANTICORPO CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE VÍRUS DA HEPATITE B (anti-HBS)	199
PESQUISA DE ANTICORPO CONTRA ANTÍGENO DO VÍRUS DA HEPATITE B (anti- HBE)	200
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA VÍRUS DA HEPATITE C (anti-HCV)	200

PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMÍDIA	201
PESQUISA PARA EPSTEIN- BARR (ANTICORPOS HETERÓFILOS)	202
PESQUISA ANTICORPOS IgG ANTICITOMEGALOVÍRUS	203
PESQUISA DE ANTICORPOS IgG ANTITOXOPLASMA	203
PESQUISA DE ANTICORPOS IgG ANTITRYPANOSSOMA CRUZI	204
PESQUISA DE ANTICORPOS IgG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B – anti HBC - IgG	204
PESQUISA DE ANTICORPOS IgG CONTRA VÍRUS DA HEPATITE A (HAV – IgG) – (anti – HAV IgG)	205
PESQUISA DE ANTICORPOS IgM CONTRA VÍRUS DA HEPATITE A (HAV – IgM)	205
PESQUISA DE ANTICORPOS IgM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	206
PESQUISA DE ANTICORPOS IgM CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-ZOSTER	206
PESQUISA DE ANTICORPOS IgM CONTRA EPSTEIN-BARR	207
PESQUISA DE ANTICORPOS IgM CONTRA HERPES SIMPLES	207
PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA)	208
PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAg)	208
PESQUISA DO ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBeAg)	209
PESQUISA DE CLAMÍDIA (POR CAPTURA HÍBRIDA)	209
PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E / IgE ALÉRGENO-ESPECÍFICA	210
PESQUISA DE TRYPANOSSOMA CRUZI (IMUNOFLUORESCÊNCIA)	210
DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANA IgA OU ANTICORPOS ANTI TTG IgA	211
DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	211
CONTAGEM DE LINFÓCITOS B	211
CONTAGEM DE LINFÓCITOS T TOTAIS	212
DOSAGEM DE ALFAFETOPROTEÍNA	213
DOSAGEM DO ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	213
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	213
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	214
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IgA)	214
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IgE)	214
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IgG)	215
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IgM)	215
PESQUISA DE ANTICORPO IgG ANTICARDIOLIPINA	216

PESQUISA DE ANTICORPO IgM ANTICARDIOLIPINA	216
PESQUISA DE ANTICORPOS anti-SS-A (RO)	216
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	216
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA – IgG IgA IgM	217
DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	217
DOSAGEM DE CALCITONINA	218
DOSAGEM DE CORTISOL	218
DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	219
DOSAGEM DE SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS).....	219
DOSAGEM DE 17- ALFA HIDROXIPROGESTERONA	220
DOSAGEM DE ESTRADIOL	220
DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)	221
DOSAGEM DE GASTRINA	222
DOSAGEM DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)	222
DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	223
PESQUISA DE MACROPROLACTINA	223
DOSAGEM DE PROGESTERONA	224
DOSAGEM DE PROLACTINA	224
DOSAGEM DE PARATORMÔNIO (PTH)	225
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	225
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4L)	226
DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	226
GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA (TBG)	227
DOSAGEM DE TESTOSTERONA	227
DOSAGEM DE TSH	228
DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO POR HIV	228
TESTE DE TOLERÂNCIA A LACTOSE	229

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ACUPUNTURA

Motivos para Encaminhamento

1. Amigdalite de repetição;
2. Bursite;
3. Câimbras rebeldes ao tratamento tradicional;
4. Edemas de membros;
5. Artrose de joelho;
6. Hérnia discal (coluna);
7. Labirintite;
8. Baixa de resistência imunológica;
9. Fibromialgia;
10. Otite de repetição;
11. Paralisação facial;
12. Sequelas de AVC;
13. Doenças osteo musculares;
14. Depressão;
15. Ansiedade;
16. Insônia;
17. Cólica renal;
18. Conjuntivite;
19. Bronquite asmática;
20. Doenças reumáticas;
21. Epicondilite lateral;
22. Síndrome do túnel do carpo;

23. Lesão por esforço repetitivo;
24. Enxaqueca;
25. Alergia (atopia);
26. Obstipação intestinal;
27. Doenças funcionais (sem lesão);
28. Doenças psicossomáticas;
29. Síndrome do pânico;
30. Aumentar a libido;
31. Mioma uterino;
32. Dismenorreia e distúrbios menstruais.

HD – História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Relatar os achados importantes

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados

Não encaminhar – patologias cirúrgicas, deformidades ou sequelas antigas, patologia psiquiátrica medicamentosa sem autorização do médico psiquiatra, acupuntura estética ou sem agulhas e pacientes com Aicmofobia, Aiquimofobia ou Belonofobia (Medo de agulhas, injeções, objetos pontudos ou perfurantes).

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ALERGOLOGIA

Motivos para encaminhamento

1. Rinite alérgica de difícil controle;
2. Asma alérgica;

3. Urticária crônica;
4. Conjuntivite alérgica;
5. Dermatite atópica;
6. Dermatite de contato;
7. Alergia ao látex;
8. Alergia a insetos;
9. Reações de hipersensibilidade a medicamentos, contrastes ou vacinas;
10. Alergia alimentar;
11. Imunodeficiências primárias;
12. Asma grave corticodependente, asma corticorresistente.

1. Rinite Alérgica

HD – Encaminhar os pacientes de difícil controle

Exames complementares necessários – Hemograma completo, IgE

Exame físico – Citar os achados significativos

Prioridade – Casos de difícil controle

2. Asma Alérgica

HD - Encaminhar os pacientes de difícil controle

Exames complementares necessários – Hemograma, RX de Tórax, Imunoglobulinas IgG, IgA, IgM e IgE

Exame físico - Citar os achados significativos

Prioridade - Casos de difícil controle

3. Urticária Crônica

HD – Encaminhar os pacientes de difícil controle

Exames complementares necessários – Hemograma completo, IgE

Exame físico - Citar os achados significativos

Prioridade - Casos de difícil control

4. Conjuntivite Alérgica

HD – Encaminhar todos os pacientes com suspeita

Exames complementares necessários – Hemograma, IgE, Rast de inalantes

Exame físico - Citar os achados significativos

Prioridade – Casos de difícil controle

5. Dermatite Atópica

HD - Encaminhar todos os pacientes com suspeita

Exames complementares necessários – Hemograma, IgE

Exame físico - Citar os achados significativos

Prioridade - Casos de difícil controle

6. Dermatite de contato

HD – Encaminhar os pacientes de difícil controle

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico - Citar os achados significativos

Prioridade – Casos de difícil controle

7. Alergia ao látex

HD - Encaminhar todos os pacientes com suspeita

Exames complementares necessários – Rast de Látex

Exame físico - Citar os achados significativos

Prioridade - Casos de difícil controle

8. Alergia a insetos

HD - Encaminhar todos os pacientes com suspeita

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico - Citar os achados significativos

Prioridade - Casos de difícil controle

9. Reações de Hipersensibilidade a medicamentos, contrastes ou vacinas

HD - Encaminhar todos os pacientes com suspeita

Exames complementares necessários – Hemograma, IgE

Exame físico - Citar os achados significativos

Prioridade - Casos de difícil controle

10. Alergia Alimentar

HD - Encaminhar todos os pacientes com suspeita

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico - Citar os achados significativos

Prioridade - Casos de difícil controle

11. Imunodeficiências primárias

HD - Encaminhar todos os pacientes com suspeita

Exames complementares necessários – Hemograma, IgA, IgM e IgG

Exame físico - Citar os achados significativos

Prioridade – Todos os casos

12. Asma grave corticodependente ou corticorresistente

HD - Encaminhar todos os pacientes de difícil controle

Exames complementares necessários – RX de Tórax, Hemograma, IgE

Exame físico - Citar os achados significativos

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ALERGOLOGIA INFANTIL

Motivos para Encaminhamento

1. Asma;
2. Dermatite Atópica;
3. Urticária e Angioedema;
4. Alergia Alimentar;
5. Rinite.

1. Asma

HD – Encaminhar casos de asma persistente moderada ou grave, asma com outras doenças alérgicas, com infecções de repetição, com atraso no desenvolvimento pondero

estatural ou dúvidas de diagnóstico. Os bebês chiadores deverão ser encaminhados seguindo os mesmos critérios acima

Exames complementares necessários – RX de Tórax, IgE sérica específica, PPF

Exame físico – Episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto do peito e tosse, particularmente a noite e pela manhã ao acordar

Prioridade – Asma descontrolada, intercrises, casos de internação devido Asma (broncoespasmo)

2. Dermatite Atópica

HD – Encaminhar pacientes graves e de difícil controle associados com outras doenças alérgicas e casos que não evoluíram bem, com início do tratamento

Exames complementares necessários – IgE específica

Exame físico – Geralmente inicia-se de 2 a 6 meses de idade com eczema na face, flexuras ou generalizadas de difícil controle: Pruriginosa e às vezes exsudativas. Pode haver remissão espontânea aos 2 ou 3 anos de idade ou cronificar-se com lesões liquenificadas nas flexuras

Prioridade – Dermatite descontroladas; dermatites descontroladas com infecção de pele associada e casos de internação

3. Urticária e Angioedema

HD – Encaminhar todos os quadros graves (acompanhados de anafilaxia), quadros leves a partir do segundo episódio e urticária crônica – quando os sintomas persistem por mais de 6 semanas

Exames complementares necessários – Hemograma, Urocultura, VHS, PPF, IgE, T4 livre e TSH

Exame físico – Urticária: pápulas edematosas pruriginosas; Angioedema: erupção semelhante à urticária, porém com o surgimento de áreas edematosas mais extensas

Prioridade – Paciente com crises graves e com fator etiológico desconhecido

4. Alergia Alimentar

HD – Encaminhar pacientes com reações graves

Exames complementares necessários – IgE

Exame físico – As manifestações clínicas podem ser muito variadas, uma vez que um determinado alimento nem sempre desencadeia os mesmos sintomas dependendo do órgão

alvo, dos mecanismos imunológicos envolvidos e da idade do paciente. Podem ocorrer manifestações no tubo digestivo, no aparelho respiratório, na pele ou em outros órgãos

Prioridade – Paciente descontrolado e descompensado

5. Rinite

HD – Encaminhar pacientes tratados sem sucesso há mais de 6 meses; afastado hipertrofia de adenoides; amígdalas e associado a outros quadros: dermatite, bronquite, alergia a medicamentos e outros

Exames complementares necessários – IgE, RX de seios da face, Hemograma completo

Prioridade – Casos crônicos que evoluem para outras doenças

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO AO ATENDIMENTO NUTRICIONAL (MÉDIA COMPLEXIDADE)

Motivos para encaminhamento

1. Pacientes com alterações no estado nutricional, devendo incluir IMC

OBS: Os pacientes encaminhados serão acolhidos por equipe multidisciplinar para avaliação.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Médico, Fisioterapeuta, Educador Físico, Nutricionista.

PROTOCOLO PARA CONSULTA COM O BUCO MAXILO FACIAL

Motivos para encaminhamento

1. Deformidades dento faciais;
2. Fraturas do complexo maxilo facial;
3. Infecções odontogênicas;
4. Cistos ou tumores odontogênicos;

1. Deformidades dento faciais

HD - Encaminhar pacientes com alterações oclusais de origem esquelética e casos de cirurgia ortognática

Exames complementares necessários – Radiografia em normal frontal e lateral mais análises cefalométricas padrão USP e padrão McNamara e modelos de estudos

Exame físico – Desocclusão maxilo mandibular, alterações do perfil facial e assimetrias faciais

Prioridade – Todos os casos

2. Fraturas do complexo maxilo facial

HD – Encaminhar casos cirúrgicos

Exames complementares necessários – Exame radiográfico nas incidências de Water's, Towne, lateral oblíqua de mandíbula, Hirtz PA de mandíbulas mais TC

Exame físico – Edema, hematoma, desocclusão maxilo mandibular, distopia, mobilidade e crepitação em estruturas do esqueleto facial, rupturas de tegumentos da face

Prioridade – Todos os casos

3. Infecções Odontogênicas

HD – Encaminhar pacientes com queixas de aumento de volume em região mandibular e – ou facial de evolução súbita após quadro de odontalgia. Quadros agudos com sinais flogísticos de face sugestivos de origem odontogênica

Exames complementares necessários – Hemograma completo mais USG (em casos selecionados de abscessos faciais) de região edemaciada mais radiografia panorâmica

Exame físico – Edemas submandibulares, submentoniano e sublingual com evolução rápida, trismo mandibular, fácies toxêmico, dispneia, disfagia, febre

Prioridade – Pacientes com sinais / sintomas de quadro infeccioso agudo

4. Cistos ou tumores odontogênicos

HD – Encaminhar pacientes com histórico de aumento volumétrico em estruturas da face com evolução lenta normalmente sem sintomatologia dolorosa e casos cirúrgicos

Exames complementares necessários – TC, USG, Biópsia, Citologia Esfoliativa (prioridade para TC, sendo que a biópsia pode ser realizada no próprio serviço quando indicada)

Exame físico – Abaulamento de estruturas faciais, mobilidade dentária

Prioridade – Pacientes sem remissão de sintomatologia

Profissional (ais) Solicitante (s) – Médico, Cirurgião dentista

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM 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) descompensada;
4. Insuficiência Coronariana;
5. Dor Torácica / Precordialgia;
6. Sopros / Valvulopatias estabelecidas;
7. Parecer Cardiológico – Pré-operatório;
8. Miocardiopatia;
9. Avaliação para atividade física;
10. Arritmias;
11. Angina instável, angina estável + diabetes descompensadas;
12. Pós-operatório recente de cirurgia cardíaca;
13. Pacientes com câncer (neoplasias malignas)

OBS: Todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que encaminhou e a ele deve voltar (Atenção básica).

1. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de difícil controle

HD – Encaminhar os pacientes com HAS moderada ou severa, sem controle clínico, associado com a presença de alterações em órgão alvo ou aqueles com comorbidades, devendo o médico que solicitar a avaliação, justificar com clareza o que deseja do encaminhamento.

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

Os pacientes deverão vir com a receita e o relatório detalhado do tempo de hipertensão

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

Exames Complementares Obrigatórios para a PRIMEIRA CONSULTA COM O ESPECIALISTA - Hemograma com plaquetas, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos e creatinina, ácido úrico, exame de urina, ureia, sódio e potássio, eletrocardiograma (ECG) e RX de tórax.

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

Prioridade - HAS severa com sinais de doenças associadas descompensada (ICC, diabete melito (DM), doença vascular periférica, doença cérebro vascular (isquêmica e hemorrágica), coronariopatas (pós-cirurgia cardíaca), Insuficiência Renal Crônica (IRC)).

Contra referência – Permanecer no nível secundário

REGRA GERAL – NO INTERVALO ENTRE AS CONSULTAS COM O ESPECIALISTA, AS RECEITAS QUE TIVEREM A PRESCRIÇÃO PARA USO CONTÍNUO ATÉ O RETORNO, DEVERÃO SER DISPENSADAS MENSALMENTE NAS UBS EM QUANTIDADE SUFICIENTE PARA O MÊS, DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO ATÉ O RETORNO NA ESPECIALIDADE, SEM SER INVALIDADA PELO TEMPO DECORRIDO. A DATA DE RETORNO DEVERÁ CONSTAR DA RECEITA, ESCRITA PELO MÉDICO QUE PRESCREVEU A SUBSTÂNCIA.

2. Avaliação cardiológica para pessoas acima de 45 anos (sexo masculino) e 50 anos (sexo feminino).

HD – Encaminhar os pacientes com idade ≥ 45 anos para os homens e 50 anos para as mulheres, com ou sem fator de risco para doença cardiovascular.

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

Exames Complementares Obrigatórios para a PRIMEIRA CONSULTA COM O ESPECIALISTA - Hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos e creatinina, ácido úrico, sumário de urina, ureia, potássio, TSH e urina I. Caso tenha feito outros exames, ex: eletrocardiograma (ECG), Ecocardiograma (ECO não é obrigatório), raios-X de tórax PA e perfil, orientar o paciente a levar para a consulta.

O usuário deve levar à primeira consulta do especialista o ECG e RX.

Prioridade – Paciente com história de Diabetes Mellitus (DM) e/ou dois fatores de risco maiores para Doença Arterial Coronariana (DAC).

3. Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) descompensada

HD – 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 dispneia, visceromegalias e edema de MMII.

Exames Complementares Obrigatórios para a PRIMEIRA CONSULTA COM O ESPECIALISTA - Hemograma com plaquetas, Glicemia de Jejum, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia e potássio raio-X e ECG. Caso tenha feito outros exames, tais como ECO, ergométrico, cateterismo, orientar o paciente a levar ao especialista.

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

4. Insuficiência Coronariana

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

Prioridades para regulação: dor torácica de início recente (em esforço ou repouso)

Critério: **P1** para 1ª consulta e **P1** para a consulta de retorno

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

Exames Complementares Obrigatórios para a PRIMEIRA CONSULTA COM O ESPECIALISTA - – Hemograma com Plaquetas, Glicemia de Jejum, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio e potássio, Teste ergométrico, RX de tórax e ECG. Caso tenha feito outros exames tais como, ECO, Dosagem de Enzimas Cardíacas ou Cateterismo, orientar o paciente a levar ao especialista. Caso tenha realizado angioplastia deverá trazer o relatório. Pós-revascularização miocárdica deverá trazer relatório.

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

5. Dor Torácica e Precordialgia

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

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

Exames Complementares Obrigatórios para a PRIMEIRA CONSULTA COM O ESPECIALISTA – Hemograma com Plaquetas, Glicemia de Jejum, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia e potássio, RX de Tórax e ECG.

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

Prioridade - Dor torácica com características de Angina estável.

OBSERVAÇÃO – Angina Instável Insuficiência Coronária Aguda (ICO), com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), são situações que requerem avaliação de urgência em serviço de cardiologia.

6. Sopros / Valvulopatias estabelecidas

HD – Encaminhar os pacientes com alterações de ausculta, excluindo causas clínicas como anemia e os pacientes com diagnóstico de valvulopatia preestabelecida.

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

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

Exames Complementares Obrigatórios para a PRIMEIRA CONSULTA COM O ESPECIALISTA - – Caso tenha feito exames tais como, RX de Tórax, ECG levar ao especialista. O ecocardiograma (ECO) é obrigatório.

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

Paciente com indicação cirúrgica já confirmada será avaliado pelo cardiologista, para realização do parecer. **INFORMAR O DIAGNÓSTICO E O TIPO DE CIRURGIA A QUAL O PACIENTE SERÁ SUBMETIDO.**

Exames Complementares Obrigatórios para a PRIMEIRA CONSULTA COM O ESPECIALISTA - Hemograma, coagulograma (recente, no máximo 30 dias), glicemia de jejum, ureia e creatinina, TGO e TGP, ECG, e RX de tórax (recentes, no máximo 30 dias). Se existirem outros exames específicos realizados (ECO, Cateterismo), orientar ao paciente a levar ao especialista.

8. Miocardiopatias

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

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

Exames Complementares Obrigatórios para a PRIMEIRA CONSULTA COM O ESPECIALISTA - RX de Tórax, hemograma, ASLO, ECG, ECO, ureia e creatinina e potássio, sorologia para Chagas. Se o paciente possuir outros exames como ECO, e outros orientá-lo para levar a consulta com o especialista.

Prioridade - Pacientes com sinais clínicos de descompensação cardíaca.

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

9. Avaliação para atividade física

HD – Encaminhar os pacientes que iniciarão ou que já praticam atividade física para a avaliação cardiológica uma vez por ano **OU INFORMAR SE PACIENTE ESTÁ AGUARDANDO A LIBERAÇÃO PARA FISIOTERAPIA.**

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

Exames Complementares Obrigatórios para a PRIMEIRA CONSULTA COM O ESPECIALISTA - Hemograma com plaquetas, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos e creatinina, ácido úrico, sumário de urina, ureia, sódio e potássio, TM e RM

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

Prioridade – pacientes com história de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabete Melito ou idade ≥ 45 anos para homens e/ ou ≥ 50 anos para mulher.

10. Arritmias

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

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

Exames Complementares Obrigatórios para a PRIMEIRA CONSULTA COM O ESPECIALISTA - Hemograma com plaquetas, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos e creatinina, ácido úrico, sumário de urina, ureia, sódio e potássio.

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

Prioridade – Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca ou Insuficiência Coronariana associada.

11. Angina instável, angina estável + diabetes descompensadas

HD – Encaminhar pacientes com história clínica sucinta

Prioridade – Pacientes tratados e descompensados

OBS: Pacientes com angina estável e com suspeita de IAM, são situações que requerem avaliação de urgência em serviço de cardiologia.

12. Pós-operatório recente de cirurgia cardíaca

HD – Encaminhar pacientes com história clínica sucinta

Prioridade – Pacientes recém operados

13. Pacientes com câncer (neoplasias malignas)

HD – Encaminhar pacientes com história clínica sucinta

Prioridade – Pacientes em tratamento de câncer com necessidade de acompanhamento do cardiologista.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos.

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA INFANTIL

Motivos para encaminhamento:

1. Cardiopatia congênita (persistência do canal arterial, comunicação interatrial e interventricular, miocardiopatia hipertrófica);
2. Insuficiência cardíaca;
3. Pacientes submetidas a cirurgias cardíacas no período neonatal;
4. Miocardite, febre reumática;
5. Doenças reumáticas.

HD – Encaminhar os pacientes com diagnóstico estabelecido

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

Exames Complementares Necessários - Hemograma com plaquetas, glicemia de jejum, sumário de urina, sódio e potássio.

Caso tenha feito outros exames, ex: Eletrocardiograma (ECG), Ecocardiograma (ECO), RX de Tórax, ultrassonografia de abdômen, orientar o cuidador a levar para a consulta.

Nos casos suspeitos de cardiopatias associadas a doenças reumáticas o paciente deverá realizar antes os exames pertinentes para levar ao especialista (FR, PCR, ASLO)

Prioridade – Pacientes com diagnóstico estabelecido.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra, Neonatologista, Generalista (PSF).

PROTOCOLO PARA MORBIDADE DE ENCAMINHAMENTO AO CENTRO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE -CEP

Todas as crianças deverão ser avaliadas quanto ao seu desenvolvimento Neuropsicomotor e o instrumento utilizado como parâmetro será a Ficha do Desenvolvimento Neuropsicomotor.

Solicitar ao médico pediatra e/ou generalista um breve relato da história clínica e, se houver, resultados de exames:

Pré-natais: Problemas maternos como hipertensão, diabetes e cardiopatias, infecções congênitas, incompatibilidade Rh; Uso de álcool ou drogas durante a gestação; Infecções congênitas (toxoplasmose, meningites, herpes, rubéola, CMV, Sífilis, HSV); Drogadição materna (tabaco, álcool, maconha, cocaína) ou uso de medicamentos controlados.

Perinatais: Complicações obstétricas. Ex: Paralisia obstétrica; Prematuridade e baixo peso de nascimento, principalmente quando peso inferior a 1.500g; Retardo do crescimento intrauterino; Hipóxia neonatal grave; Hiperbilirrubinemia (hemolítica ou por incompatibilidade); Distúrbios Hidroeletrólíticos; Distúrbios metabólicos graves, como hipoglicemia por hiperinsulinismo; Hemorragia intracraniana; Crise convulsiva no período Perinatal Meningites, encefalites ou outras infecções graves; Traumatismos intencionais ou não intencionais; Síndromes ggenéticas cromossômicas Erros inatos do metabolismo; Mal formações congênitas; Encefalopatias desmielinizantes (pós-infecciosas ou pós-vacinais); Síndromes epilépticas (West e Lennox-Gastaut), Trauma craniano; Acidente cerebrovascular.

Critérios de risco para atraso do desenvolvimento neuro psicomotor (ADNPM):

- GRUPO DE RISCO PARA RETARDO DO DESENVOLVIMENTO – **P0**
- GRUPO DE RISCO PARA DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS – NEUROPATIAS – **P0**
- GRUPO DE RISCO PARA MANIFESTAÇÕES PULMONARES – **P0**
- GRUPO DE RISCO PARA DEFICIÊNCIA AUDITIVA – **P0**
- GRUPO DE RISCO PARA DEFICIÊNCIA VISUAL – **P0**

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra, Neonatologista, Generalista (PSF)

PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO DE CIRURGIAS AMBULATORIAIS

Motivos para encaminhamento

1. Nevus: encaminhar pacientes que apresentam nevus com aumento de tamanho, mudança da cor, sangramento, ulceração, com comprometimento funcional, com lesões pigmentares palmoplantares e congênitas > 6 cm;
2. Verrugas: encaminhar pacientes com resistência ao tratamento clínico usual;
3. Câncer de pele: encaminhar pacientes com qualquer lesão sugestiva;
4. Cistos sebáceos: Não encaminhar cisto com processo inflamatório, tratar antes;
5. Fibromas moles: encaminhar pacientes com fibromas localizados em áreas de trauma;
6. Onicocriptose: encaminhar casos recidivantes de unha encravada;
7. Queloides; encaminhar todos os casos.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTAS EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Motivos para encaminhamento

1. Bócio e nódulos de tireoide;
2. Tumores de glândulas salivares;
3. Nódulos e massas cervicais;
4. Tumores e estenoses da laringe e traqueia cervical;
5. Tumores de cavidade oral e orofaringe;
6. Hiperparatireoidismo.

1. Bócio e nódulos de tireoide

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

Exames complementares necessários – TSH, T4 livre em nódulos maiores do que 1cm, PAAF. Nos menores a conduta é expectante.

Exame físico – Geralmente são assintomáticos, a sensação de compressão ou corpo estranho na garganta costuma decorrer de faringite alérgica ou por refluxo gastresofágico. As neoplasias malignas podem causar disfonia de nervo laríngeo recorrente. Em vigência de alteração da função tireoidiana, os sintomas irão corresponder ao hipertireoidismo (taquicardia, insônia, agitação psicomotora, pele quente e úmida, tremor fino distal de extremidades, exoftalmia) ou hipotireoidismo (apatia, aumento de peso, pele e cabelos ressecados, macroglossia)

Prioridade – Histologia de Carcinoma Medular ou Anaplásico; Cirúrgicos: tireoidectomia parcial ou total, se necessário, esvaziamento cervical

2. Tumores de glândulas salivares

HD – Encaminhar pacientes para realizarem exereses de glândula com esvaziamento cervical se necessário

Exames complementares necessários – Exames físicos, USG de glândulas salivares.

Exame físico – Nas sialolitíases, a queixa é de episódios de dor e aumento da glândula desencadeados por alimentação, persistindo por alguns dias e de resolução espontânea, as vezes referindo gosto salgado ou sensação de areia na saliva. Nas neoplasias há o crescimento de nódulos

Prioridade – Indicações cirúrgicas: neoplasias benignas e malignas, sialoadenite de repetição (mais de 3 episódios de dor ao ano).

3. Nódulos e massas cervicais

HD – Encaminhar pacientes com suspeita clínica ou pela PAAF de neoplasias benignas ou malignas, suspeita de doença granulomatosa (tuberculose, sarcoidose, etc) para biópsia se a PAAF não puder confirmar o diagnóstico.

Exames complementares necessários – Rubéola, Toxoplasmose, HIV, sífilis e CMV. Teste de Mantoux (PPD). Na suspeita de doença do refluxo gastroesofágico, endoscopia digestiva alta.

Exame físico – Avaliar a presença de faringite alérgica ou por refluxo gastroesofágico (sensação de pigarro ou globus faríngeo). No caso de etiologia infecciosa, haverá o relato de gripe forte precedente ou de doenças associadas ao HIV. No caso de metástases, pode haver sintomas de disфонia, disfagia, odinofagia, dor irradiada para orelha, emagrecimento, paralisia de pares cranianos.

Prioridade – PAAF ou anátomo patológico indicando câncer.

OBS: Encaminhar para o Gastro: Suspeitas de refluxo gastroesofágico

Encaminhar para o Otorrino: Faringite, laringite crônica, rouquidão a mais de 15 dias sem sintomas consumptivos.

4. Tumores e estenoses da laringe e traqueia cervical

HD – Encaminhar pacientes cirúrgicos ou oncológicos

Exames complementares necessários – Não há.

Exame físico – Os tumores da laringe manifestam-se por disфонia persistente por mais de 3 semanas, dispneia progressiva, dificuldade ou dor a deglutição, além da presença de metástase cervicais em cânceres mais avançados. As estenoses irão causar dispneias progressivas.

Prioridade – Nasofibroscopia com suspeita de lesão neoplásica benigna ou maligna, lesão ulcerada em orofaringe sem sintomas associados de doença infecciosa.

5. Tumores de cavidade oral e orofaringe

HD – Encaminhar suspeita de malignidade ou tumores benignos que necessitem de resolução cirúrgica.

Exames complementares necessários – Não há.

Exame físico – Observar lesão com ou sem dor local. A odinofagia é importante nos cânceres de base de língua, palato mole e hipofaringe. Em tumores grandes pode haver alteração da fala ou disartria.

Prioridade – Suspeita de malignidade ou tumores benignos que necessitem de resolução cirúrgica.

6. Hiperparatireoidismo

HD – Encaminhar hiperparatireoidismo primário ou casos cirúrgicos (paratireoidectomia)

Exames complementares necessários – dosagem de cálcio total e ionizado se aumentados, dosar paratormônio (PTH). Se todos forem aumentados, USG de tireoide

Exame físico – irritabilidade, obstipação intestinal. Litíase urinária, tumor marrom e calcificações distróficas são sintomas tardios. A glândula palpável cervical pode ser sugestiva de malignidade.

Prioridade – Casos cirúrgicos.

OBS: Cabe ressaltar que pacientes com indicação de realização de PAAF, deverão antes serem avaliados por endocrinologistas

OBS 2: Pacientes que sejam encaminhados da rede de urgência (pacientes que agudizam antes da avaliação e conduta do especialista), deverão sofrer avaliação e direcionamento mediante protocolo

Profissional (ais) Solicitante (s) – Clínico Geral, Médico de família, Cirurgião Geral, Otorrinolaringologista, Cirurgião Dentista, Ginecologista.

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLÓGICA

Motivos para encaminhamento

1. Patologias da vulva;
2. Patologias da vagina;
3. Patologias do útero;
4. Patologias das trompas;
5. Patologias dos ovários;
6. Laqueadura.

Pré-requisitos

✓ Patologias da vulva: encaminhar pacientes com casos de cisto de Bartholin, tumores de vulva, hímen imperfurado, hipertrofia de pequenos lábios;

✓ Patologias da vagina: encaminhar as pacientes portadoras de tumor de vagina benigno, lesões pré-neoplásicas, cistocele, retocele, rotura perineal, enterocele, septo vaginal, cisto vaginal;

✓ Patologias do útero: encaminhar pacientes com diagnóstico de lesão pré-neoplásicas de colo uterino (NIC II, III), hipertrofia de colo uterino, Pólipos endocervicais que não puderem ser extirpados na colposcopia, mioma sintomático com falha de tratamento clínico, prolapso uterino, hiperplasia endometrial, sangramento uterino pós-menopausa, pólipos endometriais;

✓ Patologias das trompas: encaminhar as pacientes com hidrossalpinge volumosa que acarretam sintomatologia;

✓ Patologias dos ovários: encaminhar as pacientes portadoras de tumor de ovário persistentes após tratamento clínico;

✓ Laqueaduras: encaminhar todos os pacientes com processos aprovados pelo Comitê Municipal de Planejamento Familiar

P1: indicação de laqueadura em pacientes pós-parto normal e não grávidas

P0: para gestantes com indicação de cesárea eletiva. Toda gestante com indicação de cesárea eletiva deverá ir diretamente à maternidade JJM e agendar consulta na 34^a semana gestacional.

OBS: Para lesões do colo uterino, todo papanicolau alterado deverá ser encaminhado primeiro para a colposcopia. Se a biópsia realizada na colposcopia confirmar o diagnóstico este será tratado cirurgicamente.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Ginecologista, Generalista (PSF), Comitê Municipal de Planejamento Familiar.

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA

Motivos para Encaminhamento

1. Hérnias (inguinais, umbilicais, de hiato);
2. Malformações do tubo gastrointestinal;
3. Acompanhamento de crianças submetidas a cirurgias de atresia anal, de esôfago e outras;
4. Refluxo gastroesofágico;
5. Cistos pulmonares, hepáticos;
6. Massas abdominais, torácicas;
7. Gastrostomia.

Pré-requisitos: História clínica e exames laboratoriais da criança, História familiar e progressão da criança.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra, Neonatologista, Generalista (PSF).

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CIRURGIA DE MÃO

Motivos para encaminhamento.

1. Cisto Articular;
2. Dedo em gatilho;

3. Tenossinovite de Quervain;
4. Síndrome do Túnel do Carpo;
5. Tumores de partes moles da mão;
6. Enfermidade de Dupuytren;
7. Pseudoartrose do Escafoide;
8. Fraturas do Escafoide;
9. Lesões neurotendíneas em Punho ou Mão;
10. Dedo em martelo;
11. Lesões do plexo branquial.

1. Cisto Articular

HD – Encaminhar casos tratados sem melhora e casos operados e recidivados.

Exames complementares necessários – nenhum

Exame físico – elevação dorsal ou volar no punho ou na mão sem dor.

Prioridade – Casos clínicos e cirúrgicos tratados e descompensados

2. Dedo em Gatilho

HD – Encaminhar casos submetidos ao tratamento conservador sem melhoras.

Exames complementares necessários – não necessita

Exame físico – Dor na palma da mão ao abrir e fechar o dedo

Prioridade – Casos clínicos e cirúrgicos tratados e descompensados

3. Tenossinovite de Quervain

HD – Encaminhar casos tratados sem melhora

Exames complementares necessários – USG de punho

Exame físico – Dores no punho, no trajeto do polegar, piora ao elevar o polegar (fazer sinal de positivo) e piora ao levar o polegar de encontro ao quinto dedo

Prioridade – Casos clínicos e cirúrgicos tratados e descompensados

4. Síndrome do Túnel do Carpo

HD – Encaminhar casos onde o exame de ENMG resultar: acometimento moderado ou severo

Exames complementares necessários – ENMG do membro acometido

Exame físico – Dormência e formigamento na mão, acometendo principalmente o polegar, indicador e dedo médio. É mais acentuada a noite e pode piorar no frio. Acomete mais mulheres a partir de 40 anos principalmente. Acentua-se o quando se dobrar o punho para baixo.

Prioridade – Casos clínicos e cirúrgicos tratados e descompensados

5. Tumores de Partes Moles da Mão

HD – Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários – USG do punho

Exame físico – Geralmente indolor. Se comprimir nervo pode levar a alteração de sensibilidade no dedo que pertence ao raio acometido

Prioridade – Casos tratados e descompensados

6. Enfermidade de Dupuytrein

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – Nenhum

Exame físico – Geralmente indolor. Se comprimir nervo pode levar a alteração de sensibilidade no dedo que pertence ao raio acometido

Prioridade – Casos tratados e descompensados

7. Pseudoartrose do Escafoide

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – RX de punho em 4 poses (para escafoide)

Exame físico – Dores no punho sobe a tabaqueira anatômica, principalmente ao empurrar algo pesado

Prioridade – Casos tratados e descompensados

8. Fraturas do Escafoide

HD – Encaminhar casos recentes onde existe desvio dos fragmentos

Exames complementares necessários – RX de punho em 4 poses (para escafoide), sempre incluir uma radiografia em PA com a mão desviada para o lado da ulna.

Exame físico – Dores sobre a tabaqueira anatômica principalmente ao desviar a mão para o lado do rádio.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

9. Lesões neurotendíneas em Punho ou Mão

HD – Encaminhar os casos com até três semanas de evolução.

Exames complementares necessários – Nenhum

Exame físico – Perda de mobilidade dos dedos acometidos perde a flexão da falange distal se cortar o flexor profundo. Não perde a flexão do dedo se cortar somente o flexor superficial, perda de toda mobilidade se cortar os dois flexores (com exceção para o polegar que só tem o flexor longo). Se ferir o nervo mediano ocorre alteração de sensibilidade no polegar, indicador, dedo médio e metade do anular; se ferir o nervo ulnar ocorre alteração de sensibilidade do quinto dedo e metade do anular. Nas lesões do nervo radial ao nível do punho ocorre alteração de sensibilidade no dorso do polegar e dedo indicador.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

10. Dedo em Martelo

HD – Encaminhar os seguintes casos:

1. Tratados sem sucesso;
2. Acompanhados de fratura da falange distal com mais de 50% da superfície articular acometida;
3. Sem fraturas, mas com deformidade em flexão superior a 30 graus

Exames complementares necessários – RX do dedo nas posições frente e perfil verdadeiro (não oblíqua).

