



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

Protocolos de **encaminhamentos na** **ATENÇÃO BÁSICA - 2021**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	04
COMO SOLICITAR ULTRASSONOGRAFIA	04
PROTOCOLO PARA CIRURGIA AMBULATORIAL	06
PROTOCOLO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA	06
PROTOCOLO PARA CIRURGIA ELETIVA E PRÉ- OPERATÓRIO	07
PROTOCOLO PARA CIRURGIA VASCULAR/ ANGIOLOGIA	17
PROTOCOLO PARA DERMATOLOGIA	18
PROTOCOLO PARA ENDOCRINOLOGIA	21
PROTOCOLO PARA ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	23
PROTOCOLO PARA FISIOTERAPIA	24
PROTOCOLO PARA GASTROENTEROLOGIA CLÍNICA	24
PROTOCOLO PARA GERIATRIA	25
PROTOCOLO PARA HEMATOLOGIA	28
PROTOCOLO PARA HEPATOLOGIA (gastro clínica, infectologia)	29
PROTOCOLO PARA MASTOLOGIA	29
PROTOCOLO PARA NEFROLOGIA	30
PROTOCOLO PARA NEUROLOGIA	36
PROTOCOLO PARA NUTRIÇÃO	38
PROTOCOLO PARA OFTALMOLOGIA	38
PROTOCOLO PARA ORTOPEDIA	40
PROTOCOLO PARA OTORRINOLARINGOLOGIA	43
PROTOCOLO PARA PNEUMOLOGIA	45
PROTOCOLO PARA PROCTOLOGIA	46
PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL ALTO RISCO	50
PROTOCOLO REPRODUTIVO	68
PROTOCOLO PARA REUMATOLOGIA	70
PROTOCOLO PARA UROLOGIA	74
EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE: TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS	80

EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR	85
EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE: CINTILOGRAFIA	89
EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE: LITOTRIPSIA EXTRA CORPÓREA	100
EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE: CATETERISMO	101
EXAMES DE MÉDIA COMPLEXIDADE: RX CONTRASTADOS	102
EXAMES DE MÉDIA COMPLEXIDADE: ULTRASSONOGRAFIAS	104
EXAMES DE MÉDIA COMPLEXIDADE: MAMOGRAFIA	111
EXAMES DIAGNOSE EM UROLOGIA	112
DIAGNOSE EM OTORRINOLARINGOLOGIA	114
DIAGNOSE EM PNEUMOLOGIA	115
DIAGNOSE EM OFTALMOLOGIA	118
DIAGNOSE EM CARDIOLOGIA	120
DIAGNOSE DO APARELHO DIGESTÓRIO	130
DIAGNOSE EM NEUROLOGIA	135
OUTROS PROCEDIMENTOS	137
OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR E HIPERBÁRICA	139
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 141
CENTRAL DE REGULAÇÃO	143
SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE ASSIS SP	

INTRODUÇÃO

Inúmeras são as dificuldades e os desafios apresentados pelo SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, que tem por princípio fundamental a universalidade de acesso ao atendimento para seus usuários e por objetivo a promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

É de fundamental importância o engajamento de todos os níveis de atenção e de gestão no desempenho de suas funções para que se alcancem bom termo na busca desta meta.

Nesta busca, os pontos positivos apresentados devem ser incentivados com, por exemplo, o aumento na resolutividade local com menor deslocamento, a valorização dos recursos humanos disponíveis, a otimização do funcionamento da rede de urgência e emergência.

Igual importância tem o planejamento estratégico das ações e recursos disponíveis, buscando sempre a excelência ao atendimento a custos razoáveis e compatíveis com a realidade local e nacional. Complementarmente, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentam indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição dos pacientes a consultas e /ou procedimentos desnecessários.

O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas do paciente especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Como solicitar Ultrassonografia:

- **ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME SUPERIOR:** Fígado, Vias Biliares, Vesícula Biliar, Baço e Pâncreas. Doppler não incluído, necessário solicitar a parte.
- **ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL:** Fígado, Vias biliares Vesícula Biliar Baço Pâncreas, Rins e Bexiga. Aorta, cava e retro peritônio. Doppler solicitado à parte Órgãos pélvicos (útero, ovários e anexos, próstata e vesículas seminais) não incluído. Alças intestinais, apêndice cecal, adrenais e outras estruturas se detectada patologia.

- **ULTRASSONOGRRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS:** Rins, Bexiga, Ureteres, Glândulas Adrenais serão citados se apresentarem patologias. Pós-miccional da bexiga, solicitado pelos Órgãos pélvicos, não está incluída nesta avaliação. Doppler solicitado à parte.
- **ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL :** Pesquisas de hérnias, Lesões subcutâneas e Linfadenomegalias.
- **ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL:** Hérnias, Massas, Coleções Linfonomegalias.
- **ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA** (via abdominal): Bexiga, Próstata, Vesículas seminais, Resíduo miccional.
- **ULTRASSONOGRRAFIA DE PELVE FEMININA:** Bexiga, Útero, Ovários e Anexos.
- **ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL:** Útero, Ovários e Anexos.
- **ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE:** Tireóide (volume, avaliação ecotextura, nódulos e lesões locais). Não inclui a avaliação de linfonodos cervicais. Doppler a parte.
- **ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIÃO CERVICAL:** Linfonodos cervicais Leito tireoidiano, Lojas paratireoideanas, Grupos musculares Não inclui avaliação tireóide e Glândulas Salivares.
- **ULTRASSONOGRRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES:** Submandibulares, parótidas, sublinguais.
- **ULTRASSONOGRRAFIA CRÂNIO TRANSFONTANELA.**
- **ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS:** Avaliação das Glândulas Mamárias (avaliação da sua ecotextura, pesquisa nódulos, ou lesões locais)
- **ULTRASSONOGRRAFIA DE AXILA:** Partes moles da axila, pesquisa de linfonodos atípicos nos níveis I,II e III.
- **USG ARTICULAÇÕES OSTEOMUSCULAR:** artrite séptica, bursites, cistos sinoviais, derrames articulares, disfunção temporomandibular, lesão muscular ou tendão, lesão por esforço repetido.
- **BOLSA ESCROTAL:** aumento da bolsa escrotal, cisto cordão, infecções, torções, trauma, tumores, varicocele.
- **USG OBSTÉTRICA**
- **USG CARÓTIDAS (DOPPLER):** isquemia cerebral transitória, síncope, sopro cardíaco, massa cervical pulsátil, vertigem, amaurose unilateral.

PROTOCOLO CIRURGIA AMBULATORIAL

Pequenos procedimentos deverão ser executados na Unidade Básica de Saúde, procedimentos maiores ou que tenham maiores riscos ou exijam maior técnica serão realizados no Centro de Especialidades de Assis ou Santa Casa.

Encaminhar à Central de Regulação com dados adequados, como: idade, região da lesão, tamanho, sinais inflamatórios e se possível foto da lesão.

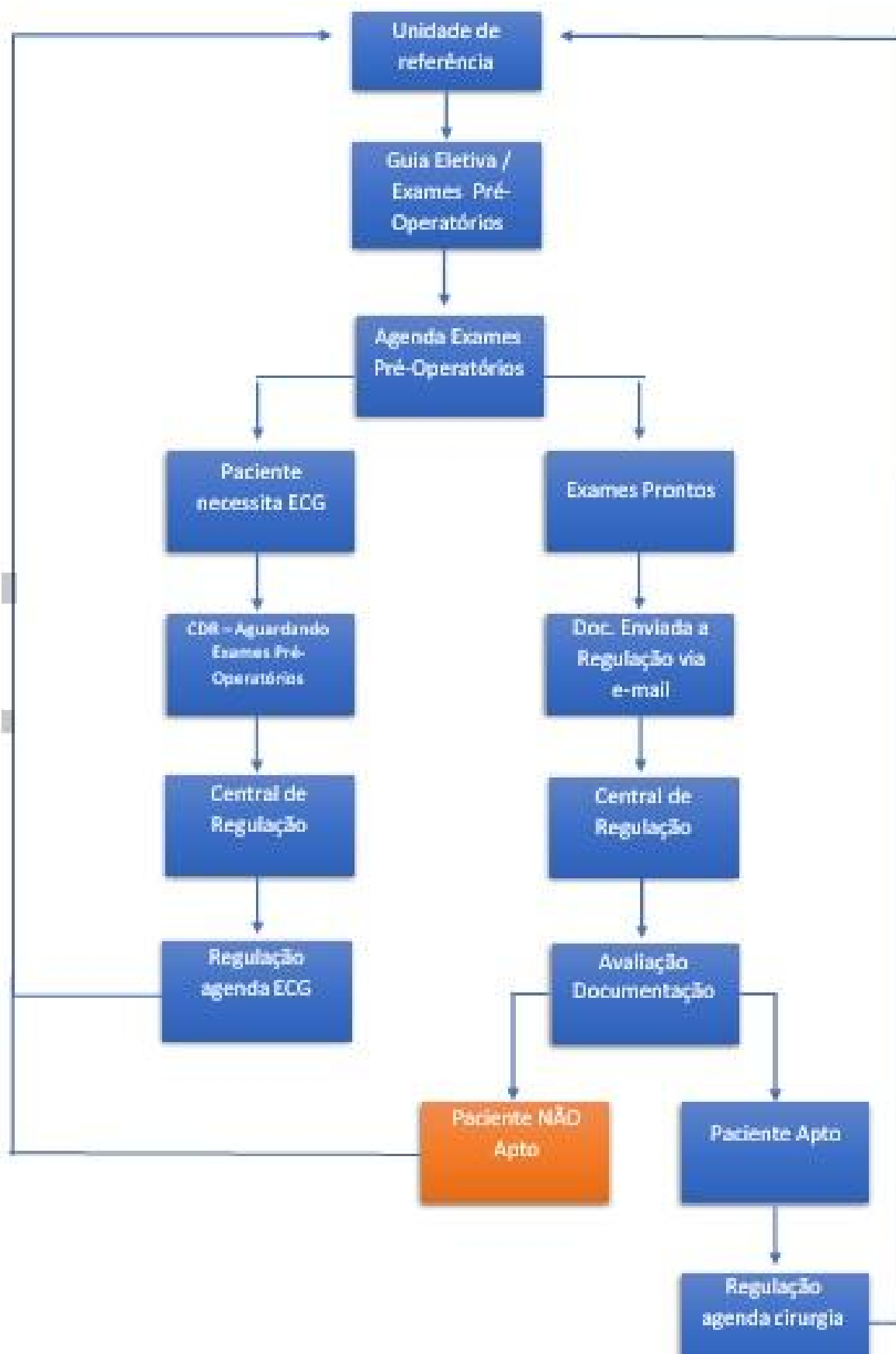
PROTOCOLO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

O paciente deverá estar enquadrado dentro do diagnóstico de obesidade mórbida e das indicações de Cirurgia Bariátrica, conforme preconiza a Portaria SAS nº 492 de 31 de agosto de 2007, abaixo descritas:

- Portadores de obesidade mórbida com Índice de Massa Corpórea - IMC igual ou superior a 40kg/m^2 , sem co-morbidades e que não respondem ao tratamento conservador (dieta, psicoterapia, atividade física, etc), realizado durante pelo menos dois anos e sob orientação direta ou indireta de equipe de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de obesidade;
- Portadores de obesidade mórbida com IMC igual ou maior do que 40 kg/m^2 com co-morbidades que ameaçam a vida;
- Pacientes com IMC entre 35 e $39,9\text{kg/m}^2$ portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade. Porém, os seguintes critérios devem ser observados:
 - Excluir os casos de obesidade decorrente de doença endócrina (por exemplo, Síndrome de Cushing devida a hiperplasia supra-renal);
 - 2) Respeitar os limites da faixa etária de 18 a 65 anos, e o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes de as epífises de crescimento estarem consolidadas nos jovens;
 - 3) Doente ter capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento, bem como dispor de suporte familiar constante;
 - 4) O doente e os parentes que o apóiam deverão assumir o compromisso com o seguimento pós-operatório, que deve ser mantido indefinidamente;
 - 5) O doente não deve apresentar alcoolismo ou dependência química e outras drogas, distúrbio psicótico grave ou história recente de tentativa de suicídio.

PROTOCOLO PARA CIRURGIA ELETIVA E PRÉ-OPERATÓRIO





Após indicação médica quanto a necessidade de realização da cirurgia eletiva, bem como exames pré-operatórios, a unidade de saúde procederá o agendamento do exames pré-operatórios, caso seja indicado a realização do ECG (observar protocolo de solicitação de exames pré-operatórios) a unidade de saúde incluirá no CDR – Aguardando exames pré-operatórios, desta forma, o ECG, será agendado pela Central de Regulação que informará a unidade de saúde para que a mesma possa avisar e orientar o paciente.

A unidade de saúde encaminhará via e-mail, a guia de cirurgia eletiva (modelo – contratualização), guia de encaminhamento médico e exames pré-operatórios para a Central de Regulação. Esta documentação será avaliada pelo médico regulador, que identifica quais pacientes estão aptos e os não aptos à realização da cirurgia, bem como, se a cirurgia solicitada, está de acordo com a contratualização existente com o prestador.

Desta forma, os pacientes aptos serão agendados para avaliação com o cirurgião na Santa Casa, que procederá o agendamento do procedimento cirúrgico, bem como a inserção destas informações no sistema Cross. O médico cirurgião pode prescrever exames complementares, que deverão ser inseridos pela Santa Casa no CDR – Aguardando exames pré-operatórios, para que a Central de Regulação possa avaliar a necessidade de realização e posterior liberação de vagas para agendamento.

Os pacientes não aptos ou cuja cirurgia não esteja em acordo com a contratualização existente, será devolvida para a unidade de saúde de referência para as devidas adequações, ou encaminhamento para outra referência conforme o caso.

Encaminhamento para Cirurgia Eletiva

1. Pacientes provenientes da Atenção Básica: seguirá o protocolo de encaminhamento e pré-operatório.
2. Pacientes provenientes da especialidade (Centro de Especialidades, AME, HRA, Policlínicas): ficará a critério do especialista o encaminhamento e seguirá o protocolo de encaminhamento e pré-operatório.

- **Protocolo de encaminhamento:**

1. Hérnias (Inguinal, Umbilical, Epigástrica, Lombar, Incisional)

Diagnóstico realizado ao exame físico, sem dúvidas, seguir protocolo de exames pré-operatórios.

Diagnóstico em dúvida ao exame físico, solicitar USG de Parede para confirmação, confirmado, seguir protocolo de exames pré-operatório.

Pacientes com diagnóstico confirmado, porém obesos, iniciar processo de perda de 5% do peso, atingindo o objetivo, seguir protocolo de exames pré-operatório.

Pacientes portadores de obesidade mórbida, encaminhar para o serviço de cirurgia bariátrica.

2. Doenças da Vesícula Biliar

Cólica biliar confirmar com USG o diagnóstico, após seguir protocolo de exames pré-operatório / seguir os mesmos critérios para obesidade.

Achado de litíase biliar sem sintomas, segue protocolo de exames pré-operatório.

A critério do cirurgião a cirurgia.

Achado a USG de pólipos vesícula biliar, sendo maior que 5MM, seguir protocolo de exames pré-operatório.

Apresentou icterícia e regrediu, confirmado com USG patologia da vesícula biliar sem comprometimento colédoco, seguir protocolo de exames pré-operatório.

Icterícia persistente para encaminhar ao serviço de urgência.

3. Doenças Orificiais (Hemorróida, Fístula, Fissura)

Hemorroida, nem toda doença hemorroidária tem indicação cirúrgica, sempre fazer tratamento clínico prévio e se persistir sintomas, encaminhar tratamento cirúrgico.

No caso de encaminhamento cirúrgico ocorrer e for recusado pelo cirurgião a contrarreferência, seguir orientação.

Fístulas, na grande maioria das vezes, o tratamento é cirúrgico eletivo, seguir protocolo de exames pré-operatório.

Fissura, antes do encaminhamento deverá ser feito tratamento clínico, principalmente se houver obstipação intestinal, se persistir sintomas, seguir protocolo pré-operatório.

Confirmado no exame físico e história clínica, segue protocolo de exames pré-operatório.

Dúvida no diagnóstico, fazer solicitação de retossigmoidoscopia, encaminhamento com história clínica, exame físico e hipótese diagnóstica. Confirmado patologia orificial, seguir protocolo de exames pré-operatório. No caso de não ter a confirmação encaminhar a Proctologia seguindo protocolo de consultas especializadas.

4. Cisto Pilonidal

Confirmado por exames físicos, segue protocolo de exames pré-operatórios.

Caso o cisto esteja em processo agudo, infectado, é doloroso encaminhar para drenagem no serviço de urgência ou ambulatório de pequena cirurgia com prioridade. Obs: o procedimento de drenagem é simples e poderá ser realizado na atenção básica se houver material disponível. Após recuperação do processo agudo, seguir protocolo de exames pré-operatório.

5. Abscesso Anal

Confirmado pela história clínica de dor intensa, encaminhar para o serviço de urgência.

6. Procedimentos Ginecológicos (Histerectomia, Correção de Incontinência Urinária, Correção de Prolapsos Uterinos.

Pacientes com diagnóstico estabelecido e que tenha certeza de tratamento cirúrgico deverá seguir protocolo de exames pré-operatório. Se há dúvida na indicação cirúrgica encaminhar à ginecologia, obedecendo o protocolo de consultas especializadas.

Em caso de demora no agendamento de ginecologia, cabe ao médico da atenção básica fazer o seguimento da paciente e controles clínicos.

7. Procedimentos Cirurgia Vascular

Pacientes que já passaram em consulta na especialidade e foi indicado procedimento cirúrgico, seguir protocolo de exames pré-operatório

8. Procedimentos Urológicos

Pacientes que já passaram em consulta na especialidade e foi indicado procedimento cirúrgico, seguir protocolo de exames pré-operatório.

9. Procedimentos Ortopédicos

Pacientes que já passaram em consulta na especialidade e foi indicado procedimento cirúrgico, seguir protocolo de exames pré-operatório.

10. Procedimentos Cabeça e Pescoço

Pacientes que já passaram em consulta na especialidade e foi indicado procedimento cirúrgico, seguir protocolo de exames pré-operatório.

11. Procedimentos Otorrinolaringologia

Pacientes que já passaram em consulta na especialidade e foi indicado procedimento cirúrgico, seguir protocolo de exames pré-operatório.

12. Procedimentos Cirurgia Pediátrica

Pacientes que já passaram em consulta foi indicado procedimento cirúrgico, seguir protocolo de exames pré-operatório.

OBS: todos os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico deverão ser reavaliados pela atenção básica, quanto ao diagnóstico **anatomopatológico** e seguimento se necessário.

EXAMES PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO									
IDADE	SEM COMORBIDADES PREVIAS	TABAGISTA	NEFROPATIA	HEPATOPATIA	COLECISTOPATIA	CARDIOPATIA	DIABETES MELLITUS	PNEUMOPATIAS	HAS
Menor de 45 anos	- Hemograma - Coagulograma - Glicose	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - Rx Tórax PA + Perfil	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - TGO - TGP - Fosfatase Alcalina - Ureia - Creatinina - ECG	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - TGO - TGP - Fosfatase Alcalina - Gama GT - Albumina - Bilirrubina total e frações	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - TGO - TGP - Fosfatase Alcalina - Gama GT - Albumina - Bilirrubina total e frações - USG Abdômen Total	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG - Rx Tórax PA + Perfil	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - ECG - Rx Tórax PA + Perfil	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG

IDADE	SEM COMORBIDADES PREVIAS	TABAGISTA	NEFROPATIA	HEPATOPATIA	COLECISTOPATIA	CARDIOPATIA	DIABETES MELLITUS	PNEUMOPATIAS	HAS
45 a 50 anos	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - ECG (somente para pacientes do sexo masculino)	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - ECG (somente para pacientes do sexo masculino)	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - TGO - TGP - Fosfatase Alcalina - Gama GT - Albumina - Bilirrubina total e frações - ECG (somente para pacientes do sexo masculino)	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - TGO - TGP - Fosfatase Alcalina - Gama GT - Albumina - Bilirrubina total e frações - USG Abdômen Total - ECG (somente para pacientes do sexo masculino)	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG - Rx Tórax PA + Perfil - Av. cardiológica de risco cirúrgico	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - ECG - Rx Tórax PA + Perfil	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG	

IDADE	SEM COMORBIDADES PREVIAS	TABAGISTA	NEFROPATIA	HEPATOPATIA	COLECISTOPATIA	CARDIOPATIA	DIABETES MELLITUS	PNEUMOPATIAS	HAS
50 a 69 anos	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - ECG	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - TGO - TGP - Fosfatase Alcalina - Gama GT - Albumina - Bilirrubina total e frações - USG Abdômen Total - ECG	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - TGO - TGP - Fosfatase - Alcalina - Gama GT - Albumina - Bilirrubina total e frações	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - TGO - TGP - Fosfatase Alcalina - Gama GT - Albumina - Bilirrubina total e frações - USG Abdômen Total - ECG	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG - Rx Tórax PA + Perfil - Av. cardiológica de risco cirúrgico	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - ECG - Rx Tórax PA + Perfil	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG	

IDADE	SEM COMORBIDADES PREVIAS	TABAGISTA	NEFROPATIA	HEPATOPATIA	COLECISTOPATIA	CARDIOPATIA	DIABETES MELLITUS	PNEUMOPATIAS	HAS
Maior que 70 anos	- Hemograma - Coagulograma - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG	- Hemograma - Coagulograma - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG - Rx Tórax PA + Perfil	- Hemograma - Coagulograma - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - Glicose - TGO - TGP - Fosfatase Alcalina - Gama GT - Albumina - Bilirrubina total e frações - USG Abdomen Total - ECG	- Hemograma - Coagulograma - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - Glicose - TGO - TGP - Fosfatase Alcalina - Gama GT - Albumina - Bilirrubina total e frações - USG Abdomen Total - ECG	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG - Rx Tórax PA + Perfil - Av. cardiológica de risco cirúrgico	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG - Rx Tórax PA + Perfil	- Hemograma - Coagulograma - Glicose - Sódio - Potássio - Ureia - Creatinina - ECG		

PROTOCOLO PARA CIRURGIA VASCULAR/ ANGIOLOGIA

Motivos para encaminhamento

1- Diabéticos - Dados relevantes da história clínica, dados discriminantes de exame físico, lesões ou sintomas vasculares das extremidades (por ex: DAOP – DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA)

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

3- Suspeita de Aneurisma de Aorta Abdominal - Exames prévios: ultrassom abdominal. Exames de rotina já realizados. **Prioridade** - Suspeita de Aneurisma Aorta Abdominal.

4- Varizes - Dados relevantes da história clínica, dados discriminantes de exame físico Insuficiência venosa crônica sem melhora, com terapêutica conservadora com vistas a procedimento cirúrgico.

5- Úlcera Varicosa - Dados relevantes da história clínica, dados discriminantes de exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos prévios. Exames Complementares - Cultura e antibiograma de secreção da ferida. Glicemia, hemograma, VDRL, triglicérides, colesterol e uréia. Orientar o paciente a levar até o especialista demais exames já realizados. Citar o motivo do encaminhamento.

6- Insuficiência Circulatória arterial - História clínica sucinta contendo características do quadro, presença de claudicação intermitente, alterações da perfusão periférica, patologias associadas. Dados discriminantes de exame físico tais como referentes à palpação dos pulsos. Relatar os tratamentos até então empregados e a hipótese diagnóstica e o motivo do encaminhamento. Exames Complementares - Glicemia, colesterol, triglicérides, hemograma e VDRL. Prioridade: tromboflebite superficial localizada próximo à junção safeno femoral ou safeno-poplítea, varizes de grosso calibre com sinais de insuficiência venosa grave e como dermatite ocre e/ou úlceras varicosas.

Outros motivos frequentes de encaminhamento, com comentários importantes para melhor estabelecer a relação referência-contrá-referência: Dor e edema em membros inferiores: antes de encaminhar ao angiologista, excluir causas sistêmicas para edema. Para o encaminhamento, solicitar RX de coluna lombo-sacro, glicemia, hemograma, colesterol, triglicérides, anti-estreptolisina O, PCR. Informar a presença de doenças associadas, principalmente Hipertensão e Diabetes, especificando o estado atual descontrolado das mesmas.

PROTOCOLO PARA DERMATOLOGIA

1. Micoses

HDA - Encaminhar os pacientes tratados clinicamente sem melhora das queixas ou em casos de suspeita de micose profunda (cromomicose, lobomicose, etc), descrevendo a história sucinta constando data do início, evolução e tratamento instituído. **Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes. **Prioridade** - Pacientes com queixas, lesões sugestivas e com resistência ao tratamento. **Contra- referência** - retorno à UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.

2. Prurido / Eczema

HDA - Encaminhar os pacientes com queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico. Ex: icterícia, causa medicamentosa, escabiose etc. Encaminhar paciente com história sucinta constando início dos sinais e sintomas, localização, fatores desencadeantes, tratamentos instituídos e exames complementares (se houver). **Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes. **Prioridade** - Pacientes com quadros extensos e/ou graves. **Contra-referência** - permanecer no nível secundário ou retorno à UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.

3. Dermatite de Contato

HDA - Encaminhar somente casos sem causas definidas. Referir data do início dos sintomas, localização, fatores desencadeantes, frequência, intensidade das crises, medidas de prevenção adotadas e tratamentos instituídos. **Exame físico** - Descrever aspecto e localização da lesão. **Prioridade** - Pacientes com queixas e com lesões extensas e/ou graves. **Contra-referência** - Retornar à UBS para acompanhamento com relatório do especialista.

4. Neoplasias Cutâneas / Diagnóstico Diferencial de Lesões Infiltradas

HDA - Encaminhar os pacientes com lesões sugestivas. Ex: lesões com história de aumento progressivo, alteração das características iniciais (cor, aumento de espessura, bordas irregulares), presença de prurido e / ou sangramento. **Exame Físico** - Descrever o aspecto, localização das lesões e presença de linfonodos. **Prioridade** - Pacientes com suspeita de melanoma e enfartamento ganglionar. **Obs:** Suspeita de melanomas (07 dias)

5. Herpes Zoster

HDA - Encaminhar somente casos graves com comprometimento do estado geral ou pacientes imunodeprimidos. Informar tratamentos instituídos. **Exame Físico** – Descrever o aspecto das lesões.

6. Discromias, Vitiligo

Prioridade - Pacientes com suspeita clínica.

7. Hanseníase

HDA - 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.

Exame Físico - Descrever o aspecto das lesões (tamanho, características e localização) e exame dermatoneurológico (palpação, teste de sensibilidade). **Prioridade** - Pacientes com reação hansênica. **OBS:** Em caso de reação hansênica, priorizar para atendimento em 24h.

8. Dermatoses Eritêmato-Escamosas (Psoríase. Líquen-Plano, Pitiríase Rósea, Ictioses)

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

Prioridade - Pacientes com quadros extensos.

