

PROTOCOLO SMS Nº 002/2023

**PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO E AGENDAMENTO DE EXAMES LABORATORIAIS,
DOS PROGRAMAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E PRÉ OPERATÓRIOS
CONFORME PRIORIDADE**

OBJETIVO: O presente protocolo tem como objetivo padronizar as solicitações médicas, trazendo as recomendações mais importantes para a prática clínica de Atenção Primária à Saúde relacionadas à avaliação de risco, rastreamento e ao diagnóstico precoce de acordo com as particularidades do município como forma de orientação aos profissionais médicos.

Este trata-se da organização das solicitações advindas das Unidades Básicas de Saúde, Pronto Atendimento Municipal, Médicos Especialidades do Cisvali e Rede Privada em geral. Bem como, informações quanto ao pedido de exames de rastreio, diagnóstico e acompanhamento de paciente conforme orientações do próprio Ministério de Saúde.

A) Exames de rastreio de adulto jovem:

Para isso, faz-se preciso avaliar o risco cardiovascular desses paciente para melhor analisar quais exames são necessários de rotina para esse grupo em especial. Para isso são vistos os fatores de risco, história familiar, hábitos de vida, dados vitais e medidas antropométricas como mostra a seguir:

Figura 1: Fatores de risco:

Baixo risco/ Intermediário	Alto risco	
Tabagismo	AVC (acidente vascular cerebral) previamente	
HAS (hipertensão)	IAM (infarto agudo do miocárdio) previamente	
Obesidade	LESÃO PERIFÉRICA (LOA – lesão de órgão-alvo)	AIT (ataque isquêmico transitório)
Sedentarismo		HVE (hipertrofia de ventrículo esquerdo)
Sexo masculino		Nefropatia
Idade > 65 anos		Retinopatia
História familiar (H < 55a; M < 65a) – evento cardiovascular prévio		Aneurisma de aorta abdominal
		Estenose de carótida sintomática
	DM (Diabetes mellitus)	

Fonte: Caderno Atenção Primária – rastreamento, 2010.



Na prática, para se determinar o risco cardiovascular, deve-se primeiro classificar o paciente segundo seus fatores de risco, podendo fazer parte de um dos três grupos abaixo:

1. Apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, ele é considerado como baixo risco cardiovascular e terá menos que 10% de chance de morrer por acidente vascular cerebral ou infarto agudo do miocárdio nos próximos 10 anos.
2. Apresentar ao menos um fator de risco alto, esse paciente é considerado como alto risco cardiovascular e terá mais ou igual a 20% de chance de morrer por acidente vascular cerebral ou Infarto agudo do miocárdio nos próximos 10 anos.
3. Apresentar mais do que um fator de risco baixo/intermediário, há necessidade de calcular o risco cardiovascular, pois esse paciente pode mudar para baixo, para alto ou permanecer como risco intermediário.

Abaixo segue as figuras para classificação do risco cardiovascular daqueles que fazem parte do grupo três.

Figura 2: Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos.

HOMENS							MULHERES						
	idade	pontos						idade	pontos				
1	20-34	-9					20-34	-7					
	35-39	-4					35-39	-3					
	40-44	0					40-44	0					
	45-49	3					45-49	3					
	50-54	6					50-54	6					
	55-59	8					55-59	8					
	60-64	10					60-64	10					
	65-69	11					65-69	12					
	70-74	12					70-74	14					
75-79	13					75-79	16						
2	Colesterol Total						Colesterol Total						
		idade	idade	idade	idade	idade		idade	idade	idade	idade	idade	
		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
	<160	0	0	0	0	0	<160	0	0	0	0	0	
	160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1	
	≥200	7	5	3	1	0	≥200	8	6	4	2	1	
3	Não fumantes						Não fumantes						
	Fumantes						Fumantes						
4	HDL (mg/dl)						HDL (mg/dl)						
		idade	idade	idade	idade	idade		idade	idade	idade	idade	idade	
		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
	>60	-1					>60	-1					
50-59	0					50-59	0						
40-49	1					40-49	1						
<40	2					<40	2						
5	PA sistólica						PA sistólica						
		Pontos se não tratada		Pontos se tratada			Pontos se não tratada		Pontos se tratada				
		idade	idade	idade	idade	idade		idade	idade	idade	idade		
		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
	<120	0		0			<120	0		0			
	120-129	0		1			120-129	1		3			
130-139	1		2			130-139	2		4				
140-159	1		2			140-159	3		5				
≥160	2		3			≥160	4		6				

Figura 3: Determinação de risco em 10 anos de DAC:

HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Risco em 10 anos	Total de pontos	Risco em 10 anos
<0	<1	<9	<1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	25	≥30
≥17	≥30		

Fonte: Caderno Atenção Primária – rastreamento, 2010.