Exame físico – Trauma na ponta do dedo ficando com a ponta “caída” sem conseguir estendê-la.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

11. Lesões do Plexo Braquial

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – RX de coluna cervical.

Exame físico – Perda da mobilidade do ombro/cotovelo/mão, que pode acometer somente ombro e cotovelo, somente punho e mão ou todo o membro. Perda da sensibilidade que pode ser em todo o membro superior ou parcial

Prioridade – Casos tratados e descompensados

Profissional (ais) Solicitante (s) – Ortopedistas generalistas.

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA

Motivos Para Encaminhamento

1. Blefarocalásio;
2. Orelhas em abano;
3. Ginecomastia;
4. Fissura labial;
5. Cicatrizes patológicas;
6. Fenda palatina;
7. Hipertrofia mamária;
8. Abdome em avental;
9. Tumores de pele e tecido subcutâneos.

1. Blefarocalásio

HD – Encaminhar os seguintes pacientes: Entre 30 e 65 anos de idade de ambos os sexos; Sem doenças descompensadas; Com aparente flacidez palpebral e/ou aumento das bolsas de gordura palpebrais; Sem história prévia de alterações de ressecamento ocular e/ou lacrimejamento excessivo.

Exames complementares necessários – Hemograma, coagulograma, glicemia de jejum, sódio, potássio, ureia, creatinina, RX de Tórax, ECG (para pacientes acima de 40 anos).

Exame físico – Flacidez da pele das pálpebras superior e inferior

Prioridade – Casos cirúrgicos com ressecção de excesso de pele nas pálpebras inferior e superior e caso de ressecção das bolsas de gordura

2. Orelhas em abano

HD – Encaminhar casos cirúrgicos

Exames complementares necessários – Hemograma, coagulograma, glicemia de jejum

Exame físico – Orelhas fora do padrão da normalidade, quando estão exageradamente afastadas da cabeça.

Prioridade – Pacientes acima de 5 anos, preferencialmente pré-escolar para diminuir o estigma do paciente. Pacientes com ausência de comorbidades e exames laboratoriais dentro da normalidade.

3. Ginecomastia

HD – Encaminhar casos cirúrgicos.

Exames complementares necessários – Hemograma, coagulograma, PSA, LH, FSH, ACTH, prolactina, estrógeno, progesterona, TSH, T4 livre e total, beta HCG (com justificativa), testosterona, TGO, TGP, gama GT, Fosfatase alcalina, USG de mamas ou mamografia

Exame físico – Aumento do tecido mamário em homens.

Prioridade – Adolescentes que persistem com a ginecomastia por 12 a 24 meses; Pacientes sintomáticos (dor); ginecomastia antiga levando a fibrose; pacientes com risco de carcinoma e pacientes com ginecomastia que tenham descartadas todas as patologias e distúrbios hormonais persistentes.

4. Fissura labial

HD – Encaminhar todos os casos.

Exames complementares necessários – hemograma, para pacientes acima de 40 anos devem ser solicitados avaliação clínica completa, ECG, RX de tórax e exames relacionados a comorbidades.

Exame físico – Descontinuidade do lábio superior, que pode ser uni ou bilateral e podendo ou não estar associada à fenda palatina.

Prioridade – Crianças por volta dos três meses de idade

5. Cicatrizes patológicas

HD – Encaminhar todos os pacientes com cicatrizes sintomáticas decorrentes de cirurgias ou ferimentos, cujas características sejam de queiloide, cicatriz hipertrófica ou retrações por queimadura.

Exames complementares necessários – Hemograma, glicemia de jejum, sódio, potássio, ureia e creatinina. Para pacientes acima de 40 anos acrescentar RX de Tórax e ECG.

Exame físico – Cicatrizes elevadas, avermelhadas e endurecidas.

Prioridade – Todos os casos.

6. Fenda palatina

HD – Encaminhar todos os pacientes com fissura labial.

Exames complementares necessários – Hemograma, coagulograma. Pacientes acima de 40 anos deve ter avaliação clínica completa com ECG, RX de tórax e exames relacionados a comorbidades.

Exame físico – Dificuldade de sucção + alterações morfológicas no teto da cavidade oral, presentes desde o nascimento.

Prioridade – Todos os casos.

7. Hipertrofia mamária

HD – Encaminhar os casos cirúrgicos

Exames complementares necessários – Hemograma, glicemia, sódio, potássio, ureia, creatinina, TGP, urina I, Mamografia e/ou USG de mamas, RX de tórax (incidências em frente e perfil), ECG

Exame físico – Aumento excessivo das mamas, dorsalgia, desconforto da alteração postural

Prioridade – Índice de massa corpórea (IMC) entre 22 e 25, que apresentem queixa de dor nos ombros ou de dorsalgia devido ao excesso de peso nas mamas.

8. Abdômen em avental

HD – Encaminhar somente casos cirúrgicos

Exames complementares necessários – Hemograma, glicemia de jejum, sódio, potássio, ureia, creatinina. RX de tórax, ECG para pacientes acima de 40 anos

Exame físico – Excesso de pele que se projeta sobre a região pubiana, estrias, áreas de dermatite

Prioridade – Somente casos de deformidade abdominal pós-emagrecimento ou gestações, com evidente avental de pele, sem comorbidades descompensadas, sem uso de anticoagulantes, não fumantes.

9. Tumores de pele e tecido subcutâneos

HD – Encaminhar todos os casos cirúrgicos

Exames complementares necessários – Hemograma, coagulograma, glicemia, sódio, potássio, ureia, creatinina, TGP, urina I, RX de tórax (incidências em frente e perfil), ECG. Na suspeita de lesões malignas TC de tórax e abdômen

Exame físico – Localização, a textura, o tempo de aparecimento, a presença de ulceração ou sangramento devem ser analisados

Prioridade – Todos os pacientes com lesão na pele cuja suspeita seja de neoplasia benigna ou maligna.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Clínico Geral, Pediatra, Neonatologista, Ginecologista, Oftalmologista.

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CIRURGIA TORÁCICA

Motivos para encaminhamento

1. Tumor de Pulmão;
2. Tumor de Mediastino;
3. Compressão Radicular Lombossacral Degenerativa;
4. Tumores da Coluna Vertebral;
5. Tumor da parede Torácica;
6. Defeitos Congênitos da Parede Torácica;
7. Hiperidrose;
8. Empiema pleural;
9. Derrame Pleural;
10. Estenose de Traqueia;
11. Pneumotórax Espontâneo Benigno Primário;
12. Bronquiectasias.

1. Tumor de Pulmão

HD – Encaminhar pacientes com dúvida diagnóstica e exames sugestivos de tumor pulmonar

Exames complementares necessários – RX de tórax AP e P, TC de tórax, espirometria

Exame físico – Os pacientes portadores de câncer pulmonar podem se apresentar assintomáticos, apenas com um achado de exame de imagem, ou com diversos sinais inespecíficos, como hemoptise (geralmente de pequena monta, laivos de sangue no escarro), rouquidão, dor torácica, dispneia, febre por infecção do parênquima pulmonar acometido, síndrome de Claude-Bernard-Horner, adenomegalia cervical, emagrecimento, etc.

Prioridade – Encaminhar todos os casos

2. Tumor de Mediastino

HD – Encaminhar sempre que houver dúvida diagnóstica

Exames complementares necessários – RX de tórax AP e P, TC de tórax

Exame físico – Os sinais e sintomas são inespecíficos e incluem os encontrados em síndromes neoplásicas.

Prioridade – Todos os casos

3. Compressão Radicular Lombossacral Degenerativa

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – Não há.

Exame físico – Dor persistente na região lombo sacra. Disfunção motora acompanhada de hipotonia e hipotrofia, que não regride prontamente com tratamento conservador (repouso, anti-inflamatórios, relaxantes musculares, fisioterapia, etc.).

Prioridade – Casos mal triados, tratados e descompensados

4. Tumores da Coluna Vertebral

HD – Encaminhar todos os casos com suspeita diagnóstica.

Exames complementares necessários – RX de coluna.

Exame físico – Os tumores da medula espinal causam frequentemente sintomas devido a compressão de raízes nervosas. A compressão sobre a raiz nervosa pode causar dor, perda de sensibilidade, formigamento e debilidade. A pressão sobre a própria medula pode causar espasmos, frouxidão, descoordenação e diminuição de sensibilidade ou anomalias da mesma. O tumor pode também provocar dificuldade de micção, incontinência urinária ou obstipação.

Prioridade – Casos mal triados, tratados e descompensados

5. Tumor da Parede Torácica

HD – Encaminhar sempre que houver dúvida diagnóstica

Exames complementares necessários – RX simples de tórax AP e P e TC

Exame físico – Tumoração palpável da parede torácica

Prioridade – Todos os casos

6. Defeitos Congênitos da Parede Torácica

HD – Encaminhar o paciente que manifestar desejo por correção cirúrgica

Exames complementares necessários – RX de tórax AP e P

Exame físico – Não há sintomas associados. Os sinais são as alterações da parede torácica.

Prioridade – Não há

7. Hiperidrose

HD – Encaminhar sempre que for diagnosticada a doença

Exames complementares necessários – RX de tórax AP e P e exames gerais

Exame físico – Desconforto pela constância, involuntariedade da sudorese, constrangimento e dificuldade para o trabalho e atividades manuais levando a queda no rendimento profissional e/ou acadêmico com conseqüente queda também na qualidade de vida

Prioridade – Não há

OBS: Apesar de não haver risco de lesão, perda de função ou comorbidades, existe um risco real e habitual de baixa autoestima, dificuldades nos relacionamentos, perda social/profissional

8. Empiema Pleural

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – RX de tórax ou TC

Exames físicos – **Relacionados** à doença de base pode incluir tosse, febre, dor pleurítica, queda do estado geral

Prioridade – Todos os casos

9. Derrame Pleural

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – RX de tórax AP e P, TC

Exame físico – Relacionados à doença de base.

Prioridade – Todos os casos

10. Estenose de Traqueia

HD – Encaminhar todos os casos diagnosticados

Exames complementares necessários – RX de coluna aérea ou TC de pescoço e traqueia torácica

Exame físico – O sintoma principal é dispneia aos esforços ou mesmo em repouso, mas sempre acompanhada de ruído respiratório alto (estridor). Algumas vezes esse quadro é confundido com asma devido ao ruído ventilatório, embora na estenose seja sempre alto.

Prioridade – Todos os casos

11. Pneumotórax Espontâneo Benigno Primário

HD – Encaminhar casos após alta do PS

Exames complementares necessários – RX de tórax AP e P.

Exame físico – Dor torácica e dispneia súbita

Prioridade – Todos os casos

12. Bronquiectasias

HD – Encaminhar pacientes que tenham condições para o tratamento cirúrgico

Exames complementares necessários – RX de tórax AP e P, TC de tórax.

Exame físico – O quadro clínico é caracterizado por tosse crônica com expectoração matinal, halitose, hemoptises, por vezes muito graves, inclusive com risco imediato à vida.

Prioridade – Todos os casos

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cirurgião geral, Pneumologista, Clínico geral, Cardiologista.

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR

Motivos para encaminhamento

1. Dor nos MMII não articulares;
2. Edema de MMII, de origem vascular;
3. Raynaud;
4. Alteração de pulsos periféricos;
5. Úlceras de MMII;
6. Varizes;
7. Tromboflebite;
8. Hemangiomas.

1. Dor nos MMII não articulares

HD – Encaminhar todos os casos cirúrgicos, exceto pacientes com dores em MMII que tenham como causa doença osteo articulares.

Exames complementares necessários – não há

Exame físico – Claudicação intermitente: é caracterizada por uma dor ou fadiga nos músculos do MMII, causada pela deambulação e aliviada pelo repouso.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

2. Edema de MMII, de origem vascular

HD – Encaminhar os que necessitam de avaliação mais complexa exceto doenças metabólicas e de origem sistêmica, renal, cardiopatias, hepatopatias, etc.

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Edema indolor crônico nos MMII

Prioridade – Casos tratados e descompensados

3. Raynaud

HD – Encaminhar casos não responsivos ao tratamento clínico

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Dor e edema nas extremidades por exposição ao frio, cianose depois eritema.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

4. Alteração de pulsos periféricos

HD – Encaminhar casos diagnosticados

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Claudicação intermitente, pulsos periféricos diminuídos.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

5. Úlceras de MMII

HD – Casos não responsivos com indicação cirúrgica

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Presença de ulceração em membros inferiores

Prioridade – Casos tratados e descompensados

6. Varizes

HD – Encaminhar todos os casos para avaliação do tratamento

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Dor tipo queimação ou cansaço, sensação das pernas estarem pesadas ou ardendo, edema (inchaço) das pernas.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

7. Tromboflebite

HD – Paciente com dores + hiperemia + nódulos em trajetos de veias

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Descrever as principais alterações clínicas

Prioridade para regulação – Todos os casos com nódulo em trajeto de safena em COXA

8. Hemangiomas

HD – Encaminhar casos diagnosticados

Exames complementares necessários – não há

Exame físico – Presença visual da lesão

Prioridade – Não há

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM 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. Urticária Crônica;
9. Dermatoses Eritêmato Escamosas (Psoríase, Líquen Plano, Pitiríase Rosa);
10. Farmacodermias;
11. Buloses (Pênfigo, Penfigoide, Dermatite Herpetiforme);
12. Lesões ulceradas (leishmaniose);

13. Micoses profundas (lobomicoses, cromomicoses, Jorge Lobo, esporomicoses, paracoccidioidomicose e tuberculose cutânea);

14. DSTs (condiloma, DIP, úlcera genital);

15. Outros motivos.

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 dependendo da avaliação do especialista.

1. Micoses

HD: 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 - Pacientes com queixas, lesões sugestivas e com resistência ao tratamento.

2. Prurido / Eczema

HD – Encaminhar os pacientes com queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico. Ex: icterícia de causa medicamentosa, escabiose etc. 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 - Pacientes com quadros extensos e/ou graves.

3. Dermatite de Contato

HD – 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 - Pacientes com queixas e com lesões extensas e/ou graves.

4. Neoplasias Cutâneas / Diagnóstico Diferencial de Lesões Infiltradas

HD – 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 - Pacientes com suspeita de melanoma e enfartamento ganglionar.

OBS: Suspeita de melanomas (07 dias) P1 e encaminhar para a referência em oncologia.

5. Herpes Zoster

HD – 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 - Pacientes com suspeita clínica.

7. Hanseníase

HD – Encaminhar os pacientes que apresentem dificuldade de diagnóstico, lesões extensas, resistência ao tratamento inicial ou complicações (comprometimento neurológico e reações hansênicas). Informar tratamento instituído e reações.

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.

Exames complementares necessários – Pesquisa de BH

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

Prioridade - Pacientes com reação hansênica.

OBSERVAÇÃO: Em caso de reação hansênica, priorizar para atendimento em 24h P0

Doença de notificação obrigatória – **Preencher SINAN**

8. Urticária Crônica

HD – Encaminhar os pacientes com queixas de prurido e / ou placas pelo corpo, com episódios de repetição e naqueles com quadros prolongados, sem melhora com tratamentos realizados por mais de 90 dias. Relatar medidas de prevenção adotadas.

Exame Físico – Descrever o aspecto das lesões.

9. Dermatoses Eritemato Escamosas (Psoríase. Líquen Plano, Pitiríase Rosa, Ictioses).

HD – Encaminhar paciente com quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.

Prioridade - Pacientes com quadros extensos.

10. Farmacodermias

HD – 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 - Pacientes com queixas lesões na mucosa e sintomas sistêmicos.

11. Buloses (Pênfigo, Penfigoide, 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.

12. Lesões ulceradas (leishmaniose)

HD – 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 - Pacientes com queixas.

OBS: Doença de notificação obrigatória – **Preencher SINAN**

13. Micoses profundas (lobomicoses, cromomicoses, Jorge Lobo, esporomicoses, paracoccidioidomicose e tuberculose cutânea)

HD – Encaminha paciente com quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos

Exames complementares – Pesquisa e cultura de fungos

Prioridade - Pacientes com quadros externos e que não respondem ao tratamento.

14. DST (condiloma, DIP, úlcera genital)

HD - Encaminhar pacientes com lesões sugestivas e não resolutivas a tratamentos anteriores, pela rede básica.

Exame físico: Descrever aspecto da lesão.

Prioridade - Pacientes com lesões graves e/ou extensas e/ou gestantes.

OBSERVAÇÃO: Em casos de DIP, priorizar o atendimento.

Doença de notificação obrigatória – **Preencher SINAN**

15. Outros motivos frequentes de encaminhamento

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

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 (carteira) – encaminhar ao especialista somente casos que estejam estabelecidos no protocolo.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM DERMATOLOGIA INFANTIL

Motivos para encaminhamento

1. Dermatoses virais: somente casos graves de herpes zoster; verruga vulgar somente as resistentes ao tratamento, molusco contagioso, sarampo, varicela e outras viroses, somente de difícil resolução

Critério – Priorizar Herpes Zoster

2. Dermatoses eritemato escamosas: psoríase extensa e as outras dermatoses;

3. **Purpúricas:** Todas com tratamento inicial se necessário e investigação laboratorial iniciada;
4. **Urticárias:** todas com tratamento inicial se necessário e investigação laboratorial iniciada;
5. **Dermatoses papulosas (líquens):** todas;
6. **Doenças bolhosas:** todas;
7. **Doenças pustulosas:** Encaminhar somente os pacientes que não apresentaram melhora dos sintomas após tratamento;
8. **Acne, foliculite e piodermites:** somente os casos mais intensos. Acne grau III, acne conglobata;
9. **Alopecias:** os casos mais extensos;
10. **Afecções do conectivo:** lúpus eritematoso, dermatomiosite, escleroderma ou esclerodermia: todas
11. **Paniculite;**
12. **Dermatozoonoses;**
13. **Congênitas e hereditárias neurofibromatose;**
14. **Ictioses;**
15. **Angiomas:** lesões grandes e sugestivas de síndromes;
16. **Nevos:** lesões com história de aumento progressivo, alterações de cor, espessura, sangramento, prurido e/ou sugestivas de possível malignidade;
17. **Eczemas:** somente os pacientes que não apresentaram melhora dos sintomas após o tratamento, os eczemas recidivantes e os graves;
18. **Pápulos nodulares:** todas;
19. **Pruridos:** somente os pacientes que na apresentaram melhora dos sintomas após tratamento, os recidivantes já com investigação laboratorial concluída ou em andamento;
20. **Atrofias:** todas;
21. **Discromias:** vitiligo extenso e outras não diagnosticadas;
22. **Afecções ceratóticas:** acantose nigricans;
23. **Hidroses:** miliárias, somente as resistentes ao tratamento;
24. **Onicoses;**
25. **Micoses superficiais:** somente os pacientes tratados clinicamente sem melhora dos sintomas ou em casos de suspeita de micose profunda;
26. **Dislipidoses;**
27. **Alterações hereditárias;**

28. Tumores epiteliais benignos.

OBS: Todos os casos encaminhados deverão conter a descrição das lesões, a hipótese diagnóstica, o tratamento realizado e os exames laboratoriais que foram solicitados. Orientar o paciente a suspender a medicação.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra, Neonatologista, Generalista (PSF).

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA

Motivos para encaminhamento

1. Casos suspeitos de patologia de tireoide;
2. Diabete Melito tipo 2;
3. Dislipidemias;
4. Obesidade com ou sem comorbidade;
5. Casos suspeitos de neoplasias, Cushing, Addison, alterações da paratireoide, hiperandrogenismo e hiperaldosteronismo.

1. Casos suspeitos de patologia de Tireoide

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

Exames complementares necessários - TSH, T4 livre, ATG, ATPO

Exame físico – citar os achados significativos

Prioridade – Casos de difícil controle

2. Diabete Melito tipo 2

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

Comorbidades – cardiopatia, neuropatia, nefropatia, retinopatia, dislipidemias e hipertensão arterial

Exames complementares necessários – hemograma, glicemia de jejum (duas determinações no intervalo de 2 a 3 semanas), ureia, creatinina, urina I, hemoglobina glicada, microalbuminúria, mapeamento de retina e fundo de olho.

Exame físico – citar os achados significativos

Prioridade – IMC > 25, dislipidemia, hipertensão arterial

3. Dislipidemias

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

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

Exame físico – citar os achados significativos

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

4. Obesidade com comorbidade

HD – IMC > 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados).

Exames complementares necessários – glicose, colesterol total e frações, triglicérides, T4 e TSH.

Exame físico – Citar os achados significativos

Prioridade - IMC > 40 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados).

OBS: Não encaminhar pacientes com obesidade sem alterações hormonais. Se paciente apresentar exames alterados como, por exemplo, glicemia de jejum ou colesterol, favor levar na primeira consulta com o especialista.

5. Casos suspeitos de: neoplasias, Cushing, Addison, alterações da paratireoide, hiperandrogenismo, hiperaldosteronismo e hiperprolactinemia

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

Exames complementares necessários para suspeitas de:

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

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

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

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

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

Hiperprolactinemia – Dosagem de prolactina, FSH, LH, tomografia de sela túrcica

Exame físico – Citar achados significativos

Prioridade – todos os casos

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA INFANTIL

Motivos para Encaminhamento

1. Hipertireoidismo;
2. Hipotireoidismo Congênito (HC);
3. Hipotireoidismo Adquirido;
4. Diabetes Mellito Tipo 1;
5. Obesidade;
6. Dislipidemia;
7. Baixa Estatura;
8. Alta Estatura;
9. Distúrbios da Puberdade;
10. Ginecomastia;
11. Telarca Precoce;
12. Adrenarca Precoce;
13. Malformações Genitais

1. Hipertireoidismo

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – TSH, T4 livre, anticorpos antiperoxidase (ATPO), anti tireoglobulina (ATTG), USG de tireoide

Exame físico – Exoftalmo, bócio e hipertireoidismo laboratorial

Prioridade – Casos tratados e descompensados

2. Hipotireoidismo Congênito (HC)

HD – Encaminhar pacientes com TSH e T4 livre, alterados e pacientes com exame do pezinho alterados

Exames complementares necessários – TSH, T4 livre

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

Prioridade – Exames alterados

3. Hipotireoidismo Adquirido

HD – Encaminhar pacientes com TSH e T4 livre alterados

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

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

Prioridade – Paciente com TSH maior ou igual a 10UI/ml ou TSH alterado ou normal e com anticorpos antitireoidianos positivos

4. Diabetes Mellito tipo 1

HD – Encaminhar todos os casos com história clínica

Exames complementares necessários – dextro > 200 e/ou internação por primo descompensação diabética ou descompensação diabética

Exame físico – Polifagia, poliúria, polidipsia, emagrecimento

Prioridade – Casos tratados e descompensados

5. Obesidade

HD – Encaminhar pacientes com obesidade com resistência insulínica ou dislipidemia

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

Exame físico – Obesidade

Prioridade – Casos tratados e descompensados

6. Dislipidemia

HD – Encaminhar casos não responsivos ao controle alimentar e atividade física

Exames complementares necessários – Perfil lipídico

Exame físico – Em geral assintomático

Prioridade – Casos tratados e descompensados

7. Baixa Estatura

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – Hemograma, glicemia, Na, K, PTF, urina I, PPF, T4 livre, TSH, IgF1, IgFBP3, GH, LH, FSH, testosterona ou estradiol, associar idade óssea aos exames complementares e acrescentar também a pesquisa para doença celíaca anticorpos transglutaminase, anti-gliadina e antiendomiso

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

Prioridade – Casos tratados e descompensados

8. Alta Estatura

HD – Encaminhar todos os casos com patologia de base

Exames complementares necessários – Hemograma, glicemia, creatinina, Na, K, PTF, urina I, PPF, T4 livre, TSH, IgF1, IgFBP3, GH, LH, FSH, Testosterona ou estradiol.

Exame físico – Alta estatura

Prioridade – Casos tratados e descompensados

9. Distúrbios da Puberdade

HD – Encaminhar crianças que preencham os critérios diagnósticos

Exames complementares necessários – RX de idade óssea, USG pélvico, LH, FSH e estradiol

Exame físico – Aparecimento de sinais puberais, < 8 anos nas meninas e < 9 anos nos meninos.

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

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

Prioridade – Casos tratados e descompensados

10. Ginecomastia

HD – Encaminhar casos cirúrgicos

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

Exame físico – Desenvolvimento excessivo das mamas no homem

Prioridade – Casos tratados e descompensados

11. Telarca Precoce

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

Exames complementares necessários – RX de idade óssea, LH, FSH, prolactina, USG de pelve, TSH, T4 livre e estradiol

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

Prioridade – Casos tratados e descompensados

12. Adrenarca Precoce

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

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

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

Prioridade – Casos tratados e descompensados

13. Malformações Genitais

HD – Encaminhar os seguintes casos: criptorquidia, micro pênis e hipospadia.

Exames complementares necessários – USG

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

Prioridade – Casos tratados e descompensados

Outros motivos para encaminhamento: Síndromes metabólicas, Crianças com hipotireoidismo congênito, Crianças com erros inatos do metabolismo, Criança com hipocalcemia neonatal, Crianças com suspeita de intersexo, Crianças com insuficiência adrenal e deficiência de 21 hidroxilase, Crianças com virilização, Crianças com puberdade precoce, Crianças com suspeita de tumores endócrinos, Crianças com diabetes insípido, Crianças com diabetes mellitus

Pré-requisitos: História clínica e exames laboratoriais da criança, História familiar e progressão da criança.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra, Neonatologista, Generalista (PSF).

PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO DE AVALIAÇÃO COM O FISIOTERAPEUTA

Motivos para encaminhamento

1. Pós-operatório ortopédico e neurológico recente (compreendendo, porém, que este encaminhamento deva ser feito do hospital diretamente para a especialidade). Caso o paciente tenha feito a cirurgia fora do Município ou por hospitais conveniados do SUS, a Atenção Básica receberá o caso e fará os encaminhamentos devidos, o mais brevemente possível. Ressaltamos a importância de o paciente vir com relatório detalhado do procedimento realizado;

2. Pré-operatório de cirurgias;

3. Casos agudos e crônicos agudizados (dores intensas, inflamações e traumas recentes com repercussão negativa na condição funcional, lesão neurológica até 6 meses);

4. Casos crônicos, não agudizados de alterações osteo musculares sem limitação funcional incapacitante;

5. Lesões neurológicas acima de 6 meses já tratadas.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Emergencista, Generalistas (após matriciamento pelas equipes NASF/NAAB), Ortopedista, Neurologista, Pediatra (pé torto e outras patologias).

Fisioterapia Urológica

Indicações: Incontinência Urinária de Esforço não esfínterianas/ sem risco compatível, pós prostatectomia radical/Ressecção Transuretral de Próstata e Bexiga Senil

Profissional (ais) Solicitante (s) – Urologista, Ginecologista.

PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO DE AVALIAÇÃO COM O FISIOTERAPEUTA INFANTIL

Motivos para encaminhamento

1. Crianças com paralisia cerebral;
2. Crianças prematuras, com idade gestacional menor que 35 semanas;
3. Crianças com alterações neurológicas;
4. Crianças com síndromes genéticas;
5. Crianças com neuropatias;
6. Crianças com paralisia braquial;
7. Crianças com doenças metabólicas;
8. Crianças com infecções que cursaram com meningite

Pré-requisitos: História clínica e exames laboratoriais pertinentes a patologia da criança, História familiar e pregressa da criança.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra, Neonatologista, Generalista (PSF).

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA

Motivos Para Encaminhamento

1. Úlcera péptica;
2. Gastrite atrófica diagnosticada;

3. Pancreatite crônica;
4. Cirrose hepática;
5. Doenças do Refluxo Gastro Esofágico: Hérnia de hiato, Esofagite de refluxo, Esôfago de Barrett;
6. Doenças Inflamatórias Intestinais: Colite ulcerativa, Doença de Cröhn, e Síndrome de Cólon Irritável;
7. Hepatites crônicas;
8. Neoplasias.

1. Úlcera Péptica

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

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

Exame físico – Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal.

Prioridade – Pacientes tratados e descompensados

2. Gastrite atrófica diagnosticada

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

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

Exame físico - Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal

Prioridade - Pacientes tratados e descompensados

3. Pancreatite Crônica

HD – Encaminhar pacientes com casos de complicações

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

Exame físico – Dor abdominal em barra, dispepsia e vômito

Prioridade – Pacientes tratados e descompensados

4. Cirrose Hepática

HD – Encaminhar todos os casos

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

Exame físico – Estima-se que aproximadamente 40% dos pacientes com cirrose são assintomáticos. Uma vez que os sintomas se manifestam, no entanto, o prognóstico é severo.

Os principais sintomas são anorexia, vômitos, fraqueza, icterícia, eritema palmar, ginecomastia, hepatoesplenomegalia, ascite, hemorragia digestiva, anemia, neuropatia periférica, hipertensão portal

Prioridade – Todos os casos

5. Doenças do Refluxo Gastro Esofágico: Hérnia de hiato, Esofagite de refluxo, Esôfago de Barrett.

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

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

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

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

Pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de 2x por semana, a cerca de 4 a 8 semanas, devem ser considerados possíveis portadores de DRGE.

Existe marcada correlação entre o tempo de duração dos sintomas e aumento do risco para o desenvolvimento do esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

6. Doenças Inflamatórias Intestinais: Colite ulcerativa, Doença de Cröhn, e Síndrome de Cólon Irritável.

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

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

Doença de Cröhn: colonoscopia, enema opaco

Síndrome do cólon irritável- colonoscopia, enema opaco

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

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

Síndrome de cólon irritável:

Prioridade – Casos tratados e descompensados.

7. Hepatites crônicas

HD – Encaminhar todos os pacientes com casos de hepatite crônica

Exames complementares necessários – Hemograma, coagulograma, TGO, TGP, Gama GT, Bilirrubinas Totais e Frações.

Hepatite A: anti-HAV IgM.

Hepatite B: HbsAg, anti-HBc IgM, anti-HBe, anti-Hbs.

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

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

8. Neoplasias

HD – Encaminhar pacientes com diagnóstico confirmado

Exames complementares necessários – EDA, colonoscopia, Enema opaco e USG Abdominal Total

Exame físico – emagrecimento, anorexia, anemia e sinais de icterícia, vômitos, dores epigástricas, diarreia, constipação intestinal, presença de sangue oculto nas fezes

Prioridade – Todos os casos

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA INFANTIL

Motivos para encaminhamento

1. Constipação intestinal crônica REFRACTÁRIA a tratamento habitual;
2. Sintomas dispépticos há MAIS de 2 meses;
3. Dor abdominal recorrente há MAIS de 2 meses;
4. Suspeita de má absorção intestinal;
5. Alergia alimentar COM manifestações GASTROINTESTINAIS;
6. Hemorragia digestiva alta ou baixa;
7. Diarreia persistente ou crônica;
8. Doença do Refluxo Gastroesofágico e complicações associadas;
9. Malformações do trato gastrointestinal, SE JÁ avaliados pela CIPED e com indicação de acompanhamento clínico;
10. Estenoses esofágicas cáusticas;
11. Pacientes com gastrostomias SE suspeita de síndrome de má absorção/intolerância.

Pré-requisitos: História clínica, exames laboratoriais/de imagem relacionados à hipótese diagnóstica, Avaliação da CIPED, nos casos de malformações gastrointestinais, sugerindo acompanhamento clínico.

OBS: Caso haja internação por essas patologias, agendamento imediato para no máximo 15 dias.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra, Generalista (PSF), Médicos de outras especialidades com os quais o paciente acompanha.

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Motivos para o encaminhamento

1. Idoso frágil;
2. Idoso em processo de fragilização;
3. Idoso acamado.

Ter idade igual ou superior a sessenta anos, associado a um dos critérios abaixo: Doenças causadoras de incapacidade funcional: demência (G30 / F03), depressão (F32), doença de Parkinson (G20), parkinsonismo (G22), sequela de acidente vascular encefálico ou acidente vascular encefálico agudo (I64 / I69); Três ou mais doenças crônicas com complicações não compensadas: hipertensão arterial sistêmica (I10), diabetes mellitus (E10 / E11 / E12 / E13 / E14), osteoartrose (M15 / M19), dislipidemia (E78), osteoporose (M80 / M81 / M82); Duas ou mais quedas em 1 ano com alteração de marcha e/ou equilíbrio (R26 / R29); Síndrome consumptiva (perda de mais de 5% do peso nos últimos três meses) (R63); Suspeita de Alzheimer.

1. Idoso Frágil

HD - Ter idade igual ou superior a sessenta anos, associada a um dos critérios abaixo: Transtornos neuropsiquiátricos (demência CID G30 ou F00, depressão/ansiedades graves CID F32, Parkinson CID G20, sequelas de AVC CID I69); Três ou mais doenças crônicas com complicação não compensada (hipertensão CID I10, diabetes CID E14, artrose CID M19, dislipidemia CID E78, osteoporose CID M81, disfunção de tireoide CID E03); Duas ou mais quedas em um ano ou alteração de marcha/equilíbrio; Síndrome consumptiva (perda de mais de 5% do peso nos últimos três meses – CID R63. 4).

Prioridade - Idosos com idade igual ou superior a 75 anos.

2. Idosos em processo de fragilização

HD – Ter idade igual ou acima de 75 anos: Idoso que mora sozinho ou recebe algum tipo de cuidado; Idoso que considera seu estado de saúde ruim ou muito ruim; Relato de cinco ou mais doenças; Uso de cinco ou mais medicamentos; Idoso que referir uma ou mais internações no período de um ano; Duas ou mais quedas em um ano.

3. Idosos acamados

HD – Ter idade igual ou superior a 60 anos e estar restrito ao lar ou acamado: Ter um cuidador responsável que siga as orientações e o tratamento da equipe, e que participe do curso de orientação aos cuidadores de idosos oferecido pelo CERESI.

ALÉM DO DESCRITO ACIMA, DEVERÁ APRESENTAR UM DOS CRITÉRIOS: Sequelas de AVC; Fratura; Neoplasia avançada; Doenças neurodegenerativas como Parkinson e Alzheimer.

Prioridades - Idosos com altas hospitalares recentes, fratura ou AVC recente.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM HEMATOLOGIA

Motivos para Encaminhamento

1. Anemias;
2. Talassemias;
3. Doenças hemolíticas;
4. Anemia falciforme;
5. Policitemias;
6. Hemofilias;
7. Deficiências transitórias dos fatores 8 e 9;
8. Trombocitopenias auto imunes;
9. Trombocitopenias;
10. Leucopenias/leucocitoses

Pré-requisitos: História clínica e exames laboratoriais do paciente que justifiquem o encaminhamento; História familiar e pregressa do paciente.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Clínico Geral, Generalista, Ginecologista.

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM HEMATOLOGIA INFANTIL

Motivos para Encaminhamento

1. Anemias;
2. Talassemias;
3. Doenças hemolíticas;
4. Anemia falciforme;
5. Policitemias;
6. Hemofilias;
7. Deficiências transitórias dos fatores 8 e 9;
8. Trombocitopenias imune neonatal;
9. Trombocitopenias;
10. Leucopenias/leucocitoses.

Pré-requisitos: História clínica e exames laboratoriais da criança que justifiquem o encaminhamento; História familiar e progressiva da criança; Encaminhamento ricamente detalhado.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra, Neonatologista, Generalista (PSF), Emergencista.

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM HEPATOLOGISTA PEDIÁTRICO

Motivos para o encaminhamento

1. Síndromes colestáticas;
2. Hepatopatias a esclarecer;
3. Liberação de uso de drogas hepatotóxicas

Pré-requisitos: História clínica, exames laboratoriais/de imagem relacionados à hipótese diagnóstica; Avaliação da CIPED, nos casos de malformações gastrointestinais, sugerindo acompanhamento clínico.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Gastroenterologista.

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM HEBEATRIA

Motivos para o encaminhamento

1. Patologias que envolvem pacientes da faixa etária de 12 a 18 anos, refratários ao tratamento clínico adotado pela atenção primária, principalmente quando envolve alteração hormonal;

2. Desconfortos próprios da adolescência;

3. Contracepção (planejamento familiar);

4. Orientação para sexo seguro

Pré-requisitos: Ter idade entre 10 e 20 anos incompletos.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Médicos.

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM INFECTOLOGIA

Motivos para o encaminhamento

1. Sorologia positiva para hepatite B ou C (metodologia ELISA) – **Preencher SINAN;**

2. Sorologia positiva para HIV – **Preencher SINAN;**

3. Condiloma genital em homens somente para auxílio no diagnóstico;

4. Doenças sexualmente transmissíveis de tratamento clínico em mulheres que já foram avaliadas pelo ginecologista e foi excluída a existência de lesão genital atual (ex: sífilis latente);

5. Doenças infecciosas em paciente imunodeprimido, de difícil diagnóstico ou tratamento ou que acomete sítio incomum;

6. Dúvidas sobre escolha do antimicrobiano para determinada patologia;
7. Febre de origem obscura (febre de duração mínima de três semanas cujo diagnóstico não foi esclarecido após extensa investigação);
8. Avaliação pré-operatória de paciente portador de doença infecciosa crônica

Exames complementares - O paciente deverá comparecer a consulta, imprescindivelmente com os exames que sugerem a hipótese diagnóstica (sorologia para hepatite B ou C, HIV, sífilis, etc) e não somente relato da ficha de encaminhamento. Caso o paciente tenha outros exames que auxiliem no diagnóstico ou tratamento, levar na consulta.

