

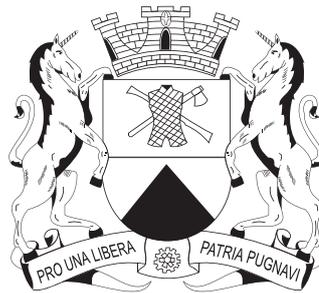


# PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE ESPECIALIDADES



Prefeitura de  
**SOROCABA**





# **Prefeitura de SOROCABA**

Secretaria da  
**Saúde**

Central Municipal  
**de Regulação**

Fevereiro/2016

**SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOROCABA**

FRANCISCO ANTÔNIO FERNANDES  
**Secretário da Saúde**

CLAUDIA MARIA DE MADUREIRA  
**Diretoria de Área de Planejamento e Regulação**

JANET JUNKO YUI  
**Coordenadoria Técnica de Regulação**

FLÁVIA DE FIGUEIREDO CAMARGO  
**Divisão de Regulação Municipal**

LUCIANE BOTINHON DE CAMPOS  
**Divisão Assistência Hospitalar e Regulação**

## EQUIPE TÉCNICA

**Ailton Peron** - CRM: 60481 – Médico Urologista  
**Ana Paula Favero Sakano** - Analista de Sistemas  
**Antonianna Furtado Cavalcante Vecina** - CRM: 84212 – Médica Hematologista  
**Antonio Roberto Maestrello** - CRM: 45914 – Médico Endocrinologista  
**Camila Rosa Rolim Andrade** - CRM: 109439 – Médica Neurologista  
**Carlos Eduardo Ribeiro de Moura** - CRM: 74195 – Médico Oncologista Clínico  
**Cassio Augusto de Mello Rusconi** - CRM: 89272 – Médico Ortopedista  
**Claudia Nianas de Aro Bonvino** - CRM: 73678 – Médica Pediatra  
**Cristiane Delgado Oliveira** - CRM: 79795 – Médica Endocrinologista  
**Cristina de Fátima Dias Rodrigues Esposito** - CRM: 49041 - Médica Otorrinolaringologista  
**Debora Patricia Duarte** - CRM: 85405 – Médica Cardiologista  
**Deise Piccini Lopes** - CRO: 32982 – Cirurgiã Dentista  
**Edilberto Silva de Macedo** - CRM: 28638 – Médico Ginecologista e Obstetra  
**Eduardo Vagner Nascimento** - CRM: 79615 - Médico Otorrinolaringologista  
**Elaine Aparecida Desgualdo Osório** - CRM: 43296 – Médica Pediatra  
**Fabio José Barbo Casella** - CRM: 51201 – Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo  
**Fabio Oliveira de Souza** - CRM: 72574 – Médico Urologista  
**Fatima Cristina Brandão Fontana Moraes** - CRM: 70619 – Médica Nefrologista  
**Fernanda Ribeiro Matiello** - Analista de Sistemas  
**Fernando Guimarães Russo Ramos** - CRM: 95866 – Médico Urologista  
**Gleidson Wider Andrade** - CRM: 100166 – Médico Ortopedista e Traumatologista  
**Isabel Cristina Roman Gongora** - CRM: 82480 – Médica Cirurgiã Pediátrica  
**Janet Junko Yui** - CRM: 51546 – Médica Otorrinolaringologista  
**José Alexandre Bizon** - CRM: 118872 – Médico Cirurgião Torácico  
**José Manoel Amadio Guerrero** - CRM: 69929 – Médico Clínico  
**José Rosalvo Santos Maia** - CRM: 36111 – Médico Pneumologista  
**Leonor Xavier Trigo** - CRM: 55544 – Médica Fisiatra  
**Lígia Gomes Zanella** - CRO: 73437 – Cirurgiã Dentista  
**Lourdita Fazano Novaes** - CRM: 63564 – Médica Neurologista  
**Marcos Antonio Haro Adad** - CRM: 82677 – Médico Ortopedista e Traumatologista  
**Maria Cristina Franco Coelho Acorsi** - CRM: 60520 – Médica Pediatra e Nefrologista  
**Maria Heloisa Terra Lellis Petry Raszl** - CRM: 29273 – Médica Dermatologista  
**Maria Zélia de Siqueira Salerno Muzilli** - CRO: 33071 - Cirurgiã Dentista  
**Maristela De Castro Alegretti Maestrello** - CRM: 60381 - Médica Cardiologista  
**Martha Christina de Mello Figueiredo** - CRM: 60353 – Médica Dermatologista  
**Nelson Boccato Junior** - CRM: 28483 – Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo  
**Nyane Glace Doyle** - CRM: 55344 – Médica Oftalmologista  
**Paula Purchio Duarte Stuckus** - CRM: 105675 – Médica Neurologista  
**Ricardo Adriano Demarzo** - CRM: 87182 – Médico Otorrinolaringologista  
**Rodolfo Pinto Machado de Araujo Filho** - CRM: 100419 – Médico Cirurgião Plástico/Geral  
**Rosana Aparecida Pupo de Castro** – CRM: 70136 – Médica Pneumologista  
**Solange Galatro** - CRM: 57163 – Médica Clínica  
**Sonia de Moraes Bonadia** - CRM: 39880 – Médica Ginecologista e Obstetra  
**Vagner Guerrero Rinaldo** - CRM: 97811 – Médico Clínico

**SUMÁRIO**

|  |    |
|--|----|
| Introdução .....   | 10 |
| Orientações Gerais para a Referência .....   | 11 |
| Orientações Gerais para a Contra Referência .....  | 11 |
| Classificação de Prioridade ou Risco.....  | 12 |
| Protocolo para Consulta com Cardiologista.....   | 13 |
| Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de difícil controle.....  | 13 |
| Insuficiência Cardíaca Congestiva .....  | 13 |
| Insuficiência Coronariana .....  | 14 |
| Dor Torácica e Precordialgia .....   | 14 |
| Sopros / Valvulopatias estabelecidas .....   | 14 |
| Parecer Cardiológico – Pré-operatório / Avaliação do Risco Cirúrgico .....   | 14 |
| Miocardopatias .....   | 15 |
| Arritmias .....  | 15 |
| Protocolo para Consulta com Dermatologista .....   | 15 |
| Micoses .....  | 15 |
| Prurido / Eczema .....   | 16 |
| Dermatite de Contato .....   | 16 |
| Neoplasias Cutâneas / diagnóstico diferencial de lesões Infiltradas .....  | 16 |
| Herpes Zoster .....  | 16 |
| Urticária crônica .....  | 16 |
| Dermatoses Eritemato-Escamosas (Psoríase, Líquen-Plano, Pitiríase Rosa, Ictioses) .....                                      | 16 |
| Farmacodermias .....   | 16 |
| Buloses (Pênfigo, Penfigóide, Dermatite Herpetiforme) .....  | 17 |
| Lesões ulceradas (Leishmaniose) .....  | 17 |
| Micoses profundas (lobomicoses, cromomicoses, Jorge-lobo, esporomicoses, paracoccidioidomicose e tuberculose cutânea) .....  | 17 |
| Hanseníase .....   | 17 |
| Outros motivos frequentes de encaminhamento .....  | 17 |
| Protocolo para Consulta com Endocrinologista Adulto.....   | 18 |
| Pacientes suspeitos de patologia de Tireóide .....   | 18 |
| Diabetes mellitus tipo 1 .....   | 18 |
| Diabetes mellitus tipo 2 .....   | 18 |
| Dislipidemias .....  | 18 |
| Obesidade com morbidades .....   | 18 |
| Casos suspeitos de: Neoplasias, Cushing, Addison, alterações da Paratireoide, Hiperandro-genismo e Hiperaldosteronismo ..... | 19 |
| Protocolo para Consulta com Endocrinologista infantil .....  | 19 |
| Hipertireoidismo .....   | 19 |
| Hipotireoidismo Congênito (HC) .....   | 19 |
| Hipotireoidismo Adquirido .....  | 19 |
| Diabetes mellitus tipo 1 .....   | 20 |
| Obesidade .....  | 20 |
| Dislipidemia .....   | 20 |
| Baixa Estatura .....   | 20 |
| Alta Estatura .....  | 20 |
| Distúrbios da Puberdade .....  | 20 |
| Ginecomastia .....   | 20 |
| Telarca Precoce .....  | 21 |
| Adrenarca Precoce .....  | 21 |
| Malformações Genitais .....  | 21 |

|  |    |
|--|----|
| Protocolo para Consulta com Gastroenterologista .....  | 21 |
| Colelitíase .....  | 21 |
| Úlcera Péptica .....   | 21 |
| Gastrite atrófica (com comprovação diagnóstica anterior) .....   | 22 |
| Pancreatite crônica Cirrose Hepática .....   | 22 |
| Doenças do Refluxo Gastro Esofágico (D.R.G.E.): Hérnia de hiato, Esofagite de refluxo, Esôfago de Barret ..... | 22 |
| Doenças Inflamatórias Intestinais: Colite ulcerativa, Doença de Crohn .....                                    | 23 |
| Síndrome do Intestino Irritável, Obstipação Intestinal e Doença Diverticular .....                             | 23 |
| Hepatites crônicas .....   | 23 |
| Neoplasias .....   | 23 |
| Hérnias .....  | 23 |
| Protocolo para Consulta/Procedimento com Ginecologista (Colposcopia/Vulvoscopia) .....                         | 24 |
| Citologia alterada .....   | 24 |
| Presença de HPV .....  | 24 |
| Ectrópios .....  | 24 |
| Pólipos .....  | 24 |
| Sinorragias com alterações macroscópicas do colo .....   | 24 |
| Prurido vulvar crônico ou lesão em Vulva .....   | 25 |
| Protocolo para Consulta com Ginecologia Oncológica .....   | 25 |
| Sangramento Pós-menopausa com espessamento endometrial .....   | 25 |
| Cisto Ovariano complexo .....  | 25 |
| Lesões extensas causadas por HPV (verrugas) .....  | 25 |
| Biópsia positiva para lesões pré-malignas .....  | 26 |
| Biópsia positiva para Câncer .....   | 26 |
| Protocolo para Consulta com Hematologia adulto e infantil .....  | 26 |
| Anemia .....   | 26 |
| Leucopenia .....   | 26 |
| Plaquetopenia .....  | 27 |
| Doença falciforme.....   | 27 |
| Coagulopatia.....  | 27 |
| Protocolo para Consulta com Mastologista.....  | 27 |
| Câncer de mama (suspeição) .....   | 28 |
| Dor mamária .....  | 28 |
| Pacientes de Alto Risco.....   | 28 |
| Cistos Mamários .....  | 28 |
| Eczema areolar .....   | 28 |
| Derrame Papilar espontâneo unilateral, hemorrágico ou em água de rocha .....                                   | 28 |
| Nódulos palpáveis pelo médico na mama ou região axilar .....   | 28 |
| Fístulas .....   | 29 |
| Protocolo para Consulta com Nefrologista .....   | 29 |
| Alteração de exame de urina .....  | 29 |
| Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado .....   | 29 |
| Lesão renal em diabetes, hipertensão, doenças reumatológicas e autoimunes.....                                 | 29 |
| Protocolo para Consulta com Nefrologista Infantil .....  | 29 |
| Infecção do Trato Urinário .....   | 30 |
| Hipertensão Arterial na Infância .....   | 30 |
| Hematúrias .....   | 30 |
| Glomerulonefrite Difusa Aguda Pós-Estreptocócica .....   | 30 |
| Síndrome Nefrótica .....   | 30 |
| Protocolo para Consulta com Neurocirurgia .....  | 30 |
| Tumores Cerebrais .....  | 31 |

|   |    |
|---|----|
| Hidrocefalia .....  | 31 |
| Derivação Ventrículo-Peritoneal .....                           | 31 |
| Aneurismas Cerebrais e Malformações Arteriovenosas (MAV) .....  | 32 |
| TCE Grave .....   | 32 |
| Hematoma Subdural Crônico .....                                 | 32 |
| Craniossinostose .....  | 32 |
| Disrafismo Espinal (Espinha Bífida) .....                       | 33 |
| Protocolo para consulta com Neurologista adulto .....           | 33 |
| Cefaléia crônica.....   | 33 |
| Epilepsia, convulsões e desmaios.....                           | 33 |
| Deterioração psicomotora.....                                   | 34 |
| Outros motivos frequentes de encaminhamento.....                | 34 |
| Hidrocefalia, Mielomeningocele e Crânio estenose.....           | 34 |
| Nervosismo.....   | 34 |
| Sequela de AVC.....   | 34 |
| Manifestações Psicossomáticas.....                              | 34 |
| Tontura/ Zumbido.....   | 34 |
| Hérnia de Disco.....  | 34 |
| Protocolo para Consulta com Neurologista infantil.....          | 34 |
| Cefaléia crônica.....   | 34 |
| Epilepsia, Convulsão e Desmaios.....                            | 35 |
| Distúrbio de Aprendizagem e Retardo Psicomotor.....             | 35 |
| Protocolo para Consulta com Ortopedista.....                    | 35 |
| Dores nas Costas: Cervicalgia, Lombalgia e Hérnia de Disco..... | 35 |
| Deformidades - (mmii, Cifose e Escoliose).....                  | 35 |
| Dor Localizada a Esclarecer - (Articular, Tendinites).....      | 36 |
| Sequela de Fratura.....   | 36 |
| Tumores ósseos.....   | 36 |
| Protocolo para Consulta com Otorrinolaringologista.....         | 36 |
| Tonsilite Crônica Hipertrófica.....                             | 36 |
| Hipertrofia das Adenoides.....                                  | 37 |
| Laringite Crônica.....  | 37 |
| Rino Sinusites Crônicas.....                                    | 37 |
| Tumores Nasais e Paranasais.....                                | 37 |
| Otite Crônica.....  | 37 |
| Diminuição da Acuidade Auditiva.....                            | 37 |
| Vertigem/ Tonturas .....  | 38 |
| Zumbido.....  | 38 |
| Epistaxe de Repetição.....                                      | 38 |
| Protocolo para Consulta com Pneumologista.....                  | 38 |
| Asma.....   | 38 |
| Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (D.P.O.C.).....              | 38 |
| Nódulo Pulmonar.....  | 39 |
| Pneumonia Adquirida na Comunidade (P.A.C.).....                 | 39 |
| Tosse Crônica.....  | 39 |
| Pneumopatias Intersticiais.....                                 | 39 |
| Tuberculose pulmonar.....                                       | 39 |
| Protocolo de Consulta com Proctologista.....                    | 40 |
| Hemorróidas.....  | 40 |
| Abscesso Perianal.....  | 40 |
| Fissura Anal.....   | 40 |