Abaixo está apresentado um quadro com as principais metas.

Figura 4: Metas a serem alcançadas:

Risco cv	Alto	Intermediário	Baixo	Limite
PA	< 135/85	< 140/80	< 140/80	
LDL	< 100	< 130	< 160	< 190
CT/HDL*	< 4	< 5	< 6	< 7

Fonte: (ANGELMAR, 2010)

*Relação CT/HDL – Índice de Castelli. É tão importante quanto LDL.

Fonte: Caderno Atenção Primária – rastreamento, 2010.

Portanto, deve-se identificar pacientes com risco de doença cardiovascular: rastreando as pessoas identificadas como alto risco de doença; além de excluir os pacientes que tenham doença cardiovascular estabelecida ou que sejam considerados de alto risco, tais como diabéticos.

A partir disso, estimar o risco cardiovascular usando fatores de risco já registrados nos prontuários da atenção primária a saúde, tais como pressão arterial, gênero, idade, tabagista, avaliar usando o escore de Framingham, registrar no prontuário fatores de risco importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular, tais como etnia, índice de massa corporal (kg/m²), história familiar de doença cardíaca prematura.



Em seguida, ajustar o escore aos fatores importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular, mas que não estão contemplados no cálculo de Framingham, como: parente de primeiro grau com doença cardiovascular prematura, multiplique a estimativa pelo fator correção 1.5; se existe mais de um parente de primeiro grau com doença cardiovascular prematura, multiplique a estimativa por 2; aumentar o risco estimado em 1.4 se tiver ascendência sul-asiática e em caso de obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ – especialmente aqueles com obesidade central – homens com circunferência abdominal ≥ 102 para mulheres essa medida deve ser $\geq 88 \text{ cm}$), multiplique pelo fator de correção 1.3.

Após o ajuste do escore, veja as metas e converse com o paciente sobre elas, para juntos definirem o plano de tratamento.

A.1 Rastreo de Dislipidemia:

Nesse entender, rastrear dislipidemia (Colesterol LDL, HDL e TG), em homens com 35 anos ou mais e homens com 20 a 35 anos quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana. Já nas mulheres com 20 anos ou mais quando se enquadrarem como grupo de alto risco para doença coronariana.

Devem ser rastreados os níveis de colesterol de todos os pacientes com doença cardiovascular, exemplos: aneurisma de aorta abdominal, estenose de coronária sintomática (AIT ou AVC de origem de carótida com $>$ de 50% de estenose da artéria carótida), doença arterial periférica, paciente com diabetes mellitus;, paciente com dois ou mais fatores de risco ou hipertrofia ventrículo esquerdo “definitiva”, de acordo com o estudo de Framingham (skolov-lyon [onda S V1 + onda R V5 ou V6] + infradesnivelamento de ST ou inversão de onda T em V5 e V6).

A cada 6 meses se níveis lipídemicos dentro da meta ou a cada 3 meses para ajuste de medicamento e dieta. Assim como orientação nutricional e estímulo a atividades físicas.

A.2 Rastreamento de hipertensão arterial sistêmica:

Está recomendado o rastreamento da hipertensão arterial nos adultos (acima de 18 anos). Realizando a aferição de pressão arterial como triagem em todas as formas de consulta médica.

Figura 5: Estratificação dos níveis pressóricos

Classificação de PA	P. sistólica mmHg	P. diastólica mmHg
Normal	< 120	e < 80
Pré-hipertensão	120-139	ou 80-89
HAS Estágio 1	140-159	ou 90-99
HAS Estágio 2	> 160	ou > 100

Fonte: Caderno Atenção Primária – rastreamento, 2010.

Figura 6: Recomendação de acompanhamento com base na aferição da PA inicial

Normal	Reavaliar em dois anos
Pré-hipertensão	Reavaliar em um ano
HAS Estágio 1	Confirmar em dois meses
HAS Estágio 2	Avalie e/ou refira para um serviço de cuidados dentro de um mês. Para aqueles com pressão muito alta (i.e., > 180/110 mmHg), avalie e trate imediatamente ou dentro de uma semana, dependendo da situação clínica e complicações.