Prioridade - Pacientes com doenças infecciosas agudas e pacientes febris.

OBS: Doenças de Notificação Obrigatória – Preencher o SINAN

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM INFECTOLOGIA INFANTIL

Motivos para o encaminhamento

1. Crianças com doenças infecciosas congênicas: citomegalovírus, toxoplasmose, sífilis, herpes, rubéola, parvovírus e outras afecções congênicas – **Preencher o SINAN;**
2. Filhos de mãe HIV positiva – **Preencher o SINAN;**
3. Crianças com infecções de repetição;
4. Linfadenomegalias agudas;
5. Hepatoesplenomegalias febris;
6. Hepatites virais agudas e crônicas;
7. Acidentes com material perfurocortante;
8. Tuberculose;
9. Febre prolongada (mais de 30 dias), periódica e/ou recorrente
10. Doenças causadas por protozoários (malária, Doença de Chagas, toxoplasmose);

11. Bartonelose (Doença da Arranhadura do Gato);

12. Doenças causadas por helmintos: toxocaríase (larva migrans visceral), esquistossomose

Pré-requisitos: História clínica e exames laboratoriais da criança (imprescindível); História familiar; Relatório médico detalhado justificando o encaminhamento do paciente, assim como a hipótese diagnóstica e o(s) tratamento(s) realizado(s); Pacientes com suspeita de tuberculose devem realizar radiografia de tórax (PA e perfil) e PPD antes do encaminhamento para consulta; Todos os pacientes devem apresentar Cartão Vacinal no momento da consulta; Em casos suspeitos de infecção congênita, é necessário o Cartão da Gestante, assim como os exames realizados durante a gestação; Nos casos suspeitos de infecção congênita por citomegalovírus, a primeira consulta deve ser realizada o mais breve possível (antes da criança completar 21 dias de vida); Os casos relacionados ao HIV deverão ser encaminhados para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), com agendamento prévio através do Serviço Social ou Enfermagem.

P1 - Infecções congênicas e perinatais, casos relacionados ao HIV (fluxo Secretaria de Saúde);

P2 - Tuberculose, linfadenomegalias agudas, hepatoesplenomegalia febris, hepatites virais agudas e crônicas, doenças causadas por protozoários (malária, Doença de Chagas, toxoplasmose), Bartonelose (doença da Arranhadura do Gato), doenças causadas por helmintos ((toxocaríase – Larva migrans visceral), esquistossomose;

P3 – Crianças com infecções de repetição.

OBS: Doenças de Notificação Obrigatória – Preencher o SINAN

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra, Neonatologista, Generalista (PSF).

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM MASTOLOGIA

Motivos para o encaminhamento

1. História pessoal de Câncer de Mama;
2. Suspeita de Câncer de Mama ao Exame Físico;
3. Alteração em exame de imagem: MMG ou USG Mamas;

4. Discordância do laudo da mamografia;
5. Pacientes com mais de 30 anos e alto risco para Câncer de Mama;
6. Dor mamária incapacitante;
7. Gigantomastia: Hipertrofia mamária além dos limites fisiológicos;
8. Mamas Acessórias Axilares com indicação de remoção cirúrgica;
9. Ginecomastia patológica, levando a dor, vergonha, ou constrangimento;
10. Outros casos: encaminhar com justificativa.

EXAME DE IMAGEM:

1. Mamografia:

- BI-RADS III, IV, V ou VI
- BI-RADS 0, com exames complementares

2. USG Mamas:

- Nódulo de qualquer tamanho
- Cistos complexos de qualquer tamanho
- Cistos simples > 2 cm

EXAME FÍSICO - Tumor ou Nódulo palpável, Retração da Pele, Retração recente de Mamilo, Adenomegalia Axilar suspeita ou Supra clavicular, Fluxo Papilar Espontâneo: Sanguinolento ou Cristalino

ALTO RISCO PARA CÂNCER DE MAMA

- Histórico pessoal de câncer de mama
- Mais de um parente de primeiro grau (mãe, irmã, filha) que já teve câncer de mama;
- Mutação genética ligada ao câncer da mama (gene mutado BRCA1, BRCA2, TP53 ou PTEN)

- Tratamento com radiação na área do tórax depois dos 10 anos de idade e antes dos 30.

PRÉ-REQUISITOS: História Clínica, Exame Físico, Mamografia e Ultrassonografia de Mamas (se possível).

Prioridade: P0: Nas suspeitas de Câncer de Mama; **P1:** Em casos de nódulos provavelmente benignos ou mastalgia incapacitante; **P2:** Nos demais casos.

OBS: Os casos com indicação de tratamento cirúrgico por gigantomastia, ginecomastia ou mamas acessórias poderão ser encaminhados para a Cirurgia Plástica após confirmação da benignidade da alteração; Devem ser encaminhados ao mastologista os casos de dor mamária crônica incapacitante, não responsiva à orientação verbal e ao tratamento clínico convencional. Fazer o diagnóstico diferencial com a mastalgia cíclica comum, referida e tolerada pela maioria das mulheres; Contra referência: Após confirmação da benignidade das alterações através de exames complementares e do exame físico pelo especialista, o paciente poderá ser encaminhado à UBS para o seguimento habitual com o ginecologista, de posse de relatório de contra referência.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Ginecologista, Generalista, Outras especialidades médicas.

Vide Fluxograma para Diagnóstico e Prevenção de Doenças da Mama

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM MEDICINA DO TRABALHO (ESTABELECIMENTO DE NEXO CAUSAL)

Motivos para encaminhamento:

1. Acidentes do trabalho (típicos ou de trajeto);
2. LER/DORT (lesões por esforços repetitivos/ distúrbios osteo musculares relacionados ao trabalho);
3. Transtornos mentais relacionados ao trabalho;
4. PAIR (perda auditiva induzida pelo ruído);
5. Câncer relacionado ao trabalho;

6. Pneumoconioses;

7. Dermatoses ocupacionais;

8. Outros motivos: Doenças do olho e anexos, Doenças dos Sistemas Circulatório, Digestivo, Nervoso e Gêrito urinário, Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas Relacionadas ao Trabalho.

OBS: Doenças de Notificação Obrigatória – Preencher o SINAN

1. Acidentes do trabalho

Acidente do trabalho é o evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, e que acarreta dano à saúde, potencial ou imediato, podendo ser típico ou de trajeto.

Os acidentes de trabalho podem ser classificados como fatal, grave e com crianças e adolescentes.

Prioridade: todos os casos

2. LER/DORT (LER: Lesões por Esforços Repetitivos / DORT: Distúrbios Osteo musculares Relacionados ao Trabalho)

As LER/DORT podem afetar qualquer estrutura do sistema musculoesquelético. A incidência é maior nos membros superiores, mas também podem se manifestar na coluna e nos membros inferiores (exemplos: bursites, tenossinovites, tendinites, epicondilite, artroses, lombalgia etc.)

Principais fatores etiológicos: movimentos repetitivos, ausência de pausas, invariabilidade das tarefas (sobrecarregando sempre as mesmas estruturas do sistema musculoesquelético), organização do trabalho inadequada (pressão excessiva pela chefia para cumprimento de metas de produção, excesso de horas extras, prêmio por produção, problemas nos relacionamentos interpessoais etc) esforço físico exagerado e manutenção de posturas inadequadas para a realização das tarefas, ambiente de trabalho desfavorável (pouca iluminação, excesso de ruído, vibração, espaços pequenos, mobiliários e equipamentos desconfortáveis, temperaturas muito baixas ou muito altas etc).

HD: Encaminhar os pacientes com sinais e sintomas referentes ao sistema musculoesquelético com ou sem tratamento e exames subsidiários, desde que haja suspeita de relação com o trabalho, descrevendo sucintamente a história clínica e ocupacional

constando data do início dos sintomas, evolução, atividade profissional que exerce ou exerceu, tempo na função, descrição das tarefas realizadas e possíveis tratamento instituído.

Exames Complementares: USG, ressonância magnética, tomografia computadorizada, RX etc.

Prioridade: todos os casos

3. Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho

Enquadram-se nesta classificação, de acordo com a Portaria 1.339/1999:

Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02. 8); Delirium, não sobreposto à demência (F05. 0); Transtorno cognitivo leve (F06. 7); Transtorno orgânico de personalidade (F07. 0); Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09. -); Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10. 2); Episódios depressivos (F32. -); Estado de estresse pós-traumático (F43. 1); Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48. 0); Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (48.8); Transtorno do ciclo vigília sono devido a fatores não orgânicos (F51. 2); Sensação de estar acabado (síndrome de burn-out, síndrome do esgotamento profissional) (Z73. 0).

HD: Descrever queixas, duração, evolução, história clínica e ocupacional (constando atividade profissional que exerce ou exerceu, tempo na função, descrição das tarefas realizadas e possível tratamento instituído).

Prioridade: todos os casos

4. Câncer Relacionado ao Trabalho

É decorrente da exposição a agentes químicos, físicos ou biológicos classificados como carcinogênicos presentes no ambiente de trabalho (exemplo: benzeno, 4-amino difenil, benzidina, beta naftilamina, 4-nitro difenil, amianto, sílica, radiações ionizantes).

HD: encaminhar todos os casos suspeitos, descrevendo queixas, duração, evolução, história clínica e ocupacional (constando atividade profissional que exerce ou exerceu, tempo na função, descrição das tarefas realizadas e possíveis tratamento instituído).

Exames complementares necessários: a depender da suspeita diagnóstica

Prioridade: todos os casos

5. Pneumoconioses

Pneumopatias relacionadas etiologicamente à inalação de poeiras em ambientes de trabalho.

HD: encaminhar todos os casos suspeitos, descrevendo queixas, duração, evolução, história clínica (os sintomas, em geral, são precedidos de alterações radiológicas) e ocupacional (constando atividade profissional que exerce ou exerceu, tempo na função e possível tratamento instituído).

Exames complementares necessários: radiografia simples de tórax

Prioridade: todos os casos

6. PAIR

Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) é a perda provocada pela exposição por tempo prolongado ao ruído. Configura-se como uma perda auditiva do tipo neurosensorial, geralmente bilateral, irreversível e progressiva com o tempo de exposição ao ruído.

São sinais e sintomas da PAIR:

a) Auditivos: Perda auditiva, zumbidos, dificuldades no entendimento de fala, outros sintomas auditivos menos frequentes (algiacusia, sensação de audição “abafada”, dificuldade na localização da fonte sonora);

b) Não auditivos: transtornos da comunicação, alterações do sono, transtornos neurológicos, vestibulares, digestivos e comportamentais

c) Outros efeitos do ruído: transtornos cardiovasculares e hormonais.

HD: Encaminhar todos os casos suspeitos, descrevendo queixas, duração, evolução, história clínica e ocupacional (constando atividade profissional que exerce ou exerceu, tempo na função, descrição das tarefas realizadas e possíveis tratamento instituído).

Exames complementares necessários: Avaliação audiológica.

Prioridade: todos os casos

7. Dermatoses Ocupacionais

É toda alteração das mucosas, pele e seus anexos que seja direta ou indiretamente causada, condicionada, mantida ou agravada por agentes presentes na atividade ocupacional ou no ambiente de trabalho.

HD: história de exposição ocupacional, observando-se concordância entre o início do quadro e o início da exposição, bem como a localização das lesões em áreas de contato com os agentes suspeitos, melhora com o afastamento e piora com o retorno ao trabalho.

Exames complementares não obrigatórios: histopatologia, testes de contato, outros (de preferência solicitados pelo especialista).

Prioridade: todos os casos

8. Outros Motivos

Doenças do olho e anexos relacionadas ao trabalho; Doenças do sistema circulatório relacionada ao trabalho; Doenças do sistema digestivo relacionadas ao trabalho; Doenças do sistema nervoso relacionadas ao trabalho; Doenças do sistema gênito urinário relacionadas ao trabalho; Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos relacionadas ao trabalho; Doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho; Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas relacionadas ao trabalho.

HD: Encaminhar todos os casos suspeitos, descrevendo queixas, duração, evolução, história clínica e ocupacional (constando atividade profissional que exerce ou exerceu, tempo na função, descrição das tarefas realizadas e possíveis tratamento instituído).

Exames complementares: De acordo com a patologia apresentada e a critério do especialista

Prioridade: todos os casos com suspeita denexo causal com o trabalho

CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS SEGUNDO SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO

CATEGORIA	EXEMPLOS
I – Trabalho como causa necessária	Intoxicação por chumbo; silicose; doenças profissionais legalmente reconhecidas.
II - Trabalho como fator contributivo, mas não necessário.	Doença coronariana; doenças do aparelho locomotor; câncer; varizes dos membros inferiores; hipertensão arterial sistêmica.
III–Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida.	Bronquite crônica; dermatite de contato alérgica; asma; doenças mentais.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM NEFROLOGIA

Motivos Para Encaminhamento

1. Alteração de exame de urina;
2. Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado;
3. Lesão renal em Diabetes, Hipertensão, Doenças Reumatológicas e Autoimune.

1. Alteração de exame de urina

HD – História 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.

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

Prioridade – Oligúria e/ou creatinina $\geq 2,0$ mg/dl

2. Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado

HD – História 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 - urina I, ureia, creatinina, e glicemia de jejum.

Prioridade – Hematúria maciça/outros sinais e sintomas

3. Lesão renal em diabetes, hipertensão, doenças reumatológicas e autoimunes

HD – História 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 – Exame de urina I (EAS), ureia, creatinina, e glicemia de jejum.

Prioridade – creatinina $\geq 2,0$ mg/dl. **(até 2,0 mg/dl – P1)**

Outros motivos frequentes de encaminhamento: Encaminhamento anual de diabéticos e hipertensos, Hematúria, Infecções urinárias de repetição e Cálculo Renal.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM NEFROLOGIA INFANTIL

Motivos para Encaminhamento

1. Infecção do Trato Urinário de repetição;
2. Hipertensão Arterial na Infância;
3. Hematúrias;
4. Glomerulonefrite Difusa Aguda Pós-Estreptocócica;
5. Síndrome Nefrótica e Nefrítica;
6. Anomalia congênita múltipla do trato urinário;
7. Cistos renais;
8. Anomalias do rim e do trato urinário;
9. Síndromes genéticas que cursam com alteração renal: síndrome de Falconi, cistinose, síndrome artrogripose, doença de depósito glicogênio e galactosemias.

Pré-requisitos: História clínica e exames laboratoriais pertinentes a patologia da criança; História familiar e pregressa da criança.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra, Neonatologista, Generalista (PSF).

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM NEUROLOGIA

Motivos para o encaminhamento:

1. Cefaleia;
2. Epilepsia, convulsões e desmaios;
3. Distúrbio de aprendizagem retardo psicomotor;
4. Outros motivos frequentes de encaminhamento

1. Cefaleia

HD – História sucinta informando localização, característica, evolução e patologias associadas.

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

Exame Físico – relatar achados importantes e informar pressão arterial. Caso seja realizado fundo de olho e encontrar **papiledema**, encaminhar sem exames para avaliação **neurocirúrgica de urgência**.

OBS: cefaleia de difícil controle associada a distúrbio do comportamento, convulsões agravando progressivamente ou instalação súbita e constante, devem sempre ser encaminhadas ao neurologista. **Se possível solicitar tomografia de crânio com contraste.**

2. Epilepsia, Convulsão e Desmaios

HD – Relato sucinto da história informando características, evolução, doenças associadas (em especial diabetes), possível hipoglicemia, arritmia, distúrbio metabólico

Exames Complementares Necessários: Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como, radiografias (crânio, seios da face) e outros (solicitar EEG + TC com contraste

Exame Físico – relatar achados importantes

Prioridade – Paciente com mais de uma crise em menos de 24h e sem medicação

OBS: nos casos 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 sob o controle a prescrição deverá ser mantida pelo médico da UBS até o retorno ao Neurologista. Para tanto na receita deve constar sua validade de acordo com a data de retorno ao especialista e estar preenchido o relatório de contra referência.

3. Distúrbio de Aprendizagem e Retardo Psicomotor

HD – História sucinta especificando qual o atraso do desenvolvimento neuropsicopático que foi observado, qual o distúrbio do comportamento, o tempo de evolução e dados sobre o parto no primeiro ano de vida.

Exames Complementares Necessários: Não há.

Exame Físico – relatar achados importantes.

4. Outros motivos frequentes de encaminhamento:

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. RX de Crânio se a suspeita for crânioestenose

Nervosismo

Habitualmente, não há razão para encaminhar ao neurologista, exceto quando presente sinais ou sintomas de lesão orgânica no SNC. Avaliar conforme o caso e encaminhar a saúde mental ou matriciar antes do encaminhamento formal.

Sequela de AVC

A prescrição e o acompanhamento de reabilitação fisioterápica devem ser feitos pelo neurologista. Mesmo a avaliação de déficit motores de sequelas de AVC ou trauma para fins de obtenção de benefícios (P0) ou passe livre (P0) deve ser feita pelo neurologista.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM NEUROLOGIA INFANTIL

Motivos para o encaminhamento:

1. Crises convulsivas;
2. Encefalopatias bilirrubínicas e hipóxico isquêmicas;
3. Infecções neonatais e da infância com meningite;
4. Crianças pré-termos menores de 35 semanas de idade gestacional;
5. Crianças com malformações do sistema nervoso central, hemorragias cranianas;
6. Crianças com síndromes genéticas;
7. Crianças com distúrbios metabólicos;
8. Crianças com doenças neuromusculares;
9. Crianças com distúrbios dos nervos periféricos e miopatias metabólicas;
10. Crianças com paralisia do plexo braquial

Pré-requisitos: História clínica e exames laboratoriais da criança; História familiar.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra, Neonatologista, Generalista (PSF) – após matriciamento do caso para que a equipe esteja preparada para acompanhar junto com o especialista.

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM NEUROCIRURGIA

Motivos Para Encaminhamento

1. Cisticercose;
2. Síndrome do túnel do carpo;
3. Hidrocefalia;
4. Tumor;
5. Hérnia discal cervical/lombar

1. Cisticercose

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – EEG e TC.

Exame físico – Casos com sintomatologia focal ou meningítica. Crises convulsivas

Prioridade – Casos tratados e descompensados e mal triados

2. Hidrocefalia

HD – Encaminhar todos os casos com suspeita diagnóstica.

Exames complementares necessários – TC e ressonância de crânio

Exame físico – As manifestações clínicas da hidrocefalia infantil vão depender de vários fatores, tais como idade do paciente, grau de fechamento das suturas cranianas e velocidade de progressão da pressão intracraniana.

No lactente: o mais notável é o aumento do tamanho da cabeça em proporções muitas vezes graves.

Crianças maiores: o quadro clínico é, em geral, menos evidente, vômitos (comumente em jato), irritabilidade, letargia, sinal de Macewen (à percussão do crânio, têm-se a sensação deste ser semelhante a um “pote rachado”), papiledema, estrabismo.

3. Tumor

Exames complementares necessários – Tomografia ou ressonância nuclear magnética.

4. Hérnia disco cervical/lombar

Exames complementares necessários – Tomografia ou ressonância nuclear magnética, mostrando hérnia discal com compressão radicular e/ou medular

5. Suspeita de neoplasia benigna/maligna

6. Toxoplasmose com sinais de irritação cortical

7. Outros sinais de compressão raquimedular, especialmente após atendimento de urgência

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos, inclusive os Psiquiatras.

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA

Motivos para o encaminhamento:

1. Deficit Visual;
2. Cefaleia;
3. Retinopatia Diabética / Hipertensiva;
4. Inflamação Ocular;
5. Catarata;
6. Glaucoma;
7. Estrabismo infantil;
8. Tracoma;
9. Pterígio;
10. Hordéolo de repetição;
11. Blefarites crônicas;
12. HAS moderada/grave para afastar retinopatia hipertensiva

OBS: Todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que encaminhou e a ele deve voltar com a contra referência adequadamente preenchida.

1. Deficit Visual

HD – Encaminhar os pacientes com relato de: Deficit Visual ou queixas oculares: prurido, lacrimejamento. Encaminhar com história sucinta citando presença de outras patologias (diabetes e hipertensão).

OBS: os pacientes com queixa de deficit visual devem ser submetidos pelo médico clínico ou outro profissional habilitado ao teste de Snellen.

Exame Físico – citar os achados significativos.

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

2. Cefaleia

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

OBS: Cefaleia Matinal ou no meio da noite não está relacionada a problemas oculares. Pacientes com queixas agudas, de forte intensidade com sintomas associados, deverão ser sempre encaminhados às urgências clínicas para avaliação inicial. Em caso suspeito de meningite realizar a notificação compulsória.

Exame Físico – aferição da Pressão Arterial.

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

3. Pacientes com Diabetes/Hipertensão

HD – descrever história clínica, tempo de evolução e complicações.

Exame Físico – relatar os achados importantes. Informar o valor da pressão arterial.

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

Prioridade – paciente diabético juvenil e outros com doença acima de 3 anos de duração.

4. Inflamação Ocular

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

Exame Físico – citar os achados significativos.

Prioridade – pacientes com dor e maior tempo de evolução.

5. Catarata

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

Exame Físico – citar os achados significativos e relatar a presença ou não de leucocoria.

Prioridade – paciente de olho único, com insucesso no uso de lentes corretivas.

6. Glaucoma

HD – Encaminhar os pacientes com história familiar de glaucoma.

Exame Físico – citar os achados significativos.

Prioridade – pacientes com história familiar, mesmo que assintomático, acima de 35 anos.

7. Estrabismo

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

Exame Físico – citar os achados significativos.

Prioridade – menores de 7 anos.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ORTOPEdia

Motivos para o encaminhamento:

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

1. Dores nas Costas: Cervicalgia, Lombalgia

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

Exames Complementares Necessários: RX da área afetada em duas incidências.

Exame Físico – citar os achados significativos.

Prioridade – pacientes com queixas crônicas.

2. Deformidades - (MMII, Cifose e Escoliose)

HD – os casos de deformidades em crianças devem ser encaminhados ao especialista a partir de 6 meses de vida. A deformidade em progressão deve ser acompanhada pelo ortopedista. Os casos de “pé torto” ou “pé plano rígido” deverão ser encaminhados para diagnóstico o mais breve possível - P0

Exames Complementares Necessários: RX da área afetada.

Exame Físico – descrever os achados importantes.

Prioridade – prioridade para RN - P0

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

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

Exames Complementares Necessários: RX da área afetada em AP e perfil.

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

Prioridade – limitação funcional – P1

4. Sequela de Fratura

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

Exames Complementares Necessários: RX da área afetada em AP e perfil.

Exame Físico – na dor articular, algias ósseas, calcaneodínias, 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 – pacientes com sequelas mais recentes como P0 devido possibilidade de haver recuperação.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM ORTOPEDIA INFANTIL

Motivos para o encaminhamento

1. Pés tortos congênitos;
2. Luxação congênita do quadril;
3. Anomalias músculos esqueléticas: Torcicolo congênito, cifose, lordose, escoliose;
4. Paralisias braquiais;
5. Deformidades e afecções dos joelhos, ombros e membros;
6. Fraturas;
7. Infecções ósseas e articulares como osteomielite

Pré-requisitos: História clínica e exames laboratoriais pertinentes a patologia da criança; História familiar e pregressa da criança.

OBS: Em caso de 1º consulta sempre P0.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra, Neonatologista, Generalista (PSF).

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Motivos para o encaminhamento

1. Amigdalite crônica ou hipertrófica;
2. Suspeita ou Confirmação de Deficit Auditivo (D.A.);
3. Hipertrofia das adenoides;
4. Laringite crônica;
5. Otomastoidite crônica;
6. Sinusites crônicas;
7. Otite Média Serosa;
8. Otite Crônica.

1. Amigdalite crônica ou hipertrófica

HD – Amigdalite com 5 ou mais episódios de amigdalite tratados com antibioticoterapia em 1 ano, 4 ou mais episódios de amigdalite tratados com antibioticoterapia em 2 anos seguidos ou, 3 ou mais episódios de amigdalite tratados com antibioticoterapia em 3 anos seguidos.

Exame físico – distúrbios mecânicos com maior ou menor frequência de surtos de anginas febris ou obstrução grau 3 ou 4.

Exames complementares necessários – Não há.

Classificação do grau de obstrução das tonsilas palatinas, segundo Brodsky

Grau de Obstrução	Proporção da Tonsila na Orofaringe
0	Tonsila na Fossa Palatina
1	Tonsila ocupa menos de 25% da orofaringe
2	Tonsila ocupa de 25-50% da orofaringe
3	Tonsila ocupa de 50-75% da orofaringe
4	Tonsila ocupa mais de 75% da orofaringe

2. Suspeita ou Confirmação de Deficit Auditivo(D.A.)

HD – Encaminhar todos os casos.

Exame físico – Otoscopia: pode ser normal.

Exames complementares necessários – Não há.

3. Hipertrofia das adenoides

HD – Encaminhar todos os casos.

Exame físico – A criança dorme de boca aberta, baba no travesseiro, ronca e por vezes tem crises de apneia noturna.

Exames complementares necessários – Não há.

4. Laringite crônica

HD – Encaminhar todos os casos.

Exame físico – Rouquidão permanente em maior ou menor intensidade, com expectoração muco catarral, sobretudo pela manhã.

Exames complementares necessários – Não há.

5. Otomastoidite crônica

HD – Encaminhar todos os casos.

Exame físico – **Otoscopia com perfuração(crônica), otorreia** drenando pelo conduto auditivo externo de caráter contínuo ou intermitente. Hipoacusia até surdez.

Exames complementares necessários – Não há.

6. Sinusites crônicas

HD – Encaminhar os casos com sintomas que se mantém acima de dois meses com antibioticoterapia (dois ciclos de 21 dias).

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

Exames complementares necessários – Não há.

7. Otite Média Serosa

Sinonímia – Otite Média Secretora, Otite Média Efusional e Otite Média Mucoide, dentre outras.

HD – Encaminhar todos os casos.

Exame físico – Otoscopia: secreção de coloração amarelada ou avermelhada, presença de secreção e bolhas de ar na cavidade timpânica retraída.

Exames complementares necessários – Não há

8. Otite Crônica

HD – Encaminhar casos com mais de 3 episódios de otites(dor de ouvido, febre com ou sem otorreia) em 1 ano.

Exame físico – Compatível com o quadro clínico.

Exames complementares necessários – Não há.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM PNEUMOLOGIA

Motivos para encaminhamento

1. Asma;
2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC);
3. Nódulo Pulmonar;
4. Pneumonia de Repetição/Crônica

1. Asma

HD – Asma persistente grave

História – Atopias (dermatite atópica), história parental, alérgenos e irritantes nos ambientes comuns, ambiente psicossocial e qualidade de vida.

Sintomas – Com mais de 10 dias de duração: falta de ar, aperto no peito, episódios de sibilância/tosse induzida por alérgenos, exercício, choro ou riso; tosse noturna e melhora com uso de medicamentos para asma (broncodilatadores beta dois agonistas e corticoide).

Exames complementares – RX de Tórax PA e Perfil.

Exame físico – Sinais de atopia: palidez de cornetos nasais e pele ressecada, aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax, expiração prolongada.

Prioridade – A critério médico de acordo com a classificação de asma a seguir:

Secretaria Municipal da Saúde

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Sintomas: falta de ar, aperto no peito, chiado e tosse	≤ 1 vez/semana	≥ 1 vez/semana e < 1 vez/dia	Diários mais não contínuos	Diários contínuos
Atividades	Em geral normais, falta ocasional ao trabalho ou escola	Limitação para grandes esforços, falta ocasional ao trabalho ou escola	Prejudicadas, algumas faltas ao trabalho ou escola. Sintomas com exercício moderado (subir escadas)	Limitação diária Falta frequente ao trabalho e escola. Sintomas com exercícios leves (andar no plano)
Crises	Ocasionais (leves) controladas com broncodilatadores, sem ida à emergência	Infrequentes algumas requerendo curso de corticoide	Frequentes algumas com ida à emergência, uso de corticoides sistêmicos ou internação	Frequentes – graves necessidade de corticoide sistêmico, internação ou com risco de vida
Sintomas noturnos	Raros ≤ 2 vezes/mês	Ocasionais > 2 vezes/mês e ≤ 1 vez/semana	Comuns > 1 vez/semana	Quase diários > 2 vezes/semana
Broncodilatador para alívio	≤ 1 vez/semana	≤ 2 vezes/semana	> 2 vezes/semana e < 2 vezes/dia	≥ 2 vezes/dia
PEF ou VEF1 nas consultas	Pré-bd > 80% previsto	Pré-bd ≥ 80% ou previsto	Pré-bd entre 60% e 80% previsto	Pré-bd < 60% previsto

* Pacientes com crises infrequentes, mas que coloquem a vida em risco, devem ser classificados como portadores de asma persistente grave. Despertar noturno regular com chiado ou tosse é um sintoma grave. Em destaque resultado da espirometria que só pode ser solicitada nesta versão do protocolo pelo Alergologista, Pneumologista e Programa “Respira Guarulhos”.

2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

HD – Pacientes com histórico de tabagismo intenso, tosse produtiva, dispneia de esforço três ou quatro

História – Idade superior a 40 anos, tabagista (em média fumou mais de um maço/dia por 20 anos), com tosse geralmente produtiva, expectoração mucoide ou purulenta, quantidade pequena a moderada, duração prolongada, intensidade variável ao longo do tempo. Dispneia aos grandes esforços, progredindo até aos mínimos esforços, valorizada apenas quando compromete as atividades. Não sair do seu domicílio ou apresentar três ou mais exacerbações por ano são critérios de níveis mais elevados do estadiamento.

Exames complementares necessários – RX de Tórax (PA e Perfil), hemograma completo (aumento de hematócrito/ hemoglobina/ leucocitose)

Exame físico – Achados significativos detalhados

Prioridade – Doença descompensada em níveis de dispneia três ou quatro de acordo com a classificação a seguir:

Índice de dispneia modificado do MRC (Medical Research Council)

Grau	Caracterização
Zero	Falta de ar ao realizar exercício intenso
Um	Falta de ar quando apressa o passo, ou sobe Escadas ou ladeiras
Dois	Precisa parar algumas vezes quando anda no próprio passo, ou anda mais devagar que outras pessoas da mesma idade
Três	Precisa parar muitas vezes devido à falta de ar quando anda perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano
Quatro	Sente tanta falta de ar que não sai de casa, ou precisa de ajuda para se vestir ou despir

3. Nódulo Pulmonar

HD – Encaminhar os pacientes com as imagens radiológicas:

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

Exames complementares necessários – RX de tórax (PA e Perfil) recentes e prévios

Exame físico – Achados significativos detalhados

Prioridade – Nódulo alterado comparado a RX prévio

4. Pneumonia de Repetição/Crônica

HD – Encaminhar os pacientes com os seguintes:

RX de Tórax (PA e Perfil) alterados a partir de três no período de seis meses;

Hemogramas completos alterados a partir de três no período de seis meses;

Buscar imunodeprimidos, doenças de base

Investigar fatores ambientais (domiciliar/trabalho)

Exames Complementares Necessários – glicemia, ureia, creatinina, e sorologia para HIV.

Exame físico – Achados significativos detalhados

Prioridade – Casos tratados e não compensados

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM PNEUMOLOGIA INFANTIL

Motivos para Encaminhamento

1. Asma Brônquica;
2. Bronquiolite;
3. A Síndrome do Lactente com Sibilância (Bebê Chiador);
4. Refluxo Gastro Esofágico;
5. Infecções de Repetição de vias Aéreas Inferiores Pneumonias de Repetição;
6. Pneumonia Crônica;
7. Tosse Crônica.

1. Asma Brônquica

HD – Encaminhar casos de asma moderada e intensa

Exames complementares necessários – Hemograma, IgE

Exame físico – Manifesta-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância dispneia, aperto no peito e tosse

Prioridade – todos os casos

2. Bronquiolite

HD – Encaminhar casos de repetição ou vários episódios de internação por broncoespasmo com falha de tratamento

Exames complementares necessários – RX de tórax

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

Prioridade – Casos tratados e descompensados

3. A Síndrome do Lactente com Sibilância (Bebê Chiador)

HD – Encaminhar bebê chiador com clínica de atopia e com sintomatologia específica.

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

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

Prioridade – Casos tratados e descompensados

4. Refluxo Gastro Esofágico

HD – Encaminhar os casos em que os sintomas e sinais sejam significativos

Exames complementares necessários – RX de esôfago, estômago e duodeno ou cintilografia para RGE

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

Respiratórias e Otolaringológicas: Síndrome asmatiforme, pneumonia de repetição, fibrose pulmonar, abscesso, bronquiectasia, hemoptise, estridor recorrente, rouquidão, pigarro, globus pharyngeus, otite recorrente, rinite crônica, tosse crônica, tosse ou cianose durante a alimentação, neoplasias benignas e malignas do trato aerodigestivo.

Outros: anorexia, baixo ganho ponderal, apneia do sono, síndrome da morte súbita.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

5. Infecções de Repetição de Vias Aéreas Inferiores Pneumonias de Repetição

HD – Encaminhar casos com sinais e sintomas significativos

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

Exame físico – Mal estado geral, febre tosse, hiperpneia

Prioridade – Casos tratados e descompensados

6. Pneumonia Crônica

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

Exames complementares necessários – hemograma, VHS, RX de tórax

Exame físico – Mal estar geral, febre, tosse, hiperpneia

Prioridade – Casos tratados e descompensados

7. Tosse Crônica

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

Exames complementares necessários – hemograma, VHS, RX de tórax

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

Prioridade – Casos tratados e descompensados

Profissional (ais) Solicitante (s) – Neonatologista, Pediatra e Generalista

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM PROCTOLOGIA

Motivos para encaminhamento

1. Hemorroidas;
2. Abscesso Perianal;
3. Fissura Anal;
4. Fístula Anal;
5. Fístulas Anorretais;
6. Cisto Pilonidal;
7. Incontinência Anal;
8. Diverticulose Colônica;
9. Condiloma Acuminado;
10. Pólipos;
11. Neoplasias Colorretal

1. Hemorroidas

HD – Encaminhar casos cirúrgicos de terceiro e quarto grau

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Sangramento, sensação corpo estranho, prolapso, dor anal e toque retal

Prioridade – Casos tratados e descompensados e refratários

2. Abscesso Perianal

HD – Encaminhar casos para drenagem

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Tumoração quente dolorosa, descarga purulenta, tenesmo, toxemia, febre e toque retal

Prioridade – Casos tratados e descompensados

3. Fissura Anal

HD – Encaminhar casos cirúrgicos

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Dor anal, obstipação reflexógena, sangramento, plicoma e constipação

Prioridade – Casos tratados e descompensados

4. Fístula Anal

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Dor anal

Prioridade – Casos tratados e descompensados

5. Fístulas Anorretais

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – Não há.

Exame físico – orifício fistuloso externo perianal com drenagem de secreção purulenta, desconforto anorretal.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

6. Cisto Pilonidal

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – Inspeção e palpação local, pesquisa de orifícios fistulosos.

Exame físico – Aguda- nódulo doloroso na região sacrococcígea, abscesso local, febre, dificuldade para sentar-se.

Crônica - drenagem purulenta espontânea, trajeto fistuloso com OE, secreção fétida

Prioridade – Casos tratados e descompensados

7. Incontinência Anal

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Alteração da consistência das fezes, diminuição da capacidade e/ou complacência retal, sensibilidade retal diminuída, lesão anatômica muscular, denervação do assoalho pélvico, toque retal.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

8. Diverticulose Colônica

HD – Encaminhar todos os casos com menção se há história familiar de câncer de intestino

Exames complementares necessários – Enema opaco e colonoscopia

Exame físico – Herniações saculares da mucosa através das camadas musculares do cólon

Prioridade – Casos tratados e descompensados

9. Condiloma Acuminado

HD – - Encaminhar pacientes com lesões sugestivas e não resolutivas a tratamentos anteriores, pela rede básica.

Exames complementares necessários – Não há.

Exame físico – Verrugas, com superfície irregular, frequentemente múltipla, da cor da pele, avermelhadas ou escuras, as grandes tem a forma de “couve-flor”

Prioridade – Casos tratados clinicamente e descompensados

10. Pólipos

HD – Encaminhar todos os casos com menção se há história familiar de câncer de intestino

Exames complementares necessários - Pesquisa de sangue oculto nas fezes

Exame físico – Geralmente não causam sintomas e só são descobertos quando é realizada a colonoscopia

Prioridade – Casos tratados e descompensados

11. Neoplasias Colorretal

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – RX simples, USG, TC, CEA,

Exame físico – Sangramento retal, constipação, diarreia, dor abdominal, anemia, sangue oculto nas fezes, perda de peso.