|  |    |
|--|----|
| Fístula Anal .....   | 40 |
| Fístulas Anorretais .....  | 40 |
| Cisto Pilonidal .....  | 41 |
| Incontinência Anal .....   | 41 |
| Diverticulose Colônica .....   | 41 |
| Condiloma Acuminado .....  | 41 |
| Pólipos .....  | 41 |
| Neoplasias Colorretal .....  | 41 |
| Protocolo para Consulta com Reumatologista .....                           | 42 |
| Deformidades das articulações, nódulos reumatóides, rigidez atinal .....   | 42 |
| Dor óssea, fraturas, deformidades esqueléticas .....                       | 42 |
| Tenossinovite, dor, rigidez matinal, lombalgia de ritmo inflamatório ..... | 42 |
| Dor difusa e crônica .....   | 42 |
| Sensação de rigidez e edema (inchaço) .....                                | 42 |
| Suspeita de doenças reumáticas auto-imunes .....                           | 43 |
| Protocolo para Consulta com Urologista .....                               | 43 |
| Litíase renal.....   | 43 |
| Obstrução do trato urinário .....  | 43 |
| Hematúria a esclarecer .....   | 43 |
| Neoplasias de bexiga .....   | 44 |
| Neoplasias de rins .....   | 44 |
| Hiperplasia e neoplasia da próstata .....                                  | 44 |
| Uretrite .....   | 44 |
| Epididimite .....  | 44 |
| Prostatite .....   | 44 |
| Hidrocele .....  | 44 |
| Varicocele .....   | 45 |
| Fimose .....   | 45 |
| Condiloma Peniano .....  | 45 |
| Déficit da função erétil.....  | 45 |
| Protocolo para Consulta com Vascular .....                                 | 45 |
| Dor nos MMII não articulares .....   | 45 |
| Edema de MMII, de origem vascular .....                                    | 45 |
| Raynaud .....  | 46 |
| Alteração de pulsos periféricos .....                                      | 46 |
| Úlceras de MMII .....  | 46 |
| Varizes com indicação cirúrgica.....                                       | 46 |

Este protocolo tem a finalidade de subsidiar os profissionais quanto ao correto encaminhamento, propiciar a oferta adequada e garantir a equidade no atendimento.

Foi um trabalho elaborado por diversos profissionais da rede de saúde do Município de Sorocaba.

Como todo protocolo, deverá estar em constante revisão e adequação, pois a saúde tem como característica a constante mudança quanto à inovação científico-tecnológica nas suas diversas áreas.

Toda sugestão de alteração, inclusão neste protocolo deverá ser realizada via e-mail **[protocoloregulacao@sorocaba.sp.gov.br](mailto:protocoloregulacao@sorocaba.sp.gov.br)**

### **Orientações Gerais para a Referência**

Observações a serem consideradas no preenchimento de todas as Guias de Referência:

1. Toda Guia de Referência para especialistas deve ser preenchida: em impresso próprio; de forma correta; legível; e em todos os campos. Não esquecer: da data da solicitação; identificação do profissional, com carimbo e assinatura; e assinatura do Coordenador da Unidade;
2. Descrever o quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido, especificando a prioridade (P0, P1, P2 ou P3). Descrever resultados de exames prévios, relacionados ao quadro, se realizados e orientar o paciente a levá-los no dia;
3. Cada Guia de Referência deve conter apenas 01 (um) encaminhamento;
4. A Guia de Referência deverá estar identificada com o carimbo do Estabelecimento de Saúde onde o paciente foi atendido. Essa identificação servirá para a Guia de Contra Referência.

### **Orientações Gerais para a Contra Referência**

Observações a serem consideradas no preenchimento de todas as Guias de Contra Referência:

1. Toda Guia de Contra Referência para Unidade Básica de Saúde deve ser preenchida: em impresso próprio; de forma correta; legível; e em todos os campos;
2. Descrever o quadro clínico atual (anamnese e exame físico) e a alteração que houve em relação ao quadro que existia anteriormente. Descrever porque deixou de ser um caso de especialidade, descrevendo ou anexando também resultados de exames relacionados ao quadro, se realizados;
3. É necessário data da conclusão do caso e identificação do médico, com carimbo e assinatura;
4. A Guia de Contra Referência deve estar identificado com o local para onde o documento deverá ser enviado.
5. Caso haja necessidade de retorno em longo prazo para a especialidade, isto deve estar descrito claramente na Guia de Contra Referência.
6. Se o especialista desejar, deve sugerir a prescrição de medicamentos, deixando claro na Guia de Contra Referência o nome do sal, a apresentação, a posologia diária, o fracionamento por dose e o tempo de manutenção. A decisão da prescrição caberá ao médico prescritor na unidade que receberá o paciente.

## **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE OU RISCO:**

Vermelho - P0 (prioridade zero). Emergência - necessidade de atendimento imediato. Paciente que necessita atendimento imediato, com risco de morte ou risco de grave dano à sua saúde, e deverá ser encaminhado a serviços de urgência ou emergência. Se necessário o parecer do especialista, este deverá ser contatado de imediato, pelo médico da unidade, devido à emergência;

Amarelo - P1 (prioridade um). Urgência - atendimento o mais rápido possível, pois poderá ocorrer sofrimento intenso ou risco de progressão da doença/lesão para quadros mais graves ou irreversíveis;

Verde - P2 (prioridade dois). Não urgente - Atendimento com certo grau de necessidade, e não se enquadra em Emergência ou Urgência. Encaminhamento conforme oferta do serviço e quadro clínico descrito no encaminhamento;

Azul - P3 (prioridade três). Não urgente - Atendimento eletivo com baixo grau de comprometimento da saúde. Encaminhamento conforme oferta do serviço e quadro clínico descrito no encaminhamento;

Classificar como P segundo quadro clínico/necessidade de prioridade no atendimento, não apenas por diagnóstico, mas por condição clínica do paciente, extensão e repercussão do dano, que devem constar no pedido de encaminhamento.

## **Protocolo para Consulta com Cardiologista**

### **Motivos para encaminhamento:**

1. Hipertensão Arterial Sistêmica (H.A.S.) de difícil controle
2. Insuficiência Cardíaca Congestiva (I.C.C.)
3. Insuficiência Coronariana
4. Dor Torácica / Precordialgia
5. Sopros / Valvulopatias estabelecidas
6. Parecer Cardiológico – Pré-Operatório
7. Miocardiopatias
8. Arritmias

Obs.: O seguimento e acompanhamento, não especializados, deverão ser da U.B.S.. O paciente deverá ser reencaminhado ao especialista nas intercorrências e nas descompensações. Caso tenha realizado outros exames além dos protocolados (ex: Ecocardiograma (ECO), espirometria, U.S.G. de abdômen, e/ ou outros), orientar o paciente a levá-los à consulta com o especialista. A Contra Referência deverá ser sempre realizada. O paciente deverá permanecer no nível secundário apenas até controle da patologia e/ou sintomas. Quando necessária avaliação periódica pelo especialista, esta deverá estar clara na Contra Referência, com indicação de prazos.

### **1) Hipertensão Arterial Sistêmica (H.A.S.) de difícil controle**

Encaminhar os pacientes com H.A.S. moderada ou severa, sem controle clínico, associado a alterações em órgão-alvo ou aqueles com comorbidades.

Observações: Pacientes com H.A.S. de diagnóstico recente, leve, sem complicações ou doenças associadas, deverão ser acompanhados pelo clínico ou generalista na U.B.S..

Atenção especial aos pacientes hipertensos acima de 60 anos que apresentem alteração em exames de RX ou E.C.G., aos hábitos de atividade de esforço ou histórico familiar de risco ou diabetes.

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

Paciente deverá levar controle pressórico semanal, com data e horário, realizado na U.B.S. até a data da consulta com o especialista.

Exames Complementares Necessários - hemograma, glicemia de jejum, colesterol total, HDL-colesterol, triglicérides, creatinina, ácido úrico, urina tipo I, uréia, sódio, potássio, E.C.G., RX de tórax e T.S.H..

Prioridade para a Regulação – H.A.S. severa com sinais de doenças associadas descompensadas (I.C.C., diabetes mellitus (D.M.), doenças vasculares periféricas, doenças cérebro vasculares (acidente isquêmico e hemorrágico), coronariopatias (pós-cirurgia cardíaca), Insuficiência Renal Crônica (I.R.C.).

#### **Critério – P2**

### **2) Insuficiência Cardíaca Congestiva**

Encaminhar os pacientes com I.C.C. diagnosticados e para reavaliação anual, devendo o acompanhamento regular e contínuo ser realizado na U.B.S..

Especificar os motivos de encaminhamento ao especialista, descrevendo os sinais e sintomas que justifiquem o encaminhamento.

Exame Físico – medida da pressão arterial + relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória.

Descrever a presença de dispnéia, visceromegalias e edema de mmii.

Exames Complementares Necessários: hemograma, glicemia de jejum, sorologia para Chagas, T.S.H., colesterol total, HDL-colesterol, triglicérides, creatinina, uréia, potássio, RX e E.C.G..

Prioridade para a Regulação – I.C.C. de difícil controle e/ou presença de doenças associadas com sinais de descompensação (H.A.S., D.M., I.R.C.). Pacientes com I.C.C. independente de classe, apresentando uma ou mais patologias associadas: D.M., obesidade, arritmia, I.R.C..

#### **Critério – P2**

### 3) Insuficiência Coronariana

Doenças Coronarianas (D.C.) estabelecidas (pós - I. A.M., pós-revascularização do miocárdio, pós-angioplastia).

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

Exames Complementares Necessários – hemograma, glicemia de jejum, colesterol total, HDL-colesterol, triglicerídeos, creatinina, uréia, sódio, potássio, RX de tórax e E.C.G..

Prioridade para a Regulação – paciente pós-infarto, pós-revascularização e pós-angioplastia.

#### **Critério – P1**

dor torácica de início recente (em esforço ou repouso).

Angina Estável

#### **Critério – P2**

Obs.: Angina Instável e Insuficiência Coronária Aguda (ICO), com suspeita de I.A.M., são situações que requerem avaliação de urgência em serviço de urgência / emergência (P.A. / U.P.H. / P.S./U.P.A.).

#### **Critério – P0**

### 4) Dor Torácica e Precordialgia

Caracterizar a dor Torácica com as características de localização, fator desencadeante, duração, fatores de melhora e frequência. Descrever a presença ou não de D.M., Insuficiência Renal, Pneumopatia, obesidade, dislipidemias e tabagismo.

Exame Físico – medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença de dispnéia, visceromegalias importantes e edema de mmii.

Exames Complementares Necessários – hemograma, glicemia de jejum, colesterol total, HDL-colesterol, triglicerídeos, creatinina, uréia, potássio, RX de tórax e E.C.G..

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

#### **Critério – P1**

Obs.: Angina Instável Insuficiência Coronária Aguda (I.C.O.), com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (I.A.M.), são situações que requerem avaliação de urgência em serviço de urgência / emergência (P.A./ U.P.H. / P.S./U.P.A.).

#### **Critério - P0**

### 5) Sopros / Valvulopatias estabelecidas

Encaminhar os pacientes com alterações de ausculta, excluindo causas clínicas (ex: anemia) e os pacientes com diagnóstico de valvulopatias pré-estabelecidas.

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

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

Exames Complementares Necessários – caso tenha feito exames (Rx de Tórax, E.C.G., ECO) e relatórios médicos prévios, orientar o paciente a levá-los ao especialista.

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

#### **Critério – P2**

### 6) Parecer Cardiológico – Pré-operatório / Avaliação do Risco Cirúrgico

Encaminhar pacientes com indicação cirúrgica eletiva de grande porte e/ou pacientes com doença cardíaca diagnosticada e/ou exames complementares alterados.