Fonte: Caderno Atenção Primária – rastreamento, 2010.

A.3 Rastreamento de Diabetes Mellitus tipo II:

Devido ao risco de complicações como cegueira, doença renal, amputação e mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares, está recomendado o rastreamento de diabetes em adultos assintomáticos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Ademais, outras condições mais específicas também requerem rastreamento, como mostrada na figura a seguir.



Figura 7: Condições para investigar diabetes em pacientes assintomaticos.

<p>Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none">• História de pai ou mãe com diabetes;• Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);• História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;• Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);• Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;• Obesidade severa, <i>acanthosis nigricans</i>;• Síndrome de ovários policísticos;• História de doença cardiovascular;• Inatividade física;
<p>OU</p> <p>Idade ≥ 45 anos;</p>
<p>OU</p> <p>Risco cardiovascular moderado (Ver <i>Cadernos de Atenção Básica, n° 37 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica</i>).</p>

Fonte: Caderno Atenção Primária – rastreamento, 2010.

O rastreio deve ser feito com glicemia de jejum e pessoas com uma glicemia em jejum superiores a 126 mg/dl devem realizar confirmação do resultado com nova glicemia de jejum, para, dependendo do segundo resultado, serem diagnosticadas com diabetes. A meta de tratamento para as pessoas diabéticas é alcançar uma hemoglobina glicosilada em torno de 7%.

A cada 6 meses se níveis glicêmicos dentro da meta ou a cada 3 meses para ajuste de medicamento e dieta. Assim como orientação nutricional e estímulo a atividades físicas.

A.4 Pacientes com baixo risco cardiovascular, sem rastreio específico, que buscam exames de check up, assintomáticos:

Recomenda-se realizar os seguintes exames laboratoriais: TSH, glicemia de jejum, colesterol LDL e HDL, triglicerídeos, parcial de urina, hemograma e creatinina (ANEXO 1).

Se pacientes sexualmente ativos ou presença de tatuagem/piercing ou procedimento estéticos com uso de lâminas ou agulhas, manipulação de cutículas fora de domicílio, realizar testes rápidos.

B) Exames de rastreio crianças:

Está recomendado o rastreamento para a anemia falciforme nos recém-natos, hipotireoidismo congênito, a fenilcetonúria e outras patologias detectáveis pelo teste do pezinho previsto no Programa Nacional de Triagem Neonatal, além de teste da orelhinha (perda auditiva), teste do coraçãozinho, teste do olhinho e acompanhamento oftalmológico para detecção da ambliopia, estrabismo e defeitos da acuidade visual em crianças menores de cinco anos.

Em relação aos exames laboratoriais em crianças até 5 anos, é orientado apenas exames de fezes, urina, hemograma.

C) Exames de rastreio mulher no climatério/menopausa:

Há tendência a pesquisar problemas por meio dos exames mais variados: ultrassonografia transvaginal, dosagem hormonal (TSH, FSH, LH, estradiol), perfil lipídico e glicemia para mulheres assintomáticas e sem outras comorbidades. Bem como, o uso da densitometria óssea para rastreio da osteoporose para mulheres com 65 anos ou mais.

D) Exames de rastreio mulher em idade fértil:

Exame de Papanicolau (citopatológico de câncer de colo de útero) na faixa dos 25 - 64 anos. A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano.



Interpretação do resultado:

Figura 8: Resultados do exame de Papanicolau, grau de suspeição e conduta da atenção primária no rastreamento de câncer do colo do útero.

Resultados			Grau de suspeição	Conduta
Normal ou alterações celulares benignas			-	Rotina do rastreamento
Atipias de Significado Indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	Menor	Repetição da citologia em seis meses
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia

Resultados		Grau de suspeição	Conduta
Atipias em células escamosas	Lesão intra-epitelial de baixo grau	Menor	Repetição da citologia em seis meses
	Lesão intra-epitelial de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Carcinoma epidermóide invasor	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma in situ	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Adenocarcinoma invasor	Maior	Encaminhamento para colposcopia

Fonte: Caderno Atenção Primária – rastreamento, 2010.

E o rastreio para Câncer de mama, deve ser realizando em faixa etária de 50 – 69 anos, visto que o risco de câncer de mama aumenta com a idade e o rastreamento populacional para essa doença deve ter como alvo as mulheres na faixa etária de maior risco.