Prioridade – Todos os casos

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM REUMATOLOGIA

Motivos para o encaminhamento

1. Deformidades das articulações, nódulos reumatoides, rigidez matinal;
2. Dor óssea, fraturas, deformidades esqueléticas/
3. Tenossinovite, dor, rigidez matinal, lombalgia de ritmo inflamatório;
4. Dor difusa e crônica;
5. Sensação de rigidez e edema;
6. Suspeita de doenças reumáticas autoimunes.

1. Deformidades das articulações, nódulos reumatoides, rigidez matinal

HD - Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes, que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração, evolução e relação com o trabalho. Mencionar se há restrição e em que grau

Exames complementares necessários – RX das articulações, exames laboratoriais (fator reumatoide, provas reumáticas, PC reativa, VHS)

Exame Físico – Citar achados significativos

Prioridade – Paciente com queixas crônicas

2. Dor óssea, fraturas, deformidades esqueléticas

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

Exames complementares necessários – RX das articulações, exames laboratoriais (fator reumatoide).

Exame Físico – Citar achados significativos

Prioridade – Paciente com queixas crônicas

3. Tenossinovite, dor, rigidez matinal, lombalgia de ritmo inflamatório

HD - Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes, que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração, evolução e relação com o tipo de trabalho.

Exames complementares necessários – RX das articulações, exames laboratoriais (provas reumáticas).

Exame Físico – Citar achados significativos

Prioridade – Paciente com queixas crônicas

4. Dor difusa e crônica

HD – Pacientes com dificuldade para localizar a dor, muitas vezes apontando sítios periarticulares, sem especificar se a origem é muscular óssea ou articular. Sono não reparador e fadiga na grande maioria.

Exames complementares necessários – Provas reumáticas

Exame Físico – Presença de sensibilidade dolorosa em determinados sítios anatômicos

Prioridade – Prejuízo dos relacionamentos pessoais e profissionais

5. Sensação de rigidez e edema (inchaço)

HD – Encaminhar os pacientes maiores de 65 anos pacientes com queixas frequentes e persistentes, que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.

Exames complementares necessários – RX da área afetadas e provas reumáticas

Exame Físico – Citar achados significativos

Prioridade – Paciente com queixas crônicas

6. Suspeita de doenças reumáticas autoimunes

HD – Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes, que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução (lúpus eritematoso). Mencionar se está gestante.

Exames complementares necessários – provas reumáticas

Exames físicos – Citar achados significativos

Prioridade – Casos tratados e descompensados

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM UROLOGIA

Motivos para encaminhamento

1. Litíase renal;
2. Obstrução do trato urinário;
3. Hematúria a esclarecer;
4. Neoplasias de bexiga;
5. Neoplasias de rins;
6. Hiperplasia e neoplasia da próstata;
7. Uretrite;
8. Epididimite;
9. Prostatite;
10. Hidrocele;
11. Varicocele;
12. Fimose;
13. Lesões de pênis (Inclusive Condiloma);
14. Incontinência urinária, lesões de testículos, disfunções miccionais (inclusive HBP), hematúria e disfunções renais;
15. Pequenas cirurgias urológicas

1. Litíase renal

HD – Encaminhar todos os casos

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

Exame físico – Quando do tipo coraliforme na pelve renal associa-se com infecções urinárias de repetição.

Cólica nefrética, com irradiação para a virilha, às vezes com náuseas e vômitos.

Hematúria, piúria e cristais em excesso na urina I.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

2. Obstrução do trato urinário

HD – Encaminhar todos os casos

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

Exame físico – Citar os achados significativos.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

3. Hematúria a esclarecer

HD – Encaminhar todos os casos

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

Exame físico – Presença de sangue na urina

Prioridade – Casos tratados e descompensados

4. Neoplasias de bexiga

HD – Encaminhar todos os casos

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

Exame físico – Hematúria

Prioridade – Todos os casos

5. Neoplasias de rins

HD – Encaminhar todos os casos

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

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

Prioridade – Casos tratados e descompensados.

6. Hiperplasia e neoplasia da próstata

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – Toque retal em todos os casos, USG, PSA, Urina

Exame físico – Gotejamento pós-miccional, dificuldade para urinar, nictúria, incontinência urinária, hematúria.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

7. Uretrite

HD – Encaminhar casos de uretrite crônica

Exames complementares necessários – Bacterioscopia de secreção, urina I, cultura

Exame físico – Secreção uretral, purulenta ou mucosa, disúria.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

8. Epididimite

HD – Encaminhar epididimite crônica

Exames complementares necessários – Cultura de secreção uretral, bacterioscopia

Exame físico – Dor testicular unilateral de início agudo com edema e febre.

Prioridade – Casos tratados e descompensados

9. Prostatite

HD – Encaminhar prostatite crônica

Exames complementares necessários – Cultura de urina

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

Prioridade – Casos tratados e descompensados

10. Hidrocele

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – USG, Hemograma, Coagulograma

Exame físico – Citar achados significativos

Prioridade – Casos tratados e descompensados

11. Varicocele

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Citar os achados significativos

Prioridade – Casos tratados e descompensados

12. Fimose

HD – Encaminhar todos os casos

Exames complementares necessários – Hemograma e coagulograma

Exame físico – Citar os achados significativos

Prioridade – Casos tratados e descompensados

13. Lesões de pênis (inclusive condiloma)

HD – Encaminhar todos os casos com história clínica que justifique a solicitação

Exames complementares necessários – Não há

Exame físico – Citar os achados significativos

Prioridade – Todos os casos

14. Incontinência urinária

Exames necessários – Urina I e USG próstata.

Lesões de testículos

Exames necessários – USG de bolsa escrotal.

Disfunções miccionais (inclusive Hiperplasia Benigna Prostática)

Exames necessários – História clínica, PSA, Urina I e USG de próstata.

Disfunções renais

Exames necessários - Urina I

Hematúria

Exames necessários - Urina I e USG de vias urinárias

OBSERVAÇÃO – Oportunidade de toque retal.

Público alvo: Homens maiores de 45 anos, que nunca realizaram o exame, PSA normal.

15. Pequenas Cirurgias urológicas

Motivos para encaminhamento: Frenuloplastia, biópsia/exerese de lesões de pele

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA CONSULTA EM UROLOGIA INFANTIL

Motivos para encaminhamento

1. Litíase renal;
2. Neoplasias de rins;
3. Hidrocele;
4. Fimose

1. Litíase renal

Exames complementares necessários – RX simples abdome

2. Neoplasias de rins

Exames complementares necessários – TC de rins e vias urinárias

3. Hidrocele

Exames complementares necessários – Glicemia de jejum

4. Fimose

Exames complementares necessários – Glicemia de jejum

Profissional (ais) Solicitante (s) – Neonatologista, Pediatra e Generalista.

EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE

PROTOCOLO PARA CINTILOGRAFIA DO SISTEMA DIGESTIVO

PROCEDIMENTOS SIA/SUS: Cintilografia para Avaliação do Esvaziamento Esofágico (líquidos), Cintilografia para Avaliação do Esvaziamento Esofágico (sólidos), Cintilografia para Avaliação do Esvaziamento Gástrico, Cintilografia para Pesquisa de Refluxo Gastroesofágico.

Indicações: Análise do Transito Esofágico e Gástrico para Esvaziamento e Refluxo, Gastroparesia (diabéticos).

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Gastroenterologista, Cirurgião Geral, Cirurgião Pediátrico, Pediatra.

PROTOCOLO PARA CINTILOGRAFIA DO SISTEMA ENDÓCRINO

PROCEDIMENTOS SIA/SUS: Cintilografia com ou sem Captação, Cintilografia com teste de Supressão (T3 ou T4), Cintilografia com teste de Estímulo (TSH), Cintilografia para Tratamento de Hipertireoidismo Tipo Plumer, Cintilografia para Tratamento de Hipertireoidismo Tipo Graves, Cintilografia de Paratireoide.

Indicações: Distúrbios Funcionais da Tireoide e Paratireoide, Tireoide Ectópica (identificação), Tumores e Nódulos (diagnóstico), Hipertireoidismo Tipo Graves e Plumer (tratamento), Carcinoma Diferenciado Tireoidiano (tratamento de metástases), Tireoidite (diagnóstico), Lesões suspeitas e Tratamento Hormonal (acompanhamento).

OBS: Nos casos de solicitações para radioterapia ou dose terapêutica.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, Exames Laboratoriais, USG.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Oncologista, Cirurgião Geral.

PROTOCOLO PARA CINTILOGRAFIA DE FÍGADO, BAÇO E VIAS BILIARES

PROCEDIMENTOS SIA/SUS: Cintilografia do Fígado e Baço, Cintilografia de Vias Biliares, Cintilografia do Fluxo Sanguíneo Hepático (quantitativo e qualitativo).

Indicações: Traumas e Cirurgias Hepáticas com suspeita de perda da integridade das Vias Biliares, Detectar Escapes Biliares por trauma ou cirurgia, Disfunção dos Esfíncteres.

Contra Indicações: Cálculos Biliares, Colecistite Infecciosa.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, USG do Abdome Superior, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (conforme o caso).

Profissional (ais) Solicitante (s) – Gastroenterologista, Cirurgião Geral, Cirurgião Pediátrico, Neonatologista.

PROTOCOLO PARA CINTILOGRAFIA COM GÁLIO 67

CÓDIGO SIA/SUS: 02.08.09.001-0 = Cintilografia de Corpo Inteiro com Gálio 67

02.08.07.001-0 = Cintilografia de Pulmão com Gálio 67

02.08.01.001-7 = Cintilografia de Coração com Gálio 67

02.08.04.002-1 = Cintilografia de Rim com Gálio 67

02.08.05.004-3 = Cintilografia de Osso com Gálio 67

Indicações: Infecções, Tumores, Metástases, Febre de Origem Obscura. HAS secundária/ revascularização.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX simples, Exames Laboratoriais, TC ou RMN (conforme o caso).

Prioridades: Infecções, Tumores.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Infectologista, Oncologista, Cardiologista, Nefrologista, Ortopedista, Cirurgião Geral.

PROTOCOLO PARA CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULITE DE MECKEL

CÓDIGO SIA/SUS: 02.08.02.008-0

Indicação: Suspeita de Divertículo sangrante.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, USG de Abdome (não conclusivo), RX contrastado (não conclusivo ou não indicado).

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cirurgião Geral, Proctologista.

PROTOCOLO PARA DENSITOMETRIA ÓSSEA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.04.06.002-8

Indicações: Perda de massa óssea por fatores endócrinos, Climatério (após 3 anos dos primeiros sintomas), Fatores ortopédicos graves.

Pré-requisitos: Informar o peso, altura e IMC do paciente, História clínica que justifique a solicitação, informando se o paciente é tabagista, se faz tratamento para osteoporose e tratamento ou reposição hormonal.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Ginecologista, Ortopedista, Geriatra, Reumatologista, Endocrinologista.

PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

ANGIORESSONÂNCIA

CÓDIGO SIA/SUS – 02.07.01.001-3

Indicações: Investigação de doença ateromatosa extracraniana: estudo das artérias carótidas, Mesentérica superior, artéria íliaca e femural, Estudo das doenças estenóticas e oclusivas das artérias cervicais, arco aórtico, e aneurisma da aorta abdominal e torácica, Hipertensão arterial grave ou forte suspeita de origem renal.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, Doppler de carótidas alterado (se houver), USG com Doppler (se houver).

Prioridade: Portador de hipertensão severa < 16 anos ou > 55 anos, Pacientes internados em unidades hospitalares.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Angiologista, Cardiologista, Cirurgião Vascular, Cirurgião Cardíaco, Cirurgião Torácico, Cirurgião Pediátrico, Nefrologista, Hematologista.

PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO E ENCÉFALO

CÓDIGO SIA/SUS – 02.07.01.006-4

Indicações: Avaliar fossa cerebral posterior e tronco cerebral, AVC isquêmico, Infartos cerebrais múltiplos (suspeita), Demência, Tumores (diagnóstico), Metástases (detecção), Lesões orbitárias ou Trato Visual, Infecções, Esclerose Múltipla.

Contraindicações: Cefaleias, Vertigens, Hemorragias Cerebrais, Aneurisma.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX Crânio, TC de Crânio, se necessário.

Prioridade: Lesão orbitária, Tumores cerebrais.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Neurologista, Neurocirurgião, Cirurgião Cabeça e Pescoço, Oncologista, Infectologista, Oftalmologista, Geriatra, Psiquiatra.

PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE TÓRAX

CÓDIGO SIA/SUS – 02.07.02.003-5

Indicações: Avaliar Artérias Pulmonares, Avaliar Massas Hilares, Parenquimatosas e Pleurais, Avaliar Anomalias do Arco Aórtico e aorta descendente, Tumores Neurais e Mediastinais, Tumores cardíacos.

Contraindicações: Implantes Metálicos (Marcapasso Cardíaco, Próteses Metálicas Ósseas, Stents, etc.).

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX tórax PA/Perfil com Laudo, TC Tórax, se necessário.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pneumologista, Oncologista, Cirurgião Geral, Cirurgião Torácico, Cardiologista, Cirurgião Cardíaco, Cirurgião Infantil.

PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDOME

CÓDIGO SIA/SUS – 02.07.03.001-4

Indicações: Metástase Hepática, Adenoma de Suprarrenal, Diferenciar Tumor sólido e Hemangioma. Doenças dos ductos pancreáticos e vias biliares, Suspeita de metástase em veia cava inferior, Massas abdominais à esclarecer.

Contraindicações: Sangramentos, Fratura de Órgão Sólido (suspeita), Implantes Metálicos.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX simples de Abdome com Laudo, USG Abdome, se necessário, TC Abdome, se necessário.

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

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cirurgião Geral, Cirurgião Pediátrico, Gastroenterologista, Oncologista, Endocrinologista, Nefrologista, Urologista.

PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DA COLUNA VERTEBRAL

CÓDIGO SIA/SUS: 02.07.01.003-0 = Cervical

02.07.01.004-8 = Lombossacral

02.07.01.005-6 = Torácica

Indicações: Tumores Ósseos Primários (suspeita), Metástases, Processos Expansivos, Hérnia de Disco, Infecções (suspeita), Complicações pós-operatórias, Esclerose múltipla, Investigação de tuberculose extra- pulmonar, Prurido braqui radial, Notalgia parestésica

Contraindicações: Fraturas (detecção), Implantes Metálicos (ex: marca-passo)

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX simples com Laudo, TC com Laudo, se necessário.

Prioridades: Processos expansivos.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Ortopedista, Neurologista, Neurocirurgião, Infectologista, Reumatologista, Tisiologista, Dermatologista.

PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ARTICULAÇÕES

PROCEDIMENTOS SIA/SUS: Articulações Temporomandibular (Bilateral), Ombro, Cotovelo Punho (Unilateral), Coxofemural (Bilateral), Joelho (Unilateral), Tornozelo ou Pé (Unilateral), Sacroilíacas, Esternoclaviculares.

Indicações: Traumatismos Articulares, Derrames Articulares (suspeita), Fraturas Ocultas. Alterações de partes moles (Lesões Ligamentares, nervos).

Contraindicações: Fraturas Simples (detecção), Tendinites e Sinovites, Implantes Metálicos.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX simples com Laudo, USG Articular com Laudo (quando indicado).

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

Profissional (ais) Solicitante (s) – Ortopedista. Reumatologista, Neurologista, Oncologista, Cirurgião de Tórax.

PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE PELVE

CÓDIGO SIA/SUS: 02.07.03.002-2

Indicações: Tumores, Metástases, Processos Inflamatórios, Linfoproliferativos ou Indefinidos no RX, US ou TC.

Contraindicações: Sangramentos Traumáticos, Implantes Metálicos.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, USG Pélvico com Laudo, TC da Pelve (se for o caso).

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cirurgião Geral, Ginecologista, Oncologista, Infectologista.

PROTOCOLO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA

CÓDIGO SIA/SUS:

Indicações: Mulheres com alto risco para desenvolver câncer de mama e que apresentam mamas densas na mamografia, Avaliação da extensão tumoral, em casos confirmados de câncer, Avaliação da multifocalidade, multicentricidade e bilateralidade de lesões, Detecção de tumores mamários ocultos, em casos de comprometimento axilar, Avaliação de recidiva ou persistência tumoral, Avaliação da integridade de implantes mamários;

ALTO RISCO PARA CANCER DE MAMA - Vide Protocolo para Consulta em Mastologia

Contraindicações: Presença de cliques metálicos intramamários, Cliques de aneurisma, Implantes e aparelhos oculares, Implantes de ouvido (cocleares), Marca-passo cardíaco, Fixadores ortopédicos externos, Gestantes com menos de 12 semanas de gestação.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, USG Mamas, Mamografia.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Mastologista.

PROTOCOLO PARA URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL

CÓDIGO SIA/SUS: 02.04.05.017-0

Indicações: Nefropatia de Refluxo (sinais), Lesão Medular (seguimento), Pré-operatório de Transplante Renal, Lesões Obstrutivas da Bexiga ou Uretra, Lesões Traumáticas do Trato Urinário Inferior.

Contraindicações: Hemorragia, Traumas Perineais, Pielonefrite.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, US do Aparelho Urinário ou Pelve (se houver), RX Contrastado (se houver).

Prioridades: Candidato a transplante renal, Sequelado de AVC com perda de função renal, Trauma de uretra.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Urologista, Nefrologista, Cirurgião Geral, Cirurgião Pediátrico, Ginecologista.

PROTOCOLO PARA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Indicações: Insuficiência renal crônica com hipervolemia, sintomas urêmicos, ureia \geq 200 mg/dl, Hiperpotassemia refrataria a tratamento clínico, Hemorragia digestiva alta, Atrito pericárdico.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, Exames laboratoriais.

OBS: Para renovação de APAC apresentar laudo dos exames conforme protocolo específico

Prioridades: Sintomas urêmicos graves, Clearance de creatinina $<$ ou $=$ 10 ml/min para renais crônicos em geral, Clearance de creatinina $<$ ou $=$ 15 ml/min para diabéticos.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Nefrologista.

PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA

TOMOGRAFIA DE MEDIASTINO E PULMÃO

Código SIA/SUS – 02.06.02.004-0

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

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX simples com laudo.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Oncologista, Infectologista, Pneumologista, Cirurgião Torácico, Geriatra, Cirurgião Cardiovascular, Hematologista, Reumatologista.

PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E SELA TURCICA

Código SIA/SUS – 02.06.01.007-9: Crânio

02.06.01.006-0: Sela Túrctica

Indicações: Traumatismo, Hemorragias, Tumores (diagnóstico e estadiamento), Metástases (detecção e acompanhamento), Processos Expansivos, AVCs, Doenças Degenerativas do Encéfalo, Aneurismas, Convulsões recentes a esclarecer, Cefaleia grave a esclarecer, Hidrocefalia, Distúrbio do comportamento, Estudo da hipófise*

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX simples com laudo, Exame do Liquor (se doença infecciosa).

Prioridades: Pesquisa de metástase cerebral; Crise convulsiva a esclarecer de origem recente, Trauma, Controle de trauma recente.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista, Oncologista, Infectologista, Cirurgião Cabeça e Pescoço, Endocrinologista *, Psiquiatra*, Geriatra*, Dermatologista, Emergencista.

PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DE TÓRAX

Código SIA/SUS: 02.06.02.003-1

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

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX do tórax PA/Perfil (com laudo).

Prioridades: Traumatismo, Sangramento (vias aéreas).

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pneumologista, Oncologista, Cirurgião Geral, Cirurgião Torácico, Cardiologista, Cirurgião Cardíaco, Dermatologista, Ortopedista, Geriatra, Emergencista.

PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DE COLUNA

Código SAI/SUS: 02.06.01.002-8: Lombo sacra

02.06.01.001-0: Cervical

02.06.01.003-6: Torácica

Indicações: Fratura (suspeita), Estenose do Canal Medular (suspeita), Tumores (diagnóstico e estadiamento), Metástases (detecção e acompanhamento), Processos Expansivos, Hérnia Discal, Má formação congênita (hemivértebras).

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX simples de coluna (com laudo).

Prioridades: Processo expansivo, Estenose de canal medular (suspeita), Hérnia discal com comprometimento severo de função e dor.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Ortopedista, Neurocirurgião, Neurologista, Oncologista, Reumatologista, Mastologista, Geriatra.

PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE

Código SIA/SUS: 02.06.01.004-4

Indicações: Sinusopatia crônica, Trauma facial, Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face, Tumores.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX dos Seios da Face com Laudo.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Otorrinolaringologista (adulto e infantil), Oncologista, Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Geriatra, Pediatra, Cirurgião Buco-maxilo-facial.

PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR

CÓDIGO SIA/SUS: 02.06.03.001-0

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

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX simples de abdome (de pé ou deitado), USG se houver.

Prioridade: Aneurisma, Pancreatite necro hemorrágica, Tumor renal/cálculo renal em rim único, Trauma.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Geral, Cirurgião Vascular, Cirurgião Pediátrico, Gastroenterologista, Oncologista, Endocrinologista, Proctologista, Nefrologista, Urologista, Dermatologista, Hematologista, Geriatria.

PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DA PELVE

CÓDIGO SIA/SUS: 02.06.03.003-7

Indicações: Traumatismos, Tumores (diagnóstico ou estadiamento), Processos expansivos, Metástases (detecção e acompanhamento), Endometriose.

Contraindicação: Gravidez.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, USG de pelve.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cirurgião Geral, Oncologista, Ginecologista, Geriatria.

PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES

CÓDIGO SAI/SUS: 02.06.02.001 – 5: Articulações de membro superior

02.06.03.002 – 9: Articulações de membro inferior

PROCEDIMENTOS SIA/SUS: Articulações Esterno Claviculares, Articulações dos Ombros, Articulações dos Cotovelos, Articulações dos Punhos, Articulações Sacroilíacas, Articulações Coxofemorais, Articulações dos Joelhos, Articulação dos tornozelos, Lombossacral.

Indicações: Traumatismos, Tumores (diagnóstico e estadiamento), Processos expansivos, Metástases (detecção e acompanhamento), Fraturas (cominutivas).

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX da Articulação com Laudo, USG Articular.

Prioridades: Processo expansivo, Fraturas (cominutivas), Má formação congênita.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Ortopedista, Oncologista, Reumatologista.

PROTOCOLO PARA ANGIOTOMOGRAFIA

Indicações: Trombose Pulmonar (suspeita), Dilatação, dissecção, fístulas e suboclusão de Aorta, Ilíacas, Carótidas e Vasos Supra Aórticos, Doenças da Aorta.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX (Patologias pulmonares), DOPPLER do Vaso (se houver).

Prioridades: Pacientes internados em unidades em Unidades Hospitalares, Pacientes acima de 60 anos.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cardiologista, Pneumologista, Angiologista, Cirurgião Vascular.

EXAMES DE MEDIA COMPLEXIDADE

PROTOCOLO PARA BIOMETRIA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.11.06.001-1

Indicações: Pré-operatório de cirurgia de catarata, Controle do glaucoma congênito, Refração em crianças

Prioridades: Diabetes, Hipertensos, Pacientes com hemoglobinopatias, Míopes com acima de (6:00 SPH), Comorbidades graves.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Oftalmologista.

PROTOCOLO PARA BIÓPSIA DE PRÓSTATA

Código SIA/SUS 02.01.01.041-0

Indicações: Presença de nódulos prostáticos detectados no toque retal; PSA >de 4,0 ng/ml; PSA > 2,5 ng/ml em pacientes jovens (até 55 anos); Densidade de PSA > 0,15 ng/ml; Velocidade de PSA > 0,75 ng/ml/ano, Exame de toque retal alterado, Paciente com comorbidades: necessário risco cirúrgico.

Pré-Requisitos: Pacientes com exames alterados de PSA e toque retal.

Preparo: Suspende anticoagulante 1 semana antes / solicitar coagulograma. Ciprofloxacino 500 mg de 12 em 12 horas por 3 dias antes da biópsia.

Observações a serem consideradas no preenchimento de todas as solicitações de Exames.

Toda solicitação de exame/procedimento deve ser feita em documento próprio (SADT).

Os exames/procedimentos a serem solicitados são aqueles aceitos e consolidados pelo Ministério da Saúde, pela tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS;

Toda solicitação de exame/procedimento para ser realizada deve estar preenchida corretamente, de maneira legível e em todos os campos: nome completo, idade, número do prontuário, sexo e origem do paciente;

Descrever o quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido, principalmente se for indicado prioridade, descrevendo ou anexando também resultados de exames prévios, relacionados ao quadro, se realizados;

Cada requisição de Exame deve conter apenas 1 (um) pedido de Exame, preenchido de maneira legível de acordo com a descrição da “Tabela de Procedimentos do SIA/SUS” ;

É necessário data da solicitação e identificação do médico, com carimbo e assinatura;

O formulário de Requisição de Exames deve estar identificado, com o carimbo da Unidade de Saúde, onde o paciente foi atendido.

Toda requisição de exame/procedimento agendada via SISREG, deverá conter o número chave gerado pelo sistema (anexado com a guia ou transcrito no verso do mesmo).

ATENÇÃO: O preenchimento adequado é importante para que o exame/procedimento seja autorizado e no caso de exames com pouca oferta possa ser avaliada a ordem de prioridade.

O preenchimento não adequado **determinará a devolução** da solicitação para que seja refeita pelo profissional.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Urologista, Oncologista.

PROTOCOLO PARA BRONCOSCOPIA/BRONCOFIBROSCOPIA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.09.04.001- 7

Indicações: Nódulos, Tumores, Doenças pulmonares intersticiais, Coleta de material brônquico, Biópsia, Obstrução brônquica, Hemoptises.

Prioridades: Complicações pulmonares com evolução rápida.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pneumologista, Emergencista, Intensivista (adulto e infantil).

PROTOCOLO PARA CAF (CIRURGIA DE ALTA FREQUENCIA)

CÓDIGO SIA/SUS: 04.09.06.003-8

Indicações: NIC II; NIC III; CA in situ; NIC I (persistente com mais de três resultados positivos consecutivos de 6/6 meses); ASC-H - atipias com suspeita de lesão de alto grau (com 02 resultados persistentes para ASC-H, mesmo sem lesão colposcópica); AGUS – 03 resultados consecutivos com avaliação do endométrio.

Contraindicações Absolutas: Carcinoma invasor; Gestação; Atrofia de colo; Paciente em uso de DIU (solicitar reavaliação do especialista).

Pré-operatórios: Deverão constar os seguintes exames: Colpocitologia oncótica (atual), (CO até 6 meses); Colposcopia (atual); Anátomo patológico (atual);

Deverão ainda ser solicitados os seguintes exames: Hemograma completo; Urina tipo I; Glicemia de jejum; Creatinina; HIV; Coagulograma completo; ECG; RX de Tórax PA e perfil.

OBS: 1. Na presença de discordância entre o diagnóstico citológico, colposcópico e o diagnóstico anátomo patológico, devemos sempre considerar a pior lesão.

2. As cirurgias de CAF deverão ser agendadas com todos os pré-operatórios necessários via Regulação (SISREG), vagas abertas.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Ginecologistas; Generalistas; Qualquer médico presente na UBS e USF; Na ausência do médico encaminhar para referência.

PROTOCOLO PARA CAMPIMETRIA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.11.06.003-8

Indicações: Controle do glaucoma, Doenças de mácula, Doenças retiniana, Doenças neurológicas de vias ópticas, para emissão de laudos.

Prioridades: Diabetes, Hipertensos, Pacientes com hemoglobinopatias, Míopes com acima de (6:00 SPH), Comorbidades graves.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Oftalmologistas.

PROTOCOLO PARA COLONOSCOPIA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.09.01.002 - 9

Indicações: Hemorragia digestiva baixa, Doenças inflamatórias intestinais, Diarreia crônica,

Tumor maligno e benigno de cólon, Doença diverticular do cólon, Pólipos do cólon, Corpo estranho, Angiodisplasia.

Pré-requisitos: História clínica detalhada com antecedentes pessoais e familiares relacionados à patologia, Exame físico específico do aparelho digestivo, USG, retossigmoidoscopia ou exame radiológico anterior.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Gastroenterologista, Proctologista, Cirurgião geral, Cirurgião pediátrico, Ginecologista.

PROTOCOLO PARA CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica)

CÓDIGO SAI/SUS – 02.09.01.001-0

Exames Suficientes e Necessários para Realização de CPRE

1. Hemograma Completo;
2. Coagulograma Completo;
3. Bilirrubinas Totais e Frações;
4. AST;
5. ALT;
6. Fosfatase Alcalina FA;
7. Gama GT;
8. Amilase;
9. Lipase;
10. Ultrassonografia de Vias Biliares;
11. Tomografia de Vias Biliares (se possível);

12. Ressonância Magnética VVBB (se possível)

Preparo para o procedimento: Suspende medicamentos antiagregantes plaquetários por 7 dias: Plavix (Clopidogrel), Clopidogrel, Reopro (Abciximabe), Persantin (Dipiridamol), Ticlid (Ticlopidina), Agrastat (Tirofibana), Iscover (Clopidogrel)

Suspende medicamentos anticoagulantes por 7 dias: Marevan (Varfarina), Coumadin (Varfarina).

Suspende por 8 horas: Clexane (Enoxaparina), Enoxaparina, Fraxiparine, Heparina subcutânea, Heparina Liquefina.

OBS: Todo paciente internado/ambulatoriais terão que trazer o prontuário médico com todos os exames laboratoriais e de imagem e os exames recentes descritos acima, respectivamente

Paciente internado: Data máxima de sete dias anteriores à data do procedimento

Paciente ambulatorial: Data máxima de 30 dias anteriores a datado procedimento

Profissional (ais) Solicitante (s) – Gastroenterologista e Cirurgião Geral

PROTOCOLO PARA ELETROCARDIOGRAMA (ECG)

CÓDIGO SIA/SUS – 02.11.02.003-6

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

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

OBS: Solicitações anteriores com menos de 01 ano devem ser acompanhadas de relatório médico para avaliação da equipe medica reguladora.

Prioridades: Maiores de 40 anos, Matriculados no HIPERDIA, Portadores de cardiopatias ou doenças lesivas ao coração, Gestante de alto risco.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cardiologista, Cirurgião cardiovascular, Pneumologista, Clínico Geral, Médico PSF, Pediatra, Neurocirurgião/neurologista, Geriatria, Ginecologista.

PROTOCOLO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

CÓDIGO SAI/SUS: 02.09.01.003-7

Indicações: Hemorragias digestivas alta e baixa (enterorragia), Esofagite de refluxo, Perda de peso à esclarecer, Úlcera gástrica com pesquisa de *Helicobacter pylori*, Úlcera duodenal com pesquisa de *Helicobacter pylori*, Câncer gástrico, Hérnia de hiato, Cirrose hepática, Varizes esofagianas, Anemia a esclarecer, Suspeita de metástase, Segmento de doenças pré-cancerígenas (doença de Barrett, gastrite atrófica, pólipos), Controle de tratamento clínico (úlceras pépticas).

Contraindicações: RECUSA DO PACIENTE, PERFURAÇÃO GASTRODUODENAL E INSTABILIDADE CARDIOPULMONAR GRAVE

Pré-Requisitos: História clínica apresentando alguns dos seguintes sintomas: disfagia, odinofagia, epigastralgia, pirose, dispepsia, dor abdominal, náuseas e vômitos, emagrecimento, ingestão cáustica, RX anormal ou inconclusivo (do aparelho digestivo); História de patologia progressa e história familiar; Exame físico com ênfase no aparelho digestivo.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Gastroenterologista, Proctologista, Cirurgião geral, Cirurgião pediátrico, Clínico, Hebiatra, Geriatria, Generalista (PSF).

PROTOCOLO PARA ESPIROMETRIA

CÓDIGO SAI/SUS: 02.11.08.006-3

Indicações: DPOC, Asma, Tosse crônica, Dispneia, Fumantes crônicos, Pré-operatórios (se necessário).

Pré-Requisitos: HDA: Definição do diagnóstico, acompanhamento de tratamento, risco cirúrgico, abandono do tabagismo.

Exames complementares: RX de Tórax

Prioridade para a regulação: Estabilização do tratamento

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pneumologista.

PROTOCOLO PARA ESTUDO URODINÂMICO

CODIGO SIA/SUS - 02.11.09.003- 4: Cistometria com cistômetro

02.11.09.004- 2: Cistometria simples

02.11.09.006- 9: Perfil de pressão uretral

02.11.09.007- 7: Urofluxometria

02.11.09.001- 8: Urodinâmica completa

Indicações: Bexiga neurogênica, Prostatismo, Incontinência urinária.

Prioridades: Paciente prostático com insuficiência renal, Sequelados de AVC e TRM com insuficiência renal (creatinina > ou = 1,5mg/dl).

Exames Complementares Obrigatórios: Urina tipo I e urocultura (realizados no máximo até 30 dias antes do dia do agendamento).

Profissional (ais) Solicitante (s) – Urologista, Nefrologista, Ginecologista, Cirurgia pediátrica, Neurologista.

PROTOCOLO PARA HISTEROSCOPIA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.09.03.001-1 (CIRÚRGICA)

02.11.04.004.5 (DIAGNÓSTICA)

04.09.06.017-8 (CIRÚRGICA COM RESSECTOSCÓPIO)

Indicações: Sangramento uterino anormal (tanto na menacme quanto na peri ou pós-menopausa), Casos de infertilidade/esterilidade, Diagnóstico diferencial de doenças intracavitárias suspeitas e não definidas por outras técnicas, Casos de persistência de sangramento genital após abortamento, Acompanhamento de algumas doenças trofoblásticas da gestação, Mal formações uterinas, Sinequia uterina, Mioma submucoso, Pólipo endometrial e endocervical, Adenocarcinoma de endométrio (suspeita), Hiperplasia endometrial (suspeita).

Pré-Requisitos: História clínica (data da última menstruação, reposição hormonal, sangramento pós-menopausa, gravidez, etc), USG transvaginal.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cirurgião ginecológico

PROTOCOLO PARA HOLTER 24 HORAS

CÓDIGO SIA/SUS: 02.11.02.004-4

Indicações: Infarto agudo do miocárdio (pós-IAM), Insuficiência cardíaca congestiva (ICC), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Miocardiopatias, Hipertensão Ventricular Esquerda (HVE), Arritmias, Valvulopatias, Insuficiência Coronariana, Síncope.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, ECG, Teste Ergométrico ou Ecocardiograma.

Prioridades: Síncope, História com arritmia diagnosticada, Pós-infarto, Histórico e exames compatíveis com as indicações acima descritas.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cardiologista.

PROTOCOLO PARA MAMOGRAFIA

CODIGO SIA/SUS 02.04.03.003- 0

Indicações: Mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, anualmente, Mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, com fator de risco, Mulheres com alterações suspeitas ao exame físico (fluxo papilar, retração, abaulamento, assimetria papilar, etc.), Seguimento semestral em casos de MMG BI-RADS III, Necessidade Complementação com Magnificação ou Compressão em casos de MMG BI-RADS 0; Homens com ginecomastia senil ou nódulo palpável; Outros casos, a critério do mastologista.

Indicação De Magnificação: MMG BI-RADS 0 por microcalcificações agrupadas

Indicação De Compressão: MMG BI-RADS 0 por assimetria focal ou distorção arquitetural.

Alterações Suspeitas Ao Exame Físico: Vide Protocolo para Consulta em Mastologia

Alto Risco Para Cancer De Mama: Vide Protocolo para Consulta em Mastologia

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, USG Mamas e MMG prévia (se houver).

Prioridade:

OBS: Pacientes com alterações suspeitas de câncer de mama dever ser encaminhadas com prioridade ZERO para o mastologista.

Vide Anexo sobre o Fluxograma para Diagnóstico e Prevenção de Doenças da Mama

Profissional (ais) Solicitante (s) – Mastologista, Oncologista, Ginecologista, Outras especialidades médicas.

PROTOCOLO PARA MAPEAMENTO DE RETINA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.11.06.012- 7

Indicações: Deslocamento da retina, Doenças da retina, Glaucoma, Altas miopias, Traumas, Pré-operatórios de cirurgias oculares.

Prioridades: Diabetes, Hipertensos, Pacientes com hemoglobinopatias, Miópes com acima de (6:00 SPH), Comorbidades graves.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Oftalmologista.

PROTOCOLO PARA MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.11.02.005- 2

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

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

Prioridades: Portadores de Doença Renal Crônica com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cardiologista, Cirurgião Cardiovascular, Clínico Geral, Nefrologista, Neuro/neurocirurgião.