Exames Complementares Necessários: hemograma, T.A.P. (Tempo e atividade de protrombina), T.T.P.A. (tempo de tromboplastina parcial ativada), glicemia de jejum, uréia, creatinina, T.G.O., T.G.P., E.C.G. e RX de tórax.

Prioridade para a Regulação - pacientes com indicação cirúrgica eletiva de grande porte.

#### **Critério – P2**

## 7) Miocardiopatias

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

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

Exames Complementares – RX de tórax, hemograma, ASLO, E.C.G., uréia, creatinina, potássio, sorologia para Chagas, T.S.H., glicemia, colesterol total, HDL-colesterol e triglicérides.

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

### **Critério – P2**

Obs.: O paciente com sinais de descompensação cardíaca grave deve ser encaminhado para o serviço de Urgência/Emergência (P.A. / U.P.H. / P.S./U.P.A.)

### **Critério - P0**

## 8) Arritmias

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

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

Exames Complementares Necessários - hemograma, sorologia para chagas, T.S.H., glicemia de jejum, colesterol total, HDL-colesterol, triglicérides, creatinina, ácido úrico, urina I, uréia, sódio e potássio, E.C.G. e RX de Tórax.

Prioridade para a Regulação – pacientes com diagnóstico de I.C.C. ou ICO associadas.

### **Critério – P1**

## Protocolo para Consulta com Dermatologista

### **Motivos para o encaminhamento:**

1. Micoses de difícil tratamento.
2. Prurido/Eczema de difícil resolução.
3. Dermatite de contato sem causas definidas.
4. Neoplasias cutâneas / diagnóstico diferencial de lesões Infiltradas.
5. Herpes Zoster.
6. Urticária Crônica.
7. Dermatoses Eritemato-Escamosas (Psoríase, Líquen-Plano, Pitiríase Rosa).
8. Farmacodermias.
9. Buloses (Pênfigo, Penfigóide, Dermatite Herpetiforme).
10. Lesões ulceradas (Leishmaniose). Micoses profundas (Lobomicoses, Cromomicoses, Jorge-lobo, Esporomicoses, Paracoccidioidomicose tuberculose cutânea).
11. Hanseníase
12. Outros motivos frequentes de encaminhamento

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

Orientar paciente que não se faz teste alérgico!

### **1) Micoses**

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

Exame Físico – descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.

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

### **Critério – P2**

## 2) Prurido / Eczema

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

Exame Físico – descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.

Prioridade para a Regulação - pacientes com quadros extensos e/ou graves.

### **Critério – P2**

## 3) Dermatite de contato

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

Exame físico – descrever aspecto e localização da lesão.

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

### **Critério – P3**

## 4) Neoplasias cutâneas / diagnóstico diferencial de lesões Infiltradas

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

Exames Complementares:

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

Prioridade para a Regulação - Pacientes com suspeita de Melanoma e enfartamento ganglionar.

### **Critério – P1**

Obs: se suspeita de Melanoma encaminhar para a referência em oncologia.

## 5) Herpes Zoster

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

Informar tratamentos instituídos.

Exame Físico – descrever o aspecto das lesões.

Prioridade para a Regulação

### **Critério – P1**

## 6) Urticária crônica

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

Exame Físico – descrever o aspecto das lesões.

Prioridade para a Regulação - pacientes com quadros extensos.

### **Critério – P3**

## 7) Dermatoses Eritemato-Escamosas (Psoríase. Líquen-Plano, Pitiríase Rosa, Ictioses).

Encaminhar paciente com quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.

Exame Físico - descrever o aspecto das lesões.

Prioridade para a Regulação - pacientes com quadros extensos.

### **Critério – P2**

## 8) Farmacodermias

Encaminhar os pacientes com queixas de lesões de pele, associadas ao uso de medicações, sem melhora com a retirada da medicação. Relatar frequência e intensidade das crises, descrevendo todos os medicamentos usados e o tempo de uso.

Exame Físico – descrever o aspecto das lesões.

Prioridade para a Regulação - pacientes com queixas lesões na mucosa e sintomas sistêmicos.

### **Critério – P2**

### **9) Buloses (Pênfigo, Penfigóide, Dermatite Herpetiforme).**

Exame Físico - descrever o aspecto das lesões.

Prioridade para a Regulação

#### **Critério – P2**

Em casos extensos e /ou com comprometimento de mucosas

#### **Critério - P1**

### **10) Lesões ulceradas (leishmaniose)**

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

Exame Físico – descrever o aspecto das lesões e evolução.

Prioridade para a Regulação - pacientes com queixas.

#### **Critério – P2**

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

Encaminhar paciente com quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos

Exames complementares – pesquisa e cultura de fungos

Prioridade para a Regulação - pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.

#### **Critério – P1**

### **12) Hanseníase (Encaminhar para o Programa de controle da Hanseníase imediatamente – ligar antes)**

OBS: Deverão ser agendados via telefone todos os municípios, tanto das Unidades Básicas, quanto de serviços particulares: Das 07 às 16 horas - 32192216 (feridas, pé diabético). Das 07 às 13 horas – 32192254 ou 2216 (agendar apenas hanseníase).

Encaminhar todos os pacientes que apresentarem os seguintes sintomas:

Perda ou diminuição da sensibilidade térmica, dolorosa ou tátil em quaisquer áreas do corpo e em manchas que podem ser avermelhadas ou esbranquiçadas (que podem ser confundidas com urticária que não regridem após uso de antialérgicos).

Presença de infiltração em orelhas e face (face leonina, perda de sobrancelhas).

Dor neural em membros superiores e inferiores, (dor em troncos nervosos: ulnar, radial e mediano, tibial posterior e fibular comum).

Alteração da capacidade de movimentos motores finos;

Alteração (diminuição) da força motora.

Pacientes em acompanhamento no programa deverão continuar os acompanhamentos pré-existentes com o clínico da unidade, e comparecer para as consultas médicas e de enfermagem conforme o cronograma de atendimento na Hanseníase.

Exames complementares – orientar levar no dia.

Exame físico – verificar a presença de: dor articular aguda e contínua em articulações; presença de nódulos e/ou placas eritemato-infiltrativas; febre alta que não cedem aos anti-inflamatórios não hormonais; dor aguda em tronco nervoso com diminuição ou perda da função motora e Iridociclite.

Prioridade para a Regulação:

#### **Critério – P1**

Contra referência - À U.B.S. realizará acompanhamento de acordo com o relatório de contra referência, para comparecimento às consultas médicas e de enfermagem, conforme o cronograma de atendimento na Hanseníase.

### **13) Outros motivos frequentes de encaminhamento**

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

2. Problemas estéticos – Evitar encaminhamento ao Dermatologista (Xantelasma, Discromias) .Não encaminhar ao Dermatologista (Melasma e cicatrizes de Acne).

3. Alopecia (queda de cabelo): Afastar doenças orgânicas (investigar T4, T.S.H., hemograma e ferro sérico).

## Protocolo para Consulta com Endocrinologista Adulto

### Motivos para encaminhamento:

1. Pacientes suspeitos de patologia de Tireóide
2. Diabetes mellitus tipo 1
3. Diabetes mellitus tipo 2 não responsivos ao tratamento.
4. Dislipidemias não responsivas ao tratamento.
5. Obesidade com comorbidade
6. Pacientes suspeitos de: Neoplasias, Cushing, Addison, alterações da Paratireóide, Hiperandrogenismo e Hiperaldosteronismo.

### 1) Pacientes suspeitos de patologia de Tireóide

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

Exames complementares necessários– T.S.H.; T4 livre e U.S.G. de Tireóide.

Exame físico – citar os achados significativos

Prioridade para regulação – pacientes de difícil controle, em uso diário do medicamento sem pausa e com jejum adequado. Hipertireoidismo.

#### Critério – P1

### 2) Diabetes mellitus tipo 1

Encaminhar todos os pacientes acima de 16 anos.

Exames complementares necessários – glicemia de jejum, hemoglobina glicada, creatinina, T.S.H., T4 livre.

Exame físico – polifagia, poliúria, polidipsia, emagrecimento.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

#### Critério – P1

### 3) Diabetes mellitus tipo 2

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

Comorbidades – cardiopatia, neuropatia, nefropatia, retinopatia, dislipidemia e H.A.S..

Exames complementares necessários – glicemia de jejum, creatinina, hemoglobina glicada, glicemia pós-prandial (02 horas após almoço).

Exame físico – citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação – pacientes com IMC < 20, dislipidemia, H.A.S., glicemia > 200.

#### Critério – P1

### 4) Dislipidemias

Pacientes não responsivos a terapêutica (colesterol total > 240 e/ou triglicérides > 200)

Exames complementares necessários – glicemia, T.S.H., T4 livre, colesterol total, HDL-colesterol, triglicérides, TGO, TGP, B.T.F., creatinina, CPK e microalbuminúria em amostra isolada de urina.

Exame físico – citar os achados significativos

Prioridades para a regulação - pacientes não responsivos a terapêutica de orientação nutricional e farmacológica (colesterol total > 240 e/ou triglicérides > 200).

#### Critério – P2

### 5) Obesidade com comorbidades

Pacientes com IMC > 35 com comorbidades descompensadas (H.A.S., Diabetes, Apnéia do sono, Osteoartrose).

Exames complementares necessários – rotina.

Exame físico – citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação – pacientes com IMC > 35 com comorbidades descompensadas (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose).

#### Critério – P3

## **6) Pacientes suspeitos de: Neoplasias, Cushing, Addison, alterações da Paratireoide, Hiperandrogenismo e Hiperaldosteronismo.**

Encaminhar todos os pacientes suspeitos.

História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa, doenças associadas, exame físico. Relatar achados importantes. Exames complementares necessários – Orientar o paciente a levar todos os exames mais recentes que tenha realizado. Na Policlínica serão solicitadas as avaliações hormonais necessárias.

Exame físico – citar achados significativos.

Prioridade para a regulação

**Critério - P1**

## **Protocolo para Consulta com Endocrinologista Infantil**

### **Motivos para Encaminhamento**

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

### **1) Hipertireoidismo**

Encaminhar todos os pacientes.

Exames complementares necessários – T.S.H., T4 livre, anticorpos anti-peroxidase (ATPO), anti-tireoglobulina (ATTG), U.S.G. de tireóide.

Exame físico – Exoftalmo, bócio e hipertireoidismo laboratorial.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério - P1**

### **2) Hipotireoidismo Congênito (H.C.)**

Encaminhar os pacientes com T.S.H. e T4 livre alterados.

Exames complementares necessários – T.S.H., T4 livre, ATPO, ATTG e U.S.G. de Tireóide.

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

Prioridade para a regulação – exames alterados.

**Critério - P1**

### **3) Hipotireoidismo adquirido**

Encaminhar pacientes com T.S.H.; T4 livre alterados e IMC > 30.

Exames complementares necessários – T.S.H., T4 livre, ATPO, ATTG e U.S.G. de Tireóide.

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

Prioridade para a regulação – pacientes com T.S.H. maior ou igual a 10UI/ml.

**Critério - P1**

## 4) Diabetes mellitus tipo 1

Encaminhar todos os pacientes.

Exames complementares necessários – anticorpo anti-GAD, anti-insulina, peptídeo C (exames a serem realizados apenas em crianças já diagnosticadas); glicemia de jejum e hemoglobina glicada.

Exame físico – polifagia, poliúria, polidipsia, emagrecimento.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério - P1**

## 5) Obesidade

Encaminhar pacientes com obesidade (IMC > 30) com resistência insulínica ou dislipidemia.

Exames complementares necessários – glicemia de jejum, T.S.H., T4 livre, colesterol total, HDL-colesterol, triglicerídeos.

Exame físico – Obesidade.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P2**

## 6) Dislipidemia

Encaminhar pacientes não responsivos ao controle alimentar e atividade física.

Exames complementares necessários – perfil lipídico (colesterol total, HDL-colesterol, triglicérides).

Exame físico – em geral assintomáticos.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P2**

## 7) Baixa Estatura

Encaminhar todos os pacientes.

Exames complementares necessários – hemograma, glicemia e RX da idade óssea.

Exame físico – velocidade de crescimento baixa (creatinina, P.T.F., urina I, T4 livre, T.S.H. e Rx de idade óssea).

Exame físico – baixa estatura.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P2**

## 8) Alta Estatura

Encaminhar todos os pacientes com patologia de base.

Exames complementares necessários – hemograma, glicemia, creatinina, P.T.F., urina I, T4 livre e T.S.H..

Exame físico – alta estatura.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P2**

## 9) Distúrbios da Puberdade

Encaminhar crianças que preencham os critérios diagnósticos.

Exames complementares necessários – RX de idade óssea e U.S.G. de pelve.

Exame físico (critérios diagnósticos) – aparecimento de sinais puberais com < 8 anos nas meninas e < 9 anos nos meninos.

Avanço de idade óssea > 2 anos em relação à idade cronológica. Velocidade de crescimento > 4 -6 cm/ano. Avanço rápido e progressivo dos caracteres sexuais. Prognóstico de estatura fora do canal de seus pais. Questões psicológicas.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério - P1**

## 10) Ginecomastia

Encaminhar casos cirúrgicos.