9. Farmacodermias

HDA - Encaminhar os pacientes com queixas de lesões de pele, associadas ao uso de medicações. Relatar frequência e intensidade das crises, descrevendo todos os medicamentos usados e o tempo de uso. **Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões. **Prioridade** - Pacientes com queixas de lesões na mucosa e sintomas sistêmicos.

10. Buloses (Pênfigo, Penfigóide, Dermatite Herpetiforme)

Prioridade para a Regulação - Pacientes com quadro extenso e/ou com comprometimento de mucosas. **OBS:** Em casos extensos e/ou com comprometimento de mucosas priorizar atendimento 24h.

11. Lesões Ulceradas (Leishmaniose)

HDA - Encaminhar os pacientes com suspeita de lesões típicas de leishmaniose (com bordas elevadas, endurecidas que não cicatrizam há mais de 30 dias, mesmo instituído tratamento com antibioticoterapia). **Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões e evolução. **Prioridade** - Pacientes com queixas.

12 . DST (condiloma, DIP, úlcera genital)

HDA - Encaminhar pacientes com lesões sugestivas. **Exame físico** - Descrever aspecto da lesão. **Prioridade** - Pacientes com lesões graves e/ou extensas e/ou gestantes.

13. Acne

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

14. Alopecia

História clínica e dados relevantes do exame físico. Formas simples de alopecia areata resistentes a tratamento (Especificar o tratamento). Alopecia areata universal. Excluir diagnóstico de micose, dermatite seborréica, causas sistêmicas, uso de substâncias químicas que causam alopecia, causas psicogênicas (tricotilomania). **Exames a apresentar** - Hemograma, Glicemia, TGO, TGP, Ferritina, TSH.

15. Cisto Cutâneo

História clínica e dados relevantes do exame físico. Presença de múltiplas lesões, dificuldade de definir o tipo de lesão, excluir diagnóstico de cisto sinovial.

16. Dermatite Seborréica

História clínica e dados relevantes do exame físico, ausência de melhora com tratamento prévio (descrever tratamento realizado). Pacientes imunocomprometidos. Prioridade: generalização do quadro (eritrodermia).

17. **Micoses profundas** (lobomycosis, cromomicoses, Jorge-lobo, esporo micoses, paracoccidioidomicose e tuberculose cutânea)

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

Outros motivos frequentes de encaminhamento

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

PROTOCOLO PARA ENDOCRINOLOGIA

1. Cisto de tireóide

História clínica, dados discriminados dos exames clínicos (descrição do cisto), casos de crescimento do cisto ou acometimento ganglionar ou vascular. Exames Prévios: TSH e T4 livre e anticorpos tireoidianos no diagnóstico e de 6/6 meses, ultrassonografia de tireóide nos casos de nódulos palpáveis

2. Nódulos Tireoideanos

História clínica, dados discriminados dos exames clínicos (descrição do cisto), casos de crescimento do cisto ou acometimento ganglionar ou vascular. **Exames Prévios** - TSH e T4 livre e anticorpos tireoidianos, ultrassonografia de tireóide nos casos de nódulos palpáveis.

Prioridade de encaminhamento: Nódulos únicos, sexo masculino, menores de 18 anos encaminhar para endocrino infantil, história prévia de radioterapia cervical, aumento ganglionar com sinais de malignidade.

3. Diabetes Mellitus

Dados relevantes da história clínica incluindo dieta prescrita. Dados discriminantes de exame físico incluindo circunferência abdominal e índice de IMC. Diabetes tipo 1 recém diagnosticado. Diabetes tipo 1 e Diabetes tipo 2 que não respondem às medidas empregadas com associação de dois medicamentos hipoglicemiantes oral nas doses plenas por 6 meses consecutivos e/ou com indicação de insulino terapia plena (especificar tratamento realizado). Exames Prévios: glicemia de jejum, glicemia pós prandial, hemoglobina glicada recente, colesterol total e frações recentes, triglicerídeos e creatinina sérica, microalbuminúria e outros exames realizados anteriormente. **Prioridade** - Complicações crônicas avançadas, diabete tipo 1 recém diagnosticada (com resumo de alta hospitalar).

4. Hipertireoidismo

Dados relevantes da história clínica. Dados discriminantes de exame físico .Hipertireoidismo confirmado por exame laboratorial. Exames subsidiários prévios: TSH e T4 livre – 2 resultados alterados recentes, ultrassonografia de tireóide solicitada nos casos de nódulo palpável. **Prioridade de encaminhamento** – Hipertireoidismo com sinais clínicos evidentes de descompensação, cardiopatias associadas, suspeita de tumor, gestante (ambulatório de alto risco), menores de 18 anos endócrino infantil.

5. Hipotireoidismo

Dados relevantes da história clínica. Dados discriminantes de exame físico. Ausência de melhora com tratamento em doses terapêuticas (especificar tratamento). Exames subsidiários prévios: TSH e T4 livre pregressos e recentes, Anti-Peroxidase (nos casos suspeitos de hipotireoidismo sub-clínico), Ultrassonografia de tireóide nos casos de nódulos palpáveis. **Prioridade para encaminhamento:** Patologias associadas principalmente a cardiopatias,

menores de 18 anos encaminhar ao Endócrino infantil, Suspeita de tumor e gestante (ambulatório de pré-natal de alto risco)

6. Obesidade

Dados relevantes da história clínica incluindo dieta prescrita. Dados discriminantes de exame físico incluindo circunferência abdominal e índice de IMC. Obesidade Secundária. Obesidade grau II quando apresentar comorbidades (IMC de 35 a 39,9 Kg/m²), na ausência de tratamento comportamental e/ou medicamentoso por um ano a partir da data da consulta Obesidade de grau III (IMC > 40 kg/m²). **Exames prévios:** Hemograma e hematócrito, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicérides, TSH.

7. Disfunção de Glândulas Supra-Renais

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

PROTOCOLO PARA ENDOCRINOLOGIA INFANTIL

1. Baixa Estatura

História clínica de acompanhamento prévio por 6 a 12 meses, dados discriminados dos exames clínicos (Curva de Peso e estatura, velocidade de crescimento), mudança de canal de crescimento em menores de 18 anos. **Exames Prévios** - Hemograma, VHS, Cálcio Cérico, Fósforo Sérico, Fosfatase alcalina, TSH e TS livre, Urina 1, PPF , Raio x com idade óssea. (.brevidade)

2. Telarca e Puberdade Precoce

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

PROTOCOLO PARA FISIOTERAPIA

1. Sequelas de Acidente Vascular Cerebral e traumatismos em geral

Dados relevantes de história clínica e exame físico, exames realizados anteriormente.
Comprometimento das atividades diárias

2. Pacientes ambulatoriais

Dados relevantes de história clínica e exame físico, exames realizados anteriormente. Pacientes com sequelas neurológicas e motoras com alta hospitalar devem ser encaminhados para o Centro de Reabilitação.

PROTOCOLO PARA GASTROENTEROLOGIA CLÍNICA

1-Sintomas dispépticos acompanhados de sinais de alarme: (vômitos persistentes, anemia ferropriva, massa epigástrica, alterações radiografia contrastada, disfagia, não resposta ao tratamento com IBP, história familiar de câncer gástrico e esofágico em parentes de I grau.

2-Doença do refluxo gastroesofágico confirmada na endoscopia digestiva, que não responde ao tratamento.

3- Esofagite C e D Los Angeles.

4- Estenose de esôfago.

5- Hérnia de Hiato de grandes proporções.

6- Alteração do hábito intestinal que persiste após tratamento, encaminhar com endoscopia digestiva alta com biópsia de duodeno e retossigmoidoscopia.

7- Suspeita ou confirmação de doença inflamatória intestinal na retossigmoidoscopia.

8-Dor abdominal crônica: investigada na atenção básica, afastando infecção urinária, patologia ginecológica (exames: usg abdome total, retossigmoidoscopia, endoscopia digestiva alta.)

9- Doença diverticular dos cólons: pacientes com diagnóstico confirmado que apresentam dor persistente. casos agudos encaminhar a UPA.

10-Pancreatite crônica: diagnóstico ou suspeita pela usg, que apresentam dor crônica ou sintomas evacuações líquidas ou esteatorréia.

11- Hepatopatias crônicas: suspeita ou diagnóstico através de enzimas hepáticas e usg. Acompanhadas de manifestações clínicas com aranhas vasculares, eritema palmar, ginecomastia, ascite, icterícia, confusão mental). exames: AST, ALT, gama GT, alterados.

12- Esteatose hepática grau moderado com alteração de enzimas hepáticas que não responderam ao tratamento com perda de peso, atividade física, e controle dieta.

13- Hepatite B confirmada com marcadores.

14- Hepatite C resultado sorologia confirmada.

PROTOCOLO PARA GERIATRIA

Motivos para encaminhamento

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

a-Idoso com sequelas de AVC

Encaminhar - Todo idoso com sequela de AVC com comprometimento da capacidade funcional. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra, Tratamentos prévios e/ou atuais. **HDA e Exame Físico direcionado. Exames Complementares necessários** - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH. **Prioridades para a regulação** - Pacientes com AVC ocorrido em até 6 meses.

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

Encaminhar - Todos os casos detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais. **HDA e Exame Físico direcionado. Exames Complementares necessários** - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, T4L, T3, VDRL. **Prioridades para a regulação** - Encaminhar pela rotina.

c - Idoso com quadro de Sintomas depressivos/ansiosos importantes com comprometimento da capacidade funcional.

Encaminhar - Idoso que fez tratamento prévio de depressão na US sem êxito. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra tratamentos prévios e/ou atuais. **HDA e Exame Físico direcionado. Exames Complementares necessários** - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH. **Prioridades para a regulação** - Encaminhar pela rotina.

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

Encaminhar - Todo idoso que apresenta alteração motora, lentidão de movimentos tremores, desequilíbrio. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e / ou atuais. **HDA e Exame Físico direcionado. Exames Complementares necessários** - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH. **Prioridades para a regulação** - Pacientes com dificuldade de locomoção

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

Encaminhar - Idoso com dores fortes e persistentes, dificuldade de locomoção, quedas frequentes, deformidades importantes, fraturas e outros. Pacientes com Osteoporose grave de difícil manejo. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ ou atuais. **HDA e Exame Físico direcionado. Exames Complementares necessários** - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH. **Prioridades para a regulação** - Fraturas que levam à restrição ao leito **Prazo de Espera** - 30 dias para a primeira consulta.

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

Encaminhar - Idoso com quedas por causas não identificadas. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e / ou atuais. **HDA e Exame Físico direcionado. Exames Complementares necessários** - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, 25-hidroxi vitamina D. **Prioridades para a regulação** - Encaminhar pela rotina.

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

Encaminhar - Idoso com a capacidade funcional comprometida em decorrência de internações, que desenvolveram delirium e/ou úlceras de pressão. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais. **HDA e Exame Físico direcionado com resumo das internações. Exames Complementares necessários** - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH. **Prioridades para a regulação** - Encaminhar pela rotina

4) Idoso que usa 5 ou mais medicamentos

Encaminhar - Idoso que utiliza mais de 5 medicamentos que apresentem efeitos adversos a esses medicamentos, necessidade de troca de medicações ou suspeita de cascata iatrogênica. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e / ou atuais **HDA e Exame Físico direcionado. Exames Complementares necessários** - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH. **Prioridades para a regulação** - Idosos com 75 anos ou mais.

5) Idoso com Polipatologias – 5 diagnósticos ou mais

Encaminhar - Idoso com 5 diagnósticos ou mais, em que haja dificuldade de manejo, associado a polifarmácia, risco ou comprometimento funcional. **Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e / ou atuais. HDA e Exame Físico direcionado. Exames Complementares necessários** - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, 25-hidroxi vitamina D. **Prioridades para a regulação** - Encaminhar pela rotina.

6) Idoso com Síndrome Consumptiva/ desnutrição ou Síndrome da Fragilidade

Encaminhar - Idoso com pelo menos 3 itens: perda de peso, fraqueza muscular, alteração de marcha, cansaço ou fadiga e diminuição da atividade física. Idosos com perda de peso importante e desnutrição não elucidados. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais. **HDA e Exame Físico direcionado. Exames Complementares necessários** - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, 25-hidroxi vitamina D. **Prioridades para a regulação** - Encaminhar pela rotina.

7) Idoso com Incontinência Urinária associado a comprometimento funcional

Encaminhar - Idoso com perda urinária associado a outras síndromes geriátricas, polifarmácia e comorbidades em que as mudanças ambientais não tenham surtido efeito. Detalhar o motivo do Encaminhamento ao geriatra. **HDA e Exame Físico direcionado. Exames Complementares necessários** - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, 25-hidroxi vitamina D . EAS + Urocultura com antibiograma, PSA. **Prioridades para a regulação** - Encaminhar pela rotina.

PROTOCOLO PARA HEMATOLOGIA

Motivos de encaminhamento

1. Anemia Crônica resistente a tratamento

História sucinta com tempo de evolução, sinais e sintomas associados, presença de sangramentos, patologias associadas. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos prévios, incluindo os medicamentos e doses. Exames Complementares - Hemograma, plaquetas, reticulócitos, ferro sérico e outros realizados previamente.

2. Leucopenia a esclarecer

História clínica sucinta incluindo a história pregressa, evolução, presença de febre e outros concomitantes, patologias associadas, história familiar. Relatar os dados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, com respectivas doses. Exames Complementares - Hemograma, plaquetas e reticulócitos.

3. Plaquetopenia a esclarecer

História sucinta relatando a presença de equimoses, petéquias ou sangramentos. Relatar as doenças associadas. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Relatar os medicamentos em uso e respectivas dosagens. Exames Complementares - Hemograma, plaquetas e reticulócitos. **Observações:** O paciente deve ser encaminhado sem medicar.

PROTOCOLO PARA HEPATOLOGIA (gastro clínica, infectologia)

1- Achado sorológico positivo para Hepatite Viral B e C (ALTERNATIVA: ENCAMINHAR PARA INFECTOLOGIA)

2- Cirroses Hepáticas

3- Suspeita de Tumores Hepáticos

História sucinta com tempo de evolução, sinais e sintomas associados, presença de sangramentos, icterícia, massa e dor abdominal, patologias associadas. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos prévios, incluindo os medicamentos e doses. **Exames complementares** - Já realizados (US, Hemograma, Marcadores Tumorais prova de função hepática, Marcadores para hepatites).

PROTOCOLO PARA MASTOLOGIA

Motivos para encaminhamentos

1- Nódulos (todos)

2- Derrame papilar uniductal ou hemorrágico

3- Microcalcificações agrupadas à mamografia

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

5- Mastalgia refratária

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

7- Fístulas

8- Pacientes de alto risco: passado de câncer de mama ou história da doença em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha), com lesão suspeita. **HAD** - História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas. **Exame Físico** - Exame clínico de mamas, relatar os achados importantes. **Exames Complementares** - Os já realizados, mamografia para maiores de 35 anos e ultrassonografia de mama para menores de 35 anos.

***obs: categorias mamográficas (IV e V) deverão ser encaminhados diretamente a ONCOLOGIA.**

PROTOCOLO PARA NEFROLOGIA

Protocolo 1 – **Doença renal crônica** Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m² (Estágio 4 e 5) (quadro 1) ; ou
- taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73m² (Estágio 3, 4 e 5) com complicações associadas à doença renal crônica (anemia ferropriva refratária e não atribuível a outra etiologia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, elevação persistente de PTH, hipertensão resistente, entre outros); ou
- perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73m² em 6 meses, com uma TFG

Protocolo 2 – **Infecção urinária recorrente** Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano) mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento **para urologia**:

- Alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento **para ginecologia**:

- Alteração anatômica ginecológica que provoque ITU recorrente. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;
2. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
3. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
4. resultado de ecografia das vias urinárias, com data;
5. descrever se foi realizado profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita (medicamento, dose e posologia);
6. em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino;

Protocolo 3 – **Litíase renal** Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose grave, sepse urinária e/ou dor incontrolável com tratamento otimizado na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **nefrologia**:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **urologia**:

- cálculo ureteral maior que 10 mm; ou
- cálculo ureteral ≤ 10 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico; ou cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário); ou
- cálculo renal assintomático maior que 10 mm; ou
- cálculo renal coraliforme, de qualquer tamanho; ou
- cálculo vesical. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter: 1. sinais e sintomas; 2. resultado de tomografia de abdome sem contraste ou ecografia urinária ou raio X, com data (para cálculos menores ou iguais a 10 mm, são necessários dois exames, com no mínimo 6 semanas de intervalo entre eles); 3. resultado de exame de creatinina sérica, com data; 4. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular; 5. tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal; 6. investigação de causas tratáveis de litíase renal (sim ou não). Se sim, descrever achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas;

Protocolo 4 – **Hipertensão arterial sistêmica** Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- DRC e hipertensão resistente (falta de controle da pressão com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão); ou

- Hipertensão secundária à provável doença renovascular ou doença do parênquima renal (quadro 4). Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia ou endocrinologia (conforme a principal suspeita clínica da hipertensão secundária):

- Suspeita de hipertensão secundária (quadro 4). Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter: 1. sinais e sintomas; 2. medicações em uso, com dose e posologia; 3. duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes; 4. alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes, com data; 5. avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);

Protocolo 5 – Cistos/doença policística renal Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- suspeita de doença policística renal (quadro 5). Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **urologia**:

- cistos com alterações sugestivas de malignidade (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações ou resultado de tomografia computadorizada com classificação de Bosniak maior ou igual a 2F); ou

- Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária). Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter: 1. sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outros achados relevantes); 2. resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia computadorizada), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização; 3. resultado de exame de creatinina sérica, com data; 4. cor da pele (preta ou não), para cálculo da Taxa de Filtração Glomerular; 5. resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1, com data (se hematúria, 2 exames com 8 semanas de intervalo entre eles e pesquisa de hemácias dismórficas 1); 6. presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não) e grau de parentesco;

Protocolo 6 – Hematúria Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- hematúria macroscópica, sem coágulos, sugestiva de doença glomerular (quadro 6); ou

· hematúria microscópica persistente sugestiva de doença glomerular (confirma em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas positiva).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- hematúria microscópica assintomática com coágulos, na ausência de infecção; ou
- hematúria macroscópica assintomática, sem coágulos, e sem evidência de doença glomerular (ver quadro 6 no anexo), confirmada em exame (1 exame de EQU/EAS/Urina tipo 1). Excluir causas benignas (infecção urinária, febre, trauma ou sangramento menstrual); ou
- hematúria microscópica (> 3 hemácias/campo) assintomática persistente de origem não glomerular (confirmada em 2 exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas negativa), na ausência de causas benignas identificadas, em pacientes com 35 anos ou mais ou com fatores de risco para neoplasia urotelial 2 . Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter: 1. sinais e sintomas; 2. resultado de exame de creatinina sérica, com data; 3. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular; 4. se hematúria sem coágulos, descreva resultados dos exames, com data: creatinina, microalbuminúria em amostra (ou albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria), hemácias dismórficas 1 , EQU/EAS/Urina tipo 1 (se hematúria microscópica e sem coágulos, descreva 2 exames com intervalo mínimo de 8 semanas entre eles 1); 5. resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;

_____ 1 A pesquisa de hemácias dismórficas é importante para definir se a origem é glomerular. Hematúria cuja origem não é glomerular deve ser avaliada por **urologista**.

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

HDA - 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, uréia, creatinina $\geq 2,0$ mg/dl, e glicemia de jejum, hemograma completo, colesterol total e frações e triglicerídeos.

Prioridade para a Regulação - Oligúria e/ou creatinina $\geq 2,0$ mg/dl.

8. Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado

HDA - 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 - Sumário de urina I, uréia, creatinina, e glicemia de jejum.

Prioridade para a Regulação - Hematúria maciça.

9. Lesão renal em diabetes, hipertensão, doenças reumatológicas e auto- imunes

DA - História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas, suspeita de causa secundárias em hipertensos e suspeita de insuficiência renal. **Exame Físico** -

Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial. **Exames**

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

Outros motivos frequentes de encaminhamento

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

ANEXOS:

Quadro 1 – Estágios da Doença Renal Crônica (DRC)

Taxa de filtração glomerular calculada pela fórmula CKD-Epi,

O cálculo da taxa de filtração glomerular pode ser realizado com o aplicativo

"Taxa de Filtração Glomerular – CKD-EPI" disponível no site do TelessaúdeRS/UFRGS

Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaude/rs/desenvolvimento/aplicativos/taxa-de-filtracao-glomerular/>

Estágio	Taxa de filtração glomerular (mL/min/1,73m ²)
1 *	> 90
2 *	60 a 89
3a	45 a 59
3b	30 a 44
4	15 a 29
5	< 15 ou em diálise

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de KDIGO (2017).

* Doença Renal Crônica é definida por anormalidades estruturais ou funcionais que persistem por mais de 3 meses, com repercussões sobre a saúde. TFG $> 60 \text{ ml/min/ } 1,73\text{m}^2$, sem outros marcadores de dano renal (como proteinúria, cilindros patológicos, anormalidades estruturais), não é considerada DRC.

Quadro 2 – Valores de referência para albuminúria

Exame	Normoalbuminúria	Microalbuminúria	Macroalbuminúria
Amostra de urina única	< 17 mg/L	17 a 173 mg/L	≥ 174 mg/L
Amostra de urina de 24 horas.	< 30 mg	30 a 300 mg	> 300 mg
Relação Albuminúria/Creatinúria (em amostra)	< 30 mg/g	30 a 300 mg/g	> 300 mg/g

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de KDIGO (2017) e DUNCAN (2013).

Quadro 3 – Alterações anatômicas que sugerem lesão ou provocam perda da função renal

Doença Policística Renal (quadro 5)
Estenose de Artéria Renal
Assimetria Renal (diferença de 1,5 cm entre os rins)
Rim único (em pessoa de alto risco para perda de função renal, como: HAS, diabetes, entre outros)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

* Alterações como hidronefrose, cisto simples que produz obstrução e massas renais ou tumores devem ser avaliadas inicialmente pelo Urologista.

Quadro 4 – Características que sugerem hipertensão secundária

Suspeita Clínica	Alteração
Hipertensão grave ou com lesão em órgão alvo de evolução rápida ou resistente ao tratamento (mal controle pressórico a despeito de uso adequado de três medicamentos anti-hipertensivos de classes diferentes, incluindo uso de diurético)	
Elevação súbita persistente da pressão em pessoas com idade superior a 50 anos.	
Início antes dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco (obesidade, história familiar)	
Doença renovascular	Sopro abdominal, alteração da função renal por medicamentos que bloqueiam o sistema renina-angiotensina (inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor da angiotensina). Suspeita-se quando houver diminuição de 30% da taxa de filtração glomerular após iniciar a medicação ou incremento na creatinina basal em 0,5 a 1 mg/dL.
Doença do parênquima renal	Elevação da creatinina, ureia, proteinúria, hematúria.
Coarctação da aorta	Pulsos femorais reduzidos ou retardados, pressão sistólica em membros superiores pelo menos 10 mmHg maior que nos membros inferiores, sopro sistólico interescapular ou sopro sistólico amplo em crescendo-decrescendo em toda parede torácica.
Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono	Ronco, sonolência diurna, apneia noturna.
Hipertireoidismo	Intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, hipertensão sistólica, exoftalmia, tremores, taquicardia.
Hiperparatireoidismo	Litíase urinária, osteoporose, depressão, letargia, fraqueza muscular
Hiperaldosteronismo	Hipocalemia e/ou com nódulo adrenal
Feocromocitoma	Hipertensão paroxística com cefaleia, sudorese e palpitações.
Síndrome de Cushing	Face em "lua cheia", "corcova" dorsal, estrias purpúricas, obesidade central

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010).

Quadro 5 – Suspeita de doença policística renal

História familiar positiva e
Pacientes com idade entre 15 e 39 anos com três ou mais cistos uni ou bilaterais
Pacientes com idade entre 40 e 59 anos com dois ou mais cistos em cada rim
Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos com quatro ou mais cistos em cada rim
História familiar negativa e
10 ou mais cistos em cada rim, na ausência de achados sugestivos de outra doença renal cística, principalmente se rins aumentados bilateralmente ou presença concomitante de cistos hepáticos, pancreáticos ou esplênicos.

Fonte: BARROS (2013).

Quadro 6 – Achados sugestivos de hematúria por doença glomerular

hemácias dismórficas positiva (especialmente se descrito presença de acantócitos)
presença de acantócitos no exame de urina
proteinúria
cilindros hemáticos
insuficiência renal (elevação de creatinina e/ou ureia)
história familiar de nefrite hereditária ou doença policística renal

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de KURTZ (2017).

PROTOCOLO PARA NEUROLOGIA

Motivos para o encaminhamento

1. Cefaléia prolongada e resistente a tratamento clínico

HDA - História sucinta informando localização, característica, evolução e patologias associadas.

Exames Complementares - Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como eletroencefalograma, radiografias (crânio, seios da face), tomografia e outros. **Exame Físico** - Relatar achados importantes e informar pressão arterial. Caso seja realizado fundo de olho e encontrar papiledema, encaminhar sem exames para avaliação neurocirúrgica de urgência.

Prioridade (em sequelas de cefaléia) - Suspeita de tumor, malformação arteriovenosa, cefaléia em salva. **Serviço de Urgência** - Paciente febril que apresenta dor na nuca, Cefaléia forte com início abrupto, suspeita de lesão expansiva intracraniana de causa vascular, presença de sinais neurológicos focais, alteração de estado mental. **Contra-referência** - retorno à UBS/ESF para acompanhamento com o relatório do especialista. **Obs:** cefaléia de difícil controle associada a distúrbio do comportamento, convulsões agravando progressivo ou instalação súbita e constante, devem sempre ser encaminhadas ao neurologista.

2. Epilepsia, Convulsões e Desmaios

HDA - Relato sucinto da história informando características, evolução, doenças associadas (em especial diabetes) é possível hipoglicemia. **Exames Complementares** - Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como eletroencefalograma, radiografias (crânio, seios da face), tomografia e outros. **Exame Físico** - Relatar achados importantes. **Prioridade**- Suspeita de tumor e crises frequentes. **Contrarreferência** - Retorno ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS/ESF com o relatório do especialista. **Obs:** No caso de convulsão febril em crianças deve se tratar o quadro de base e depois encaminhar ao neurologista. Após avaliação pelo neurologista e confirmando o diagnóstico de epilepsia, o retorno ao especialista deve ocorrer de seis em seis meses. Caso a medicação termine antes do retorno do especialista e estando o paciente 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 está preenchido o relatório de contrarreferência.

3. Distúrbio de Aprendizagem, Retardo Psicomotor e Hiperatividade

HDA - História sucinta especificando qual o atraso do desenvolvimento neuropsicomotor que foi observado, qual o distúrbio do comportamento, o tempo de evolução e dados sobre o parto no primeiro ano de vida. Índice de APGAR (cartão de vacina). **Exames Complementares** - Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, EEG **Exame Físico** - Relatar achados importantes. **Contrarreferência** - Retorno ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS/ESF com o relatório do especialista.

4. 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.

5. 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 ou passe livre deve ser feita pelo neurologista.