PROTOCOLO PARA SESSÕES DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA
CÓDIGO SIA/SUS – NÃO SUS

Indicações: Embolias gasosas; Doença descompressiva; Embolia traumática pelo ar; Envenenamento por CO₂ ou inalação de fumaça; Envenenamento por cianeto ou derivados cianídricos; Gangrena gasosa; Síndrome de Fournier; Outras infecções necrotizantes de tecidos moles: celulites, fascites e miosites; Isquemias agudas traumáticas: lesão por esmagamento, síndrome compartimental, reimplantação de extremidades amputadas e outras; Vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas (aracnídeos, ofídios e insetos); Queimaduras térmicas e elétricas; Lesão refratária: úlceras de pele, pés diabéticos, escaras de decúbito, úlcera pó vasculites autoimunes, deiscência de sutura; Lesões por radiação: radiodermite, osteorradionecrose e lesões actínicas de mucosas; Retalhos ou enxertos comprometidos ou de risco; Osteomielites; Anemia aguda, nos casos de impossibilidade de transfusão sanguínea.

Contraindicações: **Absolutas:** Pneumotórax não tratado, uso de BLEOMICINA no passado, uso atual de Sulfamylon, Adriamicina, Dissulfiram e Cisplatina; **Relativas:** Infecções das vias aéreas superiores, história de convulsões, enfisema pulmonar com retenção de CO₂, febre alta, cirurgia para otesclerose, esferocitose congênita, miopia e catarata, claustrofobia, gravidez.

Pré-Requisitos: Todos os casos deverão ter relatório do tratamento já realizado e medicação utilizada.

Fluxo Para Solicitação De Sessões: As solicitações deverão ser encaminhadas via fax (2472-5007) à central de regulação de urgência – CRU com os dados completos do paciente, HD, CID, tratamento já realizado, condições atuais do paciente e indicações de sessões de câmara hiperbárica, para análise do médico regulador

Profissional (ais) Solicitante (s) – Médicos.

PROTOCOLO PARA PAAF
CÓDIGO SIA/SUS:

Indicações: **Nódulos hipoecogênicos** com diâmetro > 3cm independente dos achados ao Doppler (colorido e pulsado); **Nódulos de 1 a 3 cm com padrões de vascularização IV ou V**; **Nódulos hipoecogênicos**, com padrões de vascularização II ou III,

apresentando 1cm de diâmetro transverso e IR maior que 0,68 ou diâmetro transverso de 2cm com IR maior que 0,5; **Nódulos não hipoecogênicos**, com padrões de vascularização IV ou V com: 1 cm de diâmetro transverso e IR maior que 0,82; 2 cm de diâmetro e IR maior que 0,65; 3 cm de diâmetro transverso e IR maior que 0,46;

Nódulos não hipoecogênicos, com padrões II ou II, apresentando: 2 cm de diâmetro transverso e IR maior que 0,96; 3 cm de diâmetro transverso e IR maior que 0,78.

Pré-Requisitos: O profissional deve se basear em dados fornecidos pelo ultrassom, são eles: Nº de nódulos; Solitários (0-15% malignidade); Multinodulares: Principalmente se houver um dominante (0-13% malignidade); Halo Periférico; Espesso; irregular e incompleto sugere malignidade, assim como ausência de halo; Contorno Irregular e mal definido sugere malignidade; Calcificações; Microcalcificações (< 2mm) com ou sem sombra (60% nódulos malignos); Calcificações grosseiras (> 2mm) com sombra pode ser maligno.

Encaminhar para PAAF:

Nódulos com risco aumentado de pertencer aos grupos suspeito e maligno conjuntamente, em função da ecogenicidade, padrão de vascularização, diâmetro transverso e do IR.

ECOGENICIDADE	PADRÃO DE VASCULARIZAÇÃO	ATÉ 1,0 CM	1,1 – 2,0 CM	2,1 – 3,0 CM
HIPOECOGÊNICO	IV / V	QUALQUER IR	QUALQUER IR	QUALQUER IR ou PADRÃO DE VASCULARIZAÇÃO
HIPOECOGÊNICO	II / III	IR > 0,68	IR > 0,50	QUALQUER IR ou PADRÃO DE VASCULARIZAÇÃO
NÃO HIPOECOGÊNICO	IV / V	IR > 0,82	IR > 0,65	IR > 0,46
NÃO HIPOECOGÊNICO	II / III	BAIXO RISCO	IR > 0,96	IR > 0,78

Chammas M C. “Contribuição do duplex doppler colorido ao estudo dos nódulos da tireoide”. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Padrões de vascularização:

- I = não foi mapeada vascularização no nódulo através do Doppler colorido
- II = foi mapeada apenas vascularização periférica no nódulo
- III = nódulo com vascularização periférica > central
- IV = nódulo com vascularização central > periférica
- V = nódulo com vascularização apenas na região central.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os Médicos

PROTOCOLO PARA PENISCOPIA / ELETROCOAGULAÇÃO / BIÓPSIA DE PÊNIS

CÓDIGO SIA/SUS: : Peniscopia

04.01.01.004-0: Eletrocoagulação

02.01.01.038-0: Biópsia de Pênis

Indicações: Lesões condilomatosas; CA de pênis; Parceira com HPV.

Observação: Solicitar sempre os 3 procedimentos. Sem preparo.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Urologista; Ginecologista.

PROTOCOLO PARA RETOSSIGMÓIDOSCOPIA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.09.01.005 - 3

Indicações: Tumores; Sangramento retal; Diarreia; Eliminação de muco nas fezes; Dor abdominal.

Pré-requisitos: História clínica completa que justifique a solicitação; Exame físico.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Gastroenterologista; Proctologista; Oncologista; Geriatra; Pediatra; Cirurgião pediátrico.

PROTOCOLO PARA URODINÂMICA/UROFLUXOMETRIA

CODIGO SAI/SUS: 02.11.09.007-7: Urofluxometria

Indicações: Incontinência urinária; Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP); Distúrbios miccionais.

OBS: Necessário urocultura NEGATIVA; Ciprofloxacino 500 mg 1 comprimido de 12 em 12 horas por 3 dias. Sempre solicitar urofluxometria quando possível.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Urologistas; Ginecologistas.

PROTOCOLO PARA ULTRASSONOGRAFIAS

USG DE MAMAS

CODIGO SAI/SUS 02.05.02.009-7

Indicações: Caracterizar alterações suspeitas ao exame físico como espessamentos, nódulos ou tumores; Mamografia BI-RADS 0, III, IV, V ou VI acusando imagem nodular, assimetria focal ou distorção arquitetural; Mamografia BI-RADS I ou II nas quais haja dúvida/discordância quanto à presença/ausência de imagem nodular, assimetria focal ou distorção arquitetural; Avaliar problemas associados com implantes mamários; Outros casos: necessário justificar o pedido.

Alterações Suspeitas Ao Exame Físico: Vide Protocolo para Consulta em Mastologia

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, USG Mamas prévio (se houver). Mamografia com laudo, nos casos em que a Mamografia é a indicação do exame.

Prioridade:

P0: Necessidade assim caracterizada somente pelo mastologista

P1: Pedidos realizados pelos demais especialistas, por alterações suspeitas ao exame físico ou de imagem. Vide Observações.

P2: Necessidade de acompanhamento trimestral, semestral ou anual.

OBS: Pacientes com alterações suspeitas de câncer de mama devem ser encaminhadas com prioridade ZERO para o mastologista. Vide Anexo sobre o Fluxograma para Diagnóstico e Prevenção de Doenças da Mama.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Mastologista; Ginecologista; Generalista; Oncologista; Outras especialidades médicas.

PROTOCOLO PARA USG ABDOMINAL TOTAL

CODIGO SIA/SUS 02.05.02.004-6

Indicações: Lesões Tumorais (Císticas e Sólidas), Aneurismas, Colelitíase, Nefrolitíase, Estudo do Retroperitônio, Orientar Biopsia para punção de lesões tumorais, Alterações morfofuncionais (má formação de vísceras), Dor abdominal, Hepatoesplenomegalia; Pancreatopatias; Trauma; Abscessos de parede.

Pré-Requisitos: História Clínica detalhada, Exame Físico específico, RX (conforme o caso).

OBS: Apresentar Exame Parasitológico de Fezes, EAS e/ou Urocultura para os casos encaminhados pelo médico do PSF, clínicos gerais e pediatras. Em caso de identificação de doenças graves pelo generalista ou médico do PSF, este deve encaminhá-lo ao especialista referente imediatamente.

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

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cirurgião Geral; Cirurgião pediátrico; Cirurgião vascular; Oncologista; Urologista; Oncologista; Gastroenterologista; Clínico geral; Pediatra; Generalistas (PSF); Endocrinologista; Geriatra; Infectologista; Ginecologista; Nefrologista.

PROTOCOLO PARA USG DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL

CODIGO SIA/SUS: 02.05.02.010-0

PROTOCOLO PARA USG DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL E TRANSRETAL

CODIGO SIA/SUS: 02.05.02.011-9

Indicações: Câncer Prostático (suspeita); Hipertrofia prostática benigna; Prostatite; Infertilidade; Abscessos; Prostatismo.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, PSA, Exame de toque retal. USG prévio (se houver).

Prioridades: PSA alterado e paciente acima de 40 anos.

OBS: USG de próstata por via transretal é realizado SOMENTE com biópsia.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Urologista; Cirurgião Geral; Oncologista; Geriatra.

PROTOCOLO PARA USG DO APARELHO URINÁRIO

Código SAI/SUS: 02.05.02.005-4

Indicações: Tumores; Litíase; Malformações; Rim policístico; Insuficiência Renal; Hipertensão Arterial Sistêmica Renovascular (suspeita); Disfunção miccional.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, EAS, Função renal, RX (conforme o caso), USG de abdome prévio (se houver).

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

Profissional (ais) Solicitante (s) – Urologista; Cirurgião Geral; Cirurgião pediátrico; Clínico Geral; Nefrologista; Oncologista; Pediatra; Médico PSF; Geriatra; Ginecologista.

PROTOCOLO PARA USG DUPLEX SCAN / DOPPLER VENOSO / ARTERIAL (Membros inferiores, Membro superiores, carótidas e vertebrais).

Indicações: Obstrução Arterial MMSS e MMII; Suspeita de obstrução ou oclusão de artérias carótidas e vertebrais; Varizes de MMII; Suspeita de Trombose Venosa Profunda MMSS e MMII; Suspeita de Tromboflebite Superficial – MMSS e MMII; Suspeita de Trombose de Veia Jugular; Avaliação para realização de fístula artério venosa; Avaliação para acompanhamento de fístula de artério venosa.

Pré-Requisitos: História clínica, Exame clínico.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cirurgião Vascular; Neurologia; Cardiologia; Nefrologia.

PROTOCOLO PARA USG DO HIPOCONDRIO DIREITO

CODIGO SIA/SUS: 02.05.02.003-8

Indicações: Colelitíase, Hepatopatias, Tumores.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, Transaminases hepáticas, RX simples (conforme o caso), USG prévio (se houver).

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

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

Profissional (ais) Solicitante (s) – Geriatra, Cirurgião Geral, Clínico Geral, Gastroenterologista, Cirurgião Pediátrico, Pediatra, Generalistas (PSF), Geriatra.

PROTOCOLO PARA ULTRASSONOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES (OSTEOMUSCULAR)

CODIGO SIA/SUS: 02.05.02.006-2

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

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX (conforme o caso).

Prioridades: Artrite séptica.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Ortopedista, Reumatologista.

PROTOCOLO PARA USG DO GLOBO OCULAR

CODIGO SAI/SUS: 02.05.02.008-9

Indicações: Avaliação do olho indevassável (catarata madura), Tumores intra – oculares, Traumas oculares, Patologias coroideas, Patologias vitrais e retinianas, Doenças do nervo óptico e da órbita.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico.

Prioridades: Traumatismo, Suspeita de câncer.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Oftalmologista.

PROTOCOLO PARA USG TRANSFONTANELA

CODIGO SAI/SUS: 02.05.02.017-8

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

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX (conforme o caso).

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

Profissional (ais) Solicitante (s) – Neurologista, Neurocirurgião, Pediatra, Neonatologista, Generalista (PSF).

PROTOCOLO PARA USG DO TÓRAX

CODIGO SAI/SUS: 02.05.02.013-5

Indicações: Derrame Pleural, Pleuropatias, Patologias do diafragma, Patologias do mediastino.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX do Tórax PA / Perfil.

Prioridades: Histórico clínico compatível com os indicadores acima.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cirurgião Torácico, Pneumologista, Cirurgião geral, Pediatra.

PROTOCOLO PARA USG DA BOLSA ESCROTAL

CODIGO SIA/SUS: 02.05.02.007-0

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

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX (conforme o caso).

OBS: Médicos generalistas devem encaminhar para os especialistas.

Prioridades: Crianças, Adolescentes.

Brevidades: Suspeita de câncer.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Urologista, Pediatra, Cirurgião Geral, Cirurgião Pediátrico, Generalista (PSF).

PROTOCOLO PARA USG DA TIREÓIDE

CODIGO SAI/SUS: 02.05.02.012-7

Indicações: Hipotireoidismo, Hipertireoidismo, Cistos, Tumores.

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

Prioridades: Nódulo de tireoide

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Oncologista, Cirurgião Geral, Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Cirurgião Torácico, Cirurgião Pediátrico, Ginecologista.

PROTOCOLO PARA USG PÉLVICO GINECOLÓGICO

CODIGO SAI/SUS: 02.05.02.016-0

Indicação: somente em casos onde haja dificuldade de realização por via transvaginal

PROTOCOLO PARA USG MORFOLÓGICO FETAL

CÓDIGO SAI/SUS

Indicações: Suspeita de malformação, diagnosticada em USG obstétrico, Idade materna acima de 35 anos, História pregressa de malformação fetal e/ou aneuploidia, História familiar de malformação congênita e/ou aneuploidia, Suspeita de infecção materna aguda de efeito teratogênico, Abortamento habitual, Uso de drogas teratogênicas, Diabetes materno tipo 2, Gemelaridade, Crescimento intrauterino restrito (CIUR) confirmado no segundo trimestre.

Pré-Requisitos:

Período Ideal

- USG MORFOLÓGICO DO PRIMEIRO TRIMESTRE (pesquisa de probabilidade de cromossomopatias - principalmente a trissomia do cromossomo 21; pesquisa de malformações fetais): Gestação entre a 11^a a 13^a semana;
- USG MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE (pesquisa de malformações fetais): Gestação entre a 20^a a 24^a semana;
- USG MORFOLÓGICO DURANTE O TERCEIRO TRIMESTRE: Suspeita de malformação em USG obstétrico.

Prioridades: Gestantes com idade acima de 40 anos, Histórico de malformações em fetos anteriores (principalmente cromossomopatias), Malformação materna ou paterna, Suspeita de malformação em USG obstétrico.

OBS: Informar a data da última menstruação. Se essa data não estiver disponível, fornecer informações sobre o USG Obstétrico (data da realização e idade gestacional informada no exame).

Profissional (ais) Solicitante (s) – Médico pré-natalista de ambulatório de gestação de Alto Risco, Médico pré-natalista em casos de suspeita de malformação em USG obstétrico.

PROTOCOLO PARA USG OBSTÉTRICA

CODIGO SAI/SUS 02.05.02.014-3

Indicações: Doença hipertensiva da gravidez (DHEG), Seguimento de desenvolvimento fetal, Medida de espessura do colo uterino, Localização da placenta, nos casos de suspeita de Placenta Prévia, Acretismo placentário (suspeita), Oligohidrânio e Polidrânio, Gestante obesa grau 3, Erro provável de data do parto, Amniorrexe prematura confirmada, Gravidez múltipla, Ausência de BCF, Sofrimento fetal, Circular de cordão, Crescimento Intrauterino Retardado (CIUR).

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, Teste de Gravidez, Cartão de pré-natal.

Prioridades: Gestante com cartão de pré-natal do SUS e número do SIS pré-natal.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Ginecologista, Obstetra, Enfermeiro na gestação de baixo risco para avaliação do médico, como parte da rotina pré-natal de 1^a consulta, Generalistas (PSF), Clínico Geral que atua no pré-natal.

PROTOCOLO PARA USG TRANSVAGINAL

CODIGO SAI/SUS: 02.05.02.018 - 6

Pré-Requisito: *Obrigatório o preenchimento História Clínica, Idade, Queixa principal, DUM, Exame Físico e Exame ginecológico: Descrição Toque, Exame Especular, Exame Abdominal: Percussão, Ausculta, Palpação, Descompressão brusca, Descrição de exames prévios (se houver), Hipótese Diagnóstica, CID.

Critérios para o agendamento do exame:

I. Entrar no SISREG e observar se existe pendência do USG Transvaginal.

Observação: Se houver pendência não reagendar.

II. Paciente com retorno dentro de 1 ano de exame de USG. Transvaginal realizado, observar as seguintes prioridades:

***OBS 1: Quando se tratar de dor pélvica aguda,** após exame físico, encaminhar para a referência Hospitalar (Urgência/Emergência – vide grade de pactuação).

***OBS 2: Caso o médico solicitante não concordar,** com a classificação das prioridades elencadas a seguir, justificar criteriosamente no SADT a brevidade do USG transvaginal, afim de que possa, após análise do médico regulador, ser priorizado o mesmo, consensualmente.

P0: Hemorragia uterina disfuncional após tratamento clínico ineficaz

P1: Tumores e cistos ovarianos pré e pós menopausa; Anexite após tratamento clínico ineficaz, Sangramento genital pós menopausa; e Pós inserção do DIU.

P2: Amenorreia secundária não relacionada à gravidez; e Pré inserção do DIU.

P3: Amenorreia primária (sem possibilidade de gravidez. Pedir antes β HCG), Seguimento periódico do climatério; e Dor pélvica crônica.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Médico, independente da especialidade com o Pré-Requisito preenchido adequadamente.

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

CODIGO SAI/SUS 02.05.01.003-2

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

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX (conforme o caso), ECG, Teste Ergométrico (se houver).

OBS: em caso de exames com menos de 01 ano deve ser acompanhado relatório médico para avaliação do médico regulador.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cardiologista, Cirurgião Cardiovascular, Ginecologista, Obstetra do ambulatório de alto risco.

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

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

PROTOCOLO PARA USG DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO

CODIGO SIA/SUS: 02.05.01.005-9

PROTOCOLO PARA USG OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO

CODIGO SIA/SUS: 02.05.01.005-9

Indicações: Retardo de crescimento intrauterino, Gestante diabética e/ou hipertensa, Idade gestacional acima de 32 semanas.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, USG obstétrica.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Obstetra do programa de pré-natal de alto risco.

PROTOCOLO PARA USG DE PARTES MOLES

Indicações: Avaliação e acompanhamento do sítio ou leito de implantação de tumores cutâneos e subcutâneos.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Dermatologista, Cirurgião Geral, Cabeça e Pescoço, Cirurgião Infantil.

PROTOCOLO PARA UROGRAFIA EXCRETORA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.04.05.018-9

Indicações: Lesões Uretrais e Renais duvidosas, Avaliar alterações na face pósterolateral da bexiga, Avaliar obstruções altas ou baixas, Hidronefrose, Calculose (diagnóstico e planejamento terapêutico), Avaliar Anomalias Congênitas do trato urinário, Tumores Intraluminares: Piélicos ou Uretrais, Avaliar Hematúria Macro e Microscópica.

Contraindicações: Hipotensão, Desequilíbrio do Cálcio ou Tetania, Descompensação Cardíaca, Diabetes Mellitus descompensada, Mieloma Múltiplo, Desidratação, Insuficiência Renal descompensada, Pielonefrite Aguda, Alergia ao contraste iodado.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, RX Simples Abdome, USG Rim/vias urinárias.

Prioridade: Seguimento pós litotripsia extracorpórea, Calculose renal.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Clínico Geral, Médico do PSF, Urologista, Nefrologista, Cirurgião Geral e Pediátrico.

PROTOCOLO PARA TESTE DE ESFORÇO OU ERGOMÉTRICO

CÓDIGO SIA/SUS – 02.11.02.006-0

Indicações: Angina do peito, Dor torácica, ECG com alteração do seguimento ST, Risco de Doença Arterial Coronariana, Hipertensão ventricular esquerda, WPW (Wolf-Parkinson-White), Marca-passo ventricular, IAM, Histórico familiar de Coronariopatia, Arritmias, Avaliação de capacidade funcional, Avaliação cardiológica em atletas.

Pré-Requisitos: História Clínica, Exame Físico, ECG Prévio.

Prioridades: Histórico e exames compatíveis com as indicações acima descritas.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Cardiologista, Cirurgião Cardiovascular.

FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS DA MAMA

MAMOGRAFIA BIRADS 0

SIGNIFICADO: Avaliação Incompleta ou Inconclusiva por Mamas Densas, Imagem Nodular, Microcalcificações, Assimetria Focal, Distorção Arquitetural.

CONDUTA: Exame Físico (mamas e axilas), Exames anteriores (MMG; USG Mamas), Avaliação Adicional, Mamas Densas: USG Mamas, Nódulo: USG Mamas, Microcalcificações: Magnificação, Assimetria Focal ou Distorção Arquitetural: Compressão e USG Mamas.

ENCAMINHAR AO MASTOLOGISTA

Após avaliação complementar, se persistir a dúvida, imediatamente, se achado suspeito ao exame físico: Tumor ou Nódulo, Retração da Pele, Retração recente de Mamilo, Adenomegalia Axilar e/ou Supraclavicular, Fluxo Papilar Sanguinolento.

ALTO RISCO PARA CA MAMA: Histórico pessoal de câncer de mama, Mais de um parente próximo (mãe, irmã, filha) que já teve câncer de mama, Mutação genética ligada ao câncer da mama (gene mutado BRCA1, BRCA2, TP53 ou PTEN), Parente próximo com mutação genética relacionada ao câncer da mama; Tratamento com radiação na área do tórax depois dos 10 anos de idade e antes dos 30.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **FORMIGA** et al. Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, SP, 2006;
2. **Ministério da Saúde** – Protocolos Clínicos. Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade. Disponível em [http:// portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor), acessado em 20 de maio de 2008;
3. **Ministério da Saúde** – Protocolos Clínicos para exames de media e alta complexidade. Disponível em [http:// portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor) acessado em 20 de maio de 2008;
4. **ROCHA** et al. Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média complexidade. Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus, BA, 2007;
5. **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;
6. **ZANON** et al. Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, SC, 2002;
7. **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo** – Protocolos de Especialidades;
8. **Álbum Seriado** de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde;
9. **Dez Passos Para Uma alimentação Saudável** Para Menores de 2 Anos - Ministério da Saúde;
10. **Regulamento Interno** do Comitê Municipal de Estímulo ao Aleitamento Materno - Secretaria Municipal da Saúde – 2001;
11. **Caderno da Saúde da Criança** - Secretaria Municipal da Saúde de Campinas;
12. **WebArtigos.com** - Protocolo Assistencial em Aleitamento Materno Exclusivo - Escrito por: Anderson R O de Andrade, Cristiane Garcia Ferreira, Sergio Pereira e Valdicéia A dos Santos

PROTOSCOLOS CLÍNICOS DA **SECRETARIA DA SAÚDE**

PROTOSCOLO DE ALEITAMENTO MATERNO DO MUNICÍPIO DE **GUARULHOS**

INTRODUÇÃO

Considerando os objetivos do milênio “acabar com a fome e a miséria, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde da gestante, qualidade de vida e respeito ao meio ambiente”, como também a série histórica da redução da mortalidade infantil no Município de Guarulhos, vimos por meio desta, enfatizar a importância do aleitamento materno como um dos grandes contribuintes para tal, assim como a melhoria da assistência da Atenção Básica.

Desta forma salientamos a importância do trabalho do Banco de Leite Humano Municipal de Guarulhos (BLH Guarulhos) e do Comitê de Incentivo ao Aleitamento Materno do Município de Guarulhos (CIAMG). Criado em setembro de 2000, o Banco de Leite Humano (BLH), faz parte da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (Rede BLH), sendo o Centro de Referência do Município responsável pela promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno e pela execução das atividades de coleta, processamento, distribuição de leite humano para as crianças internadas nas Unidades Neonatais e UTIs infantis, e tem vinculados ao seu serviço os postos de coleta da Maternidade Jesus, José e Maria, Hospital Geral de Guarulhos e Santa Casa de Suzano. O Comitê de Incentivo ao Aleitamento Materno do Município de Guarulhos (CIAMG), regulamentado e instituído pela Lei Municipal nº 5747 de 19 de dezembro de 2001, estando vinculada a Secretaria Municipal de Saúde, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), é uma instância de caráter interinstitucional e multiprofissional com o objetivo de estabelecer ações e diretrizes voltadas à promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e predominante até os dois anos de vida ou mais. Sua atuação é técnico científica, não corretiva ou punitiva, com função eminentemente educativa.

OBJETIVO GERAL

Implantar protocolo de aleitamento materno no Município de Guarulhos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Sensibilizar os profissionais de saúde da Rede de Atenção à Saúde (UBS/Ambulatórios/Hospitais e Maternidades), reconhecer as especificidades de cada gestante e lactente, em relação ao aleitamento materno.

Seguir as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, para que as normas e rotinas sejam unificadas para o atendimento do binômio mãe/bebê em todos os níveis.

Formar multiplicadores sobre práticas em aleitamento materno.

METODOLOGIA

- Capacitar todos os profissionais da saúde e rede intersetorial do município, para promover, proteger e apoiar as ações do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, predominante até os dois anos ou mais de vida, através de uma revisão e atualização sistemática de manuais e normas técnicas, além de estratégias e procedimentos que sejam passíveis de serem seguidas por todos os profissionais no apoio e suporte necessário ao êxito do aleitamento materno;
- Acompanhar e monitorar a implantação das ações previstas no Protocolo;
- Fortalecer o trabalho intersetorial.

PROTOCOLO ASSISTENCIAL EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Toda gestante e nutriz da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, deverá ser orientada quanto ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e predominante até os dois anos de vida ou mais, sendo que o registro de todas as informações sobre o acompanhamento da gestante e da nutriz, deverá constar em prontuário da unidade e dos cartões da gestante e saúde da mulher, essenciais para uma boa assistência.

ATIVIDADES BÁSICAS NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO EM INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

No pré-natal, as gestantes devem ter no mínimo seis consultas durante o período de pré-natal, e uma consulta no puerpério imediato, sendo realizadas pelos enfermeiros e pelos médicos (Ginecologistas e Médicos da Saúde da Família). Realizar matrícula na Unidade

Básica de Saúde para realização do pré-natal (SISPRENATAL). Faz parte indissociável do atendimento ao pré-natal, um conjunto de atividades educativas preferencialmente em grupo, que terão como objetivo: Esclarecimento sobre as rotinas de atendimento do período gestacional; Orientações higiênico-dietéticas e sobre adequação de funções e hábitos no período gestacional; Orientação sobre alterações orgânicas próprias da gestação e medidas de aliviá-las; **Orientação sobre o processo de parturição, vantagens do parto vaginal, aleitamento, cuidados com o RN e puerpério**; Orientações sobre rotinas no dia do parto: instituição a procurar e o que levar; Esclarecimentos sobre prevenção de DST/AIDS na população feminina; **Orientações sobre a importância do aleitamento materno**; Orientações sobre componentes do Programa da Mulher fora do período gestacional (CO, mama, planejamento familiar, etc); Características gerais das mamas: volume, apresentação (flácidas, firmes, etc), simetria, aspecto da pele (coloração, presença de lesões ou retrações), aspecto dos mamilos; Acompanhamento pós parto; Apoio integral no puerpério imediato e tardio.

DIRETRIZES BÁSICAS DO ATENDIMENTO A NUTRIZ

O leite materno é o melhor alimento para o bebê tanto do ponto de vista nutricional como na prevenção de doenças, importante para o desenvolvimento da dentição e da fala, além de ser fundamental no estabelecimento do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê. A amamentação favorece a recuperação materna pós-parto e reduz os riscos de câncer de mama. É incontestável que o leite materno é o melhor e o único alimento que deverá ser oferecido nos primeiros 6 meses de vida da criança, e que a partir dessa idade deverão ser incluídos outros alimentos líquidos (sucos), e sólidos (frutas e papa de sal), porém, o leite materno continuará fazendo parte da alimentação do bebê até os dois anos de idade ou mais, segundo orientações da OMS, UNICEF e Ministério da Saúde. A praticidade do leite materno é inquestionável, pois não há necessidade de misturar, aquecer ou esterilizar, ele está disponível na temperatura adequada. Para que o aleitamento materno exclusivo seja bem sucedido é importante que a mãe esteja motivada e, além disso, que o profissional de saúde saiba orientá-la e apresentar propostas para resolver os problemas mais comuns enfrentados por ela durante a amamentação. Assim devemos orientar na seguinte forma:

1. Toda mulher produz leite;
2. Leite fraco não existe;
3. Todo bebê chora, o choro é meio de comunicação do bebê com os pais;
4. Toda hora é hora de amamentar, não é necessário determinar tempo de mamada, incentive a livre demanda;

5. Até o sexto mês de vida, o bebê só precisa de leite materno;
6. Não ofereça chás, água, ou qualquer outro alimento;
7. Após o sexto mês, além de dar outros alimentos, continue amamentando até os dois anos ou mais;
8. Acolher adequadamente e prontamente na Unidade Básica de Saúde com ou sem Estratégia da Saúde da Família, a mãe em suas necessidades e dificuldades;
9. Caso persistam as dificuldades, a UBS deverá solicitar ajuda ao Banco de Leite Humano do Município (via telefone, com agendamento no Banco de Leite, informando à mãe do endereço do mesmo: - Rua Otávio Forghieri (rua do velório da Santa Casa) - Centro - fone: 2475-9687 e 2475-9688.

ACONSELHAMENTO E INCENTIVO A AMAMENTAÇÃO

Implementar normas e rotinas de aleitamento materno; Incentivar formação de grupos de gestantes e mães; Estimular a participação das famílias no apoio à amamentação e durante a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto; Realizar acompanhamento das crianças e mães após a alta da maternidade: RN de baixo risco em uma semana estar na UBS sem Estratégia da Saúde da Família acompanhado da mãe para consulta de puericultura e puerpério e RN de alto risco hospitais/maternidades agendar consulta para ambos na unidade de referência;

Realizar consulta domiciliar para o bebê e mãe na primeira semana pós alta se for UBS com Estratégia da Saúde da Família, sendo agendado na unidade para posteriores acompanhamentos; Estimular as visitas domiciliares por profissional capacitado; Avaliar a técnica de amamentar em todos os contatos com mães e bebês; Estimular a doação do leite materno excedente para o Banco de Leite Humano Municipal; Monitorar o crescimento e desenvolvimento da criança.

CONCLUSÃO

Considerando as citações acima e a grande importância do envolvimento multiprofissional e a formalização deste protocolo, acreditamos que a Rede de Atenção, caracterizada por um trabalho coeso e em equipe, terá como principal consequência a redução da morbimortalidade infantil e melhora na qualidade de vida das crianças.

PROTOCOLO PARA O ATENDIMENTO NO CERESI
(Centro de Referência à Saúde do Idoso/ CEMEG)

A porta de entrada do serviço é por meio de avaliação multidimensional realizada pela equipe. As consultas geriátricas/gerontológicas são disponíveis no sistema de regulação (SISREG) para o idoso (considerando a faixa etária definida pela OMS para os países em desenvolvimento: 60 anos, e a classificação conforme política nacional do idoso em idosos frágeis, idosos em processo de fragilização, e idosos ativos, sendo alvo do CERESI os idosos frágeis).

Devem seguir o protocolo abaixo:

A.1 – Critérios para inclusão:

Vir com encaminhamento da UBS para o serviço especializado após agendamento via SISREG – primeira consulta geriatria/gerontologia; após classificação conforme política municipal do idoso em **idoso frágil**, por seguir os critérios: Ter idade igual ou superior a 60 anos, associada a um dos critérios: Ter doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional –, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, (F00, F02, F03, F04, G30, e G40), depressão/ansiedade graves CIDs F32, Parkinson CID G20, sequela de AVE ou acidente encefálico agudo (I64/I69); Encontrar-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica; Ter três (3) ou mais doenças crônicas com complicação não compensadas: (hipertensão arterial sistêmica CID I10, diabetes mellitus (CID E10, E11, E12, E13 e E13), osteoartrose CID M15 e M19, dislipidemia CID E78, osteoporose CID M80, M81 e M82. Ter tido 2 ou mais quedas em 1 ano com alteração de marcha/ equilíbrio; (R26/R29) Ser portador de síndrome consumptiva (perda de mais de 5% do peso nos últimos 3 meses – CID R63). Os idosos com idade igual ou superior a 75 anos terão prioridade na marcação de consultas.

O idoso frágil deve ser encaminhado para avaliação multidimensional da equipe gerontológica no CERESI ou em UBS onde tiver esse profissional na equipe NASF/NAAB. Após avaliação serão encaminhados para o atendimento da equipe interprofissional da UBS ou do CERESI, conforme especificidade do caso, será priorizada a consulta dos profissionais da equipe, sendo a meta passar por todos os profissionais. Os casos serão discutidos em reunião de equipe. Os usuários podem ser encaminhados pela equipe do NASF/NAAB quando houve avaliação gerontológica na Atenção Básica e ocorreu discussão prévia entre as equipes – matriciamento. O trabalho será realizado considerando a integração e referência e contrarreferência das equipes das UBS e do CERESI.

A.2 – Abrangência: Atendimento de todo o município, excluindo os territórios onde há geriatras na equipe do NASF/NAAB.

Fluxograma Idoso Frágil

B) Idoso Dependente/ Acamado ou restrito ao lar

Esses idosos são atendidos pelo SADI (Serviço de Assistência Domiciliária ao Idoso).

Para o atendimento domiciliário, o paciente pode ser encaminhado dos hospitais no momento da alta, pela UBS, ou mesmo pode chegar ao serviço por demanda espontânea, sendo estabelecido concomitantemente, vínculo com a UBS do distrito do paciente.

B.1. – Critérios para inclusão: O idoso a ser atendido deve preencher os seguintes critérios: Ter idade igual ou superior a 60 anos e estar restrito ao lar ou acamado; Ter um cuidador responsável que siga as orientações e o tratamento da equipe; O cuidador deve participar do curso de orientação aos cuidadores de idosos oferecido pelo CERESI; São prioridades de atendimento os casos que apresentem internações hospitalares, fratura ou AVE recentes, neoplasia avançada, doenças degenerativas como Parkinson e Alzheimer.

Os casos serão triados pela equipe, discutidos em equipe para posteriores matrículas no serviço. A triagem é agendada diretamente na unidade.

B.2 – Abrangência: Atendimento domiciliar em todo o município, excluindo unidades de saúde: Com estratégias da Saúde da Família; Com Geriatras na equipe NASF/NAAB.

Matriciamento e discussão de casos: todo o município.

OBS.: Capacidade atual da equipe restringe-se à Região de Saúde I – Centro.

Fluxograma Idoso Acamado

PROTÓCOLO PARA “DOENÇA HEMOLÍTICA PERI NATAL”

Eritroblastose Fetal, Doença Hemolítica Perinatal (Incompatibilidade Rh).

Introdução: A doença hemolítica perinatal (DHPN) é doença do feto e do recém-nascido decorrente da agressão provocada por anticorpos da mãe contra antígenos presentes nas hemácias do concepto. A imunização dos indivíduos Rh (-) não ocorre, de modo geral, sem exposição prévia ao antígeno Rh. O contato de apenas 0,2ml de sangue Rh (+) pode levar a gestante à sensibilização, que poderá ocorrer durante a gestação através da passagem transplacentária de hemácias sanguíneas compatíveis ao sistema Rh.

Profilaxia: A profilaxia da alo imunização materna é mandatória para todas as pacientes Rh (-) não sensibilizadas após o término da gestação com neonato Rh (+) com variante D positiva. Ela é conseguida pela administração intramuscular de 300mcg de imunoglobulina (Ig) anti-D, dose eficaz para neutralizar cerca de 30 ml de sangue fetal transfundido para a circulação materna no momento do parto. Vale ressaltar que quanto mais precoce for administrada a imunoglobulina, melhores serão os resultados. Embora o prazo para a profilaxia se esgote com 28 dias de pós-parto, não é aconselhável, para sua maior eficiência, que a administração materna de Ig anti-D ultrapasse 72 horas.

Deve ser aplicada em mulher Rh (-), Du (-), que se encontre numa das seguintes situações:

- Episódio de sangramento importante que venha a ocorrer no curso da gestação – abortamento evitável, placenta prévia ou sangramento de seio marginal;
- Interrupção precoce da gestação por abortamento, gestação ectópica, parto prematuro e gestação molar;
- Procedimentos invasivos: amniocentese, cordocentese ou biópsia de vilos coriais e;
- Após o parto de recém-nascido (vivo ou morto) Rh positivo ou negativo e Du positivo, mesmo quando aplicada uma dose durante a gestação (primeiro item).