Exames complementares necessários – Testosterona total e livre, estradiol, L.H./F.S.H., prolactina, T.S.H. e T4 livre.

Exame físico – desenvolvimento excessivo das mamas no homem.

Prioridade para a regulação – suspeita clínica.

**Critério – P2**

### **11) Telarca Precoce**

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

Exames complementares necessários – RX de idade óssea, L.H., F.S.H., prolactina e U.S.G. de pelve.

Exame físico – aparecimento de mamas antes dos 8 anos, idade óssea compatível com a cronológica.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P2**

### **12) Adrenarca Precoce**

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

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

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

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério - P1**

### **13) Malformações Genitais**

Encaminhar os seguintes pacientes: Criptorquidia, Micro Pênis e Hipospadia.

Exames complementares necessários – U.S.G. de Rins e vias urinárias e/ou U.S.G. Pélvica, conforme avaliação clínica.

Exame físico – Criptorquidia: ausência dos testículos na bolsa testicular. Micro Pênis: pênis < percentil 2,5 curva sexo e idade.

Hipospadia: meato uretral fora de sua posição tópica.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P1**

## **Protocolo para Consulta com Gastroenterologista**

### **Motivos Para Encaminhamento**

1. Colelitíase
2. Úlcera péptica
3. Gastrite atrófica diagnosticada
4. Pancreatite crônica
5. Cirrose hepática
6. Doenças do Refluxo Gastro Esofágico (D.R.G.E.): Hérnia de hiato, Esofagite de refluxo, Esôfago de Barret.
7. Doenças Inflamatórias Intestinais: Colite ulcerativa e Doença de Crohn
8. Síndrome do Cólon Irritável, Obstipação Intestinal e Doença Diverticular.
9. Hepatites crônicas
10. Neoplasias
11. Hérnias

### **1) Colelitíase**

Encaminhar todos os pacientes com diagnóstico confirmado por U.S.G. abdominal

Exames Complementares – U.S.G. abdominal, hemograma, V.H.S..

Exame físico – Cólicas eventuais, náuseas e vômitos ocasionais, pirose, dor no hipocôndrio direito.

Prioridade para regulação - todos os casos.

**Critério: P1**

Obs.: Crises agudas (febre, icterícia, dor) – encaminhar para serviço de urgência/emergência (P.A. / U.P.H. / P.S.).

**Critério - P0**

### **2) Úlcera Péptica**

Encaminhar os pacientes com Gastrite não responsiva, história de Neoplasia Gástrica, história de Úlcera Gástrica ou Duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2x/semana por 4 semanas.

Exames complementares necessários – hemograma.

Exame físico – dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal. Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério - P1**

**3) Gastrite atrófica (com comprovação diagnóstica anterior)**

Encaminhar somente pacientes com Gastrite não responsiva, história de Neoplasia Gástrica, história de Úlcera Gástrica ou Duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2x/semana por 4 semanas.

Exames complementares necessários - hemograma.

Exame físico - dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal.

Prioridade para a regulação - pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P2**

Se história de Neoplasia Gástrica

**Critério – P1**

**4) Pancreatite crônica**

Encaminhar todos os pacientes.

Exames complementares necessários – hemograma, V.H.S., Amilase, B.T.F., fosfatase alcalina, glicemia, TGO, TGP, Gama GT, U.S.G. abdominal.

Exame físico – dor abdominal difusa e intermitente, emagrecimento, diarreia, intolerância à glicose, dispepsia e vômito.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P2**

**5) Cirrose Hepática**

Encaminhar todos os pacientes.

Exames complementares necessários: anticorpos antimitocondriais, anti-musculo liso, anti-LKM, FAN (se positivo não há necessidade de provas antirreumáticas), ferritina, U.S.G. de abdomen, hemograma, TGO, TGP, gama GT, B.T.F., amilase, glicemia, albumina; T.P.; T.T.P.A., tempo de sangramento (T.S.) e tempo de coagulação (T.C.).

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

Prioridade para a regulação – todos os pacientes

**Critério – P1**

**6) Doenças do Refluxo Gastro Esofágico (D.R.G.E.): Hérnia de hiato, Esofagite de refluxo, Esôfago de Barret**

Encaminhar: pacientes cirúrgicos sem complicações; pacientes cirúrgicos com complicações (Esôfago de Barret, estenose, Úlcera e sangramento esofágico) e pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico, inclusive aqueles com manifestações atípicas.

Exames complementares necessários – hemograma.

Obs: em crianças descartar alergias através do R.A.S.T..

Exame físico – a duração e a frequência dos sintomas são informações importantes que precisam ser sempre avaliadas e quantificadas. Pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de 2x por semana, a cerca de 4 a 8 semanas, devem ser considerados possíveis portadores de D.R.G.E.. Existe marcada correlação entre o tempo de duração dos sintomas e aumento do risco para o desenvolvimento do Esôfago de Barrett e Adenocarcinoma de Esôfago.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P2**

### **7) Doenças Inflamatórias Intestinais: Colite ulcerativa, Doença de Crohn**

Encaminhar todos os casos que já tenham diagnóstico de Colite ulcerativa e Doença de Crohn. Nos casos suspeitos, realizar exames de rotina e encaminhar.

Exames complementares necessários – hemograma.

Exame físico – Colite ulcerativa: diarreia sanguinolenta, muco, febre, dor abdominal, tenesmo, perda de peso e anemia. Doença de Crohn: dor abdominal, diarreia, febre, perda de peso. Pode evoluir com estenose ou fístulas intestinais e para outros órgãos.

Abscessos.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério - P1**

### **8) Síndrome do Intestino Irritável, Obstipação Intestinal e Doença Diverticular**

Encaminhar os pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico.

Exames complementares necessários – hemograma.

Exame físico – Síndrome do Intestino Irritável: constipação alternada com períodos de diarreia, com predomínio de um ou outro sintoma, esforço para evacuar, sensação de evacuação incompleta, distensão abdominal, Hipermotilidade desencadeada por situações de stress, ansiedade ou após alimentação. Doença Diverticular: alteração do hábito intestinal, constipação, dor abdominal baixa, náusea, maior frequência em pacientes com idade maior de 50 anos e histórico de dieta pobre em ingestão de fibras.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério - P1**

### **9) Hepatites crônicas**

Encaminhar todos os pacientes com casos de hepatite

Exames complementares necessários – hemograma, coagulograma, TGO, TGP, Gama GT, B.T.F. e sorologia para Hepatite:

Hepatite A: anti-HAV IgM.

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

Hepatite C: anti-HCV, Proteína C Reativa para HCV no soro.

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

Prioridade para a regulação – pacientes com Hepatite.

**Critério – P2**

### **10) Neoplasias**

Encaminhar pacientes com suspeita diagnóstica, antecedentes familiares de Câncer de tubo digestivo ou caso confirmado através de exames (casos confirmados não agendar no especialista em Gastro, encaminhar de acordo com Protocolo Rede Hebe Camargo).

Exames complementares necessários – U.S.G. Abdominal Total, hemograma.

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

Prioridade para a regulação – todos os pacientes

**Critério –P1**

### **11) Hérnias**

Encaminhar todos os pacientes com diagnóstico confirmado.

Exames complementares necessários – U.S.G. da região

Exame físico - palpação

Prioridade para a regulação – todos os pacientes.

**Critério – P1**

Obs: casos de encarceramento ou estrangulamento devem ser encaminhados ao serviço de urgência/emergência (P.A. / U.P.H. / P.S.).

**Critério – P0**

## **Protocolo para Consulta/Procedimento com Ginecologista (Colposcopia/Vulvoscopia)**

Motivos para encaminhamento:

1. Citologia alterada
2. Presença de HPV
3. Ectrópios
4. Pólipos
5. Sinusorragias com alterações macroscópicas do colo
6. Prurido vulvar crônico

### **1) Citologia alterada**

Encaminhar qualquer paciente com citologia alterada (ASCUS, AGUS, sugestivos de lesão de baixo ou alto grau, sugestivo de Câncer).

Exame Físico - descrever se houver lesão aparente.

Exames Complementares Necessários – encaminhar anexo com o exame de Papanicolau.

Prioridade para a Regulação – lesões pré-malignas

#### **Critério – P2**

Se Neoplasia maligna (Seguir protocolo Rede Hebe Camargo)

#### **Critério – P1**

Contra Referência – reencaminhar para a U.B.S. em casos de lesões de baixo grau, após tratamento.

### **2) Presença de HPV**

Citologia sugerindo HPV ou coilocitose; lesões sugestivas de Condiloma acuminado em vulva ou colo uterino.

Exame Físico - descrever se houver lesão aparente.

Exames Complementares Necessários - anexar o resultado da citologia.

Prioridade para a Regulação.

#### **Critério – P1**

Contra Referência – reencaminhar para a U.B.S. em casos de lesões de baixo grau, após tratamento.

### **3) Ectrópios**

Ectopia cervical grande, sangrante ou não, independente da citologia, que não melhora com tratamento local.

Exame físico – descrever a lesão.

Exames Complementares Necessários – colpocitologia atualizada.

Prioridade para a Regulação.

#### **Critério – P1**

Contra Referência – reencaminhar para U.B.S. em casos de lesões de baixo grau, após tratamento.

### **4) Pólipos**

Pólipo cervical sangrante ou não.

Exame Físico – descrever a lesão.

Exames Complementares Necessários – colpocitologia atualizada + U.S.G. transvaginal.

Prioridade para a Regulação

#### **Critério – P1**

Contra Referência – reencaminhar para a U.B.S. após tratamento. Encaminhar para Ginecologia Oncológica as lesões de alto grau ou Câncer.

### **5) Sinusorragias com alterações macroscópicas do colo**

Sinusorragias sem melhora após tratamento local.

Exame Físico – descrever possíveis lesões.

Exames Complementares Necessários – colpocitologia atualizada + U.S.G. transvaginal.

Prioridade para a Regulação

**Critério – P1**

Contra Referência – reencaminhar para a U.B.S. em casos de lesões de baixo grau, após tratamento. Encaminhar para Ginecologia Oncológica as lesões de alto grau ou câncer.

**6) Prurido vulvar crônico ou lesão em vulva**

Prurido vulvar sem melhora após tratamento local, sugestivos de NIV ou Líquen.

Exame Físico – descrever se houver lesão.

Exames Complementares Necessários – colpocitologia atualizada.

Prioridade para a Regulação – lesões pré-malignas

**Critério – P2**

Se Neoplasia maligna (Seguir protocolo Rede Hebe Camargo)

**Critério – P1**

Contra Referência – reencaminhar para a U.B.S. se não houver lesões, após tratamento. Encaminhar para Ginecologia Oncológica as lesões de alto grau ou Câncer.

---

**Protocolo para consulta com Ginecologia Oncológica**

**Motivos para encaminhamento:**

1. Sangramento Pós-menopausa com espessamento Endometrial
2. Cisto Ovariano complexo
3. Lesões extensas causadas por HPV (verrugas)
4. Biópsias positivas para lesões pré-malignas
5. Biópsias positivas para Câncer

**1) Sangramento Pós-menopausa com espessamento endometrial**

Encaminhar os pacientes com: Eco endometrial > 10 mm (pacientes com TRH), Eco endometrial > 8 mm (pacientes sem TRH).

Exame Físico – descrever se houver lesão

Exames Complementares Necessários – U.S.G. transvaginal atualizada + colpocitologia atualizada.

Prioridade para a Regulação

**Critério – P1**

Contra Referência – reencaminhar para a U.B.S. se após tratamento, verificar patologia benigna.

**2) Cisto Ovariano complexo**

Cisto Ovariano complexo ou cisto simples maior que 5,0cm.

Exame Físico – descrever se houver lesão.

Exames Complementares Necessários – U.S.G. transvaginal + colpocitologia atualizada.

Prioridade para a Regulação – Seguir protocolo Rede Hebe Camargo

**Critério – P1**

Contra Referência – reencaminhar para a UBS se após tratamento, verificar patologia benigna.

**3) Lesões extensas causadas por HPV (verrugas)**

Verrugas extensas que não podem ser cauterizadas na U.B.S. e necessitam de sedação.

Exame Físico – descrever as lesões.

Exames Complementares Necessários – colpocitologia atualizada.

Prioridade para a Regulação

**Critério – P1**

Contra Referência – reencaminhar para a U.B.S. se após tratamento, verificar patologia benigna.

#### **4) Biópsia positiva para lesões pré-malignas**

Encaminhar os pacientes com: lesões de alto grau do Colo Uterino (NIC II / III), lesões de baixo ou alto grau de Vagina (NEIVA I / II ou III), lesões de baixo ou alto grau de Vulva (NIV I / II ou III).

Exame Físico – descrever possível lesão.

Exames Complementares Necessários – resultado da biópsia anexado ao encaminhamento.

Prioridade para a Regulação

#### **Critério – P1**

Contra Referência – reencaminhar para a U.B.S. após 02 anos de acompanhamento.

#### **5) Biópsia positiva para Câncer**

Encaminhar todos os casos.

Exame Físico – descrever lesões visíveis.

Exames Complementares Necessários – anexar o resultado de biópsia ao encaminhamento e enviar a Regulação (Vide protocolo Rede Hebe Camargo).