6. Manifestações Psicossomáticas

Manifestações orgânicas ou queixas subjetivas que compõe síndrome depressiva ou ansiedade devem ser motivos para encaminhar a saúde mental e não ao neurologista. Psiquiatra de 6/6 meses.

7. Vertigem / Enxaquecas

Dados relevantes da história clínica. Dados discriminadores do exame físico. Suspeita de enxaqueca complicada afastando as demais causas da doença (HAS, DM e dislipidemias, tireoidopatia, disfunção temporomandibular, ansiedade e depressão).

8. Zumbido

Dados relevantes da história clínica e dados discriminadores do exame físico. Suspeita de enxaqueca complicada e refratária à medicação (descrever tratamento prévio).

PROTOCOLO PARA NUTRIÇÃO

O profissional nutricionista será solicitado para apoio às condutas tomadas na ATENÇÃO PRIMÁRIA, desde a infância até idade adulta conforme a vigilância alimentar. Pacientes com patologias confirmadas como diabetes, has, dislipidemias, esteatose e outras deverão passar em consulta individual para orientação nutricional em apoio às equipes da atenção primária.

Principais patologias que provavelmente serão solicitadas avaliação nutricional: Obesidade, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Esteatose hepática.

PROTOCOLO PARA OFTALMOLOGIA

Motivos para o encaminhamento

1. Déficit Visual

HDA - Encaminhar os pacientes com relato de déficit visual ou queixas oculares: prurido, lacrimejamento, com história sucinta, citando presença de outras patologias (diabetes e hipertensão). **Exame Físico** - Citar os achados significativos. **Prioridade** - Pacientes entre 0 a 9 anos e com mais de 40 anos para consultas de 1ª vez. Dor ocular sem trauma, história de trauma e perda súbita de acuidade visual. **Obs:** Pacientes que fazem uso de lentes corretivas

poderão fazer a consulta de revisão de grau a cada 2 anos. **Contra-referência** - Retorno à UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.

2. Cefaléia

HDA - Pacientes com cefaléia persistente, frontal (após período escolar ou após esforços visuais), sem outras causas aparentes (ex: sinusite, inflamações dentárias e enxaquecas). **Não encaminhar** - Cefaléia Matinal ou no meio da noite - não está relacionada a problemas oculares. Pacientes com queixas agudas de cefaléia de forte intensidade com sintomas não associado a dor ocular e baixa de visão, encaminhar às urgências clínicas para avaliação inicial. **Exame Físico** - Aferição da Pressão Arterial. **Prioridade para Regulação** - Priorizar pacientes entre 0 a 7 anos e com mais de 40 anos para consultas de 1ª vez.

3. Pacientes com Diabetes/Hipertensão

HDA - 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). O paciente deve levar ao especialista: exames e relatórios oftalmológicos realizados anteriormente. **Diabetes tipo 1** - Primeira consulta após 3 anos de evolução da doença, com retorno a cada 1 ano nos casos de exame normal (observar fundoscopia). Nos casos de exames alterados a critério do oftalmologista. **Diabetes tipo 2** - Primeira consulta após diagnóstico com acompanhamento a cada um ano para casos sem retinopatia (observar fundoscopia). **Exames prévios** - Glicemia de jejum, hemoglobina glicada recente, colesterol total e frações e outros exames realizados anteriormente. **Prioridade** - Paciente diabético juvenil acompanhamento oftalmológico assim que diagnosticado e os com diabetes tipo 2 acompanhamento anual acima de 3 anos de duração.

4. Inflamação Ocular

HDA - Os pacientes com relato de ardor ou dor, secreção, baixa súbita de visão, hiperemia ocular, diplopia. **Exame Físico** - Citar os achados significativos. **Prioridade** - Pacientes com dor e maior tempo de evolução.

5. Catarata

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

a presença ou não de leucocoria. **Exame Prévio** - Consulta oftalmológica. **Prioridade** - Paciente de olho único, com insucesso no uso de lentes corretivas.

6. Glaucoma

HDA - Encaminhar os pacientes com história familiar de glaucoma. Dados de história clínica.

Exame Físico - Citar os achados significativos. Sintomatologia de Glaucoma agudo: dor ocular muito forte com diminuição súbita de visão, dor de cabeça e vômito algumas vezes, hiperemia intensa. **Prioridade** - Pacientes com história familiar, mesmo que assintomática, acima de 40 anos.

7. Estrabismo

HDA - Encaminhar pacientes com qualquer desvio ocular e compensação do estrabismo pela posição de cabeça (diagnóstico diferencial do torcicolo congênito). **Exame Físico** - Citar os achados significativos. Estrabismo fixo em qualquer idade. Estrabismo não fixo em menores de 1 ano. **Prioridade** - Menores de 7 anos, adultos que apresentam visão dupla de repente.

8. Córnea

HDA - Lacrimejamento, sensação de areia, fotofobia, córnea branca. **Exames físicos** - Achados significativos referentes a HDA. **Prioridade** - Surgimento súbito da sintomatologia.

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

PROTOCOLO PARA ORTOPEDIA

1. Osteoartrite

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Osteoartrite de quadril, joelho ou ombro com potencial indicação para cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado 1 por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária); ou
- Osteoartrite em mãos com deformidade que comprometam a função da mão.

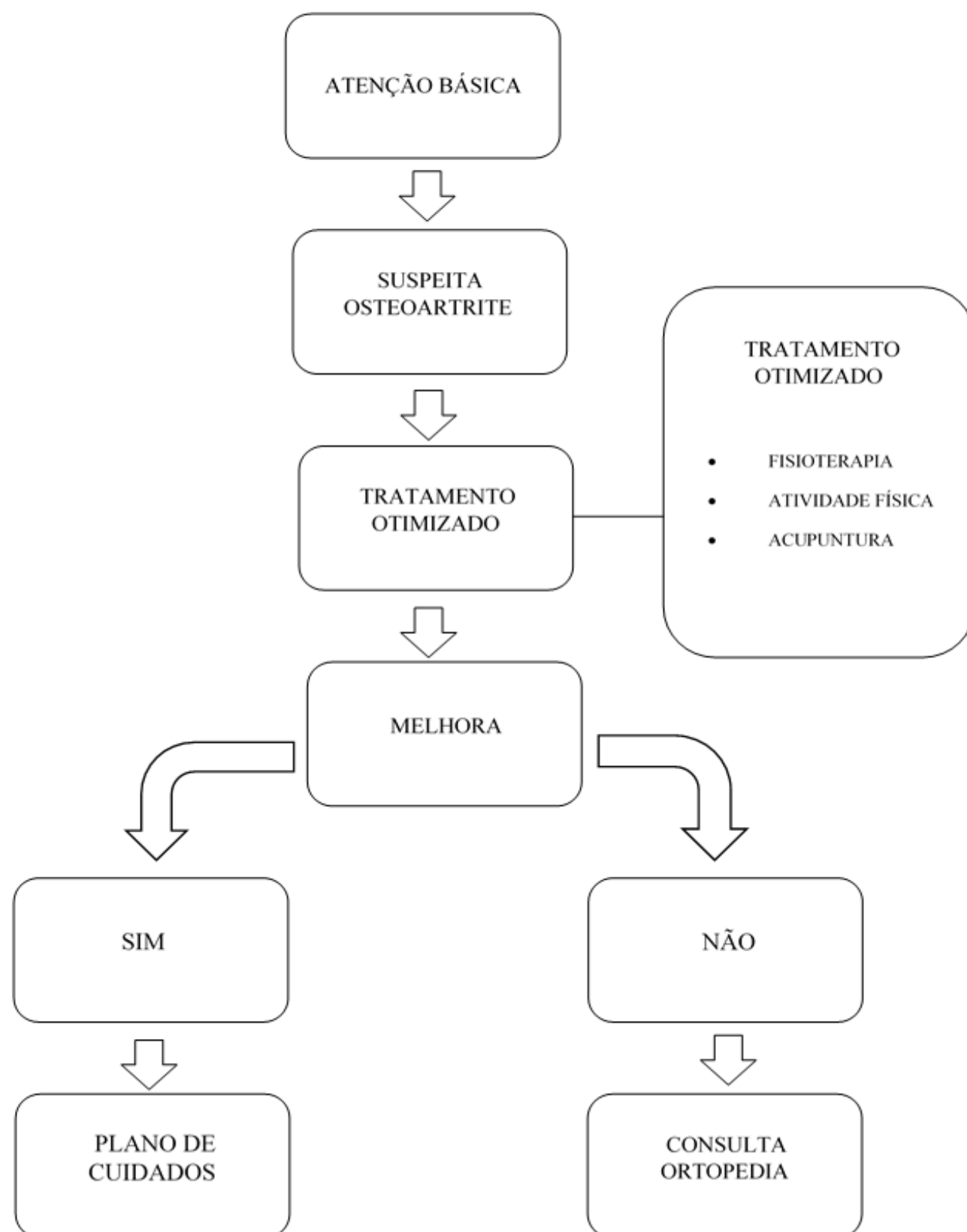
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outro serviço de referência disponível:

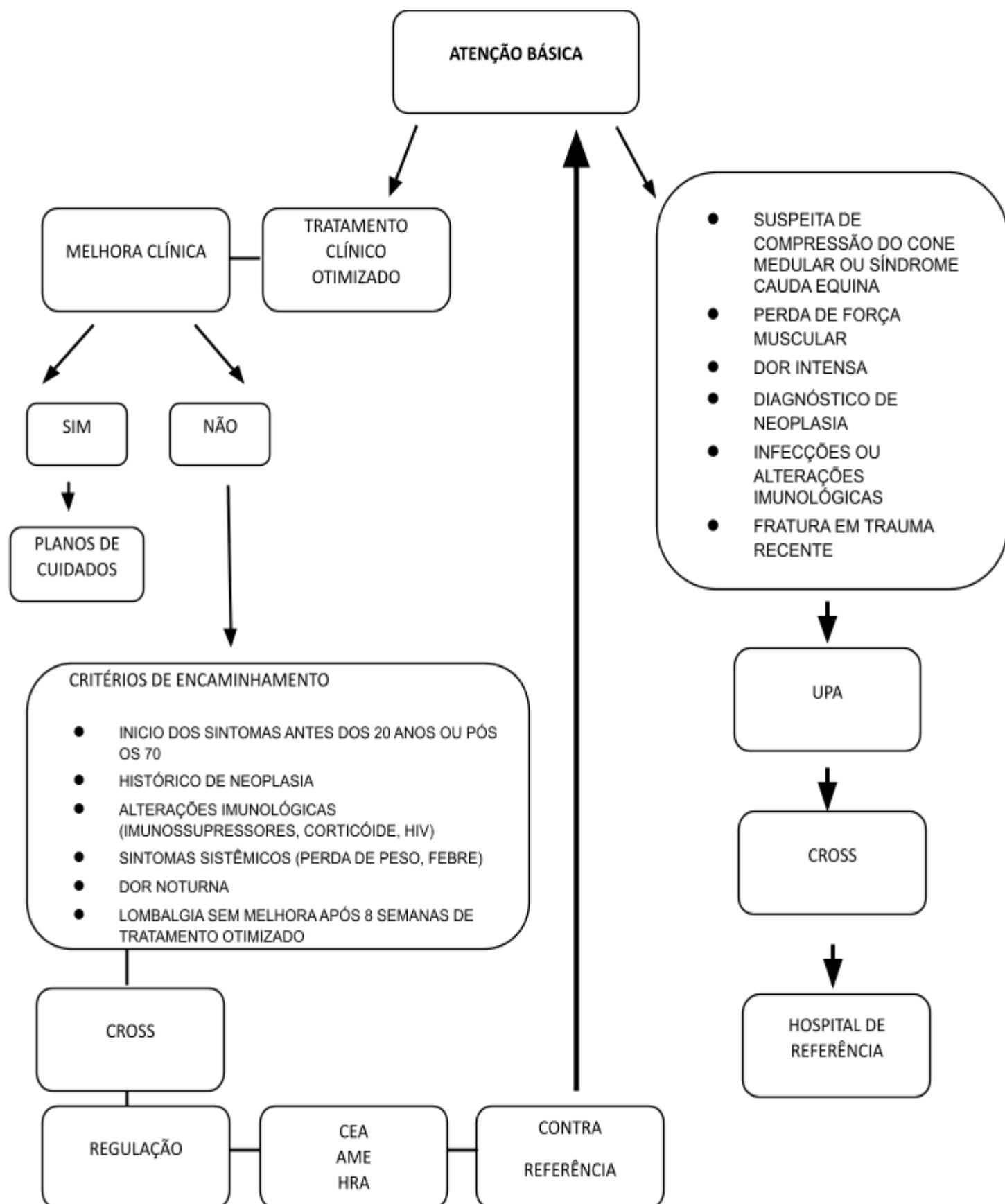
- Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado de 1 para 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Manifestações clínicas que sugerem o diagnóstico:
 - a) Dor articular (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas;
 - b) Hipertrofia óssea na articulação (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas;
 - c) Presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;
 - d) Presença de crepitação, quando sintoma em articulação de joelho (sim ou não);
 - e) Outros sinais e sintomas relevantes (edema da articulação, calor local, deformidade articular);
2. Presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva duração;
3. Resultado de exame de imagem, com data;
4. Resultado de velocidade de hemossedimentação (VHS), com data;
5. Índice de massa corporal (IMC);
6. Tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite (não farmacológico – tipo e duração - e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
7. Comorbidades associadas (psoríase, doença inflamatória intestinal e outras).

ORTOPEDIA OSTEOARTRITE – ATENÇÃO BÁSICA





PROTOCOLO PARA OTORRINOLARINGOLOGIA

1. Diminuição de acuidade auditiva

Dados relevantes de história clínica e exame físico, incluindo descrição da OTOSCOPIA, suspeita de perfuração timpânica, suspeita de doença de Ménière, rolha de Cerume refratária a tratamento clínico, excluir disfunção tubária. **Exames prévios** - Audiometria sem otoscopia sem alteração (descrever laudo técnico se já houver). **Prioridade para encaminhamento** - Perda súbita de audição com ou sem história de trauma físico e suspeita de tumoração.

2. Hipertrofia de Tonsila Adenoideana / Rinites / IVAS

Dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico (avaliação do déficit pondero-estatural), dificuldade para dormir (apnéia do sono) devido a obstrução nasal, otite média aguda e/ou sinusite de repetição (3 ou mais episódios em 6 meses). **Exame prévio** - RX de Cavum realizado

3. Obstrução Nasal

Dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico. Afastar quadro de IVAS, Hipertrofia Tonsilar Adenoideana. Excluir corpo estranho, principalmente em casos de obstrução unilateral

4. Otite

Dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico (descrição da otoscopia), otite média crônica (efusão purulenta por mais de 3 meses), Otite média recorrente (3 ou mais episódios em 6 meses ou 4 em 1 ano). **Prioridade para encaminhamento** - Otite Média Aguda que não respondeu ao tratamento de 1ª e 2ª escolha.

5. Rinite

Dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico. Ausência de resposta a tratamento prévio. Sintomas que prejudicam as atividades rotineiras (escola, lazer e sono). Suspeita de outras patologias otorrinolaringológicas (desvio de septo, hipertrofia de tonsila adenoideana e outras). Excluir rinossinusite infecciosa concomitante, corpo estranho nasal

6. Rinossinusopatia

Dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico. Terceiro episódio no mesmo ano após tratamento clínico. Rinossinusite crônica ou recorrente resistente a tratamento. **Exame prévio** - RX de seio da face com hipótese de sinusopatia crônica

7. Vertigem

Ilusão ou sensação de movimento de tudo que está dentro do campo visual do indivíduo ou de deslocamento do próprio corpo. Sensação de perda da consciência ou síncope eminente - aferição de PA e pulso, sentado e em pé, escuta cardíaca, exame das carótidas e movimentos do pescoço. Sensação de perda de equilíbrio sem vertigem e sem perda da consciência. - observação e descrição do padrão respiratório e emocional. Dados relevantes de história clínica e dados discriminadores de exame físico. Ausência de melhora após manobra de Semont e 10 dias de tratamento medicamentoso (no caso de vertigem), suspeita de doença de Ménière, suspeita de surdez de transmissão. **Prioridade** - Suspeita de tumor e de labirintite bacteriana

8. Zumbido

Dados relevantes da história clínica, dados discriminadores do exame físico (**incluindo descrição da OTOSCOPIA**). Ausência de melhora após controle de doenças de base como DM, HAS, Epilepsia, Enxaqueca, Dislipidemia, Tireoidopatia, disfunção têmporo-mandibular, ansiedade e depressão. Suspeita de Doença de Ménière. **Exames Prévios** - Audiometria solicitada (suspeita de doença de Ménière). **Prioridade** - Suspeita de tumor.

9. Epistaxe

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

PROTOCOLO PARA PNEUMOLOGIA

Motivos de encaminhamento

1. Asma

História clínica sucinta com referência a dispnéia, tempo de evolução e última crise. Relatar os achados importantes do exame físico, em especial em relação à ausculta pulmonar, relatar hipótese diagnóstica e os tratamentos já realizados e os medicamentos com respectivas doses em uso atual. Descrever o motivo do encaminhamento. **Exames Complementares** - RX de tórax em PA e Perfil, RX de seios da face, RX de cavum, hemograma, EPF (em crianças) e Urina Rotina (em crianças).

2. Pneumonias de Repetição

Relatar o início dos sintomas, a frequência das crises, duração, fatores de risco (tabagismo, TBC, asma), doenças associadas e evolução do quadro. Relatar os achados importantes do exame físico, em especial em relação à ausculta pulmonar e hipótese diagnóstica. Relatar os

tratamentos anteriores e os medicamentos em uso atual. Descrever o motivo do encaminhamento. **Exames Complementares** - RX de tórax em PA e Perfil. Orientar o paciente a levar para o especialista as radiografias anteriores

3. Tosse Crônica

História sucinta informando evolução, relação da tosse com esforço e com mudanças climáticas, presença de secreção e doenças associadas. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Informar os medicamentos em uso atual. Descrever o motivo do encaminhamento. **Exames Complementares** - RX de tórax em PA e Perfil, RX de cavum e seios da face, hemograma e PPD. A critério do pediatra, solicitar também EPF e Urina Rotina.

PROTOCOLO PARA PROCTOLOGIA

Protocolo 1 – Hemorroidas Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **hemorróidas internas ou mistas** que persistem sintomáticas após tratamento conservador por 2 meses (suplementação alimentar de fibras e aumento de ingesta hídrica, banho de assento, evitar uso de papel higiênico); ou
- **hemorróidas internas com grau III e IV** (ver quadro 1 no anexo). Atenção: Pacientes com hemorroidas, mas que apresentam sintomas sugestivos de malignidade (sangramento de características atípicas para hemorróidas, emagrecimento, anemia ferropriva, mudança de hábito intestinal recente) devem ser encaminhados ao serviço especializado para investigação precoce (ver protocolo Suspeita de neoplasia no trato gastrointestinal inferior). Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter: 1. sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal); 2. classificação das Hemorroidas (interna, externa ou mista) e classe das hemorroidas internas (Grau I a IV); 3. tratamentos já realizados para hemorroidas (tratamento conservador com tempo de duração e procedimentos

Protocolo 2 – Fissura Anal Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **fissura anal** recorrente/refratária ao tratamento clínico conservador por 2 meses; ou
- **fissura anal** com comorbidade orifical cirúrgica (fístula).

Protocolo 3 – Fístula Anal Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- caso suspeito (secreção perianal persistente, abscessos anorretais recorrentes) ou diagnóstico de fístula anorretal.

Protocolo 4 - Condiloma acuminado/ Verrugas virais Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- pacientes com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou numerosas). Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **Dermatologia**:

- pacientes imunossuprimidos com verrugas refratárias ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões; ou

- pacientes com condiloma acuminado (verruga viral genital ou perianal)/verrugas virais refratárias ao tratamento por pelo menos 3 meses. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **Ginecologia**:

- Mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas). Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **Urologia**:

- homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosa

Protocolo 5 – Suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal inferior Atenção: A investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida em adultos também requer solicitação de endoscopia digestiva alta para avaliação do trato gastrointestinal superior. Rastreamento de paciente com história familiar ou suspeita de síndrome de Lynch 1 ou Polipose Adenomatosa Familiar 2 deve ser feito em serviço especializado de genética e gastroenterologia. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para colonoscopia na APS:

- investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida (hemoglobina menor que 13 g/dL em homens e menor que 12 g/dL em mulheres), sem outros sinais e sintomas que orientem investigação inicial; ou
- sangramento persistente em trato gastrointestinal inferior não atribuível a doença orifical; ou
- episódio de melena no qual foi

excluído origem do sangramento no trato gastrointestinal superior; ou • rastreamento de paciente com história familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados 2; • acompanhamento de lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico (ver quadro 2 no anexo). Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia: • pacientes com indicação de colonoscopia na impossibilidade de realizar o exame na APS; ou • acompanhamento de lesões colorretais pré-malignas de maior potencial neoplásico (ver quadro 2 no anexo). Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia ou cirurgia do aparelho digestivo: • diagnóstico de neoplasia maligna colorretal. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia: • suspeita (massa ou úlcera anal persistente) ou diagnóstico de neoplasia maligna de canal anal; ou • suspeita clínica/radiológica de neoplasia maligna colorretal (quadro 3 no anexo)

1 Critérios de Amsterdã II (presença de todos os critérios): três ou mais familiares com neoplasias associadas à Síndrome de Lynch (adenocarcinoma colorretal, de endométrio, de intestino delgado ou carcinoma de células transicionais de vias excretoras renais ureter ou pelve renal), • um dos familiares deve ser de primeiro grau, • um ou mais familiares foram diagnosticados com câncer colorretal antes dos 50 anos, • dois ou mais gerações sucessivas acometidas, • exclusão de polipose adenomatosa familiar. 2 Quando câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados ocorrerem em familiar de primeiro grau antes dos 60 anos ou em dois familiares de primeiro grau em qualquer idade, solicitar colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade de acometimento do familiar mais jovem. Se o câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados ocorrerem em familiar de primeiro grau maior que 60 anos, solicitar colonoscopia aos 50 anos.

Anexos – Quadros auxiliares

Quadro 1 – Classificação das hemorroidas internas

Grau	Apresentação Clínica
I	Sangramento, sem prolapso durante a evacuação
II	Prolapso à evacuação, com redução espontânea para o canal anal
III	Prolapso à evacuação, com necessidade de redução manual para o canal anal
IV	Sempre prolapsadas, redução manual inefetiva

Fonte: DUNCAN (2013).

Quadro 2 – Acompanhamento de lesões pré-malignas em topografia colorretal com colonoscopia

Lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico	Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos)
Pólipos hiperplásicos pequenos (<10 mm) no reto ou sigmoide	10
1 a 2 adenomas tubulares pequenos (<10 mm)	5 a 10
Lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico	Sugerido acompanhamento em serviço especializado. Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos).
3 a 10 adenomas tubulares	3
>10 adenomas	< 3
≥1 adenoma tubular ≥ 10 mm	3
≥1 adenoma viloso	3
Adenoma com displasia de alto grau	3
Pólipo serrátil sésil < 10 mm sem displasia	5
Pólipo serrátil ≥ 10 mm ou com displasia	3
Síndrome de polipose serrátil*	1

Fonte: AHNEN; MACRAE (2015).

Os fatores relacionados com maior risco de Câncer colorretal são: tamanho do pólio > 1 cm; padrão histológico viloso e presença de displasia de alto grau.

* ≥ 5 pólipos serráteis proximais ao sigmoide com pelo menos 2 ≥ 10mm; qualquer pólio serrátil proximal ao sigmoide com história familiar de síndrome de polipose serrátil; > 20 pólipos serráteis de qualquer tamanho no cólon.

Quadro 3 – Alta suspeita de neoplasia colorretal.

Massa abdominal em topografia colônica ou retal identificada em exame físico ou exame de imagem
Idade superior a 60 anos com anemia por deficiência de ferro ou mudança de hábito intestinal
Idade superior a 50 anos com sangramento retal e/ou outros sintomas como dor abdominal/retal, tenesmo, mudança de hábito intestinal persistente, emagrecimento, anemia por deficiência de ferro.
Idade superior a 50 anos com sangramento retal não atribuível à doença orificial.
Idade superior a 40 anos com emagrecimento involuntário e dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada.

Fonte: TELESSAUDERS (2015) adaptado de NICE (2015).

PROTOCOLO PARA PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Pacientes com suspeita de acretismo placentário, história de tromboembolismo prévio, hipertireoidismo, anemia grave, diabetes prévio à gestação, pré-eclâmpsia atual (após avaliação emergência) ou histórico de pré-eclâmpsia em gestações anteriores, histórico ou incompetência istmocervical atual ou outras comorbidades maternas graves devem ter preferência no encaminhamento ao Pré Natal de Alto Risco, quando comparado com outras condições clínicas.

1 – Hipertensão em Gestantes

Considerar Hipertensão Arterial Sistêmica gestantes com pressão arterial sistólica

≥ 140 mmHg ou pressão arterial diastólica

≥ 90 mmHg medida de maneira adequada, em pelo menos duas ocasiões.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/ Emergência

ginecológica:

- suspeita de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (**quadro 1**); ou
- crise hipertensiva (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto

Risco):

- hipertensão crônica (previamente hipertensa ou diagnosticada antes da 20ª semana gestacional) com:
 - lesão em órgão alvo (presença de microalbuminúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia); ou
 - hipertensão grave (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg), independente do tratamento, após avaliação em emergência; ou
 - hipertensão leve a moderada (PA sistólica ≥ 140 a 159 mmHg ou PA diastólica ≥ 90 a 109 mmHg) em uso de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos; ou
 - suspeita de hipertensão secundária; ou
 - tabagismo; ou
 - idade materna ≥ 40 anos; ou
 - diagnóstico de diabetes mellitus ou diabetes gestacional; ou

- mau resultado obstétrico e/ou perinatal em gestação prévia (interrupção prematura da gestação, morte fetal

intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória, internação em CTI durante a gestação, entre outras); ou

- Sinais de insuficiência placentária (oligoidrâmnio, restrição de crescimento fetal, aumento de resistência de

artérias uterinas).

• hipertensão gestacional:

- diagnosticada após 20ª semana (após exclusão da suspeita de pré-eclâmpsia); ou

- diagnóstico de pré-eclâmpsia (após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica); ou

- em gestação prévia com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte

fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou

internação em CTI durante a gestação, entre outras)

2 – Diabetes em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto

Risco):

• diabetes mellitus na gestação (diagnóstico estabelecido antes da gestação ou com glicemia de jejum ≥ 126

mg/dl identificada na gestação – **quadro 2**); ou

• diabetes mellitus gestacional (quadro 2) e:

- necessidade de tratamento farmacológico para obter controle glicêmico adequado; ou

- gestante com hipertensão crônica.

O tratamento não farmacológico (orientações dietéticas e atividade física apropriada) deve ser iniciado em todas as gestantes com diabetes gestacional. Se não houver controle glicêmico adequado em 2 semanas (glicemia capilar em jejum < 95 mg/dl ou 2 horas após a refeição < 120 mg/dl) orienta-se iniciar tratamento farmacológico e encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.