O teste de Coombs indireto tende a se positivar após a aplicação da Ig anti-D à mãe e sua rápida negatização pode denunciar hemácias fetais ainda presentes na circulação materna.

OBS FINAIS:

1. No pré-natal, solicitar o Coombs indireto mensalmente a partir da 24^a semana de gestação;
2. Na gestação Rh (-), administrar a imunoglobulina anti-D entre 28^a e 34^a semana;
3. Gestante Rh (-) que teve abortamento precoce, administrar imunoglobulina anti-D;
4. Gestante Rh (-) que teve abortamento tardio, administrar imunoglobulinas anti-D;
5. Gravidez ectópica Rh (-);
6. Na doença trofoblástica gestacional Rh (-);
7. Gestante Rh (-) portadora de placenta prévia sangrante;

8. Gestantes Rh (-) que foram submetidas a: amniocentese, biópsia de vilos coriais e Cordocentese.

Tipagem sanguínea/fator Rh:

1) Fator Rh Positivo: Escrever no cartão o resultado e informar à gestante sobre o seu tipo sanguíneo.

2) Fator Rh Negativo e parceiro com Fator Rh Positivo e/ou Desconhecido: Solicitar teste de Coombs indireto, e se o resultado do mesmo for positivo encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.

DISPENSAÇÃO RHOGAN:

O pré natalista que indicar a Imunoglobulina Rh deverá encaminhar para a maternidade de referência, para avaliação da necessidade do RHOGAN, com relatório em guia de referência/contrarreferência existente na unidade com prioridade zero.

Indicação desta medicação:

Mulheres Rh (-) com parceiro Rh (+) ou desconhecidos que estavam grávidas e:

a) Tiveram sangramento 1º e/ou 2º trimestre (ameaça aborto, abortamento completo, placenta prévia, gravidez ectópica); b) Submetidos a procedimentos invasivos como Cordocentese, amniocentese, biópsia vilos coriais; c) Gestantes com Coombs Indireto negativo e estão com 28 semanas de gestação.

FLUXOGRAMA

PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA IMUNOGLOBULINA ANTI-RH(D)

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO ODONTOLÓGICA

Introdução

Ao estabelecer critérios de prioridade para cada especialidade, busca-se garantir o princípio da equidade, sendo esta uma das diretrizes do SUS. Em 2009, teve início o serviço de regulação no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO Angélica, na especialidade de Estomatologia (Semiologia) e, em Março de 2011, expandiu-se a todas as especialidades

dos quatro CEO (Angélica, Macedo, São João e Vila Galvão), bem como aos serviços de Respirador Bucal do Ambulatório da Criança, de Disfunção Temporomandibular (DTM) do CEMEG, de Cirurgias buco maxilo facial do HMU e de Pessoas com Deficiência que necessitem de Anestesia Geral do HMCA/HMU do Município de Guarulhos.

O processo de Regulação na Odontologia depende de diversas ações (e seus atores) até a real efetivação e uso das vagas. Neste processo participam: - Cirurgiões Dentistas / profissionais de saúde da rede municipal: correto preenchimento do encaminhamento, com descrição detalhada da história clínica e hipótese diagnóstica, a ser enviado às Especialidades Odontológicas, baseado nos Protocolos de Saúde Bucal e de Regulação Vigentes; monitoramento constante dos encaminhamentos agendados e/ou devolvidos, para maior agilidade na resolução de eventuais problemas; constante aprimoramento na qualidade da informação e orientação ao usuário; - Atendentes SUS: correta transcrição dos encaminhamentos no Sistema de Regulação – SISREG III, disponibilizado pelo Ministério da Saúde; monitoramento constante/diário da autorização das vagas solicitadas; contato, em tempo, com o usuário, para informação e orientação do agendamento autorizado; monitoramento constante/diário das solicitações devolvidas, para que o problema relatado pelo regulador seja resolvido com agilidade e não haja perda de vagas; constante aprimoramento na qualidade da informação e orientação ao usuário;

– Gerências das Unidades Básicas de Saúde e das Especialidades Odontológicas: importância fundamental na execução das políticas de saúde vigentes, a fim de ampliar a resolubilidade das ações nos diversos níveis de assistência odontológica, considerando a necessidade constante de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal da população; - Regulador: priorização dos atendimentos nas diversas especialidades, baseado nos Protocolos de Saúde Bucal e de Regulação Vigentes; comunicação via SISREG, com os cirurgiões dentistas da rede, para resolução de encaminhamentos incorretos e/ou desnecessários; geração de relatórios quantitativos (demanda reprimida, tempo de espera), conforme pactuação/solicitação da gestão vigente. A descentralização dos serviços de especialidades odontológicas permite que o sistema de saúde do município proporcione assistência de forma mais globalizada, redirecionando ofertas de vagas do município para áreas mais necessitadas

1- Priorização no Atendimento

A organização do acesso ao atendimento odontológico deve levar em conta um estudo das prioridades da área de abrangência, possibilitando um cuidado diferenciado e singular a cada caso. Para tanto devem ser observados vários aspectos, tais como: condições fisiológicas ou patológicas, ciclos de vida, risco social e familiar e condições bucais (risco

individual), garantindo o direito constitucional da equidade e universalidade do acesso às ações e serviços de saúde.

1.1- Prioridade por condições fisiológicas ou patológicas

Para o estabelecimento de prioridades, bem como do tratamento mais adequado, deve-se considerar as condições fisiológicas ou patológicas de cada paciente, tais como: Gestantes, Hipertensos e Diabéticos (HAS/DM), Acamados e / ou debilitados, Pessoas com Deficiência, Pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas ou em situação de rua, Entre outros. Ex.: Todos os casos em que for necessária a remoção cirúrgica profilática dos elementos dentais para cirurgias cardíacas, pacientes em hemodiálise, transplantes e ou transplantados serão considerados prioridade.

1.1.1 – Detalhamento das Prioridades por Condições Fisiológicas ou Patológicas

Gestante

A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais da saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada.

O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê. Todo serviço de saúde deve estabelecer, como rotina, a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, incluindo-as no grupo operativo e no pré-natal. A equipe de saúde bucal deve ser parte integrante da equipe de saúde e, no que diz respeito à gestante, trabalhar em constante interação com os médicos e profissionais responsáveis pelo seu atendimento.

Realizar a avaliação geral da gestante. São importantes os seguintes aspectos, em cada período de gravidez: **1º trimestre:** período menos adequado para tratamento odontológico (principais transformações embriológicas). Neste período, evitar, principalmente, tomadas radiográficas;

2º trimestre: período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações.

3º trimestre: É um momento em que há maior risco de síncope, hipertensão e anemia. É frequente o desconforto na cadeira odontológica, podendo ocorrer hipotensão postural.

Ressaltamos que, nenhum dos períodos gestacionais impede o tratamento, caso ocorra necessidade eminente, salvo impedimento médico.

As urgências devem ser atendidas, observando-se os cuidados indicados em cada período da gestação.

No planejamento do tratamento odontológico, se necessário, o médico responsável pelo acompanhamento do Pré-natal deverá ser consultado. Se for necessária a realização de tomadas radiográficas, proteger a gestante com avental de chumbo e protetor de tireoide. **Vale ressaltar que a proteção do paciente com avental de chumbo e protetor de tireoide é um procedimento obrigatório a ser adotado para qualquer pessoa.** Ainda, pela Rede Cegonha, mulheres de 10 a 49 anos **que estiverem em atendimento pré-concepcional** deverão ser encaminhadas para a Equipe de Saúde Bucal que agendará consulta odontológica para anamnese e preenchimento da ficha clínica, avaliação geral da paciente – história médica e odontológica, exame clínico, levantamento das necessidades de tratamento odontológico, planejamento do tratamento a ser realizado e ações educativas na área odontológica como orientações de higiene, fatores responsáveis pela transmissibilidade de doenças, controle de hábitos deletérios, fatores de risco para cáries e doenças periodontais e autoexame bucal. Portanto, as gestantes e mulheres em atendimento pré-concepcional deverão ser especialmente consideradas e orientadas sobre a possibilidade de realizar tratamento odontológico durante a gestação e puerpério, integrando as ações de saúde bucal às ações da Rede Cegonha.

Hipertensão Arterial: Doença assintomática na maioria dos usuários adultos. Sua detecção, por ocasião da avaliação geral do usuário, pode ser fundamental. A pressão deve ser aferida a cada sessão clínica odontológica e, quando alterada, o médico deve ser acionado. A não observação correta do usuário, quanto ao uso de medicamentos prescritos pelo médico, constitui impedimento para o atendimento clínico, notadamente quanto ao uso de anestésicos e intervenções cirúrgicas.

É importante estabelecer, junto com o médico, o risco para a condução do tratamento odontológico e a indicação de medicamentos.

Diabetes Mellitus: Deve-se priorizar o tratamento odontológico do diabético, pois as infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicemia. Deve haver troca de informações entre os profissionais da equipe de saúde a respeito da gravidade da doença, grau de controle, ajuste na dose de medicamentos, recomendações quanto à dieta e avaliação risco benefício quanto ao uso de medicamentos e aos procedimentos invasivos.

Acamados e/ou Debilitados: Os serviços de saúde devem realizar uma busca criteriosa dos usuários que se encontram nestas condições, cadastrá-los e definir as ações para garantir seu atendimento. As Equipes de Saúde Bucal devem ser capacitadas a fim de

que possam, em nível local, estarem aptas ao atendimento destes usuários, em níveis crescentes de complexidade de atendimento.

Em cada nível de atenção, elaborar os cuidados a serem tomados, de acordo com diagnóstico médico/odontológico, condições de saúde e tratamento, agravos associados, limitações e capacidades individuais de cada paciente. Em seguida, definir os critérios de encaminhamento e os fluxos de referência e contrarreferência, quando necessário.

Para tanto, planejar junto à equipe de saúde da Unidade, visitas domiciliares e/ou atendimento clínico assistencial através do uso do equipamento odontológico portátil, e ações preventivas, como detecção precoce de câncer bucal, orientação de higiene bucal, ou até mesmo aplicação tópica de flúor gel e T.R.A. são considerados procedimentos importantes nos tratamentos odontológicos para estes usuários.

Os familiares merecem uma atenção especial no sentido de que possam ser colaboradores no cuidado, ter informação e praticar a prevenção a estes usuários.

Ainda nesta lógica, vale ressaltar que a assistência aos pós-operatórios e a manutenção destes pacientes deve fazer parte da organização das ações da atenção básica.

Pessoas com Deficiência: Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, auditiva, visual, ostomia (por exemplo, traqueostomia, colostomia, etc.) e múltiplas deficiências, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas, ou seja, pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua. Considerando a necessidade de ampliar e diversificar o Sistema Único de Saúde (SUS) para a atenção às pessoas com deficiência, os serviços devem se organizar para ofertar atendimento prioritário no âmbito da atenção primária (porta de entrada), devendo haver Unidades de Referência Especializada e Hospitalar para os casos de maior complexidade e os que necessitem de atendimento sob anestesia geral.

O atendimento a estas pessoas, por requerer uma atenção em todos os níveis de complexidade impõe a necessidade de um rigoroso trabalho integrado da equipe de saúde, que para tanto:

- A grande maioria destes usuários constitui uma clientela com necessidade de atendimento perfeitamente solucionável no âmbito da atenção primária, nas Unidades Básicas de Saúde. Ao constatar impossibilidade da prestação de serviço neste nível de atenção, encaminhar o usuário para atendimento na Unidade de Referência, que

desenvolve procedimentos da atenção básica, com abordagem multiprofissional para estabelecimento de assistência integrada;

- Anestesia geral tem por critério de encaminhamento a condição médica, física e comportamental do usuário. O usuário retorna à Unidade Básica para acompanhamento dos resultados e manutenção da saúde bucal, com envolvimento do responsável / família / cuidador, ou na impossibilidade do deslocamento à UBS, a ESB pode lançar mão do atendimento domiciliar (equipamentos odontológicos portáteis).

Pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas ou em situação de rua: Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas ou em situação de rua, de forma equânime, ressaltando-se que as condições bucais interferem diretamente na autoestima e consequente estado geral de saúde deste grupo de pessoas. As pessoas com quadro de transtorno mental estabilizado devem ser inseridas na Atenção Básica e os não estabilizados, que estão em atendimento nos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial poderão ser encaminhados ao serviço especializado em atendimento a pessoas com necessidades especiais dos C.E.O. Para as pessoas em situação de rua o atendimento será na UBS de referência e os casos que demandem atendimento especializado em saúde bucal poderão ser encaminhados aos C.E.O. Nos casos em que houver associado algum comprometimento neurológico e/ou psiquiátricos graves poderão ser encaminhados para tratamento odontológico sob anestesia geral, em âmbito hospitalar.

Tuberculose: As lesões tuberculosas na boca são raras, surgem em função de micro-organismos presentes no escarro e, mais comumente, se alojam na base da língua, são do tipo verrucoso, ulcerativo ou nodular, pode haver uma predisposição ao surgimento da doença periodontal, em função da diminuição da resistência a irritantes locais, criando uma tendência à reabsorção do osso alveolar.

Os perdigotos de tuberculose podem ser dispersos pelo aerossol do spray da turbina e do ultrassom. O indivíduo portador de tuberculose, após 15 dias de tratamento com as devidas medicações, já não é mais bacilífero, ou seja, poderá receber tratamento normalmente sem risco de contaminação a outras pessoas. Pacientes nestas condições deverão ser encaminhados para tratamento odontológico após avaliação médica, porque a tuberculose é, muitas vezes, doença secundária à AIDS.

Em caso de doença ativa, o usuário deve receber somente tratamento conservador (terapia medicamentosa) nas urgências odontológicas e devem ser respeitadas as normas de biossegurança e o uso de equipamento de proteção individual, pois vale lembrar que na rotina odontológica, todo paciente deve ser tratado como portador de doença transmissível em potencial.

Em caso de alta por cura, o médico deve ser consultado a respeito da infectividade, resultado de baciloscopia e exame radiológico, e o usuário deve ter seu tratamento odontológico normalmente executado, mantendo as condutas de rotina para biossegurança.

HIV/AIDS: O tratamento deste usuário deve ser realizado seguindo as normas universais de biossegurança, sem preconceitos, seguindo procedimentos de rotina odontológica. Em caso de suspeita diagnóstica de infecção pelo HIV/AIDS encaminhar o usuário à equipe de saúde. **O portador de HIV deve ser atendido na atenção básica.** Apenas deve ser encaminhado para os centros de referência quando apresentar necessidade de encaminhamento para exames de lesões de tecidos moles, tratamento de doença periodontal grave e outras necessidades tais como endodontia, prótese etc.

1.2 – Prioridade por Ciclo de Vida

- Atenção ao Bebê;
- Atenção à Criança;
- Atenção ao Adolescente;
- Atenção ao Adulto;
- Atenção ao Idoso

1.2.1 – Detalhamento das Prioridades por Ciclo de Vida

A abordagem terapêutica em saúde bucal para as faixas etárias refere-se à cronologia de erupção e lógica do cuidado em saúde bucal sob a ótica fisiológica e biológica, o que pode não coincidir com as abordagens e agrupamentos por ciclo de vida dos instrumentos de monitoramento, avaliação e acompanhamento, que possuem uma lógica de gestão. Para tanto segue como referência:

Crianças menores de 2 anos: As ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde, o trabalho de prevenção deve estar direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança, focando a amamentação, hábitos de higiene e alimentares saudáveis e a prevenção de uso de chupetas e mamadeiras.

No trabalho multiprofissional, o exame da cavidade bucal das crianças deve ser uma atividade de rotina. Assim, médicos, enfermeiros e outros profissionais, ao observarem a presença de lesões nos dentes ou tecidos moles bucais, durante os exames, devem fazer o devido registro e o encaminhamento para o serviço odontológico.

Crianças de 02 a 09 anos: Esta é a faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para participação em programas educativo/preventivos de saúde bucal. A equipe pode identificar as crianças em cada área de abrangência, por ocasião do trabalho com grupos de mães, creches, visitas domiciliares entre outros. O enfoque familiar é importante uma vez que o aprendizado se dá também através da observação do comportamento dos pais.

No trabalho multiprofissional, o exame da cavidade bucal das crianças deve ser uma atividade de rotina. Assim, médicos, enfermeiros e outros profissionais, ao observarem a presença de lesões nos dentes ou tecidos moles bucais, durante os exames, devem fazer o devido registro e o encaminhamento para o serviço odontológico.

Adolescentes de 10 a 19 anos: Na adolescência, é comum a ocorrência de vários problemas que podem ocasionar danos à saúde bucal, como: bulimia, piercing bucal, tabagismo, drogas lícitas e ilícitas, etc.

Em geral, o adolescente não procura a Unidade de Saúde para resolver seus problemas. No entanto, quando envolve questões estéticas, o faz com maior facilidade. Nestes casos, havendo a suspeita / detecção de outros problemas como a obesidade, gravidez, depressão e doenças respiratórias, entre outras, deve haver notificação e encaminhamento para a equipe multiprofissional. Assegurar informações sobre riscos com acidentes e como proceder em casos de traumatismos dentários.

As orientações para os adolescentes devem ocorrer em uma linguagem que seja assimilada com facilidade.

Adultos de 20 a 59 anos: Nesta faixa etária as necessidades acumuladas de tratamento odontológico devem estar acentuadas e provavelmente associadas às doenças

crônicas e sistêmicas como diabetes, tuberculose, AIDS e outras que podem apresentar manifestações bucais. Uma vez que os adultos constituem uma faixa etária ampla e por muitos anos sem a devida assistência, adquirem aqui uma relevância, desta forma, o trabalho multidisciplinar torna-se fundamental.

Idosos (Acima de 60 anos): O idoso requer uma avaliação global, que frequentemente envolve a atenção de diversas especialidades não só pelo processo fisiológico do envelhecimento, como também na maioria das vezes, por apresentar alterações sistêmicas múltiplas associadas às respostas inadequadas às drogas específicas. A compreensão da situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso é importante para formulação de plano de tratamento adequado à sua realidade. A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos principalmente da sua condição de vida e do acesso em saúde bucal, com forte componente social. Assim como o adulto, o idoso ficou por muitos anos sem uma oferta de cuidados que observassem suas características e peculiaridades. No atendimento à saúde bucal do idoso, é fundamental o trabalho conjunto com a equipe de saúde, sendo importantíssimo o trabalho dos médicos e enfermeiros.

1.3 – Prioridade por Risco Social e Familiar

Considerando os determinantes socioeconômico culturais do processo saúde doença e a integralidade das ações, um dos fatores a considerar é o risco familiar, com a finalidade de se obter um mapeamento das famílias do território de abrangência das unidades de saúde, através da identificação de famílias com maior risco biológico, social e ambiental.

O objetivo da adoção destes critérios é priorizar as intervenções das Equipes de Saúde Bucal e redirecionar as ações de saúde, viabilizando desta forma o diagnóstico epidemiológico como estratégia fundamental ao planejamento, garantindo o acesso à assistência de maneira equânime e universal.

Alguns aspectos, quando identificados, devem ser considerados pelo seu potencial de aumentar a vulnerabilidade de qualquer ser humano: habitação de risco; habitação em áreas de risco (enchentes, áreas de encosta e lixo); trabalho infantil; prostituição infantil; criança em idade escolar fora da escola; mãe ou cuidador analfabeto; pessoa com incapacidade funcional para realizar atividades de vida diária (AVD) sem cuidador; renda per capita abaixo da linha da pobreza; violência infrafamiliar (abuso físico, psicológico, sexual; negligência etc); risco de agressão física e ou mental fora da família; fome; densidade familiar (adensamento excessivo: na definição do limite aceitável de pessoas por domicílio é utilizado o indicador

"moradores por dormitório" e define-se como "congestionado" todo domicílio com presença de mais de três pessoas por dormitório); crianças abaixo de 5 anos com cuidadores domiciliares abaixo de 12 anos de idade; não ter documentos, entre outros (FUNDAÇÃO ZERBINI – PSF 2003).

Para as Unidades com ESF, o risco familiar pode ser um dos critérios a serem considerados no planejamento, principalmente quando a relação entre o número de equipes de saúde bucal com as demais for muito baixa (por exemplo, uma equipe de SB para 4 ou mais equipes nucleares de ESF); a identificação será efetuada a partir da ficha A do SIAB. As famílias de alto risco deverão ser as primeiras a receber as ações educativas e a participar da triagem, para serem logo inseridas nos grupos de controle e assistência.

A identificação do risco familiar poderá ou deverá preceder a identificação do risco individual, (principalmente onde a relação ESB X equipes de Saúde da Família for igual ou maior que dois); entretanto, em unidades sem cadastro familiar, será a identificação do risco individual que trará indícios desse paciente pertencer a uma família de alto risco. O envolvimento do Conselho Gestor da UBS pode auxiliar na identificação de risco social e familiar.

1.4 – Prioridade por condição bucal (risco individual)

A associação das condições bucais (risco individual), com a consideração de um ou vários aspectos citados anteriormente (condições fisiológicas ou patológicas, ciclos de vida e risco social e familiar) pode facilitar o processo de priorização e organização do ingresso ao tratamento odontológico.

A implantação da Rede de Atenção às Urgências estabelece o Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades de Saúde, como um dispositivo de melhoria da qualidade do serviço e humanização, onde prioriza o atendimento de acordo com a gravidade clínica e não pela ordem de chegada ao serviço.

São utilizadas escalas de 4 níveis, por cores: **Classificação** **Gravidade**

Vermelho	Alto Risco
Amarelo	Risco Moderado
Verde	Baixo Risco
Azul	Rotina

ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

SEMIOLOGIA / ESTOMATOLOGIA

Considerações Gerais

As solicitações de Semiologia, via SISREG, deverão ser inseridas na opção:

Consulta em Odontologia – Semiologia

Todo Centro de Especialidades Odontológicas deve realizar, dentre o elenco mínimo de atividades estabelecido, atendimento em Semiologia/Estomatologia, com ênfase no diagnóstico e detecção de câncer bucal. A avaliação realizada nos C.E.O. das lesões suspeitas de câncer, lesões com potencial de malignização, ou de outros agravos estomatológicos de etiologia diversa, não deve invalidar os esforços dos profissionais da Atenção Básica para o diagnóstico precoce de doenças bucais, tão pouco inviabilizar a realização destes procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde.

O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com potencial de malignização ou com suspeita de malignidade deve ser acompanhado e continuamente sensibilizado, pela Unidade Básica de Saúde, para o comparecimento aos locais de referência, desde a suspeita da lesão e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento, inclusive a busca ativa.

Em caso de resultado positivo, o encaminhamento para a Oncologia será realizado para a referência pactuada e deverá ser monitorado tanto pelo C.E.O., como pela Unidade solicitante.

Nas contras referências, realizadas pelos C.E.O., deverão ser anexadas cópias dos resultados dos anatomopatológicos e, quando for o caso, a data da consulta agendada na referência oncológica, para ciência e acompanhamento da Unidade de Origem.

Requisitos Básicos para a Referência em Semiologia/Estomatologia

Encaminhar pacientes com **sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não**, onde esteja indicado ou se tenha o desejo de esclarecimento clínico, exame anatomopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais:

Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou enfartamento ganglionar, apresentem-se com formação de placas esbranquiçadas, áreas

atróficas ou manchas escurecidas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que tenham acima de 40 anos de idade;

Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula;

Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e enfartamento ganglionar.

Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperkeratóticas ou nodulares, avaliar a presença de possíveis agentes causais locais, removendo-os quando possível e acompanhando a evolução antes do encaminhamento.

De maneira geral, os cirurgiões-dentistas generalistas/clínicos gerais ficam responsáveis pelo diagnóstico e tratamento das lesões exclusivamente clínicas, como: herpes recorrente, gengivostomatite herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidíase, queilite angular, entre outros.

Motivos para Encaminhamento em Semiologia/Estomatologia

– Biópsia de tecidos da cavidade oral: encaminhar pacientes com dúvida diagnóstica.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- Testes de palpação e descrição clínica do tamanho, forma, consistência, textura devem ser realizados.

Prioridade para regulação- Encaminhar todos os casos.

Critério P0

Motivos de Exclusão em Semiologia/Estomatologia: Não há.

CIRURGIA AMBULATORIAL

Considerações Gerais

As solicitações de Cirurgia ambulatorial, via SISREG, deverão ser inseridas na opção:

Consulta em Odontologia – Cirurgia Ambulatorial

A cirurgia ambulatorial dentro da especialidade dá ênfase à cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros. Para a especialidade de Cirurgia Ambulatorial, associada à Semiologia/Estomatologia, a produção mínima deve ser de 90 procedimentos/competência/CEO, conforme Portaria MS nº 1464 de 24 de Junho de 2011, sendo 45 procedimentos/profissional 20h/competência.

Os procedimentos para monitoramento dos C.E.O. são:

- 0201010232** BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;
- 0201010348** BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;
- 0201010526** BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;
- 0307010058** TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS;
- 0404020445** CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;
- 0404020488** OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS;
- 0404020577** REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;
- 0404020615** REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR;
- 0404020623** RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;
- 0404020674** RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;
- 0414010345** EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;
- 0414010361** EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;
- 0414010388** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;
- 0401010082** FRENECTOMIA;
- 0404010512** SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;
- 0404020038** CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;
- 0404020054** DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;
- 0404020089** EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;
- 0404020097** EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;
- 0404020100** EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;
- 0404020313** RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE
- 0404020631** RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR
- 0414010256** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL
- 0414020022** APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;
- 0414020030** APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);
- 0414020049** CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;
- 0414020057** CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;
- 0414020065** CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;
- 0414020073** CURETAGEM PERIAPICAL;
- 0414020090** ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;
- 0414020146** EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;
- 0414020170** GLOSSORRAFIA;
- 0414020200** MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;
- 0414020219** ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;
- 0414020243** REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);
- 0414020278** REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);

- 0414020294** REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;
- 0414020359** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;
- 0414020367** TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;
- 0414020383** TRATAMENTO DE ALVEOLITE;
- 0414020405** ULOTOMIA/ULECTOMIA.

Motivos para Encaminhamento em Cirurgia Ambulatorial

1. Dente incluso ou impactado com pericoronarite aguda ou recorrente;
2. Exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante;
3. Remoção de cistos;
4. Dente incluso ou impactado;
5. Frenectomia;
6. Raízes dentárias retidas que necessitem retalho

Motivos de Exclusão em Cirurgia Ambulatorial

- 1E – Exodontias simples (inclusive para finalidade protética e/ou ortodôntica);
- 2E – Exodontias de raízes residuais simples;

OBS: Exodontia Simples em quadrantes diferentes, não caracteriza exodontia múltipla (ex.: exodontia de 16, 26, 36 e 46).

- 1 – Dente incluso ou impactado com pericoronarite aguda ou recorrente (K05.2)

Infecção dos tecidos moles que estão ao redor da coroa do dente que não foi irrompido completamente decorrente de traumas mastigatórios, retenção de alimentos, dentre outras causas. Em casos graves, a dor é mais intensa e pode chegar ao ouvido e à cabeça, com febre, aumento de volume da face, dificuldade para abrir a boca.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico – avaliação local, edema localizado, sensibilidade ao toque.

Prioridade para regulação- encaminhar todos os casos

Critério P0

- 2 – Exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante

Casos que envolvam o mesmo sextante.

Exames complementares necessários- não há

Exame Físico – avaliação clínica dos dentes, testes de percussão horizontal, vertical, térmico, mobilidade.

Prioridade para regulação – casos que necessitem exodontia e estão encaminhados para confecção de prótese

Critério P1

3 – Remoção de cistos (K09 / K04.8)

Encaminhar pacientes com dúvida diagnóstica.

Exames complementares necessários- não há

Exame Físico- os pacientes com cistos podem se apresentar assintomáticos ou sintomáticos. Testes de palpação e descrição clínica do tamanho, forma, consistência, textura devem ser realizados. Realizar a descrição da localização.

Prioridade para regulação – Encaminhar todos os casos

Critério P1

4 – Dente incluso (K01.0) ou impactado (K01.1) – sem pericoronarite

Casos devidamente avaliados

Exames complementares necessários- Radiografias

Exame Físico- avaliação clínica da região

Prioridade para regulação – casos que interfiram no posicionamento dental de dentes adjacentes

Critério P2

5 – Frenectomia (K07.3)

Encaminhar pacientes que necessitem realizar este procedimento

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- avaliação clínica da região

Prioridade para regulação- todos os casos

Critério P2

6 – Raízes dentárias retidas, que necessitem retalho (K08. 3)

Encaminhar pacientes não passíveis de resolução clínica na UBS, que necessitem cirurgia a retalho.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- avaliação clínica da região

Prioridade para regulação- todos os casos

Critério P2

ENDODONTIA

Considerações Gerais

As solicitações de Endodontia via SISREG, deverão ser inseridas na opção:

Consulta em Odontologia – Endodontia

Para a especialidade de Endodontia a produção mínima deve ser de 60 procedimentos/competência/C.E.O., conforme Portaria MS nº 1464 de 24 de Junho de 2011, sendo 20(vinte) tratamentos endodônticos concluídos/profissional 20h/competência.

Os procedimentos para monitoramento dos C.E.O. são:

0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;

0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;

0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;

0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;

0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;

0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;

0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;

0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.

Para o **cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório** que seja realizado, **no mínimo, 20%** dos seguintes procedimentos:

0307020053 – obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou

0307020096 – retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

Requisitos Básicos para a Referência em Endodontia

- Sempre realizar o preparo prévio do dente, antes de encaminhar para o tratamento: remoção de tecido cariado, cirurgia de acesso, pulpotomia, penetração desinfetante (quando possível), curativo de demora e restauração provisória, para não

causar o inconveniente do retorno do paciente à Unidade de Origem, para a devida adequação;

- Que o dente tenha possibilidade de reconstrução/restauração, com a garantia de agendamento na unidade de origem (conforme descrito no tópico 4.1.);
- Os dentes com polpa vital e rizo gênese incompleta deverão ser submetidos à técnica da pulpotomia, com o objetivo de favorecer a apicificação. Antes de encaminhar o paciente para o C.E.O., o cirurgião dentista da UBS deverá verificar o potencial de reversão do processo patológico, realizando proteção pulpar direta ou indireta e/ou pulpotomia, aguardando um prognóstico favorável ou não do quadro e avaliar a vitalidade pulpar;
- O encaminhamento dos terceiros molares para endodontia, somente serão aceitos se o usuário apresentar muitos elementos ausentes, havendo necessidade de sua manutenção (como pilar), desde que o prognóstico seja favorável à instalação de futura prótese;
- Para retratamento endodôntico, deve-se encaminhar os casos que apresentem sinais e/ou sintomas clínicos evidentes (dor, abscessos crônicos, edemas, etc.). Os dentes que apresentem imagens radiográficas apontando tratamento inadequado, com ou sem lesão periapical, devem ser monitorados e ter acompanhamento radiográfico pela Unidade de origem. Caso seja detectada alteração do quadro inicial, então encaminhar para retratamento;
- Deverão ser priorizados dentes anteriores e pilares de prótese parcial removível, com prognóstico favorável.

Motivos para encaminhamento em Endodontia

1. Retratamento endodôntico com sintomatologia;
2. Dentes anteriores;
3. Dentes pilares de prótese;
4. Dentes posteriores até 2º Molares;
5. Retratamento endodôntico sem sintomatologia;
6. Dentes 3º Molares pilares de prótese

Motivos de Exclusão em Endodontia

1E-Dentes com envolvimento de furca – grau 3 ou com doença periodontal severa e grande mobilidade horizontal e vertical;

2E-Dentes com perda de inserção, que impossibilite sua manutenção na arcada;

3E-Dentes com grande perda de tecido/paredes coronárias, que impossibilite a restauração da coroa;

4E-Dentes com rizogênese incompleta, vitalidade pulpar e necessidade de pulpotomia;

5E-Terceiros molares sem antagonista, com acesso restrito e que não sejam pilares.

1- Retratamento endodôntico com sintomatologia

Deverão ser encaminhados somente aqueles casos que apresentem sinais e/ou sintomas clínicos evidentes (dor, abscessos, edemas, etc.).

Exames complementares necessários- Radiografia periapical.

Exame Físico- exame clínico intra e extraoral

Prioridade para regulação – Não há

Critério P0

2 – Dentes anteriores

Dentes anteriores que necessitem tratamento endodôntico

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico intra e extraoral

Prioridade para regulação – população economicamente ativa e produtiva e pessoas acima de 60 anos.

Critério P0

3 – Dentes pilares de prótese

Somente se o usuário apresentar muitos elementos ausentes, e houver necessidade de sua manutenção, como pilares de prótese parcial removível.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- avaliar criteriosamente o dente pilar em relação a condição periodontal.

Prioridade para regulação – dentes anteriores, população economicamente ativa e produtiva e pessoas acima de 60 anos.

Critério P0

4 – Dentes posteriores até 2º Molares

Dentes posteriores que necessitem tratamento endodôntico.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico intra e extraoral

Prioridade para regulação- Não há

Critério P1

5- Retratamento endodôntico sem sintomatologia

Deverão ser encaminhados somente aqueles casos que apresentem lesão periapical sem regressão ou com alteração, após acompanhamento realizado na UBS. Casos com lesão periapical após tratamento endodôntico recente não devem ser encaminhados, mas antes acompanhados.

Exames complementares necessários- Radiografia periapical.

Exame Físico- exame clínico intra e extraoral

Prioridade para regulação – Não há

Critério P2

6 – Dentes 3º molares pilares de prótese

Somente se apresentar muitos elementos ausentes, e houver necessidade de sua manutenção, como pilar de prótese parcial removível, em condições favoráveis.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico intra e extraoral

Prioridade para regulação – não há

Critério P2

PERIODONTIA

Considerações Gerais

As solicitações de Periodontia, via SISREG, deverão ser inseridas na opção:

Consulta em Odontologia – Periodontia

Para a especialidade de Periodontia a produção mínima é de 90 procedimentos/competência/CEO, conforme Portaria MS nº 1464 de 24 de Junho de 2011, sendo esta quantia por profissional 20h/competência.

Finalizado o tratamento, o paciente deve ser contra referenciado à Unidade Básica de Saúde, para manutenção periódica e acompanhamento.

Os procedimentos para monitoramento dos C.E.O. são:

0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE);

0414020081 ENXERTO GENGIVAL;

0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);

0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);

0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).

Motivos para encaminhamento em Periodontia

1. Necessidade de tratamento em bolsas profundas (acima de 4 mm);
2. Necessidade de cirurgia periodontal;
3. Necessidade de cirurgia pré-protética.

Motivos de Exclusão em Periodontia

1E- Pacientes com bolsas periodontais rasas (até 4 mm) - devem ser tratados na UBS;

2E- Dente com acentuada mobilidade vertical;

3E- Dentes com severa destruição coronária (raízes residuais).

1- Necessidade de tratamento em bolsas profundas (acima de 4 mm).

Quando apresentar bolsas profundas (acima de 4 mm);

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico intra e extraoral

Prioridade para regulação – dentes que estejam em condições favoráveis para sua manutenção na cavidade oral, em função mastigatória e em oclusão.

Critério P0

2- Necessidade de cirurgia periodontal

Quando apresentar bolsas profundas (acima de 4 mm), com envolvimento de furca; necessidade de aumento de coroa clínica; necessidade de tratamento cirúrgico periodontal

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico intra e extraoral

Prioridade para regulação – dentes que estejam em condições favoráveis para sua manutenção na cavidade oral, em função mastigatória e em oclusão.

Critério P0

3- Necessidade de cirurgia pré-protética

Necessidade de aumento de coroa clínica; necessidade de tratamento cirúrgico periodontal

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico intra e extraoral

Prioridade para regulação – dentes que estejam em condições favoráveis para sua manutenção na cavidade oral, em função mastigatória e em oclusão.

Critério P0

ATENDIMENTO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (NECESSIDADES ESPECIAIS)

Considerações Gerais

As solicitações Atendimento a Pessoas com Deficiência, no SISREG, deverão ser inseridas na opção:

- Consulta em Odontologia – paciente com necessidade especial

Pessoa com deficiência (necessidades especiais) é aquela que apresenta uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, decréscimo ou médica, que a impeça de ser submetida a uma situação odontológica convencional.

É importante destacar que esse conceito é amplo e abrange diversos casos que requerem atenção odontológica diferenciada. Com a implantação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, é necessária a oferta do cuidado integral e assistência individual ou matricial aos indivíduos nessas condições.

As equipes de saúde bucal devem ser capacitadas através dos recursos de matriciamento ou educação permanente, a fim de que possam, em nível local, estarem aptas ao atendimento destes usuários, em estágios crescentes de complexidade de atendimento.

Os familiares merecem uma atenção especial no sentido de que possam ser colaboradores no cuidado (informação e prevenção) a estes usuários. Quanto às intervenções odontológicas, estas devem ser as mais pertinentes ao quadro de cada usuário.