Prioridade para a Regulação.

#### **Critério – P1**

Contra Referência – reencaminhar para a U.B.S. após 05 anos de acompanhamento e sem evidência de doença.

## **Protocolo para Consulta com Hematologista (adulto e infantil)**

### **Motivos de encaminhamento**

1. Anemia
2. Leucopenia
3. Plaquetopenia
4. Doença Falciforme
5. Coagulopatia

#### **1) Anemia**

História clínica resumida contendo tempo de evolução, presença de sintomas associados à anemia, história de sangramentos, comorbidades e história familiar.

Exame físico – palidez, icterícia, sinais de compensação hemodinâmica.

Exames complementares necessários - hemograma completo atual (anotar VCM), e hemograma anteriores (sempre que possível, anexar exames).

Prioridade para regulação – pacientes com sintomatologia anêmica, principalmente se  $HB \leq 8,0g/dl$  e/ou pancitopenia

#### **Critério – P1**

#### **2) Leucopenia**

História clínica resumida contendo tempo de evolução, presença de febre ou infecções, patologias associadas, medicamentos em uso (incluindo doses – orientar o paciente a trazer a receita médica) e história familiar.

Exame físico – atenção para Adenomegalias e Hepatoesplenomegalia

Exames complementares necessários - hemograma completo atual (anotar número absoluto de neutrófilos e linfócitos) e hemogramas anteriores (sempre que possível, anexar exames).

Prioridade para regulação – Pancitopenia ou neutropenia  $< 500$ , assintomático.

#### **Critério – P1**

Obs: pacientes com febre, encaminhar para serviço de urgência/emergência (P.A. / U.P.H. / P.S.).

#### **Critério – P0**

### **3) Plaquetopenia**

História clínica resumida contendo tempo de evolução, presença de sangramento atual (gingivorragia, epistaxe, metrorragia, petéquias, equimoses), medicações em uso para a plaquetopenia ou para outras patologias associadas (incluir dose dos medicamentos - orientar o paciente a trazer a receita médica).

Exame físico – petéquias e equimoses

Exames complementares necessários - hemograma completo atual e anteriores (sempre que possível, anexar exames)

Prioridade para regulação – Pancitopenia ou plaquetopenia <50.000 sem sangramento ativo.

#### **Critério – P1**

Obs: Se plaquetopenia <50.000 com sangramento ativo, encaminhar para serviço de urgência/emergência (P.A. / U.P.H. / P.S.).

#### **Critério – P0**

### **4) Doença falciforme**

História clínica resumida contendo sintomatologia e, quando possível, o tipo da Doença Falciforme (Traço Falciforme ou Anemia Falciforme, ou outras hemoglobinopatias, como: HB SC, HB C heterozigótica, etc.).

Exame físico – palidez, icterícia, sinais de descompensação hemodinâmica.

Exames complementares necessários - hemograma completo e eletroforese de hemoglobina ou Teste do Pezinho

Prioridade para regulação

Anemia Falciforme ou HB SC

#### **Critério – P1**

Anemia Falciforme ou HB SC com hemoglobina <8,0

#### **Critério – P0**

### **5) Coagulopatia**

História clínica resumida contendo sintomatologia (alteração laboratorial com ou sem repercussão clínica), tempo de evolução, presença de sangramento espontâneo ou pós-cirúrgico prévio, medicações em uso (incluindo doses) e história familiar.

Exame físico – petéquias, equimoses, hepatomegalia.

Exames complementares necessários - hemograma completo e 02 exames de T.P. e T.T.P.A. (com pelo menos uma semana de intervalo).

Prioridade para regulação

#### **Critério – P2**

Obs: pacientes com T.P. e T.T.P.A. prolongados com sangramento ativo, encaminhar para serviço de urgência/emergência (P.A. / U.P.H. / P.S./U.P.A.)

#### **Critério - P0**

---

## **Protocolo para Consulta com Mastologista**

### **Motivos para encaminhamento**

1. Câncer de mama (suspeito)
2. Dor mamária
3. Pacientes de Alto Risco
4. Cistos Mamários
5. Eczema areolar
6. Derrame Papilar espontâneo
7. Nódulos palpáveis pelo médico na mama ou região axilar.
8. Fístulas

Obs: os exames de U.S.G. de Mamas e mamografia devem ser recentes, com no máximo 6 meses.

Orientar os pacientes a levar os exames antigos.

## 1) Câncer de mama (suspeito)

Encaminhar todos os pacientes suspeitos.

Exames complementares necessários – mamografia recente e U.S.G. de Mama.

Exame físico – citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação – todos os pacientes suspeitos.

**Critério – P1**

## 2) Dor mamária

Encaminhar pacientes com dor mamária refratária a tratamento.

Exames complementares necessários – mamografia recente e se necessário U.S.G. de Mama.

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

Prioridade para a regulação – todas as pacientes com dor mamária severa que afeta sua qualidade de vida ou aquelas refratárias a tratamento.

**Critério – P2 (sem critérios de risco para doença maligna)**

**Critério - P1 (com critérios de alto risco para doença maligna).**

## 3) Pacientes de Alto Risco

Encaminhar pacientes com antecedentes de: familiares de 1º grau (mãe, irmã, tia, prima); com Câncer de Mama bilateral e/ou na pré-menopausa ou Câncer de Mama masculina.

Exames complementares necessários – mamografia recente e U.S.G. de Mama.

Prioridade para a regulação – todos os pacientes suspeitos

**Critério – P1**

## 4) Cistos Mamários

Pacientes com cistos dolorosos acima de 02 cm ou cistos complexos. Exames complementares necessários – U.S.G. de Mamas.

Prioridade para a regulação – todos os pacientes suspeitos.

**Critério – P2 (sem critérios de risco para doença maligna)**

**Critério - P1 (com critérios de alto risco para doença maligna)**

## 5) Eczema areolar

Encaminhar todos os pacientes.

Exames complementares necessários – mamografia e/ou U.S.G. de Mamas Prioridade para a regulação – todos os pacientes suspeitos.

**Critério – P2 (sem critérios de risco para doença maligna) Critério - P1 (com critérios de alto risco para doença maligna)**

## 6) Derrame Papilar espontâneo unilateral, hemorrágico ou em água de rocha

**Encaminhar todos os pacientes**

Exames complementares necessários – mamografia e/ou U.S.G. de Mama Prioridade para a regulação – todos os pacientes suspeitos.

**Critério – P2 (sem critérios de risco para doença maligna)**

**Critério - P1 (com critérios de alto risco para doença maligna)**

## 7) Nódulos palpáveis pelo médico na mama ou região axilar

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – mamografia e/ou U.S.G. de Mamas Prioridade para a regulação – todos os pacientes suspeitos

**Critério – P2 (sem critérios de risco para doença maligna)**

**Critério - P1 (com critérios de alto risco para doença maligna)**

## 8) Fístulas

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – mamografia e/ou U.S.G. de Mamas Prioridade para a regulação – todos os pacientes suspeitos.

**Critério – P2** (sem critérios de risco para doença maligna)

**Critério - P1** (com critérios de alto risco para doença maligna)

## Protocolo para Consulta com Nefrologista

### Motivos Para Encaminhamento

1. Alteração persistente de exame de urina.
2. Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado.
3. Lesão renal em Diabetes, Hipertensão, doenças reumatológicas e autoimune.

### 1) Alteração de exame de urina

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

Exame Físico – relatar os achados importantes, inclusive à medida da pressão arterial e volume urinário.

Exames Complementares Necessários - urina I, 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

**Critério – P1**

### 2) Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado

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

Exame Físico – relatar os achados importantes, inclusive à medida da pressão arterial.

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

Se hematúria maciça solicitar U.S.G. rins e vias urinárias

Prioridade para a Regulação – hematúria maciça.

**Critério – P1**

### 3) Lesão renal em Diabetes, Hipertensão, doenças reumatológicas e autoimunes.

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

Exame Físico – relatar os achados importantes, inclusive à medida da pressão arterial.

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

Prioridade para a Regulação – creatinina  $\geq 2,0$  mg/dl.

**Critério – P1**

## Protocolo para Consulta com Nefrologia Infantil

### Motivos para Encaminhamento

1. Infecção do Trato Urinário de repetição.
2. Hipertensão Arterial na Infância
3. Hematúrias
4. Glomerulonefrite Difusa Aguda Pós-Estreptocócica
5. Síndrome Nefrótica.

### 1) Infecção do Trato Urinário

Encaminhar pacientes com infecções urinárias de repetição.

Exames complementares necessários – urina I, urocultura, bacterioscopia e U.S.G. rins.

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

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério - P1**

### 2) Hipertensão Arterial na Infância

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – hemograma, urina I, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, perfil lipídico, U.S.G. rins

Exame físico – assintomático.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P1**

### 3) Hematúrias

Encaminhar pacientes com hematúrias recorrentes ou persistentes.

Exames complementares necessários – urina I, urocultura, hemograma, uréia, creatinina, urina de 24 horas (proteína, ácido úrico, cálcio e sódio), U.S.G. rins e vias urinárias

Exame físico – dependerá da causa.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério - P1**

### 4) Glomerulonefrite Difusa Aguda Pós-Estreptocócica

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – urina I, uréia e creatinina.

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

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P1**

### 5) Síndrome Nefrótica

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – urina I, proteinúria de 24 horas, proteínas totais e frações, colesterol total e frações, uréia, creatinina, cálcio, hemograma.

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

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério - P1**

## Protocolo para Consulta com Neurocirurgia

### Motivos Para Encaminhamento para Neurocirurgia:

1. Tumores Cerebrais: Tumores Primários dos SNC (Glioblastoma Multiforme, Astrocitomas, Tumor de Hipófise, Meningiomas; Tumores Metastáticos);
2. Hidrocefalia: Hidrocefalia Aguda, Hidrocefalia de Pressão Normal, Hidrocefalia secundária a quadros neuroinfecciosos ou tumorais;
3. Derivação Ventrículo-Peritoneal: revisão de DVP; suspeita de infecção em portadores de DVP;
4. Aneurismas Cerebrais e/ou Malformações Arteriovenosas;
5. TCE grave: quando houver necessidade de controle após procedimento neurocirúrgico e/ou acompanhamento no caso de contusões hemorrágicas e/ou hematomas;
6. Hematoma Subdural Crônico;
7. Craniossinostose;

## 8. Disrafismo Espinal: Mielomeningocele, Meningocele.

### 1) Tumores Cerebrais

Encaminhar todos os pacientes confirmados e suspeitos

Exames complementares necessários – Tomografia de Crânio com contraste\* e/ou Ressonância Encéfalo (\*quando função renal do paciente permitir, e/ou não houver história de alergia a contraste iodado). No caso da suspeita de Tumores Metastáticos, descrever o Tumor primário (anexar anatomopatológico).

Exame físico – descrever quadro clínico e neurológico: sinais neurológicos focais, crises convulsivas, cefaléia incapacitante, rebaixamento do nível de consciência.

Prioridade para a regulação – Casos que tem procurado Pronto Atendimento recentemente devido quadro clínico.

**Critério – PO\*\*** – lançar na demanda de neurocirurgia e se necessário informar Regulação para priorização do caso.

PO\*\* orientar familiares dos pacientes com **PRIORIDADE P0** de que caso haja piora do quadro clínico, o mesmo deve ser **IMEDIATAMENTE** direcionado às unidades de Pronto Atendimento (U.P.H.), dado gravidade dos casos com essa priorização.

Contra Referência – Quando não há indicação neurocirúrgica: À UBS quando não houver possibilidade de Tratamento Neurocirúrgico, ou quando houver

necessidade de encaminhar paciente para outros serviços (por exemplo Radiocirurgia). Quando há indicação neurocirúrgica: Após avaliação no Ambulatório Pré-Cirúrgica no Hospital de referência, paciente será direcionado dentro deste serviço para avaliação cardiológica pré-cirúrgica e realização de exames. Após alta hospitalar, paciente deve ser encaminhado à UBS com Relatório de Alta Hospitalar, bem como data do retorno no ambulatório neurocirúrgico da Hospital de referência.

### 2) Hidrocefalia

Encaminhar todos os pacientes com suspeita diagnóstica.

Exames complementares necessários – tomografia de Crânio sem contraste; Ressonância de Encéfalo com estudo da circulação líquórica é importante na suspeita de Hidrocefalia de Pressão Normal (HPN).

Exame físico – no caso de Hidrocefalia de Pressão Normal (HPN), pacientes apresentam a tríade: Declínio Cognitivo, Dificuldade de Marcha e Incontinência Urinária. Pacientes podem apresentar vômitos, papiledema, rebaixamento do nível de consciência.

Em crianças: estrabismo, letargia, sinal de Macwen (à percussão do crânio, têm-se a sensação deste ser semelhante a um “pote rachado”). As manifestações clínicas da hidrocefalia infantil vão depender de vários fatores, sendo mais importante Alterações na Curva do Perímetro Cefálico.

Prioridade para a regulação – Casos que tem procurado Pronto Atendimento recentemente devido quadro clínico.