3 – Anemias em Gestantes

Não há indicação de referenciar ao serviço especializado gestantes com traço falciforme.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro

Obstétrico/Emergência ginecológica:

⌚ anemia sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão) e/ou instabilidade hemodinâmica; ou

⌚ doença falciforme com crise álgica ou outros sinais de gravidade; ou

 presença de citopenias concomitantes com critérios de gravidade (quadro 3).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto

Risco):

- gestante com diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias; ou
- hemoglobina < 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade; ou
- hemoglobina $\geq$ 8 g/dl e < 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias, se anemia ferropriva); ou
- hemoglobina < 10 g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia.

4 – Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestantes

A triagem universal de gestantes assintomáticas para doenças da tireoide não é recomendada. O TSH deve ser solicitado para pacientes com suspeita clínica ou diagnóstico prévio de disfunção tireoidiana. Os valores de referência para o TSH na gestação estão disponíveis no quadro 4.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto

Risco):

- suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo); ou
- Paciente com hipotireoidismo primário usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina sem controle adequado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia e Obstetrícia (Pré Natal de Alto Risco):

- diagnóstico de hipertireoidismo franco ou hipertireoidismo subclínico, afastada tireotoxicose gestacional transitória 1 (diagnóstico diferencial no quadro 5).

5 – Gestação com abortamento recorrente ou risco de prematuridade

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/ Emergência ginecológica:

- sinais e sintomas sugestivos de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado a dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular);
- suspeita de trabalho de parto pré-termo (contrações regulares e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto

Risco):

- História de abortamento recorrente:
 - perda espontânea e consecutiva de duas ou mais gestações, documentadas por ecografia ou exame histopatológico;
- Suspeita atual ou história prévia de incompetência istmo-cervical:
 - perda espontânea de uma ou mais gestações no segundo trimestre ou nascimento espontâneo de pré termo extremo (abaixo de 28 semanas); ou
 - suspeita atual de incompetência istmo-cervical na gestante assintomática (comprimento cervical determinado por ecografia transvaginal inferior a 2,5 cm, antes de 24 semanas, em mulher com história de parto prematuro prévio);
- Suspeita clínica de síndrome antifosfolípídeo (quadro 6).

6 – Hepatite B e C em Gestantes

Gestantes com hepatite B devem ter prioridade no encaminhamento, em razão da possibilidade de profilaxia para prevenção da transmissão vertical:

- Profilaxia medicamentosa durante gestação: a profilaxia com tenofovir é indicada a partir da 28ª semana de idade gestacional em gestantes com HBeAg positivo ou carga viral acima de 200.000 UI/mL, e considerada se ALT >2x o limite superior do normal.
- Profilaxia com imunoglobulina e vacina no RN ao nascimento: indicada em todos os nascidos de mães portadoras de hepatite B, devem ser iniciadas até 12h após o nascimento.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Infectologia (preferencialmente)

ou Gastroenterologia (Hepatites virais):

- gestante com hepatite B diagnosticada por positividade de HBsAg ou teste rápido para hepatite B; ou
- Gestante com hepatite C confirmada por carga viral do vírus C.

7 – HIV em Gestantes

Gestantes com diagnóstico de HIV /AIDS (quando serviço de referência em HIV não trata gestantes) podem ser encaminhadas para alto risco.

8 – Toxoplasmose em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico /Emergência ginecológica:

- pacientes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/reactivada; ou

- suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto

Risco ou Medicina Fetal):

- suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose gestacional (quadro 7).

9 – Condiloma acuminado / Verrugas virais em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto

Risco):

- condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas – maiores que 20 cm²); ou
- condiloma acumulado no canal vaginal ou colo uterino.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- condiloma acuminado (exterior ao canal vaginal) ou verrugas virais (em outras localizações) refratárias ao tratamento com ácido tricloroacético (ATA) por 3 meses.

10 – Sífilis em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico /Emergência ginecológica:

- gestante com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização); ou
- gestante com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos e oftalmológicos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto

Risco ou Medicina Fetal):

- gestante com falha ao tratamento/suspeita de neurosífilis assintomática (títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e das parcerias sexuais, com penicilina benzatina); ou
- achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita

11 – Alterações ecográficas na Gestação

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico /Emergência / ginecológica:

- polidrâmnio sintomático (dor, dispneia);
- placenta prévia com sangramento;

- oligodrâmnio (para avaliação de bem-estar-fetal);
- crescimento intra-uterino restrito (para avaliação de bem-estar fetal).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto

Risco):

Alterações no líquido amniótico:

- oligodrâmnio ($ILA \leq 5$ cm ou bolsão < 2 cm), após avaliação em emergência obstétrica; ou
- polidrâmnio ($ILA \geq 24$ cm ou bolsão ≥ 8 cm); ou

Alterações placentárias:

- placenta prévia completa (oclusiva total), independente da idade gestacional; ou
- placenta prévia oclusiva parcial (com implantação baixa) em ecografia realizada em gestante com mais de

28 semanas de gestação; ou

- acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre

cicatriz de cesariana prévia); ou

- inserção velamentosa do cordão ou vasa prévia.

Alterações fetais:

- crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional), após avaliação em

emergência obstétrica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Medicina Fetal):

- evidência ecográfica de fetos com malformações congênitas maiores (quadro 9) ou sugestivas de prováveis doenças genéticas (microcefalia, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, etc); ou
- ecografia obstétrica realizada entre 11 a 13+6 semanas com translucência nucal acima do percentil 95 para

idade gestacional conforme o comprimento cabeça-nádega (quadro 10).

12 – Isoimunização Rh

Se a gestante for Rh negativa, deve-se pedir o teste de Coombs indireto na primeira consulta ou assim que possível, a fim de identificar sensibilização prévia. Se for negativo, deve-se repeti-lo mensalmente a partir das 24 semanas de gestação. Todas as mulheres Rh negativas devem fazer o teste de Coombs indireto, independente da tipagem sanguínea e fator Rh do parceiro.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico /Emergência ginecológica:

- isoimunização Rh com feto apresentando achados ecográficos de anemia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto

Risco):

- gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior; ou
- gestante com Rh negativo e Coombs indireto positivo, em qualquer título; ou
- gestante com Rh negativo com feto apresentando achados ecográficos de anemia), após avaliação em emergência obstétrica.

13 – Condições clínicas de risco à gestação atual

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

Condições fetais

- gemelaridade; ou
- suspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina, quando não houver ecografia disponível.

Condições maternas

- infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves; ou
- pneumopatias graves; ou
- nefropatias graves (como doença renal crônica, glomerulonefrite); ou
- doenças hematológicas (como trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática); ou
- doenças neurológicas (como epilepsia, acidente vascular encefálico prévio, paraplegia/tetraplegia); ou
- doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, outras colagenoses); ou
- anormalidades uterinas congênitas (útero bicorno, septado, didelfo, etc.) e adquiridas (grandes miomas de

segmento anterior; miomas de localização retroplacentária; miomas volumosos ou múltiplos, que causem distorção da cavidade uterina; miomectomia prévia ou mioma com história de perdas gestacionais, conização prévia).

- deformidade esquelética materna grave; ou
- desnutrição ou obesidade mórbida; ou
- cirurgia bariátrica prévia até 1 ano antes da gestação ou histórico de cirurgia bariátrica com deficiência

nutricional atual; ou

- diagnóstico de neoplasia maligna atual (com exceção de neoplasia de pele não melanoma); ou

- suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau); ou
- tromboembolismo venoso prévio (**Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso** (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) devem iniciar tratamento profilático na Atenção Primária à Saúde

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria:

- doenças psiquiátricas graves que necessitam acompanhamento com especialista focal (como psicose, depressão grave ou transtorno de humor bipolar).

14 – Condições clínicas de risco em gestação prévia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto

Risco):

Condições fetais

- história de óbito fetal no 3º trimestre.
- História prévia de fetos com malformações congênitas maiores (quadro 9); ou doenças raras (como cromossomopatias, erro inato de metabolismo, entre outras).

Condições maternas

- mau antecedente obstétrico (Síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação, entre outros); ou
- acretismo placentário em gestação anterior; ou
- história de parto prematuro com menos de 34 semanas; ou
- cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.

15 – Trombocitopenia na gestação

Trombocitopenia gestacional é a causa mais comum de plaquetopenia durante a gestação, aparece principalmente no terceiro trimestre, é assintomática e a contagem de plaquetas geralmente é acima de 100 mil. Trombocitopenia gestacional não aumenta o risco de desfechos desfavoráveis para mãe ou feto, nem o risco de sangramento durante o parto.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico /Emergência ginecológica:

- qualquer manifestação hemorrágica; ou
- trombocitopenia assintomática e valor de plaquetas inferior a 30 mil/mm³; ou
- citopenias com critérios de gravidade (quadro 3); ou
- trombocitopenia associada a:
 - aumento da pressão arterial (PA sistólica $\geq$ 140 mmHg ou PA diastólica $\geq$ 90 mmHg); ou
 - presença de anemia hemolítica; ou
 - elevação de transaminases ou provas de função hepática; ou
 - perda de função renal (elevação de creatinina prévia, proteinúria)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto

Risco):

- trombocitopenia com contagem plaquetária <100.000 céls/mm³, em qualquer trimestre da gestação -
- suspeita de outras causas que não trombocitopenia gestacional (avaliação inicial no quadro 11).

Quadro 1 – Diagnóstico de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia

Pré-eclâmpsia

Hipertensão arterial (PAS $\geq$ 140 mmHg ou PAD $\geq$ 90 mmHg*) detectada em duas ocasiões com pelo menos 4h de intervalo, após a 20ª semana gestacional em uma mulher sem hipertensão prévia e início de qualquer uma das seguintes situações:

- proteinúria (relação proteinúria/creatininúria $\geq$ 0,3 mg/dL; 300 mg ou mais em urina de 24h ou fita reagente $\geq$ 2+); ou
- plaquetopenia (<100.000 céls/mm³); ou
- creatinina sérica $>1,1$ mg/dL ou o dobro da creatinina basal, na ausência de outras doenças renais; ou

- transaminases elevadas >2x o valor superior da normalidade; ou
- edema pulmonar; ou
- sintomas cerebrais ou visuais (cefaléia persistente ou grave, visão turva, escotomas, fotofobia, cegueira, confusão mental); ou
- dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, grave e persistente, não explicada por diagnósticos alternativos.

Pré-eclâmpsia com hipertensão crônica

Em gestantes com hipertensão preexistente, os critérios para pré-eclâmpsia sobreposta são qualquer uma das

seguintes situações, após 20 semanas de gestação:

- novo início de proteinúria, ou
- disfunção significativa de órgãos-alvo.

Naquelas que apresentam proteinúria antes ou no início da gravidez, a pré-eclâmpsia sobreposta é definida por piora ou resistência da hipertensão (especialmente aguda) na última metade da gestação ou desenvolvimento de sinais e sintomas de gravidade da doença.

Eclâmpsia

Crise convulsiva em pacientes com pré-eclâmpsia.

* Se PAS $\geq$ 160 mmHg ou PAD $\geq$ 110 mmHg, a confirmação dentro de 15 minutos é suficiente.

Quadro 2 – Definições de hiperglicemia na gestação

Diabetes Mellitus (DM) na gestação:

- DM (tipo 1, 2 ou outro) diagnosticado antes do período gestacional; ou
- Diagnóstico de DM durante a gestação, conforme os seguintes parâmetros*:
- Glicemia em jejum maior ou igual 126 mg/dL;
- Glicemia 2 horas após sobrecarga de 75 g de glicose maior ou igual a 200 mg/dL;
- Hemoglobina glicada maior ou igual 6,5%;

- Glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL na presença de sintomas (poliúria, polidipsia e perda de peso).

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):

Hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, com níveis glicêmicos que não atingem critérios para diagnóstico de DM.

- Critérios diagnóstico para DMG, conforme os seguintes parâmetros*:
 - glicemia em jejum realizada no primeiro trimestre com valor maior ou igual a 92 mg/dL e menor ou igual a 125 mg/dL*; ou
 - glicemia avaliada pelo Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com sobrecarga de 75 g de glicose

(realizado entre 24 e 28 semanas, para gestantes que no primeiro exame de glicemia apresentaram

valor inferior a 92 mg/dL) com pelo menos um dos seguintes resultados:

- glicemia em jejum maior ou igual a 92 mg/dL e menor ou igual a 125 mg/dL; e/ou
- glicemia após 1 hora maior ou igual a 180 mg/dL; e/ou
- glicemia após 2 horas maior ou igual a 153 mg/dL e menor ou igual a 199 mg/dL.

*Confirmar com a paciente se foi realizado jejum adequado de 8h (incluindo líquidos, chá, balas, etc.)

Quadro 3 – Citopenias com critérios de gravidade

- citopenias e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (como fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimoses, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou
- citopenias em pessoas com linfadenomegalia/esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; ou
- presença de blastos e promielócitos no sangue periférico; ou
- paciente com febre e neutropenia (< 1500 céls/ μ L); ou

■ bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como:

- hemoglobina < 7 g/dl; e/ou
- neutrófilos < 500 céls/µl; e/ou
- plaquetas < 50 mil plaquetas/mm³.

Quadro 4 – Valores de referência do TSH na gestação (na ausência de valores normais estabelecidos pelo laboratório)

- 1º trimestre: 0,1 a 4,0 mU/L
- 2º trimestre: 0,5 a 4,5 mU/L
- 3º trimestre: 0,5 a 4,5 mU/L

Quadro 5 – Diagnóstico diferencial entre tireotoxicose gestacional transitória e hipertireoidismo na gestação

Tireotoxicose gestacional transitória Hipertireoidismo (mais comum a Doença de Graves)

- TSH suprimido no primeiro trimestre (<0,1 mU/L) associado a elevação de T4 ou T3 total até 1,5 vezes o valor superior de referência em não-gestantes (aumento fisiológico de globulina ligadora da tiroxina e de T4 total na gestação).

- ausência de marcadores autoimunes (TRAB).

- Costuma estar associado a hiperêmese gravídica, gestações múltiplas e doença trofoblástica gestacional

(situações com HCG muito elevado)

- Características clínicas de Graves geralmente ausentes.

- TSH suprimido no primeiro trimestre (<0,1 mU/L) associado a elevação de T4 ou T3 total acima de 1,5

vezes o valor superior de referência em não-gestantes.

- Marcadores autoimunes (TRAB) positivos em 95% dos casos.

- Características clínicas de Graves presentes:

oftalmopatia, bócio (com ou sem sopro), alterações ungueais.

Quadro 6 – Suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo (pelo menos um dos critérios clínicos)

Trombose vascular:

- um ou mais episódios de trombose arterial ou venosa confirmada, com exceção de trombose venosa superficial.

Morbidade obstétrica:

- uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfolologicamente normais a partir da 10ª semana de gestação.
- um ou mais nascimentos prematuros ocasionados por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária grave.
- três ou mais abortos espontâneos inexplicáveis consecutivos antes da 10ª semana, com causa cromossômica excluída.

Quadro 7 – Sorologia: situação e interpretação (considerar sorologias prévias para auxiliar na interpretação diagnóstica, início de tratamento e indicação de encaminhamento)

Quadro 7 – Sorologia: situação e interpretação (considerar sorologias prévias para auxiliar na interpretação diagnóstica, início de tratamento e indicação de encaminhamento)

SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO / CONDUTA	
	IgG	IgM		
Primeira sorologia	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com infecção passada.	Não é necessário repetir sorologia. Manter pré-natal na APS.
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Orientar medidas de prevenção. Repetir sorologia no próximo trimestre. Manter pré-natal na APS.
	Positiva	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação	Solicitar teste de Avidéz ao IgG. Iniciar tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco. Notificar.
	Negativa	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação ou IgM falso positivo	Repetir sorologias em 03 semanas. Iniciar tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco. Notificar.
Amostras subsequentes na gestante inicialmente suscetível (com IgG - / IgM -)	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com infecção passada.	
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	
	Positiva	Positiva	Infecção durante a gestação.	Iniciar tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco. Notificar.
	Negativa	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação ou IgM falso positivo.	Repetir sorologias em 03 semanas. Iniciar tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco. Notificar.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2019).

Quadro 8 – Tratamento da sífilis na gestação

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
Sífilis primária, secundária ou latente recente (menos de 2 anos de evolução)	Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM (dose única).
Sífilis terciária ou latente tardia (mais de 2 anos de evolução ou com duração ignorada)	Penicilina Benzatina 7,2 milhões UI, IM (3 doses de 2,4 milhões, com intervalo de 7 dias entre cada dose).
Neurossífilis	Penicilina Cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2019) adaptado de PCDT-Prevenção da Transmissão Vertical De HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2019).

Quadro 9 – Anomalias congênitas maiores e menores

Anomalias maiores: anomalias estruturais, com consequências médicas e sociais, sendo mais comuns em fetos abortados do que em nativos (1%).

- Anencefalia
- Holoprosencefalia
- Meningocele com ou sem hidrocefalia
- Fendas palatinas (com ou sem lábio leporino)
- Hérnia diafragmática
- Cardiopatia congênita
- Agenesia renal unilateral
- Estenose de piloro
- Malformação de membros superiores ou inferiores.

Anomalias menores: Anomalia estrutural relativamente frequente, sem consequências médicas e sociais. A incidência é de cerca de 15% nos nascidos vivos.

- Crânio: Forames parietais, bossa frontal ou parietal, proeminência da fronte, fronte alta ou curta, fronte inclinada.
- Região periocular: ptose palpebral, entropião, estenose ou atresia do ducto lacrimal.
- Olhos: pequenos colobomas de íris, heterocromia iridum, manchas de Brushfield, pterígio.
- Nariz: columela curta, nariz bulboso, hipoplasia das asas do nariz, ponte nasal ampla.
- Cavidade oral: palato gótico, fossetas palatinas, torus palatinus, hipodontia, hipoplasia ou ausência dos incisivos maxilares laterais, dentes palatinos supranumerários, dentes em pá, dentes incisivos entalhados, dentes de Hutchinson, Molares de Mulberry, dente incisivo bigeminado.
- Pescoço: arcos branquiais remanescentes.
- Abdome: Hérnia ventral, artéria umbilical única, posição umbilical não usual.
- Mãos: clinodactilia, dedos cônicos, dedo acessório, quarto metacarpal curto, sindactilia cutânea.
- Pés: hálux distal largo, quarto metatarsal curto, dedos em martelo, sindactilia de artelhos.
- Genitália feminina: adesões entre os pequenos lábios, clitoromegalia.
- Genitália masculina: hidrocele, hipospadia, criptorquidia.
- Ânus e períneo: apêndices anais, estenose anal, imperfuração anal.
- Pele: nevos benignos pigmentados, manchas mongólicas, manchas café com leite.
- Nevos benignos hamartomatosos: nevos epidérmicos, angiofibromas.
- Nevos vasculares: manchas róseas, manchas vinho do porto, telangiectasias, hemangiomas capilares,

Nevos vasculares: manchas róseas, manchas vinho do porto, telangiectasias, hemangiomas capilares, hemangiomas cavernosos.

Pele e anexos: implantação baixa de cabelos na nuca, placas de alopecia congênita, mamas extranumerárias, apêndices cutâneos, unhas hiperconvexas.

Outras anomalias: mamilos supranumerários, fossetas cutâneas normais.

Quadro 10 – Percentil 95 para translucência nuchal (TN) conforme comprimento cabeça-nádega (CCN)

Comprimento cabeça nádega - CCN (mm)	Translucência nuchal - TN (mm) Percentil 95
45 a 52	2,10
53 a 57	2,20
58 a 62	2,30
63 a 65	2,40
66 a 74	2,50
75 a 83	2,60
84	2,70

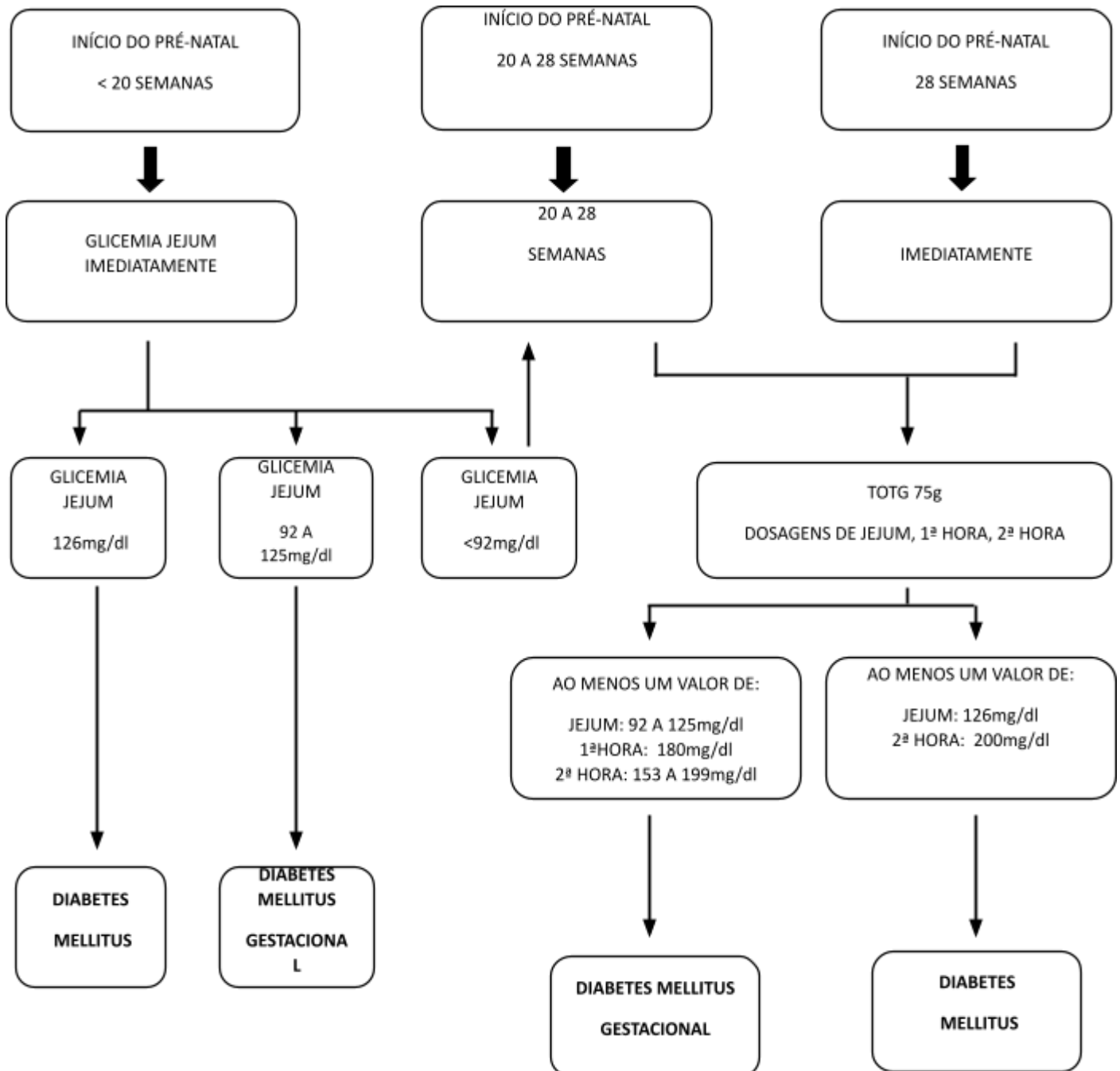
Fonte: Melo e Fonseca. Medicina Fetal (2012).

Quadro 11 - Investigação laboratorial inicial de trombocitopenia na gestação

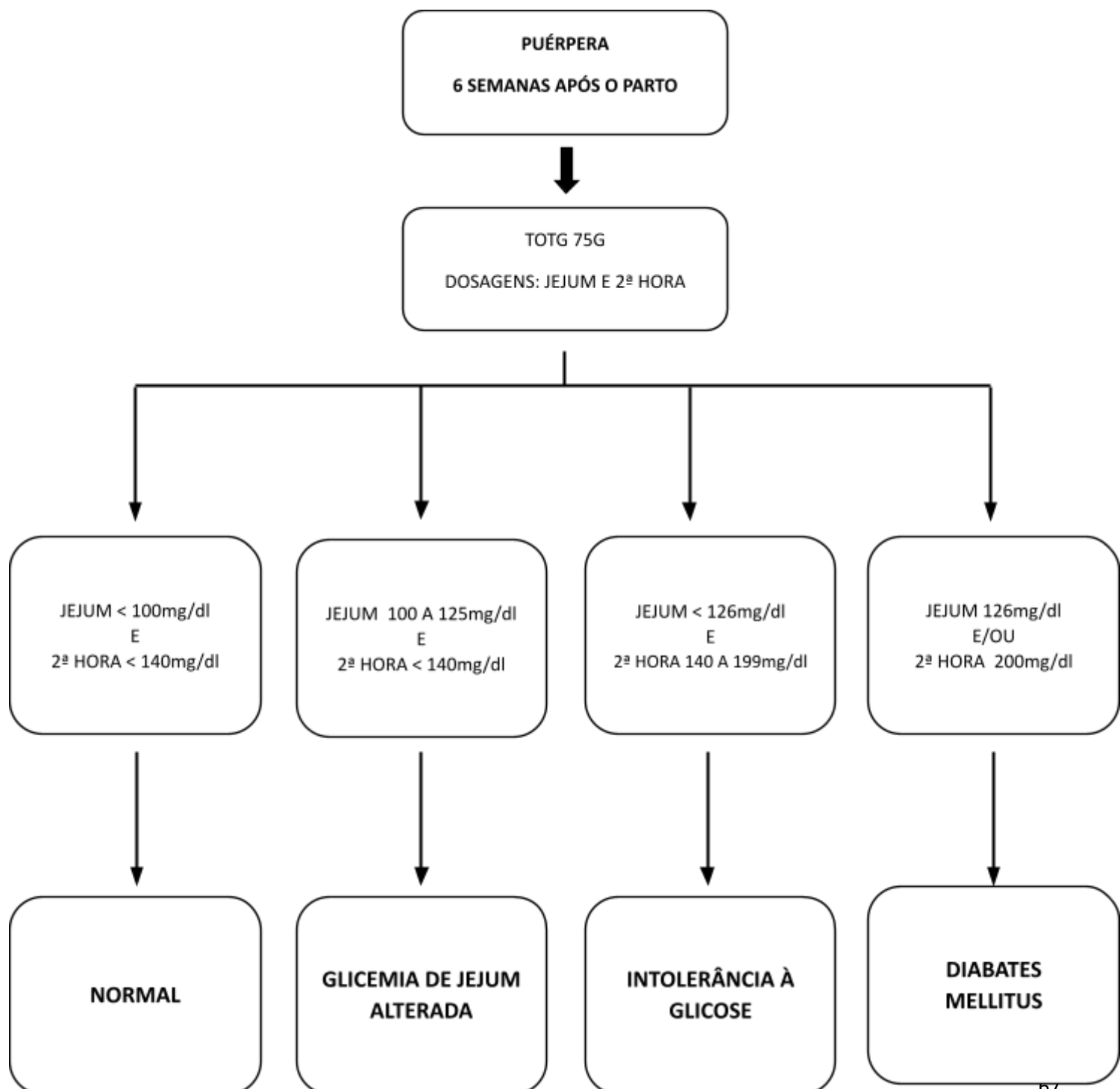
- Hemograma com plaquetas - Análise do esfregaço do sangue periférico - Reticulócitos - Coombs direto - TGO/ TGP, albumina, TP/ KTTp - Anti-HCV, anti-HIV, HbsAg - Creatinina, proteinúria em amostra - Conforme suspeita clínica: FAN, TSH, vitamina B12 e ácido fólico
--

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2019) adaptado de Martins-Costa (2017).