Ao constatar a impossibilidade da prestação do serviço no nível da atenção primária, encaminhar o usuário para atendimento na Unidade de Referência (C.E.O.).

A Unidade de Referência deve desenvolver procedimentos de atenção básica, com abordagem em todas as especialidades para estabelecimento de assistência odontológica integral e fazer a contra-referência para recondução na Unidade Básica ou, se necessário, a recomendação para tratamento odontológico sob anestesia geral em âmbito hospitalar.

A necessidade de anestesia geral tem por critério de encaminhamento a condição médica e comportamental do usuário. O usuário retorna à Unidade Básica de Saúde para acompanhamento dos resultados e manutenção da saúde bucal, com envolvimento do responsável / família / cuidador.

Os familiares e responsáveis devem ser orientados sobre sua conduta frente ao tratamento odontológico. Os mesmos devem ser criteriosamente informados pela equipe de saúde bucal sobre todos os passos a serem tomados antes e depois de cada intervenção, com ênfase para os casos em que for necessário o uso de anestesia geral.

Todo C.E.O. deve realizar atendimento a pessoas com deficiência (necessidades especiais). O monitoramento de ações pela análise de uma produção mínima mensal é de 110 procedimentos/competência, sendo 55 destes procedimentos restauradores (50%), conforme Portaria MS nº 1464 de 24 de Junho de 2011. Estes procedimentos de atenção básica em Centros de Especialidades Odontológicas, só se justificam na realização de atendimento aos pacientes com necessidades especiais.

Os procedimentos para monitoramento dos C.E.O. são:

0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);

0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);

0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);

0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;

0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;

0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;

0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;

0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;

0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;

0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;

0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;

0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.

Requisitos Básicos para a Referência em Atendimento a Pessoas com Deficiência

- A porta de entrada de atenção aos pacientes com necessidades especiais é a Unidade Básica de Saúde;
- As pessoas com quadro de transtorno mental estabilizado devem ser inseridas na Atenção Básica e as não estabilizadas, que estiverem em atendimento nos CAPS – Centros de Apoio Psicossocial, poderão ser encaminhadas aos C.E.O.;
- No formulário de referência (guia de encaminhamento), deverá constar que tipo de deficiência/transtorno mental, disfunções, síndromes ou patologias, se realiza acompanhamento na UBS ou outros serviços de saúde, se faz uso de medicamentos e quais, acompanhado de relatório médico com laudo (relatório do diagnóstico e avaliação clínica geral – sistêmica, do paciente), sendo este, condição para o atendimento odontológico na especialidade;
- Ainda que existam alguns grupos com situações específicas, que representem necessidade de atenção especial, sempre que possível, devem ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde. Somente após a tentativa frustrada, deverão ser encaminhados aos C.E.O., acompanhados de relatório detalhado, justificando a referência e devidamente assinado pelo profissional;
- Pessoas com limitações motoras, com deficiência visual, com deficiência auditiva ou de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, idosos, HIV positivos, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, sem outras limitações, deverão preferencialmente ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde, exceto quando necessitarem de tratamento especializado: endodontia, prótese, periodontia e cirurgia (dentro dos critérios específicos);
- Os usuários devem ser orientados a comparecer ao atendimento, preferencialmente acompanhados por responsável/familiar/cuidador.

Motivos para encaminhamento em Atendimento a Pessoas com Deficiência (necessidades especiais)

- Pessoas com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;

- Pessoas com deficiência mental, ou outros comprometimentos, que não respondem a comandos, não cooperativos, após tentativas frustradas de atendimento na atenção básica;
- Pessoas com deficiência visual ou auditiva ou física, quando associadas a distúrbios de comportamento, após tentativas frustradas de atendimento na Atenção Básica;
- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas a distúrbios de comportamento, após tentativas frustradas de atendimento na Atenção Básica;
- Pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, que não estejam estabilizadas. Nos casos em que houver associado algum comprometimento neurológico e/ou psiquiátricos graves poderão ser encaminhados para tratamento odontológico sob anestesia geral, em âmbito hospitalar;
- Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas em nível local, mediante relatório detalhado e devidamente assinado pelo profissional.

Motivos de Exclusão em Atendimento a Pessoas com Deficiência – não há

1- Pessoas com Deficiência (necessidades especiais)

Pessoas identificadas com deficiência, com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Exames complementares necessários- relatório médico com CID e medicação em uso

Exame Físico- avaliação clínica

Prioridade para regulação – não há

Critério P0

PRÓTESE DENTÁRIA

Considerações Gerais

As solicitações de próteses odontológicas, no SISREG, deverão ser inseridas na opção:

- **GRUPO – Ações Básicas e Especialidades em Odontologia**

Observando a seleção correta dos subitens:

- **Próteses Parciais Removíveis (Superior e Inferior);**
- **Prótese Total (Superior e Inferior);**
- **Próteses Parciais Removíveis Unitárias;**
- **Prótese Total Unitária;**
- **Prótese Total + Próteses Parciais Removíveis.**

Ainda que esteja prevista na Atenção Básica / Saúde da Família, a confecção de próteses é executada nos Centros de Especialidade Odontológica pela facilidade de sua operacionalização. Na Atenção Básica, temos a possibilidade de confecção de prótese, pois foram criados os procedimentos de moldagem e instalação/adaptação e acompanhamento, permitindo a todos os cirurgiões dentistas executarem a fase clínica de confecção das próteses totais e/ou parciais removíveis e lançar esta parte clínica da reabilitação oral através do código descrito no quadro a seguir. Fica a decisão e a organização do serviço a cargo dos gestores locais.

O monitoramento de ações pela análise de produção nos C.E.O. acompanhará a demanda reprimida, os recursos humanos disponíveis, a capacidade de produção pactuada dos

Laboratórios Regionais de Prótese Dentária do Município (Laboratórios Internos), bem como as cotas pactuadas com o contrato do Laboratório Terceirizado vigente. Esta produção deverá ser organizada e monitorada de tal forma que, tanto a cota pactuada do Laboratório Terceirizado, como a produção mínima do Laboratório Interno seja cumprida. A produção mínima pactuada para os Laboratórios Internos é de 26 peças por competência por protético dentário 36h semanais (1,3 peças por dia útil).

Os procedimentos para prótese dentária são:

0307040089 REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA

0307040070 MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

0307040038 INSTALAÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

0701070056 COROA PROVISÓRIA

0701070129 PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR

0701070137 PRÓTESE TOTAL MAXILAR

0701070099 PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL

0701070102 PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL

0701070110 PRÓTESE TEMPORÁRIA

Requisitos Básicos para a Referência em Prótese Dentária

Dentes pilares para prótese parcial removível devem apresentar-se com restauração definitiva, quando necessária.

Motivos para encaminhamento em Prótese Dentária

1. Prótese Total;
2. Prótese Parcial Removível;
 - I. Ausência de Anteriores e Pilares de Oclusão (1os molares);
 - II. Extremidades livres;
 - III. Espaços intercalados;
3. Prótese Mista

Motivos de Exclusão em Prótese Dentária

1E- Dentes com acentuada mobilidade vertical (grau III);

2E- Pacientes com síndrome motora, neurológica ou psiquiátrica severa, que impossibilite tomada de impressão e a consequente confecção e uso da prótese;

3E- Presença de elementos dentários, cujo número, forma ou posição impossibilite a confecção de prótese parcial removível;

4E- Ausência de espaço protético adequado.

1- Prótese Total

Ausência total de elementos dentários em uma ou ambas as arcadas (edentelismo total); rebordo alveolar regular ou que possibilite o assentamento de uma prótese; ausência de lesões ósseas, de mucosa, gengiva ou dos anexos orais.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico

Prioridade para regulação- próteses antigas com câmara a vácuo; pacientes em tratamento de DTM; pessoas acima de 60 anos, bem como as que sejam economicamente ativas e produtivas (de 19 a 39 anos).

Critério P0

2- Prótese Parcial Removível

Edentelismo parcial superior e/ou inferior; ausência de lesões ósseas, de mucosa, gengiva ou dos anexos orais; rebordo alveolar regular ou que possibilite o assentamento de uma prótese; presença de elementos dentários compatíveis com a confecção de prótese parcial removível; tratamento clínico odontológico devidamente realizado.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico e periodontal criterioso

Prioridade para regulação- pacientes em tratamento de DTM; pessoas acima de 60 anos, bem como as que sejam economicamente ativas e produtivas (de 19 a 39 anos).

- I. Ausência de Anterior e pilares de oclusão (1^{os} molares) – **Critério P0**;
- II. Extremidades livres – **Critério P1**;
- III. Espaços intercalados – **Critério P2**

3- Prótese Mista

Edentelismo parcial associado a edentelismo total; ausência de lesões ósseas, de mucosa, gengiva ou dos anexos orais; rebordo alveolar regular ou que possibilite o assentamento de

uma prótese; presença de elementos dentários compatíveis com a confecção de prótese parcial removível; tratamento clínico odontológico devidamente realizado.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico e periodontal criterioso

Prioridade para regulação- pacientes em tratamento de DTM; pessoas acima de 60 anos, bem como as que sejam economicamente ativas e produtivas (de 19 a 39 anos).

Critério P0

ATENDIMENTO A PESSOAS COM SÍNDROME DO RESPIRADOR BUCAL - ORTOPEDIA FUNCIONAL E ORTODONTIA

As solicitações de Atendimento a Pessoas com Síndrome do Respirador Bucal, no SISREG, deverão ser inseridas na opção:

Consulta em Odontologia – ortodontia

O Serviço de atendimento a pacientes portadores da Síndrome do Respirador Bucal é realizado por equipe multiprofissional envolvendo Medicina, Odontologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia e Pedagogia, além da atuação permanente dos responsáveis/familiares/cuidadores. É de fundamental importância o envolvimento de todas as Unidades de Saúde, inclusive das equipes dos NASF e NAAB.

A ausência de oferta do aleitamento materno ou ordenha inadequada, maus hábitos como sucção de chupetas, dedos e mamadeiras e predisposição genética, podem ser algumas das causas da síndrome do respirador bucal.

O monitoramento de ações pela análise de produção acompanhará a demanda reprimida, os recursos humanos disponíveis, bem como as cotas pactuadas com o contrato do Laboratório Terceirizado vigente.

Requisitos Básicos para a Referência em Atendimento a Pessoas com Síndrome do Respirador Bucal

Encaminhar casos que apresentem as seguintes características clínicas: face longa, boca entreaberta, olheiras, queixo pequeno (micrognatia); alterações posturais (ombros caídos, lordose, escápulas aladas), céu da boca profundo (palato ogival), boca pequena (maxila atrésica), mordida aberta, cruzada e de topo (desarmonia oclusal), cansaço crônico, ronco, baba no travesseiro;

No formulário de encaminhamento, descrever se faz tratamento com outra especialidade médica e detalhar;

As características comportamentais mais comuns são: hiperatividade, redução na capacidade de atenção e concentração, indisciplina, dificuldade na prática de esportes, falta de apetite e dificuldade de dormir;

A faixa etária priorizada é a dos pacientes de até 12 anos 11 meses e 29 dias.

Motivos para encaminhamento em Atendimento a Pessoas com Síndrome do Respirador Bucal

1- Síndrome do Respirador Bucal (K07.5)

Pessoas com características evidentes da Síndrome do Respirador Bucal.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico intra e extraoral.

Prioridade para regulação- pacientes com até 12 anos 11 meses e 29 dias;

Critério P0

Motivos de exclusão em Atendimento a Pessoas com Síndrome do Respirador Bucal

1E- Pacientes que foram diagnosticados incorretamente - muitos casos gripais e/ou alérgicos podem levar o usuário a realizar respiração bucal temporária.

NÚCLEO DE REABILITAÇÃO A PORTADORES DE LESÕES LABIOPALATAIS (N.R.P.L.L.P.)

O núcleo é referência para os usuários do município de Guarulhos, desde 1999. As fissuras de lábio e palato constituem malformação congênita, que ocorrem no período embrionário e início do período fetal, acarretando uma série de sequelas funcionais, estéticas e psicossociais, que acompanham seu portador ao longo da vida.

O tratamento de correção e reabilitação é longo e complexo, devendo ser iniciado logo após o nascimento e necessitando, em grande parte dos casos, de acompanhamento até a idade adulta. Exige a assistência de uma equipe inter e multidisciplinar, com o objetivo de prevenir ou minimizar as sequelas normalmente encontradas. A família também deverá ser acompanhada e orientada, pois representa a base para o sucesso do tratamento.

No núcleo (N.R.P.L.L.P.), é disponibilizado aos pacientes cadastrados:

- Serviço Social;
- Fonoaudiologia;
- Pediatria;
- Psicologia;
- Odontologia

São recebidos pacientes moradores do município encaminhados pelas Maternidades, Hospitais e Unidades Básicas de Saúde, via Sistema de Regulação, para o procedimento Triagem Fonoaudiológica – Núcleo de Fissurados.

Motivos para encaminhamento em Reabilitação a Portadores de Lesões Labiopalatais

1- Portadores de Lesões Labiopalatais

Pessoas com fissuras de lábio e palato, que constituem malformação congênita.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico intra e extraoral

Prioridade para regulação- deve ser iniciado logo após o nascimento

Critério P0

Motivos de exclusão em Reabilitação a Portadores de Lesões Labiopalatais: não há

ATENDIMENTO A PESSOAS COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) E DOR OROFACIAL

As solicitações de Atendimento a Pessoas com DTM, via SISREG, deverão ser inseridas na opção:

Consulta Odontológica – ATM

A ATM – articulação temporomandibular é responsável pelo movimento de abrir e fechar a boca. É o encaixe da mandíbula com o resto dos ossos do crânio. É uma das articulações mais complexas do corpo humano. Para localizá-la, posicionar os dedos logo em frente às orelhas, abrir e fechar a boca e sentirão as articulações temporomandibulares, uma de cada lado do rosto movimentar-se sob os dedos.

A disfunção da ATM é uma anormalidade da articulação temporomandibular e/ou dos músculos responsáveis pela mastigação. A DTM – disfunção temporomandibular se caracteriza por uma série de sinais e sintomas na região das ATM e estruturas adjacentes, que podem ter relação direta com as ATM ou não.

O Serviço de Atendimento à Portadores de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial é realizado por equipe multiprofissional e inclusive, quando necessário, intervenção cirúrgica, em âmbito hospitalar. O monitoramento de ações pela análise de produção

acompanhará a demanda reprimida, os recursos humanos disponíveis, bem como as cotas pactuadas com o contrato do Laboratório Terceirizado vigente.

Requisitos Básicos para Referência em Atendimento a Pessoas com DTM

Os usuários encaminhados por médico e que necessitem tratamento odontológico deverão ser agendados na UBS de referência, como demanda agendada (em até 30 dias), para realização do mesmo, para viabilizar o atendimento na especialidade;

Serão atendidos todos os pacientes que apresentarem: dor durante abertura e/ou fechamento de boca; dificuldade de mastigação; limitação de abertura de boca, travamento mandibular em abertura e/ou fechamento de boca; ruídos articulares (estalos e/ou crepitação); fadiga muscular; apertamento e rangimento dental diurno e/ou noturno; desgastes dentais patológicos; dor em região periauricular;

Mulheres entre 20 e 40 anos de idade são as pessoas com maior predisposição a desenvolver DTM, ou seja, este perfil também é um fator de risco;

Encaminhar pacientes para diagnóstico diferencial de enxaqueca tensional, cervicalgia, otalgia, diminuição de audição, zumbido de ouvido, e sintomas associados a transtornos de ansiedade, doenças reumatóides e fibromialgia.

Motivos para encaminhamento em Atendimento a Pessoas com DTM

1- Pessoas portadoras de DTM

1.1-Travamento mandibular com ou sem redução espontânea; limitação de função, dor em abertura e/ou fechamento.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico

Prioridade para regulação – usuário que está em sofrimento (dor aguda) ou existir uma história anterior (dor crônica) da região orofacial persistente; mulheres entre 20 e 40 anos de idade.

Critério P0

1.2- Enxaqueca tensional, ruídos articulares (estalos e crepitação); cervicalgia.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico

Prioridade para regulação – mulheres entre 20 e 40 anos de idade.

Critério P1

1.3- Fadiga muscular; apertamento e rangimento dental diurno e/ou noturno sem sintomatologia dolorosa.

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico

Prioridade para regulação – mulheres entre 20 e 40 anos de idade.

Critério P2

Motivos de exclusão em Atendimento a Pessoas com DTM – não há

ODONTOLOGIA OCUPACIONAL - CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST)

O CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador atua na área de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores, urbanos e rurais, formais e informais, em toda e qualquer classe, desenvolvendo ações para redução das doenças e agravos relacionados ao trabalho, procurando assim, tornar o meio ambiente de trabalho mais saudável, através de um atendimento humanizado e acolhedor.

O objetivo é promover o desenvolvimento de ações em Saúde do Trabalhador nas Redes de Atenção à Saúde. Utilizar o SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação e propiciar ao usuário que o mesmo tenha seus direitos trabalhistas garantidos, quando se estabelece o nexo causal da doença com o trabalho.

Requisitos Básicos para Referência ao CEREST

Prováveis portadores de Doenças Odontológicas Relacionadas ao Trabalho – Portaria nº 1.339/GM:

Erosão dentária, causada por névoas ácidas e névoas de alguns fluoretos;

- Alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes, causadas por névoas de cádmio e exposição ocupacional a metais como o cobre, níquel e prata;
- Gengivite crônica, causada por mercúrio e seus compostos tóxicos;
- Estomatite ulcerativa crônica, causada por arsênio, bromo, mercúrio e seus compostos tóxicos;

E outras doenças que apesar de não estarem relacionadas na portaria, sejam passíveis de se estabelecer o nexo causal.

Atribuições do CEREST

1. Estabelecer onexo-causal (diagnóstico x atividade laborativa);
2. Investigação do local de trabalho, visando estabelecer relações entre situações de risco e o agravo que está sendo investigado;
3. Avaliação e intervenção em ambientes de trabalho;
4. Viabilização de possíveis encaminhamentos;
5. Apoio à equipe responsável pelo tratamento do paciente na rede SUS;
6. Análise epidemiológica para subsidiar estudos e políticas públicas;
7. Capacitação das equipes da área de abrangência;
8. Realizar palestras em instituições;
9. Realizar ações de promoção em saúde do trabalhador intersetorial;
10. Participar do treinamento e capacitação de profissionais no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção;
11. Acompanhamento especializado de trabalhadores vítimas de acidentes e doenças relacionados ao trabalho, nas áreas de:
 - I. Medicina e Enfermagem do Trabalho;
 - II. Fisioterapia;
 - III. Psicologia;
 - IV. Odontologia Ocupacional;
 - V. Assistência Social

Motivos para encaminhamento ao CEREST (K03.2)

Usuários prováveis portadores de Doenças Odontológicas Relacionadas ao Trabalho –

Portaria nº 1.339/GM

Exames complementares necessários- Não há

Exame Físico- exame clínico

Prioridade para regulação – Não há

Critério P0

Motivos de exclusão em Odontologia Ocupacional: não há

ATENÇÃO TERCIÁRIA

Baseia-se na garantia de critérios de acesso em função da análise de risco e das necessidades do usuário, provendo acesso à estrutura hospitalar, quando necessário, além da resolução da urgência e emergência que envolva o caso, levando-se em consideração que existem procedimentos que devem ser realizados sob anestesia geral.

ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL E TRAUMATOLOGIA

Considerações gerais

As solicitações de Cirurgia BucoMaxiloFacial e Traumatologia, via SISREG, deverão ser inseridas na opção:

Consulta em Odontologia – Cirurgia Buco-Maxilo Facial

O atendimento é feito diariamente a pessoas com necessidade de procedimentos hospitalares e ambulatoriais, em traumatologia oral e maxilofacial, patologia oral e maxilofacial, cirurgia oral, disfunções articulares e cirurgia ortognática.

H.M.U. (HOSPITAL MUNICIPAL DE URGÊNCIAS)

Atende a pessoas com 18 anos ou mais, no que segue:

1. Cistos ou Tumores Odontogênicos;
2. Deformidades Dento Faciais;
3. Disfunções Articulares;
4. Cirurgias Ortognáticas;
5. Infecções Odontogênicas*;
6. Fraturas do complexo maxilo facial / traumas*;

* atendimentos em caráter de urgência – não eletivo.

H.M.C.A. (HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE)

Atende a pessoas dentro da faixa etária compreendida entre 01 dia de vida e 17 anos 11 meses e 29 dias, no que segue:

1. Disfunções Articulares;
2. Cirurgias Ortognáticas.

Motivos para encaminhamento em Cirurgia BucoMaxiloFacial e Traumatologia

1. Cistos ou Tumores Odontogênicos

Encaminhar pessoas com histórico de aumento volumétrico em estruturas da face, com evolução lenta, normalmente sem sintomatologia dolorosa e casos cirúrgicos.

Exames complementares necessários – Tomografia Computadorizada-TC; USG; Biópsia; Citologia Esfoliativa (prioridade para TC, sendo que a biópsia pode ser realizada no próprio serviço, quando indicada).

Exame físico – Abaulamento de estruturas faciais; mobilidade dentária.

Prioridade para a regulação – Pessoas sem redução da sintomatologia.

Critério P0

2. Deformidades Dento Faciais

Encaminhar pacientes com alterações oclusais de origem esquelética e casos de cirurgia ortognática.

Exames complementares necessários – Radiografia em normal frontal e lateral mais análises cefalométricas padrão USP e padrão McNamara mais modelos de estudo.

Exame físico – Desocclusão maxilo mandibular, alterações do perfil facial e assimetrias faciais.

Prioridade para a regulação – Todos os casos

Critério P1

3. Disfunções Articulares

Encaminhar pessoas em sofrimento, com dor ou incômodo na região orofacial, que sofreram história de trauma na face e ou maxilar, pacientes com bruxismo.

Exames complementares- Radiografia Panorâmica.

Exame físico – dor, estalidos e crepitação

Prioridade para regulação – Todos os casos

Critério P1

4. Cirurgias Ortognáticas

Encaminhar casos cirúrgicos

Exames complementares necessários – Hemograma Completo, Radiografias

Exame físico – Alteração na face

Prioridade para regulação – Todos os casos

Critério P1

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (NECESSIDADES ESPECIAIS) SOB ANESTESIA GERAL

As solicitações de pessoas com necessidades especiais sob anestesia geral, via SISREG, deverão ser inseridas na opção:

Consulta em Odontologia – Paciente com necessidade especial

Atendimento a pessoas portadoras de alterações neuropsicomotoras com a realização de procedimentos em Odontologia Restauradora, Periodontal e Cirúrgica que visem à manutenção das condições de saúde bucal dentro de parâmetros aceitáveis.

Conta com uma abordagem conjunta aos cuidadores, inserindo rotinas e condutas diárias que otimizem os resultados obtidos, evitando dessa forma a constante necessidade de reintervenções sob anestesia geral para a manutenção das condições bucais ideais.

FLUXOGRAMA DA REGULAÇÃO ODONTOLOGIA E SUA RELAÇÃO COM A ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA – SERÁ COLOCADO COMO ANEXO

PROTOCOLO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

“NORMATIZAÇÃO PARA REQUERIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA” - SERÁ COLOCADO COMO ANEXO

Relação dos Medicamentos pertencentes ao Programa Saúde da Mulher e recebidos do Ministério da Saúde

Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/ml (injetável trimestral), Enantato de Noretisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg (injetável mensal), Etinilestradiol 0,03mg + Levonorgestrel 0,15mg (pílula combinada), Levonorgestrel 0,75mg (pílula de emergência), Noretisterona 0,35mg (mini-pílula).

Além dos itens citados também é padronizado o medicamento abaixo, cujo o processo de aquisição está em fase de finalização: algestona (acetofenido) 50 mg+estradiol (enantato) sol.inj.

***Esclarecemos também que segundo informação do MS, o medicamento medroxiprogesterona 150 mg inj. deverá ter sua distribuição regularizada em julho, devido a problemas de matéria-prima do medicamento.

Juliana de Moraes Santos
Grupo Técnico de Farmácia
Secretaria da Saúde de Guarulhos

PROTOCOLO PARA EXAMES DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Pesquisa de Anticorpos Anti-listeria

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.054-7

Indicações: Suspeita de Listeriose, especialmente na presença de: Meningite ou Meningoencefalite, Neoplasia hematológica, Infecção do HIV, Transplante de órgãos, Uso

crônico de corticóide, Mais de 50 anos, Infecção simultânea das meninges e do parênquima cerebral, Abscesso cerebral subcortical, Febre durante a gestação, sobretudo no 3º trimestre, Identificação pelo gram ou cultura de germes “difteróides” no sangue, no líquido ou em outra amostra normalmente estéril, Gastroenterite febril quando as culturas de rotina falham em identificar patógeno. O diagnóstico requer o isolamento da bactéria de sítios normalmente estéreis (usualmente líquido, sangue ou tecidos). Títulos acima de 1:320 no soro aglutinação são diagnósticos.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Infectologista, Reumatologista, Intensivista, Neurologista, Oncologista, Obstetra (Gestação de alto risco 3º trimestre).

PESQUISA DE ANTICORPO ANTINUCLEO (FAN) OU ANTICORPO ANTINUCLEAR (ANA)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.059-8

Lúpus eritematoso sistêmico (quanto mais alto mais específico), Esclerodermia, Baixas doses: Doenças virais, Doença do colágeno, Doença autoimune no fígado ou na tireoide

FAN – aumenta com a idade avançada

Profissional (ais) Solicitante (s) – Infectologista, Neurologista, Reumatologista, Dermatologista, Clínico (com justificativa).

Valores normais: Não reagente.

Para fins diagnósticos, normalmente são valorizados títulos 1:160 (por Hep-2).

Padrões de fluorescência: Atualmente, substituídos por testes para anticorpos específicos; Não permitem identificar contra qual antígeno o auto anticorpo se dirige, mas podem sugerir determinados perfis de auto-anticorpos:

Homogêneo (difuso): É o padrão menos específico, podendo ser encontrado em pessoas saudáveis; Títulos elevados são mais fortemente associados à LES, correlacionando-se com a atividade da doença;

Periférico ou ruim: Padrão de alta especificidade para LES;

Pontilhado ou Salpicado: É visto em LES, esclerodermia, Sjögren e doença mista do tecido conjuntivo; Correlaciona-se com a presença do anticorpo Smith (SM), na sua presença, é necessária a procura de outros antígenos (SM, nRNP, SS-A, SS-B);

Nucleolar: Padrão característico de esclerodermia, associado à anti-RNP; É raro em outras situações;

No LES: FAN positivo é um dos 11 critérios usados para o diagnóstico de LES, sendo o mais sensível; FAN negativo em paciente com doença multissistêmica é forte evidência contra o diagnóstico; A presença de FAN, anticorpos anti-DNA e hipocomplementenemia confere especificidade diagnóstica de virtualmente 100% no LES;

Em pacientes assintomáticos: Num ponto de corte de 1:40, 32% da população geral é positiva para FAN, sendo que 13% são positivos com título de 1:80; se a história e os exames físicos forem inexpressivos, nenhuma investigação adicional é necessária; FAN com títulos baixos e sem sintomas não tem significado clínico; a frequência aumenta com a idade (presente em 20-25% das pessoas acima de 60 anos);

Muitas drogas podem produzir FAN positivo, sem induzir uma síndrome lúpus-like, algumas delas são:

- Associação definitiva: Clopromazina, Hidralazina, Metildopa, Procainamida, Menocidena, Diltiazem, Penicilamina, Isoniazida,
- Associação possível: Anticonvulsivantes, Sulfonamidas, Antitireoideanos, Quinidina, Lítio, Beta-bloqueadores, Nitrofurantoína, Para-aminosalicilato, Captopril, Interferon-alfa, Hidroclorotiazida, Gliburida.

Em outras situações: O teste é positivo em 40-70% dos pacientes com doença do colágeno e em mais de 20% dos pacientes com doença auto-imune no fígado ou na tireóide, pode também estar positivo em doenças pulmonares, como fibrose pulmonar e hipertensão pulmonar primária;

Certas infecções podem produzir um exame positivo: Malária, Esquistossomose, Doença de Chagas, Tuberculose, Hanseníase, Salmonelose, Infecções por Klebsiella, Infecções por vírus Epstein-Barr

Lembretes

- FAN é também denominado anticorpo antinuclear (ANA); sua maior utilidade reside em sua sensibilidade e facilidade de execução, e não na especificidade;
- O teste é de menor valor para monitorizar a atividade de doenças e, assim, não deve ser repetido;
- Como fenômenos paraneoplásicos podem mimetizar doenças reumáticas, o diagnóstico de malignidade deve ser lembrado ao se deparar com um paciente com

doença grave multissistêmica que não preenche os critérios para qualquer diagnóstico de doença reumática.

PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS - SINÔNIMO APCA ANTIGÁSTRICAS, ANTICORPOS DE CÉLULAS ANTIPARIETAIS

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.060-1

Procura anticorpos contra células parietais do estômago

Diagnóstico de anemia perniciosa (não específico) pode aparecer: Gastrite atrófica, Diabete Melito, Úlcera gástrica, Anemia perniciosa, Doenças da tireoide.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Clínico (com justificativa), Hematologista, Gastroenterologista, Hepatologista, Cirurgião Geral.

PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIREOGLOBULINA anti-Tg-Ab

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.062-8

Doenças tireoidianas auto-imunes.

Deve ser repetido em câncer de tireóide

Valores normais: Títulos de até 1:100, Testes com sensibilidade de 36% e especificidade de 98% para doenças auto-imunes da tireoide, Não são úteis como testes de rastreamento

Profissional (ais) Solicitante (s) – Clínico (com justificativa; casos de câncer de tireoide), Endocrinologista

ANTICORPO CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE VÍRUS DA HEPATITE B (anti-HBS)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.063-6

- Imunidade para hepatite B após vacinação;

- Imunidade para hepatite B após infecção

Indica imunidade ao vírus B

É encontrado em 80% dos pacientes após cura clínica; sua presença indica ausência de infectividade, permitindo ao paciente a doação de hemoderivados;

É o último teste sorológico a se tornar positivo, o que pode ocorrer semanas ou meses após o desaparecimento do HBSAg (período denominado “janela imunológica”);

O teste pode ser detectado simultaneamente com o HBSAg no soro em menos de 10% dos pacientes.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Clínico (com justificativa), Gastroenterologista, Hepatologista, Infectologista

PESQUISA DE ANTICORPO CONTRA ANTÍGENO DO VÍRUS DA HEPATITE B (anti-HBE)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.064-4

Na situação de infecção aguda surge pouco tempo após a perda do antígeno HBE e indica redução da infectiosidade; Presente nos portadores inativos de VHB; Pode estar presente na infecção crônica por vírus “mutante do pré core”; Surge logo após o desaparecimento do HBeAg, sugerindo diminuição da replicação viral.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Clínico (com justificativa), Gastroenterologista, Hepatologista, Infectologista, Ginecologista (no acompanhamento do pré-natal).

PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA VÍRUS DA HEPATITE C (anti-HCV)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.067-9

Diagnóstico diferencial de hepatites agudas, Diagnósticos etiológicos de hepatites crônicas, Rastreamento de gestantes, Doadores de sangue ou órgãos, Rastreamento de indivíduos de alto risco: Usuários de drogas injetáveis, Receptores de hemoderivados,

Hemodialisados, Trabalhadores da área da saúde que foram expostos a sangue por acidente de trabalho. O diagnóstico pode ser estabelecido pela detecção do anti-HCV ou do HCV-RNA; nenhum dos testes disponíveis permite diferenciar entre infecção agudas, crônicas ou resolvidas.

Anti-HCV: Dependendo do cenário clínico em que for realizado, em resultado positivo obtido por ELISA requer confirmação por teste mais específico (PCR ou RIBA). A maioria das pessoas assintomáticas que possuem o teste positivo são cronicamente infectadas, o diagnóstico de infecção crônica por HCV é geralmente baseado na presença de transaminases elevadas em pacientes anti-HCV positivos. Na hepatite C aguda: como a soroconversão pode não ocorrer nos estágios precoces da infecção aguda, o teste não é confiável para esse propósito; Cerca de 90% dos pacientes tem mais níveis detectáveis após 12 semanas do contágio; pacientes inicialmente soronegativos devem ser retestados em 3 – 6 meses.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os médicos com justificativa.

PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMÍDIA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.072-5

Pesquisa da bactéria clamydia. Pneumonia atípica (Psitacose doença humana e infecção de papagaios, periquitos e canários). Clamydia trachomatis (DST bacteriana mais comum).

Tipos: Clamydia. sp. IgA, C. pneumoniae IgG, C. trachomatis IgA, C. trachomatis IgG,

Clamydia pneumoniae

Infecção primária: Fixação de complemento.

É o primeiro teste sorológico a positivar.

Evidências presuntivas da infecção: Títulos acima de 1:64; Aumento de quatro vezes nos títulos em espécimes pareados; Microimunofluorescência: Em 10 – 30 dias (em média três semanas), a IgM é positiva; em 6 – 8 semanas, surge a IgG. Assim, a ausência de anticorpos detectáveis (mesmo IgM) várias semanas após a infecção não exclui o diagnóstico.

Clamýdia psitacci

Fixação do complemento. Evidências presuntivas da infecção: Quadro clínico compatível; Títulos acima de 1:32 (usualmente excedem 1:64); Aumento de 4x nos títulos em espécimes pareadas, coletadas na fase aguda da doença e após 3 – 6 semanas; Microimunofluorescência: Títulos de IgM acima de 1:16 são diagnósticos.

Clamýdia trachomatis

Fixação de complemento; No linfogranuloma venéreo (LGV), o diagnóstico é estabelecido com a demonstração de um aumento de 4x entre os títulos de fase aguda e da convalescença; títulos de FC iguais ou maiores que 1:64, em contexto clínico apropriado, são extremamente sugestivos; Virtualmente todos os pacientes com LGV exibem títulos de FC acima de 1:16; Títulos de 1:16 ou maiores são vistos em cerca de 50% dos adultos com conjuntivite de inclusão, 15% dos homens com uretrite e 45% das mulheres com infecção endocervical.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Infectologista, Pneumologista, Intensivista, Ginecologista.

PESQUISA PARA EPSTEIN- BARR (ANTICORPOS HETERÓFILOS)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.073-3

Suspeita de Epstein-Barr, principalmente Síndrome de mononucleose infecciosa.

Ausência de anticorpos ou títulos de anticorpos heterófilos inferiores a 1:56 são considerados normais; Na suspeita de infecção primária pelo EBV, o monoteste deve ser o exame inicial. Se positivo, testes adicionais são desnecessários; se negativo, os casos suspeitos podem ser avaliados por determinação de anticorpos específicos para EBV; No monoteste pode tornar-se positivo mais tardiamente no curso da doença, devendo-se repeti-lo se realizado precocemente.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Infectologista, Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Clínico (com justificativa)

PESQUISA ANTICORPOS IgG ANTICITOMEGALOVÍRUS

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.074-1

Suspeita de infecção por citomegalovírus.

Títulos elevados de IgM (acima de 1:32) permitem o diagnóstico de doença aguda, assim como um aumento de 4x na titulação de IgG entre amostras pareadas. Em imunocomprometidos, nos quais a doença ocorre por reativação, a utilização dos métodos sorológicos é limitada.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Infectologista, Clínico (com justificativa), Oftalmologista, Nefrologista, Neurologista, Ginecologista (no acompanhamento do pré-natal)

PESQUISA DE ANTICORPOS IgG ANTITOXOPLASMA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.076-8

Síndrome de Mononucleose, Linfadenopatia (a/e), Febre de origem obscura, Gestação, Coriorretinite por toxoplasma.

Avaliação inicial de pacientes HIV positivos; Avaliação pré-operatórias em transplantes; Na infecção aguda.

São situações diagnósticas: Nível de IgM acima de 1:160 (diagnóstico estabelecido) ; IgM positivo com IgG negativo; Diagnóstico presuntivo se IgM acima de 1:64 associado a alto título de IgG (acima de 1:1000); Soroconversão de um dos componentes; Aumento de pelo menos 4x (duas diluições) nos títulos de IgG em soro pareado (coleta com intervalo de 3 semanas); IgM não reagente em imunocompetente virtualmente exclui o diagnóstico, exceto se o teste for realizado muito precocemente; IgA e IgG podem estar presentes nas infecções agudas; se houver dúvida com os testes anteriores, o teste de avidéz de IgG pode ser útil.