**Critério - PO\*\*** (Solicitar vaga imediata) – lançar na demanda de neurocirurgia e informar Regulação.

PO\*\* orientar familiares dos pacientes com **PRIORIDADE P0** de que caso haja piora do quadro clínico, o mesmo deve ser **IMEDIATAMENTE** direcionado às unidades de Pronto Atendimento (U.P.H.), dado gravidade dos casos com essa priorização.

Contra Referência – Manter acompanhamento no nível secundário. Quando há indicação neurocirúrgica: Após avaliação no Ambulatório Pré-Cirúrgica na Hospital de referência, paciente será direcionado dentro deste serviço para avaliação cardiológica pré-cirúrgica e realização de exames. Após alta hospitalar, paciente deve ser encaminhado à UBS com Relatório de Alta Hospitalar, bem como data do retorno no ambulatório neurocirúrgico da Hospital de referência.

### 3) Derivação Ventrículo-Peritoneal

Encaminhar todos os pacientes com suspeita de mau funcionamento da derivação (por exemplo nos casos de DVP com válvula e alteração do quadro neurológico, p.ex. Hidrocefalia, Fístulas Líquóricas), bem como suspeita de infecção.

Exames complementares necessários – Cisternografia Radioisotópica para medir fluxo do shunt e exames laboratoriais (hemograma e provas inflamatórias).

Exame físico – descrever quadro clínico e neurológico: sinais neurológicos focais, crises convulsivas, cefaléia incapacitante, rebaixamento do nível de consciência.

Prioridade para a regulação – Caso de suspeita de infecção, e casos que tem procurado Unidades de Pronto Atendimento recentemente devido quadro clínico.

**Critério – PO\*\*** – suspeita de infecção, lançar na demanda de neurocirurgia e solicitar vaga imediata. P1 – demais casos de suspeita de mau funcionamento, lançar na demanda de neurocirurgia.

PO\*\* orientar familiares dos pacientes com **PRIORIDADE P0** de que caso haja piora do quadro clínico, o mesmo deve ser **IMEDIATAMENTE** direcionado às unidades de Pronto Atendimento (U.P.H.), dado gravidade dos casos com essa priorização.

Contra Referência – Manter acompanhamento no nível secundário. Quando há indicação neurocirúrgica: Após avaliação no Ambulatório Pré-Cirúrgica no Hospital de referência, paciente será direcionado dentro deste serviço para avaliação cardiológica pré-cirúrgica e realização de exames. Após alta hospitalar, paciente deve ser encaminhado à UBS com Relatório de Alta Hospi-

talar, bem como data do retorno no ambulatório neurocirúrgico do Hospital de referência.

#### 4) Aneurismas Cerebrais e Malformações Arteriovenosas (MAV)

Encaminhar todos os pacientes com suspeita de aneurisma cerebral e/ou

MAV: "pior cefaleia da vida da paciente"; história prévia de Hemorragia

Subaracnóidea (HSA); história prévia de Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico sem etiologia definida.

Exames complementares necessários – Angioressonância de Encéfalo.

Exame físico – descrever quadro clínico e neurológico: sinais neurológicos focais, sinais meníngeos, crises convulsivas, cefaléia incapacitante.

Prioridade para a regulação – pacientes que tem procurado Pronto Atendimento recentemente devido quadro clínico.

**Critério – P0\*\*** – lançar na demanda de neurocirurgia e solicitar vaga imediata.

P0\*\* orientar familiares dos pacientes com **PRIORIDADE P0** de que caso haja piora do quadro clínico, o mesmo deve ser **IMEDIATAMENTE** direcionado às unidades de Pronto Atendimento (U.P.H.), dado gravidade dos casos com essa priorização.

Contra Referência – À UBS quando não houver possibilidade de Tratamento Neurocirúrgico, ou quando houver necessidade de encaminhar paciente para outros serviços (por exemplo, Tratamento Endovascular e/ou Radiocirurgia). Quando há indicação neurocirúrgica: Após avaliação no Ambulatório Pré-Cirúrgica no Hospital de referência, paciente será direcionado dentro deste serviço para avaliação cardiológica pré-cirúrgica e realização de exames. Após alta hospitalar, paciente deve ser encaminhado à UBS com Relatório de Alta Hospitalar, bem como data do retorno no ambulatório neurocirúrgico do Hospital de referência.

#### 5) TCE Grave

Encaminhar todos os pacientes que receberam alta hospitalar recente (últimos 60 dias) e submetidos à neurocirurgia; encaminhar casos com necessidade de acompanhamento devido Hematomas e/ou Contusões Hemorrágicas.

Exames complementares necessários – Tomografia de Crânio sem contraste.

Exame físico – deterioração neurológica: sinais neurológicos focais, crises convulsivas, cefaléias, rebaixamento do nível de consciência.

Prioridade para a regulação – pacientes que tem procurado Pronto Atendimento recentemente devido quadro clínico ou deterioração neurológica.

**Critério – P3** – lançar na demanda de neurocirurgia e aguardar vaga.

Contra Referência – À UBS quando não houver necessidade de intervenção cirúrgica, sendo ou não o caso direcionado para Neurologia Clínica (dependendo das sequelas apresentadas pelo paciente, por exemplo, Epilepsia pós-TCE).

#### 6) Hematoma Subdural Crônico

Encaminhar todos os pacientes com suspeita de HSD, com progressivo comprometimento neurológico após história de TCE nos últimos meses, principalmente em idosos e indivíduos em uso de anticoagulantes orais.

Exames complementares necessários – Tomografia de Crânio sem contraste.

Exame físico – sinais neurológicos focais, confusão mental, comprometimento do equilíbrio, rebaixamento do nível de consciência.

Prioridade para a regulação – pacientes que apresentem piora clínica aguda.

**Critério – P2** – lançar na demanda de neurocirurgia e aguardar vaga.

Contra Referência – Manter em acompanhamento no nível secundário. Quando há indicação neurocirúrgica: Após avaliação no Ambulatório Pré-Cirúrgica no Hospital de referência, paciente será direcionado dentro deste serviço para avaliação cardiológica pré-cirúrgica e realização de exames. Após alta hospitalar, paciente deve ser encaminhado à UBS com Relatório de Alta Hospitalar, bem como data do retorno no ambulatório neurocirúrgico do Hospital de referência.

#### 7) Craniossinostose

Encaminhar todos os pacientes com suspeita diagnóstica, que apresentem fechamento prematuro das suturas e/ou alteração na curva do Perímetro Cefálico.

Exames complementares necessários – Tomografia de Crânio com reconstrução óssea tridimensional.

Exame físico – fechamento prematuro das suturas, redução na curva de crescimento do Perímetro Cefálico.

Prioridade para a regulação – pacientes que apresentem comprometimento neurológico.

**Critério – P1** – lançar na demanda de neurocirurgia e informar Regulação.

Contra Referência – Manter acompanhamento no nível secundário, podendo ou não o caso ser encaminhado à Neurologia Infantil (por exemplo no caso de crianças síndrômicas). Quando há indicação neurocirúrgica: Após avaliação no Ambulatório Pré-Cirúrgica no Hospital de referência, paciente será direcionado dentro deste serviço para avaliação cardiológica pré-cirúrgica e realização de exames. Após alta hospitalar, paciente deve ser encaminhado à UBS com Relatório de Alta Hospitalar, bem como data do retorno no ambulatório neurocirúrgico do Hospital de referência.

## 8) Disrafismo Espinal (Espinha Bífida)

Encaminhar todos os pacientes com suspeita diagnóstica, uma vez que o ideal é que os pacientes portadores dessa patologia sejam diagnosticados intra-útero, durante acompanhamento pré-natal com U.S.G. Gestacional.

Exames complementares necessários – Ressonância de Coluna.

Exame físico – cuidados neonatais devem ser instituídos; pacientes podem apresentar alterações ortopédicas, bexiga neurogênica e outras malformações cardíacas e renais.

Prioridade para a regulação – todos os pacientes suspeitos.

**Critério – PO\*\*** – lançar na demanda de neurocirurgia e solicitar vaga imediata.

PO\*\* orientar familiares dos pacientes com **PRIORIDADE P0** de que caso haja piora do quadro clínico, o mesmo deve ser **IMEDIATAMENTE** direcionado às unidades de Pronto Atendimento (U.P.H.), dado gravidade dos casos com essa priorização.

Contra Referência – Manter acompanhamento no nível secundário, podendo ou não o caso ser encaminhado à Neurologia Infantil. Quando há indicação neurocirúrgica: Após avaliação no Ambulatório Pré-Cirúrgica no Hospital de referência, paciente será direcionado dentro deste serviço para avaliação cardiológica pré-cirúrgica e realização de exames. Após alta hospitalar, paciente deve ser encaminhado à UBS com Relatório de Alta Hospitalar, bem como data do retorno no ambulatório neurocirúrgico do Hospital de referência.

OBS: Pacientes com Síndrome do Túnel do Carpo devem ser encaminhados para Ortopedia (cirurgia de mão); pacientes com Neurocisticercose devem ser encaminhados para Neurologia Clínica; pacientes com Hérnia Discal, Protrusão Discal (cervical, torácica e lombar) devem ser encaminhados para Ortopedia (coluna).

## Protocolo para consulta com Neurologista adulto

### Motivos para o encaminhamento:

1. Cefaléia crônica
2. Epilepsia, convulsões e desmaios.
3. Deterioração psicomotora
4. Outros motivos frequentes de encaminhamento

### 1) Cefaléia Crônica

História sucinta informando localização, característica, evolução e patologias associadas. Cefaléia de difícil controle associada a distúrbio do comportamento, convulsões agravando progressivamente ou de instalação súbita e constante, devem sempre ser encaminhadas ao neurologista.

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

Exame Físico – relatar achados importantes e informar pressão arterial. Prioridade para Regulação

#### **Critério – P2**

Caso seja realizado fundo de olho e encontrar papiledema, encaminhar para serviço de urgência/emergência (P.A. / U.P.H. / P.S.).

#### **Critério – P0**

### 2) Epilepsia, Convulsão e Desmaios

Encaminhar todos os pacientes com relato sucinto da história informando características, evolução, doenças associadas (em especial diabetes) e possível hipoglicemia. Nos casos de convulsão febril deve se tratar o quadro de base e depois encaminhar ao neurologista

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

Exame Físico – relatar achados importantes.

Prioridade para Regulação – Pacientes com mais de uma crise em menos de 24h e sem medicação.

#### **Critério – P1**

Contra Referência - Após avaliação pelo neurologista e confirmado o diagnóstico de epilepsia, o retorno ao especialista deve ocorrer de seis em seis meses. Caso a medicação termine antes do retorno do especialista, e estando o paciente sobre controle, a prescrição deverá ser mantida pelo médico da U.B.S. até o retorno ao Neurologista. Para tanto na receita deverá constar sua

validade de acordo com a data de retorno ao especialista e estar preenchido o relatório de Contra Referência.

### **3) Deterioração Psicomotora (Doença de Alzheimer, Parkinson, etc).**

Pacientes com piora gradual e progressiva da capacidade mental e motora.

Exames Complementares Necessários - hemograma, T.S.H., B12 e V.D.R.L.

Prioridade para Regulação

#### **Critério - P3**

### **4) Outros motivos frequentes de encaminhamento**

Hidrocefalia, Mielomeningocele e Crânio estenose.

Sempre encaminhar ao neurocirurgião e não ao neurologista, exceto nos casos de acompanhamento, quando necessário. Ao encaminhar, sempre relatar a história clínica, evolução, curva do Perímetro Cefálico (P.C.), presença de déficit neurológico e formato do crânio. RX de Crânio se a suspeita for crânio estenose.

### **5) Nervosismo**

Habitualmente, não há razão para encaminhar ao neurologista, exceto quando presente sinais ou sintomas de lesão orgânica no S.N.C.. Avaliar conforme o caso e encaminhar à saúde mental.

### **6) Sequela de AVC**

A prescrição e o acompanhamento de reabilitação fisioterápica devem ser feitos pelo neurologista.

### **7) Manifestações Psicossomáticas**

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

### **8) Tontura/ Zumbido**

Não encaminhar ao Neurologista. Encaminhar ao Otorrinolaringologista.

### **9) Hérnia de Disco**

Encaminhar ao Ortopedista. Após, se necessário tratamento da dor, encaminhar ao Neurologista.

---

## **Protocolo para Consulta com Neurologista infantil**

### **Motivos para o encaminhamento:**

1. Cefaléia crônica
2. Epilepsia, convulsões e desmaios.
3. Distúrbio de aprendizagem e retardo psicomotor.

#### **1) Cefaléia Crônica**

História sucinta informando localização, característica, evolução e patologias associadas. Cefaléia de difícil controle associada ao distúrbio de comportamento, convulsões agravando progressivamente ou instalação súbita e constante, devem sempre ser encaminhadas ao neurologista.

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

Exame Físico – relatar achados importantes e informar pressão arterial.

Prioridade para Regulação

#### **Critério – P2**

Caso seja realizado fundo de olho e encontrar papiledema, encaminhar para serviço de urgência/emergência (P.A. / U.P.H. / P.S.).

#### **Critério – P0**

## **2) Epilepsia, Convulsão e Desmaios.**

Encaminhar todos os pacientes com relato sucinto da história informando características, evolução, doenças associadas (em especial diabetes) e possível hipoglicemia. As crianças com convulsão febril devem ter seu quadro de base tratados e depois encaminhar ao neurologista.