RASTREAMENTO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

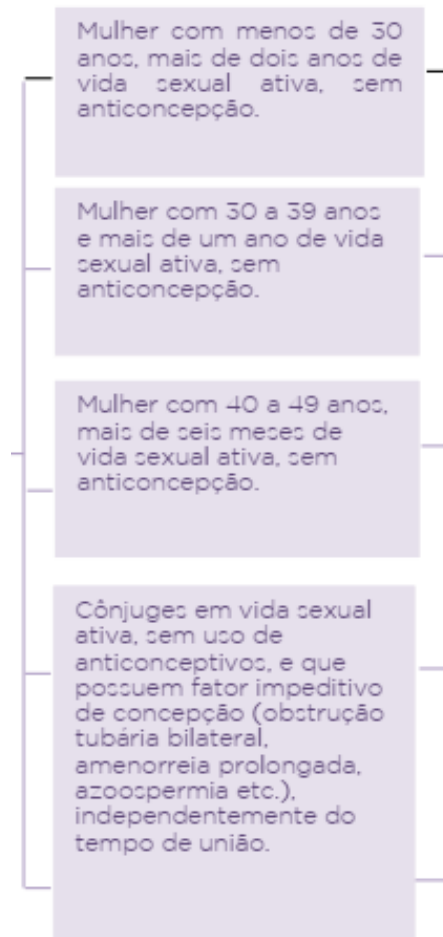


DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2
DE MULHERES COM DIABETES GESTACIONAL
(ATENÇÃO PRIMÁRIA)



PROTOCOLO REPRODUTIVO

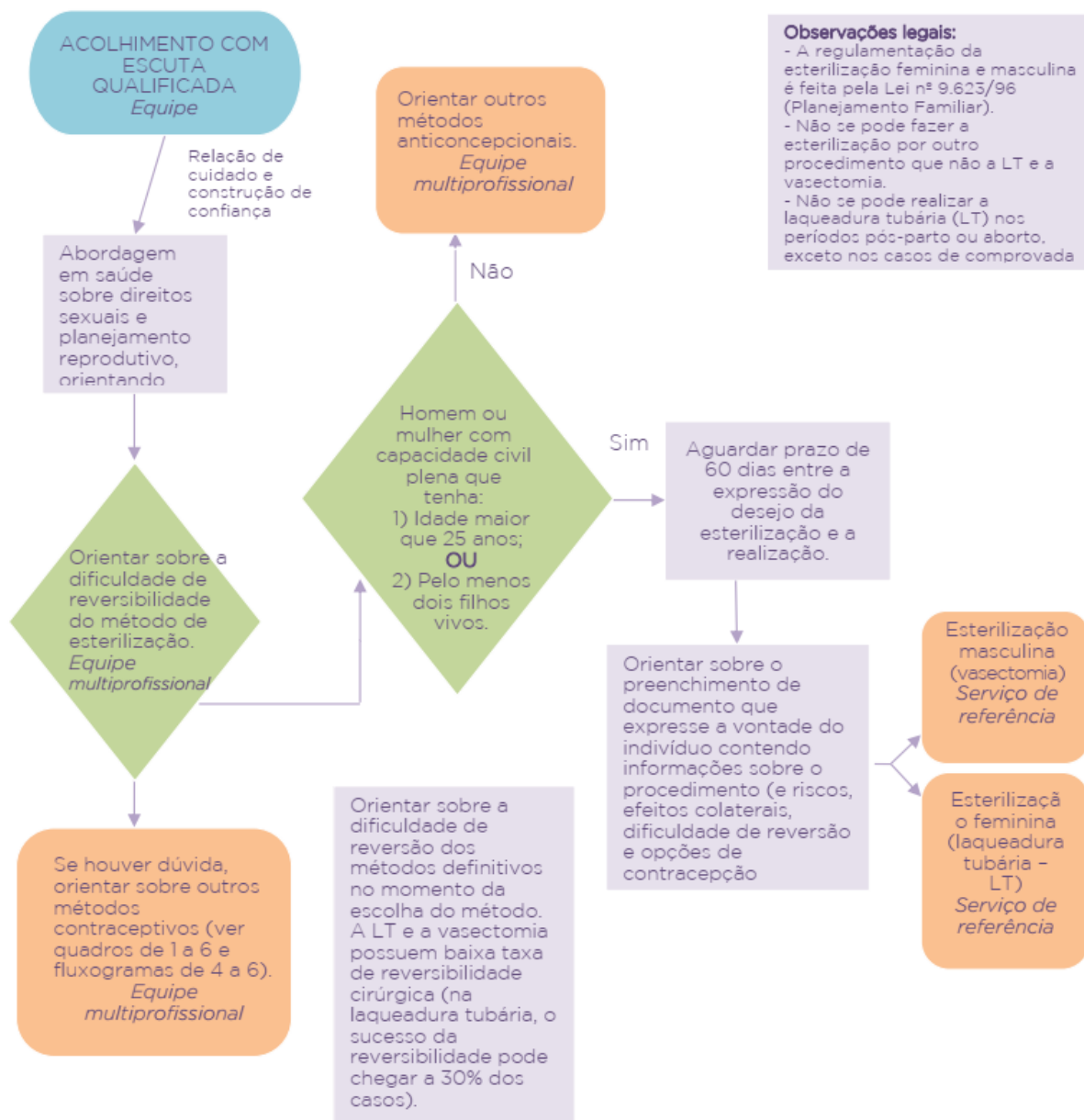
1.Auxílio à concepção:

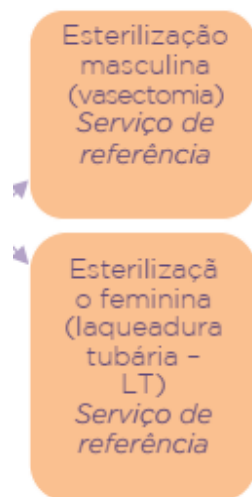


Encaminhar ao Serviço de Ginecologia da Atenção Primária.

2. Anticoncepção:

Fluxograma 2 – Esterilização voluntária feminina e masculina (métodos definitivos e cirúrgicos)^{1, 2, 6, 9}





Encaminhar para a Central de Regulação com a solicitação do método, além do protocolo de planejamento familiar.

PROTOCOLO PARA REUMATOLOGIA

Motivos de encaminhamento

- 1) ARTRITE DE EVOLUÇÃO CRÔNICA (mais de 6 semanas) ou aguda recorrente; significando “artrite” a presença de pelo menos dois dos sintomas: ‘edema’ (aumento de volume), dor, calor, rubor ou limitação articular.
- 2) ARTRITE AGUDA OU SUBAGUDA (menos de 6 semanas de evolução) em mais de uma articulação, excluídos os casos de doença infecciosa viral atual ou imediatamente prévia.
- 3) FEBRE POR MAIS DE 15 DIAS, tendo causas infecciosas e onco-hematológicas devidamente excluídas.
- 4) FRAQUEZA MUSCULAR OBJETIVA, com alteração de enzimas musculares (CPK, DHL, Aldolase ou transaminases).
- 5) HIPERTENSÃO ARTERIAL COM DIFERENÇA NA AMPLITUDE DE PULSOS PERIFÉRICOS E NOS NÍVEIS PRESSÓRICOS EM PELO MENOS UM DOS 4 MEMBROS
- 6) PODAGRA
- 7) SUSPEITA OBJETIVA E DEVIDAMENTE EMBASADA OU DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE DOENÇAS

REUMÁTICAS: Artrite Reumatóide (AR), Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), Doença de Still, Artrite Psoriásica, Espondiloartropatias, Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Esclerose Sistêmica (ES), Síndrome de Sjögren, Miopatías Inflamatorias Idiopáticas (tais como polimiosite ou dermatomiosite, e outras), Policondrite Recidivante, Síndrome do Anticorpo-antifosfolípide (SAAF), Artrites Reativas, Artrites Enteropáticas, Doenças Mistas do Tecido Conjuntivo,

Síndromes de Superposição, Febre Reumática, Vasculites sistêmicas, Gota, Doenças articulares microcristalinas (por depósito de cálcio e outros cristais), Doenças Osteometabólicas, Síndromes periódicas, Artropatias secundárias, e Doenças Granulomatosas e de Depósito, que precisem de avaliação do reumatologista, Algoneurodistrofia ou Síndrome Simpático-reflexa

NECESSITAM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA PA/PS, A CRITÉRIO DO MÉDICO GENERALISTA

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

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

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

NOTAS:

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

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

“ARTROSE” (atualmente mais usado o termo OSTEOARTRITE) - alguns casos necessitarão de abordagem do ortopedista.

Tendinopatias, dorsalgias, lombalgias e cervicalgias não complicadas e sem sinais de alarme devem ser avaliadas pelo médico da APS, se necessário, investigadas e tratadas pelo médico da APS, inicialmente. Sugere-se encaminhar ao reumatologista casos onde o paciente já tenha sido avaliado pelo ortopedista e este não tiver indicado intervenção ortopédica. Ou encaminhar imediatamente para reumatologista após exames iniciais quadros que necessitem de investigação reumatológica, tais como lombalgias, dorsalgias e cervicalgias de ritmicidade inflamatória, ou quando há outros sinais / sintomas na história que sugiram doença auto-imune subjacente ou complicações; tendinopatias ou tenossinovites que possam sugerir doença

auto-imune subjacente, ou então quadros que não estejam respondendo ao tratamento inicial realizado na APS.

O QUE DEVE CONSTAR NO ENCAMINHAMENTO, E EXAMES IMPORTANTES

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

2) Exames já realizados e se usou alguma medicação.

3) Suspeita de Artrite Reumatóide (AR): encaminhar com história clínica sucinta informando minimamente locais da dor e locais de artrite, características da dor, quantificar rigidez matinal e qual tempo de evolução. Relatar os achados importantes do exame físico. Exames: sugere-se minimamente: Hemograma completo, VHS, PCR, fator reumatóide, e, sem dúvida diagnóstica, ácido úrico. Outros ficam a critério do médico assistente.

4) Suspeita de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): além dos dados relatados no primeiro item, informe se há acometimento de órgão nobre. Sugerimos que o médico da APS (atenção primária) avalie se este paciente pode aguardar consulta ambulatorial. Caso se trate de uma urgência, o fluxo a ser seguido é outro, e o paciente deve ser encaminhado a um PA / PS. Exames: sugere-se minimamente: Hemograma completo, VHS, PCR, uréia, creatinina, TGO, TGP, FAN, EAS; e proteinúria de 24 horas. Outros ficam a critério do médico avaliador.

5) Suspeita de Febre Reumática: além dos dados relatados no primeiro item, sugere-se minimamente: Hemograma, VHS, PCR, uréia, creatinina, TGO, TGP, ASLO, ECG, ECOCARDIOGRAMA, RX tórax. Sugerimos ao médico da APS avaliar se o paciente pode aguardar por consulta eletiva. Caso haja necessidade de internação hospitalar, sobretudo nos quadros de febre reumática aguda, encaminhar para urgência.

SERÃO CONSIDERADAS PRIORIDADES:

Casos que apresentem indícios de auto-imunidade, principalmente aqueles que tenham envolvimento extra-articular, ou seja, acometimento de outros órgãos e sistemas, além das articulações, tais como pulmão, rim, coração, olho, dentre outros.

Artralgias persistentes em pessoas jovens ou de meia idade, com sinais de alerta ou sobretudo se dor articular de padrão inflamatório matinal.

Casos de artralgias, sobretudo poliartralgias, de ritmicidade inflamatória (piora com repouso e alivia com atividade física), características simétricas, que incluam mãos ou punhos, com duração maior de 6 semanas, a se destacar com sinais de sinovite em alguma articulação

(presença de dor, rubor, calor local, aumento de volume articular), presença de nódulos reumatóides, sobretudo se aumento de VHS e/ou PCR.

Presença de fraqueza muscular com aumento de VHS, ou PCR, ou aumento significativo de CPK.

Sinais de assimetria de pulso ou indícios de vasculites sistêmicas.

Febre reumática em criança/adolescente, sobretudo se acometimento de valva cardíaca.

Algo Neuro Distrofias que ainda não tiverem acompanhamento com outro especialista, e, sobretudo, em caso de dor intensa localizada ou diminuição da mobilidade.

Outros, a depender do relato da história clínica.

ALGUNS SINAIS E SINTOMAS, QUE, EM CONJUNTO COM OUTROS DADOS CLÍNICOS, PODEM SER INDÍCIOS DE DOENÇA AUTO-IMUNE REUMATOLÓGICA: lesão discóide, eritema malar, fotossensibilidade, pericardite ou pleurite, úlceras orais frequentes, úlcera de mucosa nasal, sintomas de secura oral ou ocular há pelo menos 3 meses, psicose / convulsão, anemia hemolítica ou de doença crônica, leucopenia < 4.000 , plaquetopenia < 100.000 , proteinúria $> 500\text{mg}/24$ horas, cilindrúria anormal ao EAS, poliartrites ou poliartralgias com rigidez matinal maior ou igual a 1 hora, dor em região de metacarpofalangeanas, sintomas constitucionais como perda de peso inexplicada, febre persistente, mal estar crônico, uveítes, balanite, fenômeno de Raynaud associado a outros sinais/sintomas, artralgias associadas a doença inflamatória intestinal, dor em região sacral de ritmicidade inflamatória, crônica, sobretudo se associada a entesite de calcâneo, artralgias associadas a lesões psoriásicas, trombozes e abortos de repetição, síndromes pulmão RIM assimetria de pulsos com VHS ou PCR altos, dentre outros. Estes sinais / sintomas não devem ser analisados isoladamente, mas num contexto clínico que direcione para suspeita de doença reumática.

OBSERVAÇÕES

1. As informações aqui listadas e explicadas são feitas com intuito de auxiliar o médico da APS, ou outro médico assistente, no direcionamento às especialidades, a ser feito quando todas as possibilidades em seu nível de atenção tenham se esgotado ou, ao menos inicialmente, investigados para adiantar o processo diagnóstico. Este protocolo adquire um caráter de utilidade no fluxo ambulatorial do SUS para melhor atender as demandas. São recomendações, não devendo ser consideradas absolutas. O médico da APS ou outro médico que esteja assistindo o paciente de perto tem autonomia para solicitar a avaliação do especialista sempre

que achar necessário, independente das recomendações aqui enumeradas, bem como os exames que achar necessário no momento da avaliação.

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

PROTOCOLO PARA UROLOGIA

1 - Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- episódio de obstrução urinária aguda em paciente com hiperplasia prostática benigna.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical);
- HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência);
- HPB e infecção urinária recorrente;
- sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) refratário ao tratamento clínico otimizado (uso de medicamento alfa-bloqueador por pelo menos 30 dias em doses usuais (doxazosina 4 mg/dia) e, nos casos de próstata maior que 40 g ou PSA total maior que 1,4 ng/ml, uso concomitante de inibidor da 5- α 1fa redutase (finasterida 5 mg/dia) por pelo menos 6 meses).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e/ou sintomas (tempo de início, histórico de retenção urinária);
- tratamento em uso ou já realizado para sintomas urinários (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
- resultado do exame de PSA total, com data;
- resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- cálculo da Taxa de Filtração Glomerular;

- resultado de ecografia abdominal ou vias urinárias ou próstata, com data, quando realizada;

2 - Neoplasia de Próstata

Para pacientes com sintomas do trato urinário inferior, o PSA deve ser solicitado conforme suspeita clínica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- pacientes com sintomas de trato urinário inferior e PSA total elevado para sua idade (ver quadro 1 no anexo para limites de normalidade do PSA total por faixa etária). Nesses casos excluir aumento por infecção urinária ou prostatite e, se **infecção**, repetir PSA total após um mês do tratamento;
- pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total maior ou igual a 10 ng/ ml;
- pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total menor do que 10 ng/ml persistentemente elevado para sua idade (repetir PSA total após 1 mês);
- pacientes com biopsia de próstata comprovando neoplasia (encaminhar Oncologia)

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas;
- resultado de biópsia prostática, se realizada;
- resultado de PSA total, com data (de PSA total < 10 ng/mL em paciente assintomático ou PSA elevado para sua idade em pessoa com sintomas de infecção urinária/prostatite, descreva dois exames com intervalo mínimo de um mês);
- resultado de Urina tipo 1, com data;

Quadro 1- Limites de normalidade do PSA total por faixa etária	
Idade	Valores do PSA total (ng/ml)
50 — 59 anos	< 3
60 — 69 anos	< 4
70 — 79 anos	< 5

- - **Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- suspeita de torção de testículo (dor testicular aguda, edema e nódulo de consistência macia).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- patologias escrotais benignas sintomáticas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas (incluir tempo de evolução, frequência, fatores desencadeantes ou de alívio);
- descrição da ecografia escrotal, com data (se realizado);

4 - Incontinência urinária

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia ou Ginecologia:

- incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses(exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão de cafeína/álcool)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas;

- descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso);
- resultado de urocultura, com data;
- resultado do **estudo urodinâmico**, com data (se disponível);
- tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- outros medicamentos em uso que afetam a continência urinária (sim ou não). Se sim, quais?

5- Disfunção sexual masculina

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- disfunção erétil refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por 6 meses (ver tratamento no quadro 2 do anexo);
- disfunção erétil e contraindicação (hipersensibilidade ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5;
- doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual;
- suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas;
tratamento em uso ou já realizado para disfunção erétil (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- outros medicamentos em uso com posologia;
.se paciente com Doença de Peyronie, apresenta incapacidade de manter relação sexual (sim ou não);
- . se suspeita de hipogonadismo, descreva, com data, o resultado de dois exames de testosterona total coletados em dias diferentes;

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepse urinária e/ ou dor incontrolável com tratamento otimizado na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- cálculo ureteral maior que 10 mm;
- cálculo ureteral entre 4 e 10 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico
- cálculo vesical; ou
- cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário);
- cálculo renal assintomático maior que 10 mm.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas;
- resultado de ecografia urinária ou raio-X, com data (para cálculos menores ou iguais a 10 mm, são necessários dois exames, com no mínimo 6 semanas de intervalo entre eles);
- resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;
- investigação de causas tratáveis de litíase renal (sim ou não). Se sim, descrever achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas;

• Cistos/Doença policística renal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- cistos com alterações sugestivas de malignidade (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações ou resultado de tomografia com classificação de Bosniak maior ou igual a 2F);
- Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outro achado relevante);

- resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização;
- resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- resultado Urina Tipo 1, com data (se hematúria, descreva 2 exames com intervalo mínimo 8 semanas entre eles é resultado de hemácias dismórficas);
- presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não), e parentesco com o paciente;

• Doença renal crônica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- hematúria persistente (confirmada em dois exames Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas negativa), independente da taxa de filtração glomerular;
- alterações que provoquem lesão ou perda da função renal. Alterações anatômicas que sugerem lesão ou provocam perda da função renal: hidronefrose persistente sem causa definida após avaliação em serviço de emergência; hiperplasia prostática benigna com obstrução causando hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ ou globo vesical; cistos simples que causam obstrução; massas ou tumores renais.

8 - Infecção urinária recorrente

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;
- resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- resultado de ecografia das vias urinárias, com data;
- descrever se foi realizado profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita (medicamento, dose e posologia);

6. em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino.

9 - Condiloma acuminado / Verrugas virais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- homens com condiloma acumulado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução);
- resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
- tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);

Atenção: É de boa prática investigar outras DSTs (sífilis, HIV, hepatite B e C) em pessoas que apresentam condiloma.

EXAME DE ALTA COMPLEXIDADE

TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS

Procedimento	Código	Especialista	CBO
- Tc do Crânio	02.06.01.007-9	- Neurologista / Neurocirurgião / Infectologista	225112/225260/225103
- Tc de Coluna Cervical com ou sem Contraste	02.06.01.001-0	- Neurocirurgião / Neurologista / Ortopedista	225260/225112/225270
- Tc de Coluna Torácica com ou sem Contraste	02.06.01.003-6	- Ortopedista / Neurologista / Neurocirurgião	225270/225112/225
- Tc de Coluna Lombo Sacra com ou	02.06.01.002-8	- Infectologista / Ortopedista /	225103/225270/225112

sem Contraste		Neurologista / Neurocirurgião	225260
- Tc de Face / Seios da Face / Articulações - TemporoMandibulares	02.06.01.004-4	- Cirurgião Cabeça-Pescoço / Otorrino Neurologista / Cirurgião Bucomaxilo	225215/225275/225112
- Tc do Pescoço	02.06.01.005-2	- Cirurgião Cabeça e Pescoço Cirurgião de tórax / Otorrino	225240/225275
- Tc de Sela Turcica	02.06.01.006-0	- Otorrino / Neurocirurgião / Neurologista / Endócrino / Cirurgião Cabeça e Pescoço	225275/225260/225112 225155/225215
- Tc de Torax	02.06.02.003-1	- Oncologista / Cirurgião Torácico / Pneumo/ Cirurgião Pediátrico / Cirurgião Geral / Cardiologista	225121/225240 225127/225230 225225/225120
- Tc de Segmentos Apendiculares	02.06.02.002-3	- Cirurgião Geral	225225
- Tc de Articulações de Membro Superior	02.06.02.001-5	- Oncologista / Ortopedista / Reumatologista	225121 225270/225136
- Tc de Abdômen Superior	02.06.03.001-0	- Pneumologista / Gastroenterologista / Cirurgião Geral / Oncologista / Nefrologista / Urologista / Cirurgião Pediátrico / Endocrinologista / Nefrologista	225127/225165 225225/225121 225109/225285 225230 225155/225109
- Tc de Pelve/Bacia	02.06.03.003-7	- Cirurgião geral / Cirurgião Pediátrico / Urologista / Ginecologista / Oncologista / Nefrologista	225225/225230 225285/225250 225121/225109
- Tc de Articulações de Membro Inferior	02.06.03.002-9	- Reumatologista / Ortopedista / Oncologista Geriatria	225136/225270 225121/225180

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade e com CID e justificativa clínica adequada. **Procedimento regulado**

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO - CÓDIGO SIA/SUS 0206010079**TOMOGRAFIA DE SELA TÚRCICA - CÓDIGO SIA/SUS 02.06.01.006-0**

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades
- Traumatismo - Hemorragias (até 48h para diagnóstico e após 48h para acompanhamento) - Tumores (diagnóstico e estadiamento) - Metástases (detecção e acompanhamento) - Processos Expansivos - AVCs - Doenças Degenerativas do Encéfalo - Aneurismas - Convulsões recentes a esclarecer - Cefaléia grave a esclarecer - Hidrocefalia - Distúrbio do comportamento* - Estudo da hipófise*	- História clínica - Exame físico - RX simples com laudo - Exame do Líquor (se doença infecciosa)	- Neurologista - Neurocirurgião - Ortopedista - Oncologista - Infectologista - Cirurgião Cabeça e Pescoço - Endocrinologista * - Psiquiatra* - Geriatra	- Pesquisa de tumores e metástase cerebral - Crise convulsiva a esclarecer de origem recente - Traumatismo Craniano

TOMOGRAFIA DE TÓRAX - CÓDIGO SIA/SUS 02.06.02.003-1

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades
- 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	- História Clínica - Exame Físico - RX do tórax PA / Perfil (com laudo)	- Pneumologista - Oncologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Torácico - Cardiologista - Cirurgião Cardíaco - Dermatologista - Ortopedista - Cirurgião - Pediátrico	- Traumatismo - Sangramento (vias aéreas)

- Doenças da aorta (aneurisma / dissecação) - Tromboembolismo pulmonar - Investigar comprometimento de órgãos devido: micoses sistêmicas, collagenoses e sarcoidosis - Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural		- Reumatologista	
--	--	------------------	--

TOMOGRAFIA DE COLUNA - CÓDIGO SAI/SUS

CERVICAL – 02.06.01.001-0 / LOMBAR – 02.06.01.003-6 / TORÁCICA – 02.06.01.002-8

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades
- Trauma (suspeita de fratura) - Estenose do Canal Medular (suspeita) - Tumores (diagnóstico e estadiamento) - Metástases (detecção e acompanhamento) - Processos Expansivos - Hérnia Discal - Má formação congênita (hemi- vértebras) - Esclerose Múltipla	- História Clínica - Exame Físico - RX simples de coluna (com laudo)	- Ortopedista - Neurocirurgião - Neurologista - Oncologista - Reumatologista - Mastologista	- Processo expansivo - Estenose de canal Medular (suspeita)

TOMOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE - CÓDIGO SIA/SUS 02.06.01.004-4

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades
- Sinusopatia crônica - Trauma facial - Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face - Tumores	- História Clínica - Exame Físico - RX dos Seios da Face (com laudo)	- Otorrinolaringologista - Oncologista - Cirurgião Cabeça e Pescoço - Neurologista - Neurocirurgião - Bucomaxilofacial	- Trauma

TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR - CÓDIGO SIA/SUS 02.06.03.001-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades
- 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 sarcoidosis	- História Clínica - Exame Físico - RX simples de abdômen (de pé ou deitado) - USG, se houver	- Cirurgião Geral - Cirurgião Vascular - Cirurgião Pediátrico - Gastroenterologista - Oncologista - Endocrinologista - Proctologista - Nefrologista - Urologista - Dermatologista - Hematologista - Reumatologista	- Aneurisma - Pancreatite necro hemorrágica - Tumor renal/cálculo renal em rim único

TOMOGRAFIA DA PELVE - CÓDIGO SIA/SUS 02.06.03.003-7

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contra Indicação
- Traumatismos - Tumores (diagnóstico e estadiamento) - Processos expansivos - Metástases (detecção e acompanhamento)	- História Clínica - Exame Físico - USG de pelve	- Cirurgião Geral - Oncologista - Ginecologista - Urologista - Cirurgião-Pediátrico	- Gravidez

TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES - CÓDIGO SIA/SUS: DE MEMBROS SUPERIORES – 02.06.02.001-5

DE MEMBROS INFERIORES – 02.06.03.002-9

Tipos	Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Articulações Esterno-Claviculares - Articulações dos Ombros - Articulações dos Cotovelos - Articulações dos Punhos - Articulações Sacro-Iliacas - Articulações Coxo-Femurais - Articulações dos Joelhos - Articulação dos tornozelos - Lombo-sacra	- Traumatismos - Tumores (diagnóstico e estadiamento) - Processos expansivos - Metástases (detecção e acompanhamento) - Fraturas (cominutivas)	- História Clínica - Exame Físico - Raio X simples de Articulação com laudo US	- Ortopedista - Oncologista - Reumatologista - Pediatra - Endocrinologista	- Processo expansivo - Fraturas (cominutivas) - Má formação congênita