Na gestação: Apenas a infecção aguda é perigosa ao feto; A ausência de IgG e IgM exclui infecção ativa, mas identifica a paciente em risco para adquirir a infecção; IgG reagente com IgM não reagente nos primeiros 2 trimestres virtualmente asseguram infecção prévia e imunidade; deve-se seguir as pacientes soronegativas com rastreio trimestral; Quando a fração IgM é reagente há necessidade de teste confirmatório (avidéz de IgG); IgG com alta avidéz indica infecção prévia há mais de 4 meses, com baixo risco de transmissão vertical; Baixa avidéz indica infecção recente, com risco aumentado de transmissão.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os médicos (com justificativa)

PESQUISA DE ANTICORPOS IgG ANTITRYPANOSSOMA CRUZI

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.077-6

Diagnóstico da Doença de Chagas

Rastreamento de portadores crônicos (como banco de sangue)

Valores normais: Hemaglutinação indireta: títulos abaixo de 1:40; Imunofluorescência indireta: títulos abaixo de 1:30.

Na fase aguda: O diagnóstico de certeza da fase aguda da doença requer a detecção do parasita, os testes sorológicos são de valor limitado nesta fase; Os níveis de IgM não se tornam positivos até 20 – 40 dias depois do início dos sintomas.

Na fase crônica: O diagnóstico de fase crônica requer a presença de anticorpos IgG contra o T. cruzi, em vigência de quadro clínico compatível; Devido a falta de especificidade, a maioria das autoridades recomenda que o soro seja testado em outros 2 ou 3 testes convencionais antes de se acertar um caso como positivo.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os médicos (com justificativa)

PESQUISA DE ANTICORPOS IgG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B – anti HBC - IgG

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.078-4

Na hepatite B permanece no sangue por tempo indefinido. As mesmas indicações do HBV.

Pode ser constituído por dois tipos de Imunoglobulinas: IgG e IgM (marcadores de doença prévia e aguda respectivamente).

IgM: Surge logo após o HBSAg, no início dos sintomas; Na janela imunológica, este é o único marcador que permite detectar a infecção pelo HBV; Pode persistir por mais de seis meses, podendo reaparecer durante agudização da hepatite B crônica.

IgG: Permanece por tempo indefinido.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os médicos (com justificativa), Vigilância Epidemiológica (com justificativa).

PESQUISA DE ANTICORPOS IgG CONTRA VÍRUS DA HEPATITE A (HAV – IgG) – (anti – HAV IgG)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.080-6

Aparece 1 – 2 semanas após o início dos sintomas, tem pico no primeiro mês e persiste detectável por décadas. Indica imunidade a infecção recorrente 90% da população apresenta este marcador. O diagnóstico de hepatite por HVA é mais comumente confirmado pela detecção de anticorpos IgM específicos numa única amostra de soro. A viremia é fugaz, não tornando possível a detecção de antígenos no soro.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os médicos (com justificativa).

PESQUISA DE ANTICORPOS IgM CONTRA VÍRUS DA HEPATITE A (HAV – IgM)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.091-1

Surgindo no início dos sintomas (80 – 90%), pode persistir por 6 – 12 meses. Marcador de doença ativa ou recente, surgindo no início dos sintomas. Persiste detectável por 3 – 24 semanas em 80 – 90% dos pacientes (podendo persistir por 6 – 12 meses).

CONFIRMA A HEPATITE A

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os médicos (com justificativa).

PESQUISA DE ANTICORPOS IgM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.092-0

Interferência: Vírus Epstein-Barr; Parvovírus B19; Coxsackie B; Presença de fator reumatóide.

Diagnóstico de infecção aguda: Pode ser diagnosticada pela demonstração de IgM específico para o vírus numa amostra de soro ou por elevação de ao menos 4x nos títulos de anticorpos para rubéola em espécimes obtidas entre a fase aguda e a convalescença (após 2 semanas), utilizando-se o mesmo teste. Anticorpos IgM positivos tem sido associados também com reinfecções com o vírus.

Imunidade ao vírus: É documentada pela presença de anticorpos totais (ou IgG) em título alto, na ausência de IgM.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Infectologista, Clínico, Pediatra (com justificativa), Ginecologista (com justificativa).

PESQUISA DE ANTICORPOS IgM CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-ZOSTER

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.093-8

A determinação de anticorpos IgM não permite a diferenciação segura entre varicela e herpes zoster.

Interpretação

Na infecção aguda ou recente: A presença de anticorpos IgM específico numa única amostra ou a elevação nos títulos séricos de IgG de ao menos 4 vezes em amostras de soro pareadas (entre a fase aguda e a convalescença) indicam infecção recente;

Na exposição prévia e imunidade: Determinadas pela presença de títulos estáveis de IgG; A determinação do status imune de contatos pode ser feita com ELISA ou teste de aglutinação em látex.

Titulação de IgM e IgG por ELISA surgem com 5 dias da erupção cutânea.

A IgM desaparece em semanas a meses.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Intensivista, Pediatra, Infectologista, Dermatologista (com justificativa).

PESQUISA DE ANTICORPOS IgM CONTRA EPSTEIN-BARR

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.094-6

Interpretação

Anticorpos IgM-anti VCA (antígenos capsídeos virais) não são demonstráveis na população em geral, sua presença é virtualmente diagnóstico de infecção aguda por EBV.

IgM teste altamente sensível e específico de grande utilidade diagnóstica; IgM títulos acima de 5 são demonstráveis em 90% dos pacientes no início do quadro clínico; IgM começa a baixar na 3ª semana, desaparecendo de 1 a 6 meses; Pode ser positivo em outras infecções por vírus CMV e herpes vírus quando é necessário utilizar IgM e anti EBNA.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Intensivista, Pneumologista, Infectologista, Clínico (com justificativa).

PESQUISA DE ANTICORPOS IgM CONTRA HERPES SIMPLES

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.095-4

Interpretação

Técnicas sorológicas podem ser úteis no diagnóstico de infecções primárias (poderá ser observado um aumento de 4 vezes na titulação da fase aguda para a convalescença); em apenas 5% dos pacientes com infecções mucocutâneas recorrentes se observa tal resposta sorológica; Na encefalite Herpética, as culturas virais do líquido são tipicamente negativas.

LEMBRETES: A identificação de uma gestante soropositiva no início da gravidez pode alertar o obstetra para a possibilidade de transmissão do vírus durante o parto. A confirmação da suspeita clínica de infecção por HSV é mais rapidamente realizada pela citologia ou pela IFD, já que os métodos sorológicos só são úteis na infecção aguda.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Intensivista, Pediatra, Infectologista, Clínico (com justificativa), Ginecologista

PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.096-2

Avaliação prognóstica pré-operatória em câncer colorretal;

Seguimento de pacientes com câncer colorretal tratado.

Interpretação

Os valores podem estar elevados em: Neoplasia maligna de: cólon e reto, pâncreas, fígado, estômago, região periampular, pulmão, glândulas salivares, mama, medular, da tireóide, ovário, testículos, útero, bexiga, pele (melanoma); Linfoma; Doença hepática; Cirrose; Pancreatite; Doença inflamatória intestinal; Diverticulite; Úlcera péptica; Doença pulmonar obstrutiva crônica; Insuficiência renal; Doença fibrocística da mama; Tabagismo.

É mais importante a taxa de elevação dos níveis séricos do que seu número absoluto!

Profissional (ais) Solicitante (s) – Ginecologista, Cirurgião Geral, Coloproctologista, Gastroenterologista.

PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAg)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.097-0

É o primeiro marcador a ser detectado na infecção aguda. Surge ainda no período de incubação (4-12 semanas após o contágio) e declina, em 90% dos casos, ainda durante o período de icterícia. Na infecção aguda, pode não ser detectado se o seu declínio se fizer ainda no período de incubação. Sua persistência por mais de 6 meses leva a um estado denominado “portador crônico”.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os médicos, segundo o protocolo da Vigilância Epidemiológica.

PESQUISA DO ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBeAg)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.098-9

É encontrado apenas no sangue de pacientes HBsAg positivos indicando replicação viral no fígado e maior infecciosidade

Sua curva inicia uma semana após a curva do HBsAg e sua persistência por mais de três meses sugere progressão para hepatite crônica.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os médicos, segundo o protocolo da Vigilância Epidemiológica.

PESQUISA DE CLAMÍDIA (POR CAPTURA HÍBRIDA)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.099-7

É o exame diagnóstico definitivo.

Clamidia pneumoniae: Fixação do Complemento: é o primeiro teste sorológico a positivar.

Microimunofluorescência: em média em três semanas, a IgM é positiva, em 6-8 semanas, surge a IgG. Assim, a ausência de anticorpos detectáveis (mesmo IgM) várias semanas após a infecção não excluir o diagnóstico.

Clamidia psitacci: Fixação do Complemento: evidências presuntivas de infecção: títulos acima de 1:32 (usualmente excedem 1:64). Microimunofluorescência: títulos de IgM acima de 1:16 são diagnósticos.

Clamidia trachomatis: Fixação do complemento: no linfograniloma venéreo (LGV), o diagnóstico é estabelecido com a demonstração de um aumento de 4 vezes entre os títulos da fase aguda e da convalescença, iguais ou maiores a 1:64 são altamente sugestivos.

Microimunofluorescência: adultos com infecções genitais comumente não possuem IgM detectável, a prevalência de IgG é alta entre adultos sexualmente ativos, mesmo entre os que não possuem infecção ativa, e sua presença possivelmente é devido a infecção passada.

Coletado de secreção purulenta: Uretra; Cérvix; Vulva; Pênis.

Sensibilidade para Clamidia trachomatis ou gonorréia

Profissional (ais) Solicitante (s) – Ginecologista, Urologista, Infectologista.

PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E / IgE ALÉRGENO-ESPECÍFICA
CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.103-9

Confirmação de doença atópica: Asma brônquica/rinite ou dermatite. Pode também estar elevados em doenças parasitárias.

Interpretação

Presença de IgE específico para alérgeno em níveis: Baixos; Moderados; Altos; Muito altos.

O teste visa a identificar alérgenos para um determinado indivíduo por meio da dosagem de anticorpos específicos. A presença de uma dosagem sérica positiva aumenta a probabilidade de que os sintomas estejam associados a alergia.

Os valores podem estar elevados em doenças atópicas e parasitárias.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Dermatologista, Otorrinolaringologista, Pneumologista, Intensivista, Clínico (com justificativa).

PESQUISA DE TRYPANOSSOMA CRUZI (IMUNOFLUORESCÊNCIA)
CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.104-7

Diagnóstico da doença de Chagas.

Rastreamento de portadores crônicos (de banco de sangue).

É apenas valorizável quando reagente!

Interpretação

Imunofluorescência Indireta: títulos abaixo de 1:30; Deve ser utilizado com outro tipo de teste

NA FASE AGUDA: O diagnóstico de certeza requer a detecção do parasita, os testes sorológicos são de valor limitado nesta fase. Os níveis de IgM não se tornam positivos até 20 – 40 dias depois do início dos sintomas.

NA FASE CRÔNICA: O diagnóstico de fase crônica requer a presença de anticorpos IgG contra o T.cruzi, em vigência de quadro clínico compatível. A fase crônica é caracterizada por parasitemia intermitente.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todos os médicos com justificativa.

**DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE
RECOMBINANTE HUMANA IgA OU ANTICORPOS ANTI TTG IgA**

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.118-7

Diagnóstico de Doença Celíaca.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Gastroenterologista, Proctologista, Cirurgião Geral, Pediatra, Clínico (com justificativa).

DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.119-5

As frações mais úteis são C3 e C4.

C1Q fração com pouca utilidade clínica!

INDICAÇÃO: Diagnóstico e medida da atividade de algumas condições clínicas; Síndromes medidas por imunocomplexos; LES; Crioglobulinemias mistas; Presença de auto-anticorpos (crioaglutininas); Infecções recorrentes em pacientes com contagem de leucócitos normais, níveis de gamaglobulina normal e sem aparente doença predisponente ou imunossupressão; Outras condições: Angioedema hereditário, Hemoglobinúria paroxística noturna, Lipodistrofia parcial.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Hematologista, Infectologista, Reumatologista, Clínico (com justificativa).

CONTAGEM DE LINFÓCITOS B

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.001-6

Monitoramento das populações de linfócitos B em doenças autoimunes, imunodeficiências, infecções virais e síndromes linfoproliferativas.

INTERPRETAÇÃO

Valor de Referência: Para adultos

Leucócitos: 4600 a 10.200/mm³

Linfócitos: 920 a 4590/ mm³

Linfócitos (%): 20 a 45%

Linfócitos B: 90 a 680/mm³

Linfócitos B (%): 6 a 19%

Para Crianças	Linfócitos B %	Linfócitos B
0 a 11 meses	11 a 45	430 a 3300/mm ³
12 a 23 meses	11 a 45	430 a 3300/mm ³
2 a 4 anos	7 a 24	89 a 523/ mm ³

Profissional (ais) Solicitante (s) – Hematologista, Infectologista, Clínico (com justificativa).

CONTAGEM DE LINFÓCITOS T TOTAIS

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.003-2

Monitoramento das populações de linfócitos T em doenças autoimunes, imunodeficiências, infecções virais e síndromes linfoproliferativas.

INTERPRETAÇÃO

Valor de Referência: Para adultos

Leucócitos: 4600 a 10.200/mm³

Linfócitos: 920 a 4590/ mm³

Linfócitos (%): 20 a 45%

Linfócitos T: 812 a 2318/mm³

Linfócitos T (%): 60 a 85%

Para Crianças	Linfócitos T %	Linfócitos T
0 a 11 meses	58 a 85	2170 a 6500/mm ³
12 a 23 meses	53 a 81	1460 a 5440/mm ³
2 a 4 anos	63 a 84	724 a 2409/ mm ³

Profissional (ais) Solicitante (s) – Hematologista, Infectologista, Clínico (com justificativa).

DOSAGEM DE ALFAFETOPROTEÍNA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.009-1

Rastreamento e seguimento de carcinoma hepatocelular, metástases hepáticas, e tumores de células germinativas (ovário e testículo). Durante a gestação; como indicador de possível anomalia do tubo neural ou de trissomias

INTERPRETAÇÃO

Os valores podem estar aumentados em: Neoplasias: Tumores hepáticos, Tumores de células germinativas, Coriocarcinoma, Câncer de estômago, Câncer de pulmão;

Doença hepática aguda; Hepatite C crônica; Hepatite B crônica; Cirrose; Anormalidades placentárias;

Os valores podem estar diminuídos em: Doença trofoblástica gestacional; Morte fetal; Aumento do peso materno; Gestantes com fetos acometidos por Síndrome de Down ou Síndrome de Edwards.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Infectologista, Hepatologista, Cirurgião do transplante, Ginecologista.

DOSAGEM DO ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.010-5

É utilizado como marcador sérico do câncer de próstata.

Interpretação: Os valores podem estar elevados em: Hiperplasia prostática, Prostatite aguda ou crônica, Neoplasia de próstata, Infarto prostático, Trauma perineal, Biópsia por agulha transretal, Retenção urinária aguda.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Urologista, Nefrologista, Clínico (com justificativa).

DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.012-1

DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.013-0

Avaliação inicial e acompanhamento do LES. Anormalidades da regulação do complemento e deficiências do complemento.

Interpretação

C3 e C4 baixos na presença de anticorpos antinucleares (ANA ou FAN) tem quase 100% de especificidade para LES e indicam atividade da doença. Com o tratamento, o retorno aos valores normais geralmente correlaciona-se com melhora clínica.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Reumatologista, Infectologista, Clínico (com justificativa).

DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IgA)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.015-6

Útil na avaliação da imunodeficiência 1ª; que nas crianças está frequentemente associadas às infecções otorrinolaringológicas

Interpretação

Níveis elevados em: Doenças hepáticas crônicas (ex: cirrose); Infecções crônicas; Doença inflamatória intestinal.

Níveis reduzidos em: Ataxia; Telangiectasia; Deficiência congênita isolada.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Otorrinolaringologista, Infectologista, Pediatra, Alergista, Hepatologista, Gastroenterologista.

DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IgE)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.016-4

Útil em reações alérgicas e agamaglobulinemias

Níveis elevados em: Reações alérgicas (ex: febre do feno, asma); Infecções alérgicas (aspergiloses, parasitas).

Níveis reduzidos em: Agamaglobulinemia; AIDS; Hipoproteinemia; Imunossupressão por fármacos; Mieloma múltiplo IgG ou IgA; Leucemia.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra, Alergista, Hematologista, Pneumologista.

DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IgG)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.017-2

Útil em infecções granulomatosas, doença hepática crônica, mieloma múltiplo, doenças autoimunes, DIU, agamaglobulinemias, SIDA, hipoproteinemia, imunossupressão por fármacos, leucoses.

Níveis elevados em: Infecções granulomatosas crônicas (ex: tuberculose, sarcoidose); Reações de hiperimunização; Doença hepática crônica; Mieloma múltiplo.

Níveis reduzidos em: Síndrome de Wiskott-Aldrich; Agamaglobulinemia; AIDS; Hipoproteinemia; Leucemia.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Oncologista, Ginecologista, Hematologista, Pneumologista, Infectologista, Reumatologista, Nefrologista, Clínico (com justificativa).

DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IgM)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.018-0

Útil em infecções crônicas, doenças autoimunes, infecções agudas, doenças hepáticas crônicas, SIDA, hipoproteinemia, imunossupressão por fármacos, leucoses, mieloma múltiplo.

Níveis elevados em: Macroglobulinemia de Waldenstrom; Infecções crônicas; Doenças autoimunes; Infecções agudas; Doenças hepáticas crônicas.

Níveis reduzidos em: Agamaglobulinemia; AIDS; Hipoproteinemia; Imunossupressão por fármacos; Mieloma múltiplo IgG ou IgA; Leucemia.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Oncologista, Ginecologista, Hematologista, Pneumologista, Infectologista, Reumatologista, Nefrologista, Clínico (com justificativa).

PESQUISA DE ANTICORPO IgG ANTICARDIOLIPINA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.025-3

PESQUISA DE ANTICORPO IgM ANTICARDIOLIPINA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.026-1

Útil no diagnóstico da síndrome do anticorpo antifosfolípide, (1ª ou 2ª), avaliação de trombofilias, abortos de repetição, investigação de trombocitopenias, TTPA alargado, doenças neurológicas e VDRL falso +.

Interpretação

Anticorpo anticardiolipina permite a identificação e a quantificação de classes específicas de anticorpos anticardiolipina. Uma positividade entre alta e intermediária em unidade GPL parece ser mais específica para o diagnóstico.

Anticorpos IgM em títulos baixos podem ser detectados após infecções virais ou induzidos por drogas.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Hematologista, Reumatologista, Neurologista, Ginecologista, Infectologista.

PESQUISA DE ANTICORPOS anti-SS-A (RO)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.035-0

Útil no diagnóstico de LES, lúpus neonatal, lúpus cutâneo, síndrome de Sjögren.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Reumatologista, Dermatologista, Pediatra.

PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.037-7

Útil no diagnóstico de infecções por adenovírus, doenças respiratórias, cistites hemorrágicas e ceratoconjuntivites.

Interpretação

Diagnóstico de infecção por adenovírus. Pelo menos 12 tipos tem sido associados a diferentes síndromes clínicas. Infecções assintomáticas podem dificultar a interpretação.

Títulos aumentados = contato prévio com adenovírus (sintomático ou não);

Títulos diminuídos = imunodeficiências severas, contato muito recente.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Otorrinolaringologista, Infectologista, Pediatra, Oftalmologista, Urologista, Clínico (com justificativa).

PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA – IgG IgA IgM

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.049-0 (revogado em setembro/2009)

NÃO SUS

Útil no diagnóstico da doença celíaca.

Interpretação

O resultado é determinado como positivo para qualquer título sem ponto de corte estabelecido, porém níveis mais elevados têm demonstrado maior especificidade no diagnóstico de doença celíaca.

Os resultados podem estar elevados em: Enteropatias não celíacas, como alergia à proteína do leite de vaca; Síndrome pós-enterite; Doença de Cröhn; Síndrome de Sjögren; Artrite reumatoide; Fibrose cística.

Valores falsos negativos: Deficiência de IgA (AAG – IgA); Pacientes em uso de imunossupressores.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Gastroenterologista, Reumatologista, Pediatra.

DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.011-0

É produzida pelo córtex suprarrenal e pelos ovários e testículos. É o precursor imediato para a conversão periférica em testosterona.

Indicações: Investigação de hirsutismo ou virilização. Os valores podem estar aumentados em: Carcinoma suprarrenal secretor de androgênios (valores muito elevados);

Síndrome de Cushing, especialmente quando houver hiperplasia suprarrenal bilateral; Hiperplasia suprarrenal congênita por deficiência de 21-hidroxilase ou 11 beta hidroxilase; Tumores ovarianos secretores de androgênios; Adrenarca prematura; Hiperprolactinemia.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Ginecologista.

DOSAGEM DE CALCITONINA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.012-8

É um hormônio polipeptídico secretado pelas células C parafoliculares da tireoide

Indicações: Diagnóstico de recorrência de carcinoma medular de tireoide ou de metástases após o tumor primário ter sido removido ou para confirmar remoção completa de neoplasia, se a calcitonina basal era elevada; Pode ser considerada na avaliação do nódulo de tireoide.

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Carcinomas: medular de tireoide, pulmão, mama, ilhotas pancreáticas, ovário e distúrbios mieloproliferativos e leucemia; Hipercalcemia; Adenoma de paratireoide; Sepses; Anemia perniciosa; Tireoidite aguda ou crônica; Insuficiência renal crônica; Doença de Cushing; Cirrose alcoólica.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Oncologista, Endocrinologista, Urologista, Infectologista, Ginecologista.

DOSAGEM DE CORTISOL

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.013-6

INDICAÇÕES: Diagnóstico de insuficiência suprarrenal –IA (cortisol as 8:00hs), é o primeiro a ser solicitado.

Diagnóstico de Síndrome de Cushing – SC (cortisol da meia noite)

Interpretação

Valores alterados: na insuficiência suprarrenal: mede-se o cortisol das 6 – 8 hs; na Síndrome de Cushing: mede-se o cortisol a meia noite.

O cortisol circula no sangue ligado às proteínas transportadoras e a albumina, apenas uma pequena fração (5 a 10%) encontra-se na forma livre, isto é, na fração biologicamente ativa do hormônio.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Clínico(justificado)

DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.014-4

Indicações:

Investigação de hirsutismo ou virilização.

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Carcinoma suprarrenal secretor de androgênios; Síndrome de Cushing, especialmente quando houver hiperplasia suprarrenal bilateral; Hiperplasia suprarrenal congênita por deficiência de 21-hidroxilase, 11 beta hidroxilase ou 3 beta-hidroxiesteróidesidrogenase; Tumores ovarianos secretores de androgênios; Adrenarca prematura; Hiperprolactinemia.

Os valores podem estar diminuídos em: Insuficiência suprarrenal; Hiperplasia suprarrenal congênita por deficiência de 17 alfa-hidroxilase; Infecção pelo HIV avançado; Gestação; Envelhecimento masculino.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Ginecologista, Oncologista.

DOSAGEM DE SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.033-0

Indicação:

Investigação de hirsutismo ou virilização.

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Carcinoma suprarrenal secretor de androgênios; Síndrome de Cushing, especialmente quando houver hiperplasia suprarrenal bilateral; Hiperplasia suprarrenal congênita por deficiência de 21-hidroxilase, 11- beta

hidroxilase ou 3 beta-hidroxiesteróide desidrogenase; Tumores ovarianos secretores de androgênicos; Adrenarca prematura; Hiperprolactinemia.

Os valores podem estar diminuídos em: Insuficiência suprarrenal; Hiperplasia suprarrenal congênita por deficiência de 17 alfa hidroxilase; Infecção pelo HIV avançado; Gestação; Envelhecimento masculino.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Ginecologista, Oncologista.

DOSAGEM DE 17- ALFA HIDROXIPROGESTERONA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.004-7

Indicações:

Investigação de hirsutismo, virilização e genitália ambígua.

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Hiperplasia suprarrenal congênita por deficiência de 21-hidroxilase ou 3 beta-hidroxiesteroidedesidrogenase; Tumores ovarianos secretores de androgênios.

Os valores podem estar diminuídos em: Hiperplasia suprarrenal congênita por 17 alfa hidroxilase; Ciclos anovulatórios.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Ginecologista, Pediatra (com justificativa)

DOSAGEM DE ESTRADIOL

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.016-0

O estradiol é responsável pelo crescimento das mamas e do epitélio reprodutivo, pelo amadurecimento dos ossos longos e pelo desenvolvimento das características sexuais secundárias (em mulheres). É produzida principalmente pelos ovários, com produção secundária pela suprarrenais.

Indicação:

Determinar a maturidade sexual, fertilidade, menopausa e auxiliar no diagnóstico da disfunção gonadal (puberdade precoce ou tardia), distúrbios menstruais ou infertilidade.

Auxiliar no diagnóstico de tumores secretores de estrogênio (ovarianos, testiculares, suprarrenais).

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Tumores produtores de estrogênio; Síndrome de Cushing, especialmente quando houver hiperplasia suprarrenal bilateral; Doença fibrocística; Síndrome de Stein-Leventhal; Puberdade precoce; Doença hepática grave.

Os valores podem estar diminuídos em: Hipogonadismo primário ou disfunção ovariana, como na Síndrome de Turner ou na agenesia ovariana; Hipogonadismo secundário, como no hipopituitarismo, ou na menopausa.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Ginecologista, Oncologista, Pediatra (com justificativa).

DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.023-3

Indicações: Avaliação do hipogonadismo (primário ou secundário); Menopausa; Puberdade precoce; Tumores hipofisários ou ectópicos, secretores de gonadotrofinas; Infertilidade (avaliação do ciclo ovulatório).

Interpretação

Os valores podem estar elevados em: hipogonadismo primário (anorquia, falha testicular, menopausa); tumores hipotalâmicos, hipofisários ou ectópicos; Síndrome de Turner; Síndrome de Sheehan; Puberdade precoce (secundária a lesão do SNC ou idiopática); Síndrome de Klinefelter; Alcoolismo.

Os valores podem estar diminuídos em: Hipogonadismo secundário; Anorexia nervosa e desnutrição; Hemocromatose; Hiperplasia suprarrenal.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Ginecologista, Pediatra (com justificativa), Geneticista.

DOSAGEM DE GASTRINA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.019-5

Indicações: Úlcera péptica atípica do estômago, duodeno ou jejuno proximal, especialmente se múltipla, de localização não usual, com pouca resposta ao tratamento, de início rápido ou refratário após terapia adequada (erradicação da *H. pylori* e/ou suspensão do uso de anti-inflamatórios não esteroides); Diarreia crônica não explicada ou esteatorreia, com ou sem úlcera péptica; Úlcera péptica associada a condições endócrinas (neoplasia endócrina múltipla); Ulceração recorrente após cirurgia por úlceras duodenais.

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Ausência de hipersecreção gástrica; gastrite atrófica (anemia perniciosa ou infecção pelo *H. pylori*); carcinoma de corpo gástrico; substâncias inibidoras da secreção ácida; Presença de hipersecreção gástrica; Síndrome de Zollinger-Elisson; hiperplasia antral de células G; Secreção gástrica normal ou levemente aumentada; artrite reumatoide; diabetes melito; feocromocitoma;

Os valores podem estar diminuídos em: Hipotireoidismo; Antrectomia com vagotomia; Infecção pelo HIV avançado.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Gastroenterologista, Clínico (com justificativa).

DOSAGEM DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.022-5

Indicações:

Suspeita de diminuição do hormônio: avaliação de baixa estatura em crianças ou deficiência de GH em adultos; Excesso de GH: acromegalia ou gigantismo.

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Acromegalia / gigantismo; Ansiedade; Anorexia nervosa; Desnutrição; Exercício; Insuficiência renal crônica; Uso de fármacos: estrogênio, clonidina, glucagon, levodopa.

Os valores podem estar diminuídos em: Hipopituitarismo; Obesidade; Terapia com corticosteroides.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Urologista, Gastroenterologista, Pediatra (com justificativa), Geneticista.

DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.024-1

Indicação:

Avaliação do hipogonadismo (primário ou secundário); Menopausa; Tumores hipofisários ou ectópicos; Puberdade precoce; Infertilidade.

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Hipogonadismo primário; Tumores hipofisários ou ectópicos; Acromegalia (precoce); Síndrome de Turner; Síndrome de Klinefelter; Puberdade precoce; Síndrome dos ovários policísticos.

Os valores podem estar diminuídos em: Hipogonadismo secundário; Anorexia nervosa e desnutrição; Uso de esteroides anabolizantes, anticonvulsivantes.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Ginecologista, Pediatra (com justificativa)

PESQUISA DE MACROPROLACTINA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.047-0

A macroprolactina é constituída, na maioria dos casos, por uma associação entre uma molécula de prolactina e uma de IgG, propiciando uma meia vida mais longa e atividade biológica menor.

Indicação: Valores aumentados ajudam a determinação etiológica de chance de tumor hipofisário.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista; Oncologista; Ginecologista (com justificativa).

DOSAGEM DE PROGESTERONA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.029-2

Indicações:

Investigação de amenorreia após descartada gravidez; Sangramento uterino em adolescentes; Hipotireoidismo; Hiperprolactinemia.

Interpretação

Na fase folicular a progesterona (sérica ou plasmática) tem valor médio de 1 ng/ml, elevando-se após a ovulação.

Não ocorrendo gravidez ela declina aos níveis basais cerca de 4 dias antes da menstruação.

Na gravidez a progesterona eleva-se acompanhando a gonadotrofina coriônica até 8 a 10 semanas, decresce momentaneamente, para em seguida elevar-se, o que traduz a origem placentária em substituição ao corpo amarelo gravídico.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Ginecologista, Pediatra (com justificativa)

DOSAGEM DE PROLACTINA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.030-6

Indicação:

Investigação de galactorreia; Investigação de amenorreia; Avaliação de infertilidade; Diagnóstico e monitoramento do tratamento de prolactinomas; Avaliação de função epifisária; Avaliação de ginecomastia; Avaliação de disfunção erétil; Investigação da diminuição da libido

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Gestação; Período de lactação; Doenças hipotalâmicas; Hipotireoidismo.

Os valores podem estar diminuídos em: Bulimia; Hipopituitarismo; Uso de medicamentos agonistas dopaminérgicos; Derivados de ergotamina; Levodopa e clonidina.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Ginecologista, Urologista, Pediatra (com justificativa).

DOSAGEM DE PARATORMÔNIO (PTH)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.027-6

Indicações:

Avaliação e diagnóstico de pacientes com hipercalcemia e hipocalcemia.

Monitoramento da supressão do PTH por meio do tratamento com 1 alfa,25 dihidroxivitamina D3 para prevenção da osteodistrofia renal em pacientes com insuficiência renal crônica.

Determinação da queda do PTH durante o manejo transoperatório do hiperparatireoidismo.

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Causas associadas a hipercalcemia; Hiperparatireoidismo primário; Hipercalcemia/hipocalciúria familiar; Hipercalcemia induzida por lítio.

Os valores podem estar normais ou diminuídos em: Hipercalcemia de malignidade; Síndrome do leite alcali; Intoxicação vitamínica (vitamina D e vitamina A); Hipomagnesemia grave; Sarcoidose.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista; Nefrologista; Cirurgião de Cabeça e Pescoço (com justificativa); Pediatra (com justificativa).

DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.039-0

Indicação:

Diagnosticar tireotoxicose por T3; Avaliar casos em que o T4 livre é aumentado em valor limítrofe; Monitorar terapia de reposição de T4 (TSH é preferível); Predizer evolução da terapia com medicação antitireoidiana em pacientes com doença de Graves; Avaliar tireotoxicose induzida por amiodarona.

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Tireotoxicose por T3; Aumento de globulina ligadora de tiroxina (TBG); Ingestão de T3; Dietas hipercalóricas, principalmente em carboidratos; Gravidez; Bócio congênito; Tumores secretores de TSH.

Os valores podem estar diminuídos em: Redução da TBG; Idosos; Jejum prolongado, dietas restritivas, desnutrição e anorexia nervosa; Estresse físico ou emocional; Fármacos: glicocorticoides em altas doses, contrastes iodados, difenilidantoína.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Oncologista, Ginecologista (com justificativa).

DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4L)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.038-1

Indicação:

Avaliar função tireoidiana em pacientes em que o T4 total é alterado por mudanças nas proteínas séricas ou nos sítios de ligação; Monitorar terapia com hormônio tireoidiano; Suspeita de doença hipofisária / hipotalâmica.

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Hipertireoidismo; Hipotireoidismo tratado com tiroxina; Síndrome do eutireoideo doente na fase de recuperação; Fármacos: AAS, anti-inflamatórios não esteroides, furosemida (aumento transitório), uso crônico de heparina, fenitoína, carbamazepina.

Os valores podem estar diminuídos em: Hipotireoidismo; Hipotireoidismo tratado com triiodotironina; Síndrome do eutireoideo doente na fase inicial.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Ginecologista (com justificativa).

DOSAGEM DE TIROXINA (T4)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.037-3

Indicação:

Diagnóstico de hiper e hipotireoidismo, especialmente quando evidente ou causado por doença hipofisária ou hipotalâmica.

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Hipertireoidismo; Gravidez; Síndrome do eutireoideo doente; Globulina ligadora de tiroxina (TBG) aumentado; Nos primeiros 2 meses de vida.

Os valores podem estar diminuídos em: Hipotireoidismo; Hipoproteinemia (nefrose, cirrose); Síndrome do eutireoideo doente; TBG diminuída.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista; Ginecologista.

GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA (TBG)

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.020-9

Alterações das proteínas carreadoras dos hormônios tireoidianos (TBG) resultam em aumento ou diminuição da fração total dos hormônios, sem alterar a fração livre

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Congênito; Neonatos; Estados hiperestrogênicos (gravidez, estrogoterapia); Doenças sistêmicas; Hepatite ativa aguda ou crônica.

Os valores podem estar diminuídos em: Congênito; Fármacos: androgênicos, glicocorticoides; Doenças: cirrose, desnutrição proteica, síndrome nefrótica, etc.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Ginecologistas, Nefrologista, Infectologista.

DOSAGEM DE TESTOSTERONA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.034-9

Indicação:

Investigação de hirsutismo, virilização, hipogonadismo e ginecomastia.

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Anticoncepcionais orais contendo progestágeno androgênico; Hiperplasia suprarrenal congênita por deficiência de 21 alfa hidroxilase, 11 beta hidroxilase e 3 beta-hidroxiesteróide desidrogenase; Síndrome de Cushing.

Os valores podem estar diminuídos em: Hipogonadismo hipogonadotrófico ou secundário (baixo FSH e LH); Síndrome de Kallman; Síndrome de Prader-Willi; Supressão de gonadotropinas; hiperprolactinemia; após uso de androgênicos exógenos; uso crônico de opioides; Lesão das células gonadotróficas.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Ginecologista, Urologista, Pediatra (com justificativa).

DOSAGEM DE TSH

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.06.025-0

Indicação:

Avaliação da função tireoidiana; Diagnóstico de hipotireoidismo subclínico; Diferenciação entre hipotireoidismo primário e central; Monitorização do tratamento de hipotireoidismo; Rastreamento de hipotireoidismo subclínico em pacientes idosos (especialmente mulheres).

Interpretação

Os valores podem estar aumentados em: Hipotireoidismo primário não tratado (o aumento é proporcional ao grau de hipofunção); Hipotireoidismo tratado em dose insuficiente de hormônio; Tireoidite de Hashimoto (inclusive em pacientes assintomáticos); Uso de drogas: haloperidol, domperidona, lítio, etc; Deficiência de iodo; Anticorpos anti-TSH.

Os valores podem estar diminuídos em: Hipertireoidismo por: bócio multinodular tóxico, adenoma tóxico, doença de Graves, tireoidite; Reposição hormonal excessiva no tratamento do hipotireoidismo; Hipotireoidismo hipotalâmico ou hipofisário; Primeiro trimestre de gestação

Profissional (ais) Solicitante (s) – Endocrinologista, Ginecologista.

DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO POR HIV

CÓDIGO SIA/SUS: 02.02.03.030-0

Indicação:

Identificar os portadores de HIV, sintomáticas ou não.

Está formalmente recomendado em:

Pacientes com doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose e outras condições clínicas relacionadas ao HIV

Pessoas com comportamento sexual de risco, usuários de drogas injetáveis, profissionais da saúde após acidentes ocupacionais.

Gestantes

Doadores de sangue, órgãos e tecidos

Pessoas que se consideram em risco ou que solicitem o teste.

Interpretação

Vide fluxograma – portaria 151 HIV.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Todo profissional médico.

TESTE DE TOLERÂNCIA A LACTOSE

Indicações:

Suspeita clínica de intolerância a lactose.

Interpretação

Valores Normais: a glicemia aumenta > 25 mg/dl em relação aos valores basais (jejum).

Valores Alterados: a glicemia aumenta < 25 mg/dl em relação aos valores basais.

Lembretes: Deficiência secundária de lactose é frequentemente observado em pacientes com doença celíaca.

Profissional (ais) Solicitante (s) – Pediatra; Gastroenterologista.