Exames Complementares Necessários – E.E.G.. Também orientar o paciente a levar os exames que já possui, tais como, radiografias (crânio, seios da face) e outros.

Exame Físico – relatar achados importantes.

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

### **Critério – P1**

Contra Referência - 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 controlado, a prescrição deverá ser mantida pelo médico da U.B.S. até o retorno ao Neurologista. Para tanto na receita deve constar sua validade de acordo com a data de retorno ao especialista e estar preenchido o relatório de Contra Referência.

## **3) Distúrbio de Aprendizagem e Retardo Psicomotor**

História sucinta especificando: qual atraso do desenvolvimento neuropsicopático foi observado; qual o distúrbio do comportamento; o tempo de evolução e dados sobre o parto e primeiro ano de vida.

Exames Complementares Necessários: não há.

Exame Físico – relatar achados importantes.

Prioridade para Regulação

### **Critério – P2**

## **Protocolo para Consulta com Ortopedista**

### **Motivos para o encaminhamento:**

1. Dores nas costas: cervicalgia, lombalgia.
2. Deformidades: mmii, escoliose e cifose.
3. Dor localizada a esclarecer: articular, tendinites.
4. Seqüelas de fraturas.
5. Tumores ósseos.

### **1) Dores nas Costas: Cervicalgia, Lombalgia e Hérnia de Disco**

Encaminhar os pacientes com dor resistente ao tratamento, com limitação de mobilidade, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.

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

Exame Físico – citar os achados significativos.

Prioridade para Regulação – pacientes com queixas crônicas, sem resposta ao tratamento.

### **Critério – P2**

### **2) Deformidades - (mmii, Cifose e Escoliose)**

Os casos de deformidades em crianças devem ser encaminhados ao especialista a partir de 6 meses de vida. A deformidade em progressão deve ser acompanhada pelo ortopedista. Os casos de “pé torto” ou “pé plano rígido” deverão ser encaminhados para diagnóstico. Displasia de quadril deve ser encaminhada antes de 30 dias de vida.

Exames Complementares Necessários: RX da área afetada conforme o caso: (RX de 2 poses da área afetada)

Exame Físico – descrever os achados importantes.

Prioridade para Regulação –

### **Critério – P2**

prioridade para RN

### **Critério – P1**

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

Encaminhar os pacientes com U.S.G. positivo para a patologia, com queixas frequentes e persistentes, que não melhoram após tratamento inicial, descrever presença ou não de dor ou limitação a movimentação.

Exames Complementares Necessários: Rx da área afetada em AP e perfil e U.S.G..

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

Prioridade para Regulação

#### **Critério – P2**

Se limitação funcional

#### **Critério – P1**

### **4) Sequela de Fratura**

Encaminhar todos os pacientes. Descrever queixas, localização, duração, evolução, dor e limitação à movimentação. Relatar frequência e intensidade das crises.

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

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

Prioridade para Regulação

#### **Critério – P2**

pacientes com sequelas mais recentes

#### **Critério – P1**

### **5) Tumores ósseos.**

Encaminhar todos os pacientes. Descrever queixas, localização, duração, evolução, dor e limitação à movimentação.

Exames Complementares Necessários: RX da área afetada, outros exames de imagem como U.S.G..

Exame Físico – dor, diminuição da mobilidade, aumento de volume.

Prioridade para Regulação – pacientes com imagens sugestivas de tumor e aumento de volume ósseo.

#### **Critério – P1**

## **Protocolo para Consulta com Otorrinolaringologista**

### **Motivos para encaminhamento**

Tonsilite crônica hipertrófica

Hipertrofia das adenóides

Laringite crônica

Rino sinusites

Tumores

Otite crônica

Diminuição da Acuidade Auditiva

Vertigem/ Tonturas

Zumbido

Epistaxe de Repetição

### **1) Tonsilite crônica hipertrófica**

Encaminhar todos os pacientes com indicação cirúrgica

Exames complementares necessários – não há.

Exame físico – distúrbios mecânicos (com maior ou menor frequência de surtos de anginas febris com recorrência de 5 a 7 episódios em 1 ano) e/ou apnéia obstrutiva do sono e/ou abscesso peritonsilar em tonsilites recorrentes.

Prioridade para a regulação – casos tratados e descompensados.

#### **Critério - P2**

## **2) Hipertrofia das adenóides**

Encaminhar os casos com: sintomatologia exuberante que não melhora com tratamento clínico; apnéia obstrutiva; otites e sinusites recorrentes.

Exames complementares necessários – radiografia de perfil da nasofaringe (boca aberta e fechada).panhamento, quando necessário. Ao encaminhar, sempre relatar a história clínica, evolução, curva do Perímetro Cefálico (P.C.), presença de déficit neurológico e formato do crânio. RX de Crânio se a suspeita for crânio estenose.

Exame físico – a criança dorme de boca aberta, baba no travesseiro, ronca e por vezes crises de apnéia noturna.

Prioridade para a regulação – casos tratados e descompensados.

**Critério – P2**

## **3) Laringite Crônica**

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – não há.

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

Prioridade para a regulação – casos tratados clinicamente e descompensados.

**Critério - P1**

## **4) Rino Sinusites Crônicas**

Encaminhar os pacientes com sintomatologia que não melhoram com tratamento clínico.

Obs.: Atenção aos pacientes com rinossinusites alérgicas.

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

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

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério - P2**

## **5) Tumores Nasais e Paranasais**

Encaminhar todos os pacientes

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

Exame físico – obstrução nasal, episódios de sangramento nasal, rinorreia purulenta, cefaleia frontal e/ou em projeção de outras cavidades paranasais, diplopia e exoftalmia.

Prioridade para a regulação

**Critério – P1**

## **6) Otite Crônica**

Encaminhar todos os pacientes exceto com diagnóstico de otite média aguda.

Exames complementares necessários – não há.

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

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P2**

## **7) Diminuição da Acuidade Auditiva**

Encaminhar os pacientes com história clínica de perda auditiva, exceto os quadros agudos de otite externa, otite média aguda e rolha de cerumen (exceto casos de difícil remoção).

Exames complementares necessários - não há.

Exame físico – descrição da otoscopia.

Prioridade para a regulação – pacientes com quadro de surdez súbita, trauma físico ou auditivo.

**Critério - P2**

### **8) Vertigem/ Tonturas**

Encaminhar os pacientes com história clínica suspeita de Síndrome de Meniere (zumbido, tontura e hipoacusia), após controle de doença de base como DM, HAS, alterações tireoidianas e problemas cervicais.

Exames complementares necessários - hemograma, T.S.H., T4 livre, glicemia de jejum, colesterol total e V.D.R.L..

Prioridade para a regulação – pacientes de difícil controle.

**Critério – P1**

### **9) Zumbido**

Encaminhar todos os pacientes. Nos casos de cerumen, só se houver persistência após remoção.

Exames complementares necessários - não há.

Prioridade para a regulação – Zumbido associado à surdez súbita ou perda auditiva unilateral.

**Critério – P2**

### **10) Epistaxe de Repetição**

Encaminhar os pacientes com história clínica de epistaxes de repetição, após descartar os casos de trauma local e corpo estranho. Descrever a frequência das crises.

Exames complementares necessários - coagulograma.

Prioridade para a regulação – pacientes com epistaxe intensa, hipertensos e coagulopatas.

**Critério – P1**

## **Protocolo para Consulta com Pneumologista**

### **Motivos para encaminhamento**

1. Asma
2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
3. Nódulo pulmonar
4. Pneumonia Adquirida na Comunidade
5. Tosse
6. Pneumopatias Intersticiais
7. Tuberculose Pulmonar - Encaminhar ao Ambulatório de TB (Policlínica)

#### **1) Asma**

Pacientes com Asma persistente moderada e/ou acentuada ou grave.

Exames complementares necessários – RX de Tórax (afastar outras doenças), RX de Seios da Face (sinusopatia), IgE (processo alérgico).

Exame físico – citar achados significativos.

Prioridade para a regulação – Asma refratária ao tratamento.

**Critério - P1**

#### **2) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (D.P.O.C.)**

Encaminhar pacientes com dispnéia de esforço, tosse produtiva, D.P.O.C. estágios 3 e 4.

Exames complementares necessários – RX de Tórax (afastar outras doenças), hemograma completo (aumento de hematócrito/hemoglobina/leucocitose).

Exame físico – citar achados significativos.

Prioridade para regulação – doença descompensada com hipoxemia e insuficiência respiratória aguda

**Critério – P1**

### 3) Nódulo pulmonar (Ver protocolo Rede Hebe Camargo)

Encaminhar os pacientes com os seguintes sinais e sintomas:

RX de Tórax recente alterado ou suspeito;

Casos indeterminados mesmo com exames complementares;

Nódulos alterados em segmento radiológico ou RX prévio;

Nódulos espiculados, irregulares e/ou suspeitos.

Exames complementares necessários – RX de Tórax PA e PE recentes. Exame físico – citar os achados significativos

Prioridade para regulação – Nódulo alterado em comparação a RX prévio.

**Critério – P1**

### 4) Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC)

Encaminhar os pacientes com os seguintes sinais e sintomas:

Pneumonia arrastada, com possibilidade de outros diagnósticos;

Suspeita de Neoplasia, obstrução brônquica, corpo estranho;

Empiema pleural, infecção multirresistente a antibióticos;

Pneumonia com hipoxemia, insuficiência respiratória

Exames complementares necessários – RX, de Tórax, hemograma completo, glicemia, pesquisa de BK no escarro em casos suspeitos.

Exame físico – citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e não compensados.

**Critério – P1**

### 5) Tosse Crônica

Encaminhar os pacientes com queixas freqüentes e persistentes de tosse crônica (duração maior que 3 semanas), afastados os casos de sinusite crônica e esofagite de refluxo.

Exames complementares necessários – RX de Tórax, RX de Seios da Face ou Tomografia de Seios da Face e Tomografia de Tórax.

Exame físico – citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação – paciente tratado e descompensado.

**Critério – P3**

### 6) Pneumopatias Intersticiais

Encaminhar todos os pacientes.

Exames complementares necessários - RX de Tórax, PA e perfil, hemograma e VHS.

Exame Físico – citar os achados significativos (artralgia, história ocupacional, alergias, etc.)

Prioridade para a regulação - Pacientes com dispnéia progressiva e sem melhora radiológica.

**Critério – P1**

### 7) Tuberculose pulmonar (Agendar imediatamente no Ambulatório de TB – Policlínica)

Encaminhar todos os pacientes com 2 baciloscopias de escarro positivas ou 1 baciloscopia direta positiva e cultura positiva ou 1 baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de TB, ou apesar dos exames negativos, clínica altamente suspeita (queixas de tosse crônica, sudorese noturna, adinamia e febre vespertina, emagrecimento, escarro hemoptóico ou dor torácica).

Exames complementares necessários – BK de escarro com cultura positiva, RX de Tórax PA e PE.

Exame físico – citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação – Todos os casos suspeitos e confirmados, e população de maior risco (presidiários, internos de hospitais psiquiátricos e/ou abrigos e/ou asilos).

**Critério – P1**

## Protocolo para Consulta com Proctologista

### Motivos para encaminhamento

1. Hemorróidas de terceiro e quarto graus.
2. Abscesso Perianal.
3. Fissura Anal, se cirúrgico.
4. Fístula Anal
5. Fístulas Anorretais
6. Cisto Pilonidal
7. Incontinência Anal
8. Diverticulose Colônica
9. Condiloma Acuminado
10. Pólipos
11. Neoplasias Colorretal

#### 1) Hemorróidas

Encaminhar pacientes cirúrgicos de terceiro e quarto graus. Exames complementares necessários – exame proctológico.  
Exame físico – sangramento, sensação corpo estranho, prolapso, dor anal e toque retal.  
Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados e/ou refratários.

##### **Critério – P1**

se trombose hemorroidária **Critério – P0**

#### 2) Abscesso Perianal

Encaminhar pacientes para realização de drenagem. Exames complementares necessários – não há.  
Exame físico – tumoração quente e dolorosa, descarga purulenta, tenesmo, toxemia, febre e toque retal.  
Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados.

##### **Critério - P1**

Se toxemia encaminhar para serviço de urgência/emergência (P.A. /U.P.H. /P.S.)

##### **Critério – P0**

#### 3) Fissura Anal

Encaminhar todos os pacientes cirúrgicos. Exames complementares necessários – toque retal  
Exame físico – dor anal, obstipação reflexógena, sangramento, plicoma e constipação.  
Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

##### **Critério - P1**

#### 4) Fístula Anal

Encaminhar todos os pacientes  
Exames complementares necessários – toque retal Exame físico – dor anal.  
Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

##### **Critério - P1**

#### 5) Fístulas Anorretais

Encaminhar todos os pacientes  
Exames complementares necessários – toque retal.  
Exame físico – orifício fistuloso externo perianal com drenagem de secreção purulenta, desconforto anorretal.  
Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

##### **Critério – P1**

## 6) Cisto Pilonidal

Encaminhar todos os pacientes..