ANGIOTOMOGRAFIA - CÓDIGO SIA/SUS: PROCEDIMENTO NÃO CONSTA NA TABELA SUS

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Trombose Pulmonar (suspeita) - Dilatação, dissecção, fístulas e sub oclusão de Aorta, Iliacas, Carótidas e Vasos Supra-Aórticos - Doenças da Aorta - Aneurisma cerebral	- História Clínica - Exame Físico - RX (Patologias pulmonares) - DOPPLER do Vaso (se houver)	- Cardiologista - Pneumologista - Angiologista - Cirurgião Vascular - Neurocirurgião - Neurologista	- Pacientes internados em Unidades Hospitalares - Pacientes acima de 60 anos

2- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

Procedimento	Código
Rm Articulação Temporo Mandibular (Bilateral)	02.07.01.002-1
Rm Crânio / Rm Hipófise	02.07.01.006-4
Rm Coluna Cervical	02.07.01.003-0
Rm de Coluna Lombo Sacra	02.07.01.004-8
Rm de Coluna Torácica	02.07.01.005-6

Rm de Sela Turcica	02.07.01.007-2
Rm de Membro Superior (Unilateral)	02.07.02.002-7
Rm de Tórax	02.07.02.003-5
* Rm de Coracao/Aorta com Cine-Rm	02.07.02.001-9
Rm de Membro Inferior (Unilateral)	02.07.03.003-0
Rm de Bacia/Pelve	02.07.03.002-2
Rm de Vias Biliares	02.07.03.004-9
Rm de Abdômen Superior	02.07.03.001-4

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade e com CID e justificativa clínica adequada

- Procedimento Regulado

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO E ENCÉFALO - CÓDIGO SIA/SUS 02.07.01.006-4

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Avaliar fossa cerebral posterior e tronco cerebral - AVC isquêmico - Infartos cerebrais múltiplos (suspeita) - Demência - Tumores (diagnóstico) - Metástases (detecção) - Lesões orbitárias ou Trato Visual - Infecções - Doença desmielinizantes - Doenças degenerativas	- Cefaléias - Vertigens - Hemorragias Cerebrais - Aneurisma - Implantes metálicos de toda a natureza (Marca passo Cardíaco, Válvula de drenagem liquórica, pinos, fios âncoras, próteses, placas metálicas ósseas e articulares, válvulas cardíacas com componentes metálicos, clips, e outros)	- História Clínica - Exame Físico - RX Crânio com Laudo - TC Crânio, se necessário	- Neurologista - Neurocirurgião - Geriatra - Oncologista - Infectologista - Oftalmologista	- Lesão orbitária - Tumores cerebrais

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE TÓRAX - CÓDIGO SIA/SUS 02.07.02.003-5

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes
- Avaliar Artérias Pulmonares - Avaliar Massas Hilares, Parenquimatosas e Pleurais, - Avaliar Anomalias do Arco Aórtico e aorta descendente - Tumores Neurais e Mediastinais - Tumores cardíacos - Lesão mal caracterizada na TC Computadorizada	- Implantes Metálicos (Marca Passo Cardíaco, Próteses Metálicas Ósseas, Stents, etc) - Sangramentos - Fratura de Órgão Sólido (suspeita)	- História Clínica - Exame Físico - RX tórax PA/Perfil com Laudo - TC Tórax, Se necessário	- Pneumologista - Oncologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Torácico - Cardiologista - Cirurgião cardíaco - Cirurgião Vascular

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDÔMEN - CÓDIGO SIA/SUS 02.07.03.001-4

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Metástase Hepática - Adenoma de Supra-Renal, Feocromocitoma - Diferenciar Tumor Hepático e Hemangioma. - Doenças dos ductos pancreáticos e vias biliares, - Suspeita de metástase em veia cava inferior	- Sangramentos - Fratura de Órgão Sólido (suspeita) - Implantes Metálicos	- História Clínica - Exame Físico - RX simples de Abdômen com Laudo - USG Abdômen, se necessário - TC Abdômen, se necessário	- Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico - Gastroenterologista - Oncologista - Endocrinologista - Nefrologista - Urologista - Hepatologista	- Seguimento de Portadores de cálculo renal com insuficiência renal instalada

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DA COLUNA VERTEBRAL - CÓDIGO SIA/SUS:**Cervical - 02-07-01-003.0 Lombo-Sacra - 02.07.01.004-8 Torácica - 02.07.01.005-6**

Indicações	Pré-Requisitos	Contra Indicação	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Tumores Ósseos Primários (suspeita) - Metástases - Processos Expansivos - Hérnia de Disco - Infecções (suspeita) - Complicações pós- operatórias	- História Clínica - Exame Físico - RX simples com Laudo - TC com Laudo se necessário	- Fraturas (detecção) - Implantes Metálicos (ex: marca-passo)	- Ortopedista - Neurologista - Neurocirurgião - Infectologista - Reumatologista - Tisiologista/	- Processos expansivos

- Doença desmielinizantes - Investigação de tuberculose extra-pulmonar - Prurido braquiradial - Investigação de mielopatias - Mielopatia aguda			Pneumologista	
--	--	--	---------------	--

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ARTICULAÇÕES

PROCEDIMENTOS SIA/SUS:

- **Articulações Temporo-Mandibular** (Bilateral), **CÓDIGO SIA/SUS: 02.07.01.002-1**

- **Membro Superior - CÓDIGO SIA/SUS 02.07.02.002-7**

- Ombro

- Cotovelo-Punho (Unilateral)

- Esterno-claviculares

- **Membro inferior - CÓDIGO SIA/SUS 02.07.03.003-0**

- Tornozelo ou Pé (Unilateral)

- Joelho (Unilateral)

- Coxo-Femural (Bilateral)

- Sacro-íliacas

Indicações	Pré-Requisitos	Contra Indicação	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Traumatismos Articulares - Derrames Articulares (suspeita) - Fraturas Ocultas - Alterações de partes moles (Lesões Ligamentares, nervos)	- História Clínica - Exame Físico - RX simples com Laudo - USG Articular com Laudo (quando indicado)	- Fraturas Simples (detecção) - Tendinites e Sinovites - Implantes Metálicos	- Ortopedista - Reumatologista - Neurologista - Oncologista - Cirurgião de Tórax - Cirurgião Bucomaxilo-facial - Cirurgião de Cabeça e Pescoço	- Alterações de partes moles (lesões ligamentares,nervos) - Traumatismos articulares - Fraturas ocultas - Derrames articulares (suspeita)

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE Pelve - CÓDIGO SIA/SUS 02.07.03.002-2

Indicações	Pré-Requisitos	Contra Indicação	Profissionais Solicitantes
- Tumores - Traumas - Metástases - Processos Inflamatórios, Linfoproliferativos ou Indefinidos no RX, US ou TC	- História Clínica - Exame Físico - US Pélvico com Laudo - TC da Pelve (se for o caso)	- Sangramentos Traumáticos - Implantes Metálicos	- Cirurgião Geral - Ginecologista - Oncologista - Infectologista - Urologista - Cirurgião Pediátrico

ANGIORESSONÂNCIA - CÓDIGO SIA/SUS 02.07.01.001-3

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Investigação de doença ateromatosa extracraniana: estudo das artérias carótidas - Mesentérica superior, artéria ilíaca e femoral - 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	- História Clínica - Exame Físico - Doppler de carótidas alterado (se houver) - USG com Doppler (se houver)	- Angiologista - Cardiologista - Cirurgião Vascular - Cirurgião Cardíaco - Cirurgião Torácico - Cirurgião Pediátrico - Nefrologista - Hematologista	- Portador de hipertensão severa < 16 anos ou > 55 anos - Pacientes internados em unidades hospitalares

-CINTILOGRAFIA

Profissionais habilitados a solicitar cintilografias de acordo com a especialidade:

Especialista	CBO	Especialista	CBO
- Neurologista	25112	- Cirurgião Geral	225225
- Neurocirurgião	225260	- Oncologista	225121
- Ortopedista	225270	- Ginecologista	225250
- Infectologista	225103	- Pneumologista	225217
- Cirurgião Cabeça e Pescoço	225215	- Geriatria	225180
- Endocrinologista	225155	- Reumatologista	225136
- Angiologista	25115	- Cardiologista	225120
- Cirurgião Vascular	225203	- Urologista	225285
- Gastroenterologista	225165	- Nefrologista	225109

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade e com CID e justificativa clínica adequada e detalhada do médico assistente

- Procedimento Regulado

CINTILOGRAFIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR

Sistema Cardiovascular	Código SIA/SUS
- Cintilografia de Coração com Gálio 67 02.08.01.001-7	
- Cintilografia de Miocárdio para Avaliação da Perfusão em Situação de Extresse (Mínimo 3 Projeções) 02.08.01.002-5	
- Cintilografia de Miocárdio para Avaliação da Perfusão em Situação de Repouso (Mínimo 3 Projeções) 02.08.01.003-3	
- Cintilografia de Miocárdio para Localização de Necrose (Mínimo 3 Projeções) 02.08.01.004-1	
- Cintilografia para Avaliação de Fluxo Sanguíneo de Extremidades 02.08.01.005-0	
- Cintilografia para Quantificação de Shunt Extracardiaco 02.08.01.006-8	
- Cintilografia Sincronizada de Camaras Cardiacas em Situação de Esforço 02.08.01.007-6	
- Cintilografia Sincronizada de Camaras Cardiacas em Situação de Repouso (Ventriculografia) 02.08.01.008-4	
- Determinação de Fluxo Sanguíneo Regional 02.08.01.009-2	

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Isquemia (localização e extensão) - Quantificar Fluxos Anômalos - Alterações da Contratilidade Miocárdica - Diferenciar Isquemia Miocárdica de Necrose Miocárdica - Coronariopatias (seguimento) - Pacientes sob Quimioterapia Cardiotóxica (seguimento) - Pós IAM - Avaliação funcional e prognóstica na Insuficiência Cardíaca	- História Clínica - Exame Físico - Angiografia simples (se tiver) - DOPPLER de Vaso Periférico - ECG - Ecocardiograma - Teste de Esforço	- Cardiologia - Cirurgião Cardíaco - Hemodinamicista - Oncologista - Angiologista - Cirurgião vascular	- Pós-infarto

- Procedimento de Revascularização (acompanhamento)	(se houver)		
- Avaliar função ventricular global	- Cateterismo (se tiver)		

CINTILOGRAFIA DO SISTEMA NEUROLÓGICO

Sistema Neurológico	Código SIA/SUS
- Estudo de Fluxo Sanguíneo Cerebral 02.08.06.003-0	
- Cisternocintilografia (Incluindo Pesquisa e/ou Avaliação do Trânsito Liquórico) 02.08.06.002-2	
- Cintilografia de Perfusão Cerebral C/2 Talio (Spect Cerebral) 02.08.06.001-4	

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Detectar Isquemia - Fluxo e Fístulas Liquóricas - Doenças Degenerativas - Avaliar Extensão de AVC - Pós-Carótida Angioplastia (controle) - Investigação de Epilepsia - Acompanhamento de tumores cerebrais tratados - Hidrocefalias - Atrofias Cerebral	- História Clínica - Exame Físico - EEG com Laudo - TC e/ou RMN	- Neurologista - Oncologista - Neurocirurgião	- Não há

CINTILOGRAFIA DO SISTEMA ENDÓCRINO

Sistema Endócrino	Código SAI/SUS
- Imuno Cintilografia (Anticorpo Monoclonal) 02.08.02.012-8	
- Cintilografia de Tireóide com ou sem Captação 02.08.03.002-6	
- Cintilografia de Tireóide com Teste de Supressão/Estímulo 02.08.03.003-4	
- Teste do Perclorato com Radioisotopo 02.08.03.005-0	
- Cintilografia para Pesquisa do Corpo Inteiro 02.08.03.004-2	

- Cintilografia de Paratireoides 02.08.03.001-8			
Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Distúrbios Funcionais da Tireóide e Paratireóide - Tireóide Ectópica (identificação) - Tumores e Nódulos (diagnóstico) - Hipertireoidismo Tipo Graves e Plummer (tratamento) - Carcinoma Diferenciado Tireoidiano (tratamento de metástases) - Tireoidite (diagnóstico) - Lesões suspeitas e Tratamento Hormonal (acompanhamento)	- História Clínica - Exame Físico - Exames Laboratoriais - USG	- Endocrinologista - Oncologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico	- Não há

IMUNO CINTILOGRAFIA - CÓDIGO SIA/SUS 02.08.02.012-8

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Neoplasias (identificação e mapeamento)	- História Clínica - Exame Físico - Exames comprobatórios de tumor	- Hematologista - Oncologista	- Não há

CINTILOGRAFIA DO SISTEMA DIGESTIVO

Aparelho Digestivo	Código SIA/SUS
- Cintilografia para Pesquisa de Diverticulose de Meckel 02.08.02.008-0	
- Cintilografia para Estudo de Transito Esofágico (Líquido) 02.08.02.005-5	
- Cintilografia para Estudo de Transito Gastrico 02.08.02.007-1	
- Cintilografia para Pesquisa de Refluxo Gastro Esofágico 02.08.02.011-0	
- Cintilografia para Pesquisa Hemorragia Digestiva Nao Ativa 02.08.02.010-1	

- Cintilografia de Glândulas Salivares com ou sem Estímulo 02.08.02.003-9
- Cintilografia Para Estudo de Transito Esofágico (Semi-Sólido) 02.08.02.006-3
- Cintilografia de Fígado e Baço (Mínimo 5 Imagens) 02.08.02.001-2
- Cintilografia de Fígado e Vias Biliares 02.08.02.002-0
- Cintilografia para Pesquisa de Hemorragia Digestiva Ativa 02.08.02.009-8
- Cintilografia de Pancreas 02.08.02.004-7

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Análise do Trânsito Esofágico e Gástrico para Esvaziamento e Refluxo - Gastroparesia (diabéticos)	- História Clínica - Exame Físico	- Gastroenterologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico - Pediatra - Cirurgião Cabeça e Pescoço - Oncologista - Proctologista	- Não há

PESQUISA DE DIVERTICULITE DE MECKEL - CÓDIGO SIA/SUS 02.08.02.008-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Sangramento via Retal, suspeita de Divertículo sangrante	- História Clínica - Exame Físico - US de Abdômen (não conclusivo) - RX contrastado (não conclusivo ou não indicado)	- Cirurgião Geral - Proctologista	- Não há

CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO - CÓDIGO SIA/SUS 02.08.02.003-9

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Síndrome de Sjogren	- História Clínica detalhada	- Otorrinolaringologista	- Não há

- Sialadenite - Tumores - Cálculos	- Exame Físico - US (se for o caso)	- Cirurgião Cabeça e Pescoço - Oncologista - Cirurgião Buco Maxilo	
--	--	--	--

CINTILOGRAFIA DE FÍGADO, BAÇO E VIAS BILIARES

- Cintilografia do Fígado e Baço - **CÓDIGO SIA/SUS 02.08.02.001-2**

- Cintilografia de Vias Biliares - **CÓDIGO SIA/SUS 02.08.02.002-0**

- Cintilografia do Fluxo Sanguíneo Hepático (quantitativo e qualitativo) - **CÓDIGO SIA/SUS 02.08.01.005-0**

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Traumas e Cirurgias Hepáticas com suspeita de perda da integridade das Vias Biliares, Atresia biliar do RN - Detectar Escapes Biliares por trauma ou cirurgia - Disfunção dos Esfíncteres - Hemangiomas Hepáticos	- Cálculos Biliares - Colecistite Infeciosa	- História Clínica - Exame Físico - US do Abdome Superior - TC (conforme o caso)	- Gastroenterologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico - Pediatra - Neonatologista	- Não há

CINTILOGRAFIA DO SISTEMA HEMATOLÓGICO

Hematológico	Código SAI/SUS
- Cintilografia de Sistema Retículo-Endotelial (Medula Óssea) 02.08.08.001-5	
- Demonstração de Sequestro de Hemácias pelo Baço (com Radioisótopos) 02.08.08.002-3	
- Determinação de Sobrevida de Hemácias (com Radioisótopos) 02.08.08.003-1	
- Linfocintigrafia 02.08.08.004-0	

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes
- Visualizar e quantificar Hemorragia em qualquer Órgão ou Segmento com determinação da Volemia - Hemorragias de origem obscura - AVC Hemorrágico - Sequestro de Hemácias - Determinar tempo de sobrevivência das Hemácias	- Hemorragia Esôfago-Gástrica - AVC Isquêmico	- História Clínica - Exame Físico - Exames Laboratoriais - TC do Crânio (AVC) - RMN (se indicado)	- Hematologista - Angiologista - Nefrologista - Neurocirurgião - Pediatra

CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS LACRIMAIS - CÓDIGO SIA/SUS 02.08.09.002-9

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Obstrução das vias lacrimais excretoras (diagnóstico)	- História Clínica - Exame Físico - RX de seios da face	- Oftalmologista	- Lesão orbitária - Tumores cerebrais

MIELO CINTILOGRAFIA - CÓDIGO SIA/SUS 02.08.08.001-5

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Tumores - Metástases - Infecções	- História Clínica - Exame Físico - TC e/ou RMN (conforme o caso)	- Neurologista - Neurocirurgião - Oncologista - Infectologista	- Não há

LINFOCINTILOGRAFIA - CÓDIGO SIA/SUS 02.08.08.004-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Linfedema pós-cirúrgico Oncológico - Linfedema de outras causas	- História Clínica - Exame Físico	- Oncologista - Angiologista	- Não há

- DOPPLER negativo para Patologia Venosa	- DOPPLER Venoso (se for o caso)	- Cirurgião Vascular	
--	----------------------------------	----------------------	--

CINTILOGRAFIA DE MAMA - CÓDIGO SIA/SUS 02.08.09.003-7

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Detectar Linfonodo Sentinela em Câncer de Mama - Nódulos Inconclusivos na US ou Mamografia	- Menopausadas (prevenção de Câncer de Mama)	- História Clínica - Exame Físico - USG - Mamografia	- Ginecologista - Oncologista - Mastologista	- Não há

CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

Exame	CBO
- Cintilografia de Pulmão com Galio 67 02.08.07.001-0	
- Cintilografia de Pulmão por Inalação (Mínimo 2 Projeções) 02.08.07.003-6	
- Cintilografia de Pulmão para Pesquisa de Aspiração 02.08.07.002-8	
- Cintilografia de Pulmão por Perfusão (Mínimo 4 Projeções) 02.08.07.004-4	

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
Embolia Pulmonar (Diagnóstico e Extensão)	- Pneumopatias e Inflamatórias simples - Tumores (Diagnóstico)	- História Clínica - Exame Físico - RX do Tórax PA/Perfil com Laudo - TC do Tórax (conforme o caso)	- Pneumologista - Cirurgião de tórax	- Não há

CINTILOGRAFIA APARELHO GENITO URINÁRIO

Exame	Código SIA/SUS
- Cintilografia Renal (Qualitativa e / ou Quantitativa) 02.08.04.005-6	

- Cintilografia de Testículo e Bolsa Escrotal 02.08.04.003-0
- Determinação de Fluxo Plasmático Renal 02.08.04.009-9
- Cintilografia Indireta 02.08.04.007-2
- Cistocintilografia Direta 02.08.04.006-4
- Estudo Renal Dinâmico 02.08.04.010-2
- Cintilografia de Rim Com Galio 67 02.08.04.002-1
- Captação de Iodo Radioativo Em 24h 02.08.04.001-3
- Determinação de Filtração Glomerular 02.08.04.008-0
- Cintilografia para Pesquisa do Refluxo Vesico-Ureteral 02.08.04.004-8

CINTOLOGRAFIA RENAL - CÓDIGO SIA/SUS 02.08.04.005-6

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Verificar Função do Rim Direito ou Esquerdo (Fluxo, Déficit Glomerular, Obstrução de Vias Excretoras, Função Tubular) - Hipertensão Renovascular - Avaliar Cicatrizes Remanescentes de Infecções Renais - Quantificar Córtex Renal Funcionante (segmento de Pielonefrite por Refluxo) - Avaliar envolvimento Renal de Tumores - Avaliar Diagnóstico Diferencial entre Tumor e Hipertrofia da Coluna de Bertin), Avaliar	- Tumores (diagnóstico e estadiamento) - Cálculo Renal, Vesical ou Uretral - Alterações Morfológicas somente - Infecção do trato urinário	- História Clínica - Exame Físico - Exames Laboratoriais - US Rim/Vias Urinárias - Urofluxometria (se houver)	- Urologista - Nefrologista - Pediatra - Oncologista	- Infecção urinária de repetição (avaliar cicatrizes renais) - Seguimento de crianças com refluxo vesico-uretral

Refluxo Vesico-Ureteral (CISTOCINTILOGRAFIA) - Acompanhamento de pacientes transplantados				

CINTILOGRAFIA TESTICULAR (BOLSA ESCROTAL) - CÓDIGO SIA/SUS 02.08.04.003-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Diagnóstico diferencial entre torção testicular e orquiepididimite	- História Clínica - Exame Físico - USG inconclusivo	- Urologista - Oncologista - Cirurgião Pediátrico	- Não há

CINTILOGRAFIA DO SISTEMA ÓSSEO E ESQUELÉTICO

Exame	Código SIA/SUS
- Cintilografia de Articulações e/ou Extremidades e/ou Osso	02.08.05.001-9
- Cintilografia de Ossos com ou sem Fluxo Sanguíneo (Corpo Inteiro)	02.08.05.003-5
- Cintilografia de Segmento Ósseo com Gálio 67	02.08.05.002-7
- Cintilografia de Esqueleto (Corpo Inteiro)	02.08.05.004-3

CINTILOGRAFIA DO CORPO INTEIRO

CÓDIGO SIA/SUS 02.08.05.002-7= Cintilografia para Pesquisa de Corpo Inteiro

02.08.05.004-3= Cintilografia Óssea com Gálio e Tecnécio

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Tumores (Diagnóstico e Estadiamento) - Metástases (Diagnóstico e	- Processos alérgicos às substâncias	- História Clínica	- Ortopedista - Oncologista	- Tumores

Acompanhamento) - Osteomielite (Diagnóstico e Acompanhamento) - Necroses Ósseas - Fratura de Stress - Avaliar Integridade de Próteses Articulares - Dores Ósseas (Diagnóstico) - Doença de Paget - Hiperparatireoidismo - Doenças inflamatórias granulomatosas (suspeita de sarcoidose)	farmacológicas utilizadas no procedimento - Diag fraturas simples	- Exame Físico - TC (se houver)	- Endocrinologista - Infectologista - Neurologista	
---	--	------------------------------------	--	--

Obs: Acima de 60 anos não é necessário exames anteriores

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Osteoporose (seguimento) - Tumores - Patologias metabólicas - Doença de Paget - Controle de osteopenia e osteoporose em pacientes com uso crônico de corticóides, em doenças auto-imunes e hanseníase - Hipoestrogenismo - Menopausa - Terapia de Reposição Hormonal (seguimento) - Fratura não traumática - Síndrome de má absorção	- História Clínica - Exame Físico - Rx da coluna com laudo	- Ortopedista - Endocrinologista - Ginecologista - Oncologista - Reumatologista - Geriatra - Neurologista - Infectologista - Nefrologista	- Osteoporose - Tumores - Patologias metabólicas

- Calciúria de 24h - Rx de Coluna e/ou Fêmur sugestivo de osteoporose - Hiperparatireoidismo - Endocrinopatias com perda de massa óssea - Insuficiência Renal crônica - Rins Policísticos - Fratura Patológica, Comorbidade, Latrogenia (prioridade)			
--	--	--	--

- LITOTRIPSIA EXTRA CORPÓREA

Procedimento	Código SIA/SUS	Médico	CBO
- Litotripsia Extracorporea (Onda de Choque Parcial / Completa 1 Regiao Renal)	03.09.03.012-9	- Urologista - Nefrologista	225285 225109
- Litotripsia Extracorporea (Onda de Choque Parcial / Completa 2 Regioes Renais)	03.09.03.013-7		
- Litotripsia Extracorporea (Onda de Choque - Tratamento Subsequente Onda de Choque 1 Regiao Renal)	03.09.03.010-2		
- Litotripsia Extracorporea (Onda de Choque - Tratamento Subsequente Onda de Choque 2 Regioes Renais)	03.09.03.011-0		

Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Evidência radiológica de cálculos não coraliformes - Cálculos menores de 400mm² ou 2,5 cm em seu maior diâmetro	- História clínica - Exame Físico - Laudo do RX	- Urologista - Nefrologista	

- Cálculos maiores de 400mm ² ou de 2,5 cm em seu maior diâmetro quando a litotripsia for o único método de tratamento devido às condições clínicas do paciente - Existência de via excretora compatível para eliminação dos fragmentos - Cálculos coraliformes em crianças (sob anestesia)	- Urografia Excretora ou Ultrassonografia da parte de investigação diagnóstica	
---	--	--

A solicitação para **litotripsia** deverá ser feita em Formulário de APAC (Autorização de Procedimento de Alto Custo), 2 (duas) vias c/ carimbo da unidade solicitante, nº de prontuário do paciente, assinado e carimbado pelo médico solicitante.

Anexar os seguintes documentos originais: Cartão nacional de saúde, CPF, Identidade, Comprovante de residência.