Figura 9: População-alvo e periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama – recomendações do INCA.

População-alvo	Periodicidade dos exames de rastreamento
Mulheres de 40 a 49 anos	ECM anual e, se este estiver alterado, mamografia.
Mulheres de 50 a 69 anos	ECM anual e mamografia de dois em dois anos.
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado	ECM e mamografia anual.

Fonte: Caderno Atenção Primária – rastreamento, 2010.



Interpretação de resultados:

Figura 10: Resultados da mamografia e condutas da atenção básica no rastreamento de câncer de mama.

Resultado da mamografia	Conduta para atenção primária
0 – Inconclusivo	Avaliação adicional
1 – Sem achados	Rotina de rastreamento*
2 – Achado benigno	Rotina de rastreamento
3 – Achado provavelmente benigno	Controle radiológico em seis meses (eventualmente biópsia)
4 – Achado suspeito	Encaminhamento para seguimento em unidade de referência
5 – Achado altamente suspeito	Encaminhamento para seguimento em unidade de referência
6 – Achado com diagnóstico de câncer, mas não tratado	Encaminhamento para seguimento em unidade de referência de alta complexidade

Fonte: Caderno Atenção Primária – rastreamento, 2010.

E) Rastreio tabagistas:

Está recomendado o rastreamento do tabagismo em todos os adultos, incluídas as gestantes.

É indicado que os profissionais de saúde perguntem a todos os adultos sobre o uso do tabaco e forneçam intervenção para que deixem esse hábito como o Grupo de cessação do tabagismo que é realizado na cidade com a oferta de medicamentos para fissura/abstinência como bupropiona e outros ansiolíticos/antidepressivos, repositores de nicotina como adesivo e a goma, além do acompanhamento médico e psicológico.

Para rastreio de Câncer de Pulmão, as recomendações indicam realizar Tomografia computadorizada de pulmão pacientes com mais de 55 anos, fumante ou ex-tabagista há menos de 15 anos e ter carga tabágica de 30 maços/ano (3 maços por dia por 10 anos).

F) Rastreo alcoolismo:

O rastreamento e intervenções de aconselhamento na atenção primária para reduzir o uso inadequado de álcool em adultos, incluindo mulheres grávidas.

O abuso de álcool está fortemente associado com problemas de saúde, incapacidades, mortes, acidentes, problemas sociais e violência. O município conta com uma rede de apoio em relação ao abuso de substâncias e saúde mental com profissional médico capacitado, psicóloga e assistente social.

Se sintomas de gastrite e/ou refluxo como azia, queimação, dor retroesternal, gosto amargo na boca, ou sintomas de hemorragia digestiva, solicitar Endoscopia Digestiva Alta para avaliar possibilidade de varizes esofágicas e excluir ulcera gastrica.

Se sinais/sintomas de hepatopatia alcoolica, investigar com exames laboratoriais de hepatite/colestase/função hepatica e exames de imagem (Ultrassonografia de abdome).

G) Diagnóstico precoce de tuberculose:

Deve-se excluir tuberculose na presença de tosse acima de 2 semanas, principalmente se estiver associado quadro de perda de peso, sudorese noturna, febre sem foco, nodulações pelo corpo. Portanto, se sintomatico, paciente deve ser submetido a radiografia pulmonar e cultura para BAAR e baciloscopia em escarro.

Contatos assintomaticos devem realizar exame de PPD para descartar tuberculose latente que igualmente necessita de tratamento e acompanhamento.

H) Diagnóstico precoce de hanseníase:

Deve-se excluir hanseníase em pacientes com manchas hipocromicas (na maioria das vezes, podem ser placas eritematosas, nodulações, máculas) com redução da sensibilidade, primeiramente termicae depois dolorosa, perda de pelos, ausencia de suor na região. Faz-se exame de linfa para pesquisa de linfa, teste de sensibilidade e em duvida biopsia. Familiares assintomaticos devem ser rastreados.



I) Rastreo câncer de próstata:

Há uma tendência a reduzir a saúde do homem a problemas relacionados à próstata e à potência sexual. Porém, a principal causa de morte são as cardiovasculares e por violência ou causas externas, conforme demonstrado pelos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008).