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

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

Paciente crônico - drenagem purulenta espontânea, trajeto fistuloso com OE, secreção fétida.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados. Pacientes crônicos

### **Critério - P1**

Pacientes agudos encaminhar para serviço de urgência/emergência (P.A. /U.P.H. / P.S.)

### **Critério – P0**

## 7) Incontinência Anal

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – avaliação clínica.

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

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

### **Critério – P1**

## 8) Diverticulose Colônica

Encaminhar os pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico.

Exames complementares necessários – hemograma.

Exame físico – Síndrome do Intestino Irritável - Constipação alternada com períodos de diarreia, com predomínio de um ou outro sintoma, esforço para evacuar, sensação de evacuação incompleta, distensão abdominal. Hipermotilidade desencadeada por situações de stress, ansiedade ou após alimentação. Doença Diverticular – Alteração do hábito intestinal, constipação, dor abdominal baixa, náusea, maior frequência em pacientes com idade maior de 50 anos e histórico de dieta pobre em ingestão de fibras.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

### **Critério - P1**

## 9) Condiloma Acuminado

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

Exames complementares necessários – anatomopatológico positivo para HPV, sorologia HIV e V.D.R.L.

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

Prioridade para a regulação

### **Critério – P1**

## 10) Pólipos

Encaminhar todos os pacientes que tenham exames que confirmem o diagnóstico

Exames complementares necessários – colonoscopia, pesquisa de sangue oculto nas fezes e hemograma.

Exame físico – geralmente não causa sintomas e só são descobertos quando é realizada a colonoscopia.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

### **Critério - P2**

## 11) Neoplasia Colorretal

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – RX Tórax, Colonoscopia, U.S.G. de abdômen total e/ou Tomografia de abdômen e pelve. Se possível colher marcadores (CEA, Alfafetoproteína, CA 19-9 e CA 125).

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

Prioridade para a regulação – todos os pacientes

**Critério – P1** (Ver protocolo encaminhamento Rede Hebe Camargo).

## Protocolo para Consulta com Reumatologista

### Motivos para o encaminhamento

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

#### 1) Deformidades das articulações, nódulos reumatóides, rigidez matinal

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

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

Exame Físico – citar achados significativos.

Prioridade para a regulação – pacientes com queixas crônicas.

#### Critério – P3

#### 2) Dor óssea, fraturas, deformidades esqueléticas

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

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

Exame Físico – citar achados significativos

Prioridade para a regulação – pacientes com queixas crônicas.

#### Critério – P3

#### 3) Tenossinovite, dor, rigidez matinal, lombalgia de ritmo inflamatório

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

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

Exame Físico – citar achados significativos.

Prioridade para a regulação – pacientes com queixas crônicas.

#### Critério – P3

#### 4) Dor difusa e crônica

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

Exames complementares necessários – provas reumáticas.

Exame Físico – presença de sensibilidade dolorosa em determinados sítios anatômicos.

Prioridade para a regulação – pacientes com queixas crônicas.

#### Critério – P3

#### 5) Sensação de rigidez e edema (inchaço)

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

Exames complementares necessários – RX da área afetada e provas reumáticas.

Exame Físico – citar achados significativos.

Prioridade para a regulação – pacientes com queixas crônicas.

#### Critério – P2

## **6) Suspeita de doenças reumáticas autoimunes**

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

Exames complementares necessários – provas reumáticas e pesquisa de células L.E.

Exames físicos – citar achados significativos.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P1**

## **Protocolo para Consulta com Urologista**

### **Motivos para encaminhamento**

1. Litíase renal
2. Obstrução do trato urinário
3. Hematúria a esclarecer
4. Neoplasias de Bexiga
5. Neoplasias de Rins
6. Hiperplasia e neoplasia da Próstata
7. Uretrite
1. Epididimite
2. Prostatite
3. Hidrocele
4. Varicocele
5. Fimose
6. Condiloma Peniano
7. Déficit da função erétil

### **1) Litíase renal**

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – urina I, RX simples de abdômen, U.S.G. de Rins e vias urinárias, creatinina.

Exame físico – quando do tipo coraliforme, na pelve renal, associa-se com infecções urinárias de repetição. Cólica nefrética, com irradiação para a virilha, às vezes com náuseas e vômitos. Hematúria, piúria e cristais em excesso na urina I.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P1**

### **2) Obstrução do trato urinário**

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – urina I, uréia, creatinina, U.S.G. de Rins e vias urinárias.

Exame físico – Citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação

**Critério – P1**

### **3) Hematúria a esclarecer**

Encaminhar todos os pacientes com hematúria macroscópica. Nas hematúrias microscópicas, se persistir após 3 exames consecutivos com intervalo de 15 dias.

Exames complementares necessários – urina I, urocultura, antibiograma, RX simples de abdômen, U.S.G. de rins e vias urinárias, hemograma e coagulograma.

Exame físico – presença de sangue na urina.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P1**

## 4) Neoplasias de Bexiga

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – urina I, U.S.G. de Rins e vias urinárias.

Exame físico – hematúria.

Prioridade para a regulação – todos os pacientes

**Critério – P1** (Ver protocolo encaminhamento Rede Hebe Camargo).

## 5) Neoplasias de Rins

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – U.S.G. renal, urina I, urocultura e antibiograma.

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

Prioridade para a regulação – todos os pacientes suspeitos ou confirmados.

**Critério – P1** (Vide protocolo encaminhamento Rede Hebe Camargo).

## 6) Hiperplasia e neoplasia da Próstata

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – toque retal em todos os casos, U.S.G. Próstata, PSA, urina I.

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

Prioridade para a regulação – todos os pacientes suspeitos ou confirmados.

Hiperplasia

**Critério – P1**

Se suspeita para Câncer de Próstata

**Critério – P1** (Vide protocolo encaminhamento Rede Hebe Camargo).

## 7) Uretrite

Encaminhar os pacientes com uretrite crônica.

Exames complementares necessários – bacterioscopia de secreção, urina I, urocultura, antibiograma, espermograma, espermocultura + antibiograma.

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

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P1**

## 8) Epididimite

Encaminhar os pacientes com uretrite crônica.

Exames complementares necessários – cultura de secreção uretral, bacterioscopia, U.S.G. de bolsa testicular, urinal, urocultura, antibiograma, espermograma, espermocultura + antibiograma.

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

Prioridade para a regulação – todos os pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P1**

## 9) Prostatite

Encaminhar os pacientes com prostatite crônica.

Exames complementares necessários – urina I, urocultura c/antibiograma, espermograma, espermocultura + antibiograma, PSA, U.S.G. de próstata.

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

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P1**

## 10) Hidrocele

Encaminhar todos os pacientes.

Exames complementares necessários – U.S.G. de bolsa escrotal, hemograma, coagulograma.

Exame físico – citar achados significativos.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P1**

### **11) Varicocele**

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – U.S.G. de bolsa escrotal, hemograma e espermograma.

Exame físico – citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P2**

### **12) Fimose**

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – hemograma e coagulograma.

Exame físico – citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação

**Critério – P2**

### **13) Condiloma Peniano**

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – não há.

Exame físico – citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação – todos os pacientes.

**Critério – P1**

### **14) Déficit da função erétil**

Encaminhar todos os pacientes

Exames complementares necessários – glicemia, Hb glicada, testosterona, colesterol e dosagem de triglicerídeos.

Exame físico – citar os achados significativos.

Prioridade para a regulação – todos os pacientes

---

## **Protocolo para Consulta com Vascular**

1. Dor no mmii não articulares
2. Edema em mmii, de origem vascularesRaynaud
3. Alteração de pulsos periféricos
4. Úlceras de mmii ( ambulatório de feridas)
5. Varizes com indicação cirúrgica

### **1) Dor nos mmii não articulares**

Encaminhar todos os pacientes cirúrgicos

Exames complementares necessários – U.S.G. doppler arterial mmii

Exame físico – claudicação intermitente caracterizada por uma dor ou fadiga nos músculos do mmii, causada pela deambulação e aliviada pelo repouso.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P2**

### **2) Edema de mmii, de origem vascular**

Encaminhar os que necessitam de avaliação mais complexa

Exames complementares necessários – não há.

Exame físico – edema indolor crônico nos mmii

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados.

**Critério – P2**

### 3) Raynaud

HDA – Encaminhar casos não responsivos ao tratamento clínicos

Exames complementares necessários – Doppler

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

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados

#### **Critério – P1**

Contra referência – A UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

### 4) Alterações de pulsos periféricos

HDA – Encaminhar casos diagnosticados

Exames complementares necessários – US doppler arterial

Exame físico – Claudicação intermitente, pulsos periféricos diminuídos

Prioridade para a regulação – Casos tratados e descompensados

#### **Critério – P1**

Contra referência – A UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

### 5) Úlcera de mmii

Pacientes não responsivos e/ou com indicação cirúrgica

Exames complementares necessárias – U.S.G. doppler, cultura de secreção

Exame físico – Presença de ulceração em mmii

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados

#### **Critério - P1**

Obs: necessário contatar o Ambulatório de Feridas da Policlínica

### 6) Varizes com indicação cirúrgica

Encaminhar todos os pacientes com indicação cirúrgica

Exames complementares necessários – U.S.G doppler, E.C.G., Rx de Tórax, coagulograma, hemograma.

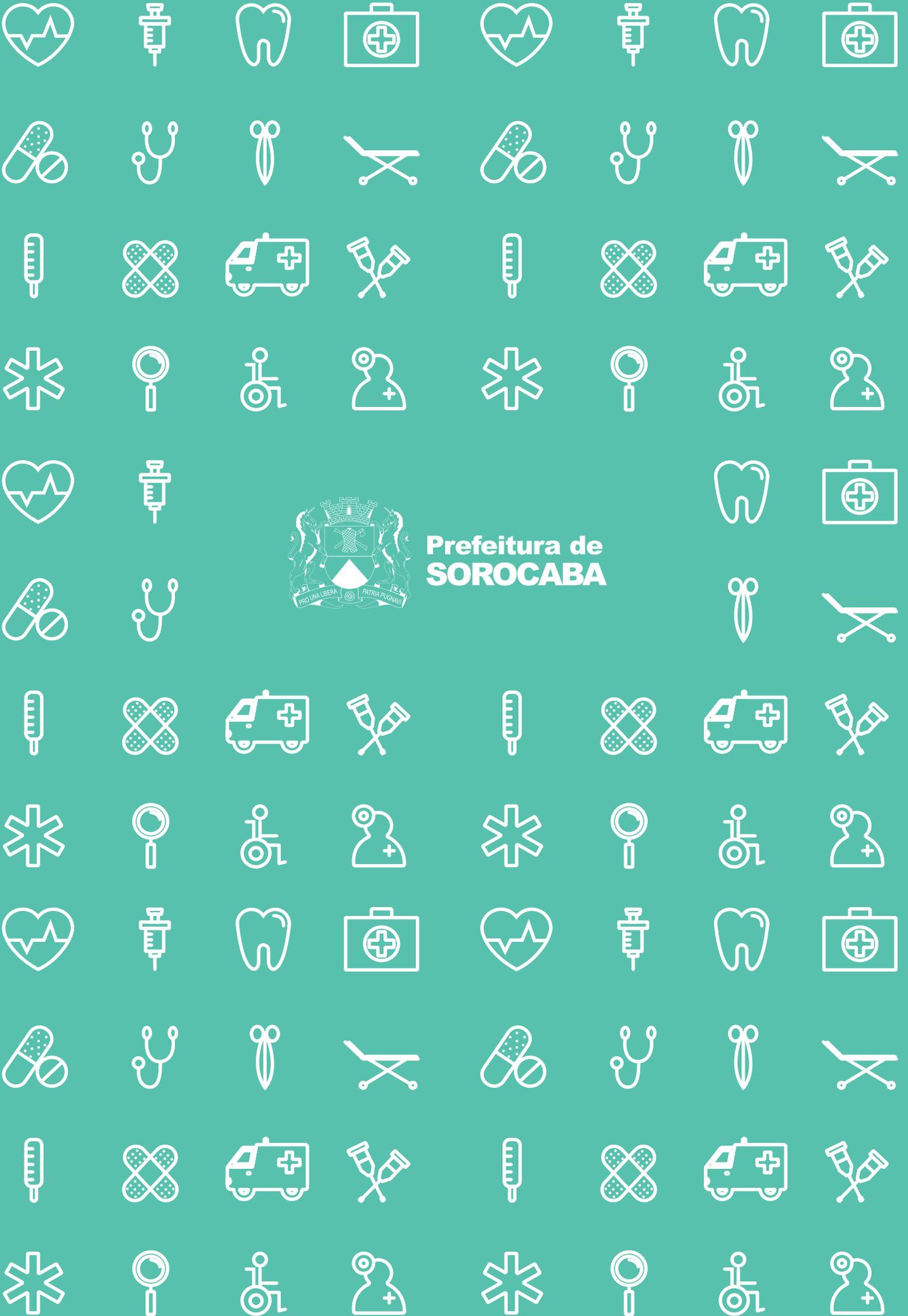
Exame físico – dor tipo queimação ou cansaço, sensação das pernas estarem pesadas ou ardendo,

edema (inchaço) das pernas, veias dilatadas e alteradas.

Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados

#### **Critério - P2**





**Prefeitura de  
SOROCABA**