Necessita autorização prévia – **Procedimento Regulado**

-CATETERISMO CATETERISMO CARDÍACO - CÓDIGO SIA/SUS 02.11.02.001

CATETERISMO CARDIACO EM PEDIATRIA - CÓDIGO SIA/SUS 02.11.02.002-8

Exames obrigatórios para estas indicações

OBS: A SOLICITAÇÃO DEVERÁ SER ACOMPANHADA DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:

1. Formulário de APAC (Autorização de Procedimento de Alto Custo), 2 (duas) vias c/ carimbo da unidade solicitante, nº de prontuário do paciente, assinado e carimbado pelo médico solicitante.
2. Cartão Nacional de Saúde, CPF, Identidade, Comprovante de residência.
3. Laudo do Teste Ergométrico e Ecocardiograma da parte de investigação diagnóstica.
4. Encaminhar à Central de Regulação Municipal

Necessita autorização prévia – **Procedimento Regulado**

Indicações	Contra Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	CBO	Prioridades
- Identificação da natureza e a gravidade do defeito mecânico * - Indicação de terapêutica cirúrgica* - Visualizar as artérias coronarianas - Pós-operatório em caso de	- Insuficiência Renal Aguda - Acidente Vascular Cerebral Recente - Sangramento Gastrointestinal	- História Clínica - Exame Físico - Eletrocardiograma com laudo - Ecocardiograma - Teste ergométrico com laudo - Ecocardiograma	- Cardiologista - Cirurgião Cardiovascular -Hemodinamicista	225210 225210	- Pós-operatório de revascularização - Angina instável com dor em repouso e pós

sintomas residuais* - Avaliar o funcionamento de prótese valvular * - Avaliar lesão residual do miocárdio ventricular * - Pesquisa de lesões valvares - Múltiplos êmbolos pulmonares - Avaliar presença de lesões potencialmente susceptíveis de curas cirúrgicas: insuficiência mitral, coronariopatia, pericardite constrictiva, estenose subaórtica hipertrófica. - ECG com presenças de áreas extensas de comprometimento - Cintilografia com lesão isquêmica - Angina após revascularização	Ativo - Infecção ativa - Febre de origem obscura - Anemia Severa - Hipertensão Arterial não Controlada - Reação prévia ao contraste - Intoxicação digitálica ou a outro medicamento - Pequena expectativa de vida - Coagulopatia severa - Endocardite válvula aórtica - Comprometimento do estado geral do paciente que não possibilite o exame	de stress - Cintilografia de miocárdio quando o teste ergométrico não for conclusivo			infarto - Pós-operatório e Angioplastia
--	---	---	--	--	--

EXAMES DE MÉDIA COMPLEXIDADE

RX CONTRASTADOS

CLISTER OPACO - CÓDIGO SIA/SUS 02.04.05.001-4

Indicação	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissional Solicitante
- Doença de Crohn - Doença diverticular - Neoplasias	- Hemorragia Digestiva	- História Clínica - Exame Físico	- Gastroenterologista

- Massas Abdominais - Obstrução Intestinal Subaguda - Alteração do Hábito Intestinal com dor Abdominal (constipação/diarréia alternantes) - Fístulas Enterovesicais - Dolicocólon - RX simples de abdômen não conclusivo	- Baixa Aguda sem Diagnóstico -Alergia ao Contraste	- RX Simples de abdômen com laudo - Colonoscopia, retossigmoide ou outro exame se houver	- Proctologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico - Oncologista
---	--	---	---

URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL (RX contrastado) - CÓDIGO SIA/SUS 02.04.05.017-0

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Nefropatia de Refluxo (sinais) - Lesão Medular (seguimento) - Pré-Operatório de Transplante Renal - Lesões Obstrutivas da Bexiga ou Uretra - Lesões Traumáticas do Trato Urinário Inferior	- Hemorragia - Traumas Perineais - Pielonefrite	- História Clínica - Exame Físico - US do Aparelho Urinário ou Pelve (se houver) - RX Contrastado (se houver)	- Urologista - Nefrologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico	- Candidato a transplante renal - Sequelado de AVC com perda de função renal - Trauma de uretra

ULTRASSONOGRAFIAS

USG DE MAMA - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.009-7

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Identificação e caracterização anormalidades palpáveis - Para guiar procedimentos Invasivos (OBS: Aspiração de Cistos e Aspiração com agulha fina para procedimentos pré-cirúrgicos e biopsia) - Para avaliar problemas associados com implantes mamários - Massas palpáveis em mulheres com idade abaixo de 35 anos - Imagem suspeita em mamografia de pacientes com idade igual ou inferior a 35 anos - Indicada para pacientes maiores de 40 anos	- História Clínica - Exame Físico - USG prévio (se houver)	- Mastologista - Ginecologista - Clínico geral/ Médico PSF - Oncologista	- Pacientes dependentes exclusivos do SUS

USG ABDOMINAL TOTAL - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.004-6

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Lesões Tumorais (Císticas e Sólidas) - Aneurismas - Colelitíase - Nefrolitíase - Estudo do Retroperitônio - Orientar Biópsia para punção de lesões tumorais - Alterações morfofuncionais (má formação de vísceras) - Dor abdominal - Hepatoesplenomegalia	- História Clínica detalhada - Exames Físicos específicos - Raio X simples (conforme o caso)	- Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico - Cirurgião Vascular - Urologista - Oncologista - Gastroenterologista - Pediatra - Clínico Geral/	- Suspeita de câncer e situações que dependam do resultado do exame para intervenção imediata ou suspeita de agudização de doença pré-existente

- Pancreatopatias - Trauma		Médico do PSF - Endocrinologista - Geriatra - Infectologista - Ginecologista - Nefrologista	
-------------------------------	--	---	--

OBS: Apresentar EPF, EAS e/ou Urocultura para os casos encaminhados pelo médico do ESF, clínicos gerais e pediatras. Em caso de identificação de doenças graves pelo generalista ou médico do ESF, este deve encaminhá-lo ao especialista imediatamente.

USG DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.010-0

USG DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL E TRANSRETAL - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.011-9

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Câncer Prostático (suspeita) - Hipertrofia prostática benigna - Prostatite - Infertilidade - Abscessos - Prostatismo	- História Clínica - Exames Físicos - PSA - Exame de toque retal - USG prévia (se houver)	- Urologista - Cirurgião Geral - Oncologista - Geriatra - Nefrologista	- PSA alterado e pacientes acima de 40 anos

USG DO APARELHO URINÁRIO - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.005-4

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Tumores - Litíase - Malformações - Rim policístico - Insuficiência Renal - Hipertensão Arterial Sistêmica	- História Clínica - Exame Físico - EAS - Função renal - Raio X simples	- Urologista - Cirurgião Geral - Cirurgião pediátrico - Clínico Geral/Médico PSF - Nefrologista - Oncologista	- História clínica compatível com as indicações acima - Passado de litíase de vias urinárias - Crianças e recém-nascidos com infecções urinárias,

Renovascular (suspeita) - Disfunção miccional	(conforme o caso) - USG de abdômen prévia (se houver)	- Pediatra	comprovadas por urocultura ou internação prévia por sepse ou pielonefrite
--	---	------------	---

USG DO HIPOCÔNDRIO DIREITO - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.003-8

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Colelitíase - Hepatopatias - Tumores	- História Clínica - Exame Físico - Transaminases hepáticas - Raio X simples (conforme o caso) - USG prévio (se houver)	- Geriatra - Cirurgião Geral - Clínico Geral/ Médico PSF - Gastroenterologista - Cirurgião Pediátrico - Pediatra	- Histórico compatível com cólica biliar, - Portadores de hepatite B e C, - Acompanhamento de doenças crônicas de recém-nascidos URGÊNCIA - Suspeita de câncer e sinais de obstrução das vias biliares

ULTRASSONOGRRAFIA DAS ARTICULAÇÕES (osteomuscular) - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.006-2

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Artrite séptica - Tendinites - Cistos Sinoviais - Lesão por esforço repetido (LER) - Disfunção da Articulação temporomandibular - Derrames Articulares - Bursites	- História Clínica - Exame Físico - Raio X simples (conforme o caso)	- Ortopedista - Reumatologista - Cirurgião Buco maxilo - Cirurgião Cabeça e Pescoço - Pediatra	- Artrite séptica

- Espessamento de Bainha Tendinosa de qualquer natureza - Lesão muscular e tendinosa			
---	--	--	--

USG DO GLOBO OCULAR - CÓDIGO SAI/SUS 02.05.02.008-9

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Avaliação do olho indevassável (catarata madura) - Tumores intra – oculares - Traumas oculares - Patologias coroideas - Patologias vitrais e retinianas - Doenças do nervo óptico e da órbita	- História Clínica - Exame Físico	- Oftalmologista	- Traumatismo - Suspeita de câncer

USG TRANSFONTANELA - CÓDIGO SAI/SUS 02.05.02.017-8

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Hidrocefalia - Estenose dos vasos intracranianos de maior calibre - Avaliar efeitos hemodinâmicos e repercussão de doença obstrutiva das carótidas extracranianas, - Avaliar roubo da subclávia - Monitorar vasoespasma - Rastrear comprometimento da circulação cerebral na Anemia Falciforme	-História Clínica - Exame Físico - RaioX simples (conforme o caso)	- Neurologista - Neurocirurgião - Pediatras - Neonatologistas - Hematologista	- Menores de 01 ano -Portadores de válvulas de derivação ventrículo peritoneal -Pacientes falcêmicos SS

USG DO TÓRAX - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.013-5

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Derrame Pleural - Polineuropatias - Patologias do diafragma - Patologias do mediastino	- História Clínica - Exame Físico - Raio X do tórax PA / Perfil	- Cirurgião Torácico - Pneumologista - Cirurgião Geral - Pediatra - Oncologista	- Histórico clínico compatível com os indicadores acima

USG DA BOLSA ESCROTAL - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.007-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Aumento da bolsa escrotal - Tumores - Varicocele - Cistos de cordão - Infecções - Torções	- História Clínica - Exame Físico - Raio X simples (conforme o caso)	- Urologista - Pediatra - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico - Clínico Geral/Médico PSF - Oncologista	- Crianças - Adolescentes URGÊNCIA - Suspeita de câncer

Obs: Médicos generalistas devem encaminhar para os especialistas

USG DA TIREÓIDE - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.012-7

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Hipotireoidismo - Hipertireoidismo - Cistos - Tumores	- História Clínica - Exame Físico - Exames de laboratório (TSH, T4, T3)	- Endocrinologista - Oncologista - Cirurgião Geral - Cirurgião de Cabeça e Pescoço - Cirurgião Torácico	- Nódulo de tireóide

		- Cirurgião Pediátrico - Clínico Geral/Médico PSF - Oncologista	
--	--	---	--

USG PÉLVICA GINECOLÓGICA - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.016-0

USG TRANSVAGINAL - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.018-6

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Dor pélvica aguda - Dor pélvica crônica - Anexites - Investigação de massa abdominal - Diagnóstico diferencial de tumores Pélvicos - Sangramento genital pós-menopausa - Sangramento genital anormal no menacme - Seguimento periódico de climatério - Amenorréia primária - Amenorréia secundária não relacionada à gravidez - Tumores e cistos ovarianos pré e pós Menopausa - Início de gravidez - Gestação de 1º Trimestre - História Clínica - Exame Físico - Preventivo recente - EAS - RX simples, conforme o caso -USG prévio, se houver - Ginecologista - Cirurgião Geral - Cirurgião			

Pediátrico

- Clínico Geral/

Médico PSF

- Pediatra
- Oncologista
- Nefrologista
- Gestantes e

idosas com

suspeitas de CA

OBS: O exame não deverá ser repetido com menos de 01 ano. O médico do ESF somente deverá solicitar estes exames para determinação de idade gestacional em caso de DUM desconhecido. Em outros casos, encaminhar ao especialista.

USG OBSTÉTRICA - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.014-3

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- 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) - Oligoidrâmnio e Polidrâmnio - Gestante obesa grau 3 - Erro provável de data do parto - Amniorrexe prematura confirmada - Gravidez múltipla - Ausência de BCF - Sofrimento fetal - Circular de cordão - Crescimento Intra-Uterino Retardado (CIUR)	- História Clínica - Exame Físico - Teste de Gravidez - Cartão de pré-natal	- Ginecologista - Obstetra - Clínico Geral/ Médico do PSF	- Gestante com cartão de pré-natal do SUS e número do SIS pré-natal

USG DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.01.005-9**USG OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.01.005-9**

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Retardo de crescimento intrauterino - Gestante diabética e/ou hipertensa	- História Clínica - Exame Físico - USG obstétrica	- Obstetra	

USG DE PARTES MOLES - CÓDIGO SIA/SUS - NÃO TEM

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Avaliação e acompanhamento da profundidade de tumores cutâneos e subcutâneos - Abscessos	- História Clínica - Exame Físico	- Dermatologista - Cirurgião Geral - Pediatra - Clínico - Ortopedista - Reumatologista - Infectologista - Geriatra - Oncologista	

- MAMOGRAFIA**MAMOGRAFIA PARA RASTREAMENTO (FAEC) - CÓDIGO SIA/SUS 02.04.03.018-8****MAMOGRAFIA UNILATERAL (MAC) - CÓDIGO SIA/SUS 02.04.03.003-0**

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Mulheres com idade entre 50 e 69 anos bianualmente	- História Clínica - Exame Físico - USG ou mamografia prévia	- Médico de Família - Mastologista - Oncologista	RASTREAMENTO (FAEC) - Pacientes assintomáticas ao exame clínico, a

- Mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, com fator de risco - Nódulos - Alterações da pele das mamas, Fluxo papilar - Linfonodo axilar suspeito - Mulheres em Tratamento de Reposição Hormonal - Achado anormal em mamografia anterior	(se houver)	- Ginecologista	partir de 35 anos (a pedido de mastologista), prioridade na faixa etária 50 a 69 anos (bianual) de acordo com critérios do MS MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICO (MAC) – Mulheres alto risco de câncer, estadiamento e acompanhamento periódico de doentes já operadas de câncer (qualquer idade a partir de 10 anos ambos sexos)
--	-------------	-----------------	--

OBS: Cadastrar solicitação noSISCAM para o prestador de referência ao qual o município está vinculado

EXAMES DIAGNOSE EM UROLOGIA

Procedimento	Médico	CBO
- Biópsia de Próstata com Anestesia	-Urologista	225285
- Cistoscopia com Biopsia de Bexiga	Oncologista	225121
- Cistoscopia com Prova de Punção	- Nefrologista	225109
- Peniscopia		
- Ureteroscopia		
- Estudo Urodinâmico		
- Urofluxometria		

BIOPSIA DE PRÓSTATA – CÓDIGO SAI/SUS 02.01.01.041-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	CBO	Prioridade
- Toque retal prostático alterado - PSA > 4 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 - PSA persistentemente elevado ou em elevação e com velocidade > 0,75 ng/mL/ano - Neoplasia intra-epitelial prostática (NIP) de alto grau - Proliferação atípica de pequenos ácinos (ASAP)	- PSA - Exame digital da próstata	- Urologista - Nefrologista	22528 5 22510 9	- Todos pacientes supostamente oncológicos

ESTUDO URODINÂMICOCISTOMETRIA COM CISTOMETRO - **CÓDIGO SUS 02.11.09.003-4**CISTOMETRIA SIMPLES - **CÓDIGO SUS 02.11.09.004-2**PERFIL DE PRESSAO URETRAL - **CÓDIGO SUS 02.11.09.006**UROFLUXOMETRIA - **CÓDIGO SUS 02.11.09.007-7**URODINÂMICA COMPLETA - **CÓDIGO SUS 02.11.09.001-8**

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Bexiga neurogênica - Prostatismo - Incontinência urinária	- Urologista - Ginecologista - Cirurgia pediátrica - Nefrologista	- Paciente prostático com insuficiência renal - Sequelados de AVC e TRM com insuficiência renal (creatinina > ou = 1,5mg/dl)	

UROGRAFIA EXCRETORA - CÓDIGO SIA/SUS 02.04.05.018-9

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- 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 tractourinário - Tumores Intraluminares: Piélicos ou Uretrais - Avaliar Hematúria Macro e Microscópica	- Hipotensão - Desequilíbrio do Cálcio ou Tetania - Descompensação Cardíaca - Diabete Mellito descompensado - Mieloma Múltiplo - Desidratação - Insuficiência Renal descompensada - Pielonefrite Aguda - Alergia ao contraste iodado	- História Clínica - Exame Físico - RX simples - Abdômen com Laudo - US Rim/vias urinárias	- Clínico Geral - Médico do PSF - Urologista - Nefrologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico - Pediatra	- Seguimento pós litotripsia extracorpórea - Calculose renal

- DIAGNOSE EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Procedimento	Especialista	CBO
- Audiometria - Videolaringoscopia - Videonasolaringoscopia - Videonasofibroscopia - Videoestroboscopia - Fibrolaringoscopia - Videodeglutograma	- Otorrinolaringologista - Fonoaudiólogo - Otorrinolaringologista	225275 223810 225275

- Vectoeletronistagmografia - Prova Calórica - Teste Vestibular		
---	--	--

VIDEOLARINGOSCOPIA - CÓDIGO SIA/SUS - 02.09.04.004-1

Indicação	Contra Indicação	Pré-Requisito	Profissional Solicitante
- Disfonia - Respiração Bucal - Apneia do sono (ronco) - Corpo estranho - Cefaléia crônica - Epistaxe de repetição - Estridor - Disfagia - Tumores - Anomalias congênitas de laringe - Granuloma das cordas vocais - Pólipos das cordas vocais - Estenose subglótica congênita ou Adquirida pós intubação traqueal prolongada - Refluxo gastroesofágico	- Discrasias sanguíneas	- História clínica - Exame otorrinolaringológico completo, com descrição do aspecto macroscópico avaliado	- Otorrinolaringologista

- DIAGNOSE EM PNEUMOLOGIA

PROCEDIMENTO	MÉDICO	CBO
- Polissonografia - Prova De Função Pulmonar Completa/Espirometria - Ou Prova Ventilatória - Broncoscopia/Broncofibroscopia C/Biópsia	- Pneumologista - Angiologista	225127 225115

BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA) - CÓDIGO SIA/SUS 02.09.04.001-7

Indicação	Contra Indicação	Pré-Requisito	Profissional Solicitante
- Tosse crônica - Sibilos - Estertores - Pneumotórax persistente - Paralisia Diafragmática			

- Disfonia - Neoplasia Mediastinal - Carcinoma de Esôfago - Neoplasia maligna de cabeça e pescoço - Corpo estranho traqueobrônquico - Paralisia da prega vocal - Abscesso pulmonar - Queimadura química ou térmica na árvore brônquica - Trauma torácico ou cervical - Alteração de citologia do escarro - Hemoptise - Fístulas bronco pleural, traqueo broncoesofágica, traqueo arterial - Apneia do sono - Obstrução respiratória - Derrame pleural inexplicado - Doença pulmonar intersticial	- Hipoxemia - Paciente não cooperativo - Arritmia maligna - Instabilidade cardíaca	- História clínica - Raio X simples e suspeita clínica definitiva - Tomografia quando Raio X não conclusivo	- Pneumologista - Cirurgião Torácico - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico
--	--	---	---

**ESPIROMETRIA - PROVA FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR -
CÓDIGO SIA/SUS 02.11.08.005-5**

Indicação	Contra Indicação	Pré-Requisito	Profissional Solicitante
- Suspeita de lesão obstrutiva brônquica - Dispneia progressiva sem causa aparente - História de intubação traqueal pregressa - Hipertensão Pulmonar - Síndrome hepatopulmonar - Hipoxemia - DPOC - Asma - Pós Cirurgia de Ressecção pulmonar, brônquica e bronquiectasia - Enfisema	- Sem contra indicação	- História clínica - Exame físico do AP respiratório Raio X tórax - Outros exames	- Cirurgião Torácico - Pneumologista - Pediatra

POLISSONOGRAMA - CÓDIGO SIA/SUS 02.11.05.010-5

Indicação	Contra Indicação	Pré-Requisito	Profissional Solicitante
- Diagnóstico da síndrome de apneia do sono - Sintomas: ronco, obesidade, sonolência diurna, sono interrompido, irritabilidade, cansaço crônico diurno etc	- Sem contra Indicação	- História clínica - Exame físico do determinação de peso e altura	- Clínico Geral - Pneumologista - Cardiologista - Otorrino - Neurologista

- DIAGNOSE EM OFTALMOLOGIA

Procedimento	Código SAI/SUS	Especialista	CBO
- Campo Visual	02.11.06.003-8	Oftalmologista	225265
- Capsulotomia A Yag Laser	04.05.05.002-0		
- Curva Diária De Pressão	02.11.06.006-2		
- Fotocoagulação A Laser	04.05.03.004-5		
- Retinografia	02.11.06.017-8		
- Fundoscopia	02.11.06.010-0		
- Gonioscopia	02.11.06.010-0		
- Paquimetria	02.05.02.002-0		
- Topografia Corneana	02.11.06.026-7		
- Ecografia	02.05.02.008-9		
- Mapeamento de Retina	02.11.06.026-7		
- Pan fotocoagulação retiniana a laser	04.05.03.019-3		
- Teste Ortóptico	02.11.06.023-2		
- Biometria	02.11.06.001-1		
- Dacriocistografia	02.04.01.001-2		
- Microscopia Especular	02.11.06.014-3		
- Angiografia ou Retinografia Fluoresceínica	02.11.06.018-6		
- Campimetria Computadorizada	02.11.06.003-8		

MAPEAMENTO DE RETINA - CÓDIGO SIA/SUS 02.11.06.012-7

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Deslocamento da retina - Doenças da retina - Glaucoma - Altas miopias - Traumas - Pré-operatório de cirurgias oculares	- Oftalmologistas	- Diabetes - Hipertensos - Pacientes com hemoglobinopatias - Miopes com acima de (6:00 SPH) - Co-morbidades graves	

BIOMETRIA - CÓDIGO SIA/SUS 02.11.06.001-1

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Pré-operatório de cirurgia de catarata - Controle do glaucoma congênito - Refração em crianças	- Oftalmologistas	- Diabetes - Hipertensos - Pacientes com hemoglobinopatias - Miopes com acima de (6:00 SPH) - Co-morbididades graves	

CAMPIMETRIA - CÓDIGO SIA/SUS 02.11.06.003-8

Indicações	Pré-Requisito	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Controle do glaucoma - Doenças de mácula - Doenças retiniana - Doenças neurológicas do trato ótico - Para emissão de laudos	- História Clínica - Exame Físico	- Oftalmologistas - Neurologista	- Diabetes - Hipertensos - Pacientes com hemoglobinopatias - Miopes com acima de (6:00 SPH) - Co-morbididades graves

FACECTOMIA – FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR - CÓDIGO SIA/SUS - 04.05.05.009-7**FACECTOMIA S/IMPLANTE LENTE INTRA-OCULAR-CÓDIGO SIA/SUS - 04.05.05.010-0**

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Catarata	- História Clínica - Exame Físico	- Oftalmologista	- Acuidade visual em qualquer dos olhos igual a 20/100 com a melhor correção óptica

CAPSULOTOMIA YAG LASER - CÓDIGO SIA/SUS 04.05.05.002-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Tratamento da catarata sub capsular posterior pós-cirurgia de catarata - 30% dos casos de cirurgias de catarata	-História Clínica com data da facectomia realizada em cada olho -Exame oftalmológico de rotina, acuidade visual (PAM) e refração - Exame Físico	- Oftalmologistas	

PAM - ACUIDADE VISUAL A LASER - CÓDIGO SIA/SUS 04.05.03.019-3

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Situações onde há opacidade dos meios de refração que impeçam a adequada avaliação macular - Pré-operatório de catarata, de capsulotomia e cirurgia corneana	- História Clínica - Exame Físico	- Oftalmologistas	

- DIAGNOSE EM CARDIOLOGIA

Procedimento	Código SIA/SUS	Especialista	CBO
- Eletrocardiograma	02.11.02.003-2	-MÉDICO APS	
- Ecocardiograma Transtorácico		- Cardiologista	225120
- Eco Doppler Venoso *	02.05.01.003-2	- Nefrologista	225109
- Eco Doppler de Carótidas e Vertebrais *		- Angiologista	225115
- Eco Doppler Arterial *	02.05.01.004-0	-Cirurgião Cardíaco	
- Eco Doppler de Veias Pélvicas *	02.05.01.004-0		
- Eco Doppler de Aorta *			
- Eco Doppler de Artérias Renais *			

- Eco Doppler de Vasos Ilíacos *	02.05.01.004-0		
- Mapa 24h	02.05.01.004-0		
- Sistema Holter 24h	02.05.01.004-0		
- Ecocardiograma de Estresse	02.05.01.004-0		
- Ecocardiograma Transesofágico	02.05.01.004-0		
- Teste de Esforço/Ergométrico	02.05.01.004-0		
	02.05.01.004-0		
	02.11.02.005-2		
	02.11.02.004-4		
	02.05.01.001-6		
	02.05.01.002-4		
	02.11.02.006-0		

* 02.05.01.004-0 - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (Até 3 vasos)

ELETROCARDIOGRAMA (ECG) - CÓDIGO SIA/SUS 02.11.02.003-2

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Avaliação inicial cardiológica - Rotina pré-operatório - Síncope ou pré-síncope - Angina Pectoris - Dor Torácica - Dispnéia - Fadiga extrema ou inexplicada	- Não há - Não é exame de escolha no controle terapêutico da doença coronariana	- História Clínica - Exame Físico - ECG Prévio (se houver)	- Cardiologista - Cirurgião Cardiovascular - Pneumologista - ESF/ Clínico Geral - Pediatra - Neurocirurgião/	- Maiores de 40 anos - Matriculados no HIPERDIA - Portadores de cardiopatias ou doenças que

- Hipertensão arterial pulmonar - Arritmias - Hipertensão Arterial Sistêmica - AVC recente - Uso dos medicamentos que possam alterar o ritmo cardíaco - Sopros - Doença cardiovascular adquirida ou congênita - Endocardite Infecciosa - Lesões valvulares inclusive prolapso de válvula mitral - Próteses valvar - avaliação			Neurologista	lese o coração
--	--	--	--------------	----------------

TESTE DE ESFORÇO OU ERGOMÉTRICO - CÓDIGO SIA/SUS 02.11.02.006-0

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Angina do peito - Dor torácica - ECG com alteração do seguimento ST - Risco de Doença Arterial Coronariana - Hipertensão ventricular esquerda - WPW (Wolf-Parkinson-White)	- Taquicardia - Angina - Arritmias paroxísticas em crise - Arritmias ventriculares complexas não controladas - Miocardites e pericardites agudas	- História Clínica - Exame Físico - Eletrocardiograma - ECG Prévio	- Cardiologista - Cirurgião Cardiovascular	- Histórico e exames compatíveis com as indicações acima descritos - Pacientes matriculados em serviço de referência do SUS e dependentes

- Marca-passo ventricular, - IAM - Histórico familiar de Coronariopatia - História Familiar de síncope ou morte súbita - Arritmias - Avaliação de capacidade funcional (mulher 45 anos, homem 30 anos) - Avaliação cardiológica em atletas	- Bloqueio átrio ventricular - Infarto agudo do miocárdio em evolução ou estável - Estenose aórtica - Hipertensão arterial grave - Lesão importante de tronco coronária esquerda - Embolia e Hipertensão pulmonar - Qualquer enfermidade aguda, febril ou grave - Limitação física ou psicológicas			exclusivamente do SUS
--	---	--	--	-----------------------

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (US COM DOPPLER E EM REPOUSO) - CÓDIGO SIA/SUS – 02.05.01.003-2

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Sopros no coração - Hipertensão arterial - Diagnóstico das doenças das válvulas do coração (incluindo também o prolapso da válvula mitral)	- Não há	- História Clínica - Exame Físico - Raio X simples (conforme o caso) - ECG - Teste Ergométrico	- Cardiologista - Cirurgião Cardiovascular	- Maiores de 40 anos - Matriculados no HIPERDIA

- Avaliação do resultado do tratamento das válvulas do coração - Avaliação de pacientes com dor torácica - Avaliação de pacientes com palpitações e/ou arritmias cardíacas (com clínica e ECG endossando a suspeita) - Avaliação de pacientes com doença arterial coronariana - Avaliação do tratamento de pacientes com doença arterial coronariana - Miocardiopatias - Doenças do pericárdio - Pacientes com falta de ar de origem cardíaca - Pacientes que sofreram de desmaio /síncope - AVC sugestivo de êmbolos - Massas e tumores cardíacos - Doenças cardíacas congênitas - Doenças da aorta - Suspeita de embolia pulmonar		(se houver) Obs: - Em caso de exames com menos de 01 ano deve ser acompanhado relatório médico para avaliação do médico regulador		- Portadores de cardiopatias ou doenças que lesem o coração
--	--	--	--	---

Obs: em caso de exames com menos de 01 ano deve ser acompanhado relatório médico para avaliação do médico regulador.

ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ATÉ TRÊS VASOS

ECODOPPLER - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.01.004-0

ECO DOPPLER CARÓTIDAS E VERTEBRAIS

Indicação	Pré-Requisito	Especialista	CBO
- Isquemia cerebral transitória ou prolongada	- História Clínica	- Angiologista	225115
- Síncope	- Exame Físico	- Cardiologista	225120
- Sopro carotídeo	- RX Simples	- Neurologista	225112
- Massa pulsátil cervical	(conforme o caso)	- Neurocirurgião	225260
- Síndrome Vertiginosa		- Cirurgião Vascular	225203
- Amaurose Unilateral			
- Avaliar roubo da subclávia (suspeita)			
- Avaliação para cirurgia de artérias carótidas e/ou vertebrais			

ECODOPPLER VENOSO

Indicação	Pré-Requisito	Especialista
- Síndrome de compressão da Veia Cava Superior	- História Clínica	- Angiologista
- Sopro Cervical contínuo (Fístula artério-venosa)	- Exame Físico	- Cardiologista
	- RX Simples (conforme o caso)	- Neurologista
		- Neurocirurgião
		- Cirurgião Vascular

ECODOPPLER DE ARTÉRIAS DOS MEMBROS SUPERIORES

Indicação	Pré-Requisito	Profissional Solicitante
- Síndrome de compressão da Subclávia	- História Clínica	- Angiologista
- Trombose Arterial Aguda	- Exame Físico	- Cardiologista
- Embolia	- RX Simples (conforme o caso)	- Neurologista
- Arterite / Endarterite em Fístula A-V		- Neurocirurgião
- Parestesia		- Cirurgião Vascular
- Hemangioma		

- Traumatismo compressão ou lesão vascular		
--	--	--

ECODOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIAS

Indicação	Pré-Requisito	Profissional Solicitante
- Hipertensão Renovascular - Sopro - Rejeição de enxerto transplantado - Tumores renais e supra-renais - Avaliação e acompanhamento de transplante renal	- História Clínica - Exame Físico - RX Simples (conforme o caso)	- Angiologista - Cardiologista - Neurologista - Neurocirurgião - Cirurgião Vascular - Nefrologista - Urologista

ECO DOPPLER DE ARTÉRIA DE MEMBROS INFERIORES

Indicação	Pré-Requisitos	Profissional Solicitante
- Claudicação intermitente do membro inferior - Aneurisma das artérias poplíteas - Embolia - Trombose - Pé diabético - Ausência de pulso arterial do membro inferior - Diminuição do pulso arterial do membro inferior - Avaliação de enxerto pós-cirurgia - Massas pulsáteis	- História Clínica - Exame Físico - RX Simples (conforme o caso)	- Angiologista - Cardiologista - Neurologista - Neurocirurgião - Cirurgião Vascular

ECODOPPLER DE VEIAS CERVICAIS

Indicação	Pré-Requisito	Profissional Solicitante

- Síndrome de compressão da Veia Cava Superior - Sopro Cervical contínuo (Fístula artério-venosa)	- História Clínica - Exame Físico - RX Simples (conforme o caso)	- Cirurgião Vascular - Cardiologista - Neurologista - Neurocirurgião
--	--	---

MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA) - CÓDIGO SIA/SUS 02.11.02.005-2

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Avaliação de sintomas causados pela Hipertensão Arterial Sistêmica (Palpitações, Cefaléia occipital, dispnéia paroxística ou não, fadiga, prostração, mal estar geral com ou sem palidez, pré-síncope ou síncope) - Avaliar Pressão Arterial limítrofe - Avaliar abruptas variações da pressão arterial sistêmica (Uso de medicamentos, Idosos, Diabéticos, Menopausadas 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	- História Clínica - Exame Físico detalhado - ECG com laudo - Teste Ergométrico (se houver)	- Cardiologista - Cirurgião Cardiovascular - Nefrologista - Neuro/ Neurocirurgião	- Portadores de Doenças Renais Crônicas – com HAS

HOLTER 24 HORAS - CÓDIGO SIA/SUS 02.11.02.004-4

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade

- Avaliação de lesão isquêmica no Infarto agudo do miocárdio (pós IAM)
- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
- Miocardiopatias
- Hipertensão Ventricular Esquerda (HVE)
- Arritmias
- Valvulopatias
- Insuficiência Coronariana
- Síncope

ECOCARDIOGRAMA DE ESTRESSE (POR ESFORÇO FÍSICO OU USO DE MEDICAMENTO)
- CÓDIGO SAI/SUS 02.05.01.001-6

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Estratificação de risco de pacientes com DAC - Avaliação de Isquemia em indivíduos assintomáticos com TE positivo ou duvidoso - Avaliação pré- operatória de pacientes com Alto risco e que não podem se exercitar - Avaliação de isquemia em pacientes com BRE	- Não há OBS: É suspensão de medicamentos como os beta bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio e os nitratos	- História Clínica - Exame Físico - ECG Prévio - ECO e TE Prévio (se houver)	- Cardiologista - Cirurgião Cardiovascular	- ECG alterado - Uso de medicações cardiotônicas - Pacientes pós-infarto - Pós-cirurgia cardíaca - Menores de 05 anos e maiores de 65 anos - Histórico e exames

- Avaliação de Reestenose após Revascularização em pacientes com recorrência de sintomas típicos - Pacientes com precordialgia típica estável que não podem realizar TE máximo ou quando o TE não é diagnóstico				compatíveis com as indicações acima descritos - Pacientes que não sejam capazes de realizar o teste de esforço (ex: sequela de derrame cerebral ou doença ortopédica que impeça a caminhada)
--	--	--	--	---

ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO - CÓDIGO SIA/SUS: 02.05.01.002-4

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Avaliar válvulas, septos e átrios quando suspeitos na avaliação clínica - Avaliar estrutura e função valvar para assistir planejamento da intervenção - Suspeita de Endocardite Infecciosa, casos de risco moderado ou elevado - Próteses valvares para confirmar e quantificar melhor a disfunção - Pacientes com suspeita de massas e tumores cardíacos - Pacientes com suspeita de doença da Aorta aguda (dissecção/não limitada)	- Não há OBS: Não é necessária a suspensão de qualquer medicamento	- História Clínica - Exame Físico - ECG Prévio - ECO Prévio (se houver) OBS: Requer jejum absoluto (inclusive a ingestão de líquido), de pelo menos 6 horas.	- Cardiologista - Neurologista - Cirurgião Cardiovascular	- ECG alterado - Uso de medicações cardiotônicas - Pacientes pós-infarto - Pós-cirurgia cardíaca - Menores de 05 anos e maiores de 65 anos - Histórico e exames compatíveis com as indicações acima descritos

- Reavaliação de exame prévio alterado quando necessária mudança terapêutica - Acompanhamento de procedimentos percutâneos - Busca de fonte embólica quando nenhuma outra for identificada (Eco Transtorácico prévio)				
---	--	--	--	--

ECOCARDIOGRAMA FETAL:

O Ecocardiograma fetal deverá ser solicitado pelo médico obstetra no ambulatório de alto risco

- DIAGNOSE DO APARELHO DIGESTÓRIO

Procedimento	Código SIA/SUS	Especialista	CBO
- Endoscopia Digestiva Alta	02.09.01.003-7		
- Ecografia Abdominal Total	02.09.01.005-3		
- Esofagomanometria #	02.09.01.002-9		
- Manometria Anorretal #			
- Ph-Metria 24 Horas 1 e 2 Canais #			
- Retossigmoidoscopia			
- Colonoscopia			

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA - CÓDIGO SIA/SUS 02.09.01.003-7

Indicação	Contra Indicação	Pré-Requisito	Especialista
Hemorragia digestiva alta - Esofagite de refluxo - Úlcera gástrica com pesquisa de Helicobacter Pylori -Úlcera duodenal com pesquisa de	- Pacientes não cooperativos - Diverticuloses esofagianas - Suspeita de perfuração no trato digestivo	- História Clínica - História de patologia pregressa e história familiar - Exames Físico com ênfase no aparelho digestivo	- Gastroenterologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico - Oncologista

Helicobacter Pylori - Câncer gástrico - Hérnia de Hiato - Cirrose hepática - Varizes esofagianas - Anemia a esclarecer - Neoplasia a esclarecer - Dor epigástrica - Dor abdominal - Metástases - Disfagia - Odinofagia	-Cirurgia recente do trato digestivo		-Clínico Geral/Médico PSF - Pediatra - Geriatra
---	--------------------------------------	--	--

Tempo médio para repetição do exame

Úlcera Gástrica e duodenal com Helicobacter Pylori positivo – pós tratamento

Após cirurgia de hipertensão portal

Após cirurgia de câncer gástrico – 6º mês e a cada ano

Esôfago de Barrett e estenose de esôfago – 1 vez/ano

Úlcera gástrica com história duvidosa – 1 vez/ano

Cirurgia gástrica por doença benigna 1 /ano por 7 anos

PH METRIA - CÓDIGO SIA/SUS – NÃO TEM

Indicações	Pré-Requisitos	Especialista
- Refluxo - Pirose - Salivação excessiva ou regurgitação de alimentos - Eructos frequentes, halitose e pigarros - Dor torácica - Tosse crônica (persistente) - Disfonia - Sensação de opressão torácica noturna - Granuloma, úlcera de corda vocal, laringite, traqueítes	-História Clínica completa - Exame Físico - Endoscopia digestiva alta -Seriografia gastroesofágica - Anexar laudo ou cópia	- Gastroenterologista - Proctologista - Oncologista - Geriatra - Pediatra - Cirurgião geral e Pediátrico - Otorrinolaringologista

- Asma e bronquites - Apnéia noturna - Atelectasia pulmonar - Pneumonia de repetição - Hérnia hiatal - Avaliação de recidiva de sintomas pós-cirurgias de correção de refluxo		
--	--	--

MANOMETRIA - CÓDIGO SIA/SUS - NÃO TEM

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Especialista
- Estudo de motilidade esofagiana nos distúrbios motores das disfagias e odinofagias - Esclarecer manifestações esofágicas que ocorrem em doenças: lúpus, doenças reumáticas e diabetes mellitus, doenças esofágicas e outras	- Varizes esofagianas - Sangrantes	- História Clínica completa - Exame Físico - Endoscopia Digestiva	- Gastroenterologista - Proctologista - Oncologista - Cirurgião Geral e Pediátrico

Retossigmoidoscopia

É um exame endoscópico que avalia regiões reto, cólon sigmóide e parte do cólon desc. É um exame rápido, preparo leve e sedação também leve quando necessária. É capaz de diagnosticar pólipos, neoplasia, doenças diverticulares e complementar o exame proctológico.

Crítérios de inclusão: maiores que 15 anos e menores que 75 anos.

Para rastrear o câncer colorretal em adultos entre 50 e 75 anos, pacientes entre 76 e 85 anos não se recomenda de rotina, pode se considerar pacientes individuais. Pacientes acima de 85 anos, não é recomendado.

Pacientes que necessitem de colonoscopia para complementar deverão ser encaminhados para Proctologia.



RET OSSIGMOIDOSCOPIA - CÓDIGO SIA/SUS 02.09.01.005-3

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Especialista
- Tumores - Sangramento retal	-Não há contra indicação	-História Clínica completa	-ESF/ CLÍNICO - Gastroenterologista

- Diarréia - Eliminação de muco nas fezes - Dor abdominal		- Exame Físico	- Proctologista - Oncologista - Geriatra - Pediatra
---	--	--	--

COLONOSCOPIA - CÓDIGO SIA/SUS 02.09.01.002-9

Indicação	Contra Indicação	Pré-Requisito	Especialistas
- Hemorragia digestiva baixa - Doenças inflamatórias intestinais - Diarréia crônica, Constipação - Massa tumoral de cólon - Doença inflamatórias intestinais - Doenças diverticular do cólon - Pólipos do cólon - Corpo estranho - Doença vascular - Angiodisplasia - Avaliação preventiva em pacientes maior de 40 Anos com história familiar de neoplasia de ovários, mama e útero e maior de 50 anos com antecedentes pessoais, pólipos, retocolite e Chron - Pacientes sem queixa após 60 anos - exame a cada 10 anos - Retite actínica - Esquistossomose retal - Dor retal - Massa abdominal intracavitária - Dolico colon - Patologias congênitas ano retais	- Paciente debilitado - Suspeita de Perfuração de víscera oca - Cirurgia de alça intestinais recente	- História clínica detalha com antecedente pessoais e familiares relacionados à patologia - Exame físico específico do aparelho digestivo - Ultrassonografia, retossigmoidoscopia ou exame radiológico anterior	- Gastroenterologista - Proctologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico

- DIAGNOSE EM NEUROLOGIA

Procedimento	Especialista	CBO
- Eletroencefalograma Vigília com ou sem foto estímulo	02.11.05.004-0 - Neurologista	225112
	02.11.05.003-2 - Neurocirurgião	225260
- Eletroencefalograma sono induzido com ou sem medicamento	02.11.05.005-9 - Psiquiatra	225113
	02.11.05.006-7	
- Eletroencefalograma Quantitativo com Mapeamento Cerebral	02.11.05.006-7	
- Videoeletroencefalograma		
- Eletroneuromiografia por segmento		

ELETROENCEFALOGRAMA - EM VIGILIA COM OU SEM FOTO ESTIMULO	- CÓDIGO SAI/SUS 0211.05.002-4
EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO - CÓDIGO SAI/SUS 0211.05.003-2	
SONO ESPONTÂNEO COM OU SEM FOTO ESTIMULO - CÓDIGO SAI/SUS 0211.05.004-0	
QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO CEREBRAL	- CÓDIGO SAI/SUS 0211.05.005-9

Indicação	Pré-Requisito	Profissional Solicitante
- Epilepsias generalizadas e focais (Diagnóstico, acompanhamento e planejamento terapêutico) - Investigação de crise epilética - Encefalopatia metabólica - Intoxicação por drogas - Ausência (todos os tipos) - Determinar morte cerebral em comatosos - Investigação de demência rapidamente progressiva	- História Clínica detalhada - Exame Físico com ênfase nos dados neurológicos principalmente focais	- Neurologista - Neurocirurgião - Neuropediatra

ELETRONEUROMIOGRAFIA - CREFES - CÓDIGO SIA/SUS 02.11.05.008-3

Motivo de Encaminhamento - Acompanhar a evolução das doenças bem como a resposta ao tratamento dos distúrbios neuromusculares.

Avaliação de desordens do Sistema nervoso periférico e central (com distúrbios do sistema nervoso periférico e/ou muscular associados).

Indicação	Contra Indicação	Pré-Requisito	Profissional Solicitante	Prioridades
- Miopatias - Doença da junção neuromuscular - Polineuropatias - Mononeuropatia simples e múltiplas - Doenças do neurônio motor – ELA e variantes - Polyradiculoneuritis agudas e crônica, inflamatórias ou não - Neuropatia do nervo facial; - Radiculopatias cervicais e lombo – sacro - Plexopatias - Miotonias - Neuropatias motoras sensitivas - Síndrome de Guillan Barré e similares	- Portadores de marca-passo e/ou cardiopatias de condução - Usuários portadores de doença grave consumptiva - Pneumotórax - Infecção cutânea no local do exame - Peritonite	- História Clínica detalhada, - Exame Físico com ênfase nos dados neurológicos principalmente focais. - Descrição dos resultados de exames prévios relacionados ao quadro.	- Neurologista - Neuropediatra - Neurocirurgião - Fisiatra - Reumatologista - Ortopedista - Dermatologista (Programa de Hanseníase) - Geriatra - Urologista (Disfunção erétil) - Andrologista (Disfunção erétil) - Gastroenterologista (Incontinência anal) - Proctologista (Incontinência anal)	P1 Doenças agudas, nas quais o exame é essencial na definição da estratégia mais adequada de tratamento, evitando piora no quadro clínico; P2 Acompanhamento, definição prognóstica e monitoramento de doenças de evolução rápida e/ou potencialmente incapacitantes; Acompanhamento de conduta

- Distonias -Traumatismo sobre nervos, plexos ou coluna - Pré e pós operatório de cirurgias de nervos periféricos - Síndrome do túnel do carpo, do tarso e outras síndromes compressivas focais - Incontinência esfincteriana anal - Disfunção erétil - Mioclonias - Miofasciculações de origem recente - Esclerose múltipla - Mielopatias - Perícia Médica				terapêutica já realizada e em seguimento; Acompanhamento do curso de doenças de evolução flutuante e sua resposta às intervenções terapêuticas;
---	--	--	--	---

OUTROS PROCEDIMENTOS

1) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Procedimento	Profissional Solicitante	CBO
- Ressonância Magnética de Coração ou Aorta com Cine-Rm	- Neurologista	225112
- Artro Ressonância Magnética	- Ortopedista	25270
- Ressonância Magnética para Pacientes Acima de 120 kg	- Infectologista	225103
	- Cirurgião Geral	225225

- Ressonância Magnética Mamária	- Ginecologista	225250
- Ressonância com Sedação	- Angiologista	225115
- Colangioressonância	- Pneumologista	225127
	- Geriatria	225180
	- Neurocirurgião	225260
	- Gastroenterologista	225165
	- Cirurgião Cabeça e Pescoço	225215
		225121
	- Oncologista	2251220
	- Cardiologista	225203
	- Cirurgião Vascular	225155
	- Endocrinologista	

TOMOGRAFIAS

Procedimento	Código	Especialista	CBO
- Tomomielografia Computadorizada	02.06.01.008-7	- Oncologista	225121
- Tc de Hemitorax/Mediastino (Por Plano)	02.06.02.004-0	- Infectologista	225103
	02.06.02.004-0	- Pneumologista	225127
		- C. Torácico	225240
		- Hematologista	225185
		Reumatologista	225136

TOMOGRAFIA DE MEDIASTINO E PULMÃO - CÓDIGO SIA/SUS 026020040

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes
- Alargamento do mediastino	- História Clínica	- Oncologista
- Dissecção de aneurisma, síndrome da compressão de veia cava superior	- Exame Físico	- Infectologista
- Suspeita de mediastinite	- RX simples com laudo	- Pneumologista
- Alterações endócrinas ou metabólicas de origem mediastinal		- Cirurgião Torácico
- Estudar transição cérvico- torácica e tóraco-abdominal		- Cirurgião Cardiovascular
		- Hematologista

- 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		- Reumatologista
---	--	------------------

OXIGENOTERAPIA:

. Os objetivos para se estabelecer diretrizes sobre DPA (doença pulmonar avançada/ODP (oxigenoterapia domiciliar prolongada) no município são:

Permitir o acesso à ODP e a outros tratamentos para pacientes que realmente necessitem, com o objetivo de reduzir as internações hospitalares e promover aumento de sobrevida e melhor qualidade de vida. Racionalizar os processos administrativos aumentando a eficiência do sistema e ampliando a população beneficiada. Definir atribuições e competências dos vários serviços envolvidos, bem como do usuário beneficiado.

. Protocolo para a prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2000), as indicações clássicas da oxigenoterapia domiciliar prolongada, atreladas à documentação da presença de hipoxemia na gasometria arterial realizada em ar ambiente e em repouso durante doença estável, são:

-Oxigenoterapia de forma contínua (por no mínimo 15 h/dia):

- Pressão parcial de oxigênio (PaO₂) menor ou igual a 55mmHg ou saturação arterial de oxigênio (SaO₂) menor ou igual a 88%;
- Pressão parcial de oxigênio (PaO₂) igual a 56-59 mmHg ou SaO₂ igual a 89%, associado a:
 - edemas por insuficiência cardíaca
 - evidências de cor pulmonale
 - hematócrito ≥ 55%

Documentação de hipoxemia: deve ser feita pela gasometria arterial coletada em repouso e em ar ambiente durante doença estável (mostrando PaO₂ 55 mmHg; ou PaO₂ 59 mmHg em pacientes com sinais clínicos de cor pulmonale ou policitemia, ou associadas a episódios agudos e recorrentes de broncoespasmo, edemas refratários ou outra enfermidade cardiopulmonar em pacientes com freqüentes exacerbações da doença). A realização de gasometria arterial é imprescindível para a matrícula do paciente no Programa de ODP para documentação de hipoxemia crônica, salvo em crianças ou adolescentes até 16 anos ou em casos de exceção. A medida da saturação de pulso da oxihemoglobina realizada por oxímetro de pulso é um método não invasivo e prático que pode ser usado de rotina para selecionar quais pacientes necessitam ou não de gasometria arterial (SpO₂ 90% ou 92% em pacientes com policitemia). Ela também é utilizada para realização da titulação dos fluxos ideais de oxigênio em repouso, durante o sono e os esforços. Apesar disto, a saturação de pulso da oxi hemoglobina medida por oximetria de pulso isoladamente, não é válida para a prescrição de ODP; salvo em crianças ou adolescentes até 16 anos ou em casos de exceção (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Temas em revisão ODP, 2008). Apesar de que a ODP pode ser prescrita provisoriamente para pacientes nas exacerbações das doenças pulmonares, todos estes procedimentos descritos acima devem ser realizados novamente durante doença estável e com o paciente em uso de tratamento farmacológico adequado, para confirmação de que a hipoxemia persiste após a estabilização da doença e manutenção do paciente no Programa de ODP. Portanto, se a indicação da ODP tiver sido realizada durante a doença pulmonar exacerbada, nova avaliação deverá ser feita 45 a 90 dias após exacerbação da doença antes de se matricular o paciente no Programa de ODP. Este cuidado é para se eliminar a possibilidade do paciente não precisar mais usar ODT quando a doença pulmonar estiver estável, o que costuma acontecer em 25 a 50% na reavaliação sistemática após 45 a 90 dias da alta hospitalar, apontando que muitos pacientes necessitam usar ODP provisoriamente somente nas exacerbações de suas doenças.

Procedimento	Pré Requisito	Profissional Solicitante	CBO
-Oxigenoterapia Hiperbárica	- História Clínica - Laudo do Ecodoppler Venoso (MMII) ou outro exame de acordo com a área	- Angiologista	225115
		- Cirurgião Vascular	225203
		- Neurologista	225112
		- Infectologista	225103
		- Cirurgião Geral	225225

		- Endocrinologista	225155
		- Ortopedista	225275
		- Cirurgião Plástico	225235

A solicitação de exames deverá ser feita em **formulário próprio** em 2 (duas) vias, com todos os campos

preenchidos, carimbo e assinatura do médico solicitante e informando a **quantidade de sessões**.

Anexar os seguintes documentos (cópia): Cartão nacional de saúde, CPF, Identidade, Comprovante de residência.

Observações a serem consideradas no preenchimento de todas as solicitações de Exames (REGULADO)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **ELIAS JR**, Antonio Mauro. Protocolos de Encaminhamento para Especialidades e Rotinas para Pedidos de Exames/ Procedimentos de Média e Alta Complexidade, **Secretaria Municipal de Saúde de Tangará da Serra** (MT), 2010

2. **FORMIGA et al.** Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. **Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos**, SP, 2006.

3. **ROCHA et al.** Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média complexidade. **Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus**, Santo Antônio de Jesus BA, 2007.

4. **SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MATO GROSSO** – Protocolos de Regulação do Estado do Mato Grosso, Cuiabá (MT) 2011

5. **SECRETARIA DE SAÚDE ESTADO DO RIO DE JANEIRO** - Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais, VERSÃO 1.4, 2015 .Disponível em: http://www.subpav.org/download/sisreg/_SISREG_regulador_protocolo.pdf –

6. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU**. Protocolos de Regulação da Atenção Especializada, Blumenau (SC) 2011

7. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIADEMA**. Protocolos de Regulação do Acesso Especialidades Médicas, Diadema (SP), 2008

8. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUARULHOS**. Protocolos de Regulação da Atenção Básica, para Encaminhamento aos Especialistas e Exames e Procedimentos de Alta Complexidade, Guarulhos (SP), 2009

9. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA**, Protocolo de Regulação do Município de Vitória, Vitória (ES) 2012

10. **VILAR et al.** Protocolos de Acesso às Consultas Especializadas. Secretaria de Saúde de Recife. Central de regulação do Recife, manual vol. 1, Recife (PE), 2006.
11. **ZANON et al.** Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SC), 2002
12. **Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação. Gerência dos Complexos Reguladores**
- 13- Arruda GO, Schmidt DB, Marcon SS. Internações por diabetes mellitus e a Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2000 a 2012. *Ciência & Saude Coletiva*. 2018;23(2)
- CUNNINGHAM, F. G. et al. *Obstetrícia de Williams*. 25. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2018.
- DUNCAN, B. B. et al (Org.). *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- DYNAMED PLUS. Record nº 116522, Hypertensive disorders of pregnancy [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2018. Disponível mediante login e senha em: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116522/Hypertensive-disorders-of-pregnancy>. Acesso em: 02 maio 2019.
- DYNAMED PLUS. Record nº T900646, Prevention of preterm labor and preterm birth [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2013 [atualizado em nov. 2018]. Disponível mediante login e senha em: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T900646/Prevention-of-preterm-labor-and-preterm-birth>. Acesso em: 02 maio 2019.
- GEORGE, J. N.; MCINTOSH, J. J. Thrombocytopenia in pregnancy [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/thrombocytopenia-in-pregnancy>. Acesso em: 02 maio 2019.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 2.
- LOCKWOOD, C. J. Preterm labor: Clinical findings, diagnostic evaluation, and initial treatment [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/preterm-labor-clinicalfindings-diagnostic-evaluation-and-initial-treatment>. Acesso em: 02 maio 2019.
- MALHOTRA, A.; WEINBERGER, S. E. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy: prevention [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/deep-vein-thrombosis-and-pulmonary-embolism-in-pregnancy-prevention?source=related_link. Acesso em: 02 maio 2019.
- MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A.; Passos, E. P. (Org.). *Rotinas em Obstetrícia*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- MELO, N. R.; FONSECA, E. *Medicina Fetal*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- MONTOYA, J. G.; REMINGTON, J. S. Management of Toxoplasma gondii infection during pregnancy. *Clinical Infectious Diseases*, Chicago, v. 47, n. 4, p. 554-566, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). Apud J Pneumol 26(6), p 341 350, setembro de 2000.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretrizes para Oxigenoterapia Domiciliar. Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Norma Técnica para indicação e controle de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP). Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005 <<http://www.saude.rs.gov.br/das/nor.php>

Secretaria Municipal Saúde:

Gestão: CRISTIANI SILVÉRIO DE ANDRADE BUSSINATI

Central Regulação

Coordenação: KARINA DALA POLA

Diretor Clínico: PAULO AUGUSTO GOMES NUNES

Médico Regulador: SERGIO RUBENS BUSSINATI