Em relação ao Cancer de Prostata, não ha evidencias de que deve-se fazer o rastreo atraves do exame do toque ou PSA sanguineo em homens com menos de 75 anos, portanto cabe ele decidir ou não pela intervenção e o profissional de saúde deve anotar no prontuário qual a decisão tomada. Recomenda-se a não adoção do rastreamento de câncer da próstata em homens assintomáticos com idade superior a 75 anos, uma vez que existe nível adequado de evidência mostrando que essa estratégia é ineficaz e que os danos superam os benefícios.

J) Rastreo de câncer de cólon e reto:

Recomenda-se o rastreamento para o câncer de cólon e reto usando pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia ou sigmoidoscopia, em adultos entre 50 e 75 anos.

K) Rastreo de obesidade:

O rastreamento de todos os pacientes adultos e crianças maiores de seis anos para obesidade e a oferta de intervenções de aconselhamento e de mudança de comportamento para sustentar a perda de peso. O diagnóstico é por meio do calculo do índice de massa corpórea (IMC), que corresponde ao peso (kg) dividido sobre a altura (metros) ao quadrado, sendo as seguinte interpretações: IMC 25-29.9 é classificado como sobrepeso; IMC > 30 é classificado como obesidade, esse item é subclassificado em: grau I (IMC 30-34,9), grau II (IMC: 35-39,9) e grau III > 40.

O municipio conta com a apoio médico para aconselhamento, terapia medicamentosa para obesidade e tratamento cirurgico com o encaminhamento para

cirurgia bariátrica, além de acompanhamento nutricional e psicológico.

L) Exames Programa Hiperdia:

Pacientes devem ser estratificados como já explicado acima e aqueles que pertencerem ao grupo muito alto risco devem ser encaminhados para a rede Hiperdia do Cisvale para acompanhamento multiprofissional com especialista cardiologista para seguimento adequado.

Pacientes hipertensos avaliados como alto e moderado risco, devem realizar os seguintes exames a cada 6 meses (ANEXO 2), de acordo com o protocolo de hipertensão:

- Eletrocardiograma convencional
- Hemograma
- Creatinina plasmática (taxa de filtração glomerular)
- Exame de EAS (elementos anormais do sedimento)
- Potássio plasmático
- Glicemia de jejum
- Colesterol LDL, HDL e triglicérides plasmáticos
- Ácido úrico plasmático



E complementação de exames em casos específicos como mostrado a seguir:

Figura 11: Indicações de exames complementares diagnósticos durante a avaliação de pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

Exame	Indicação
Ecocardiograma	Indícios de hipertrofia de ventrículo esquerdo ao ECG ou pacientes com suspeita clínica de insuficiência cardíaca
Albuminúria	Pacientes com diabetes, síndrome metabólica ou com dois ou mais fatores de risco.
Ultrassom (US) renal ou com doppler	Pacientes com insuficiência renal crônica ou suspeita de doença renovascular
Hemoglobina glicada (HbA1c)	Confirmação de diabetes mellitus (DM)

Fonte: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica (2013).

Já os pacientes diabéticos devem realizar semestralmente tais exames (ANEXO 3), de acordo com o caderno de estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, (2013):

- HbA1C
- Eletrocardiograma convencional
- Hemograma
- Colesterol LDL, HDL e triglicérides (TG).
- Creatinina sérica.
- Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina.

Além da fundoscopia anual com oftalmologista.

E se apresentarem hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (ANEXO 4).

M) Exames Saúde Mental:

Recomenda-se exames de avaliação de lesão e função hepática em paciente que fazem o uso de múltiplos fármacos que possuem metabolismo ou excreção hepática com a realização dos seguintes exames: TGO, TGP, FA, GGT. Se sintomas ou alterações, avaliar a necessidade de coagulograma, albumina, bilirrubina, ultrassom de abdome superior e excluir outras causas de hepatite, que a não medicamentosa.

Alguns estabilizadores do humor podem interferir na função tireoidiana, com solicitação de TSH. Outros podem alterar função cardíaca, devendo solicitar ECG anual.

Pacientes em vulnerabilidade social, devem ser excluídas doenças com os testes rápidos.

Além disso, faz-se necessária a estratificação dos pacientes para avaliação de necessidade de acompanhamento em ambulatório de saúde mental, avaliação com psiquiatra, acompanhamento com psicóloga e assistente social. Sendo que, os pacientes classificados como alto risco devem ser encaminhados para a rede de saúde mental do município.

N) Exames de rastreio para idosos:

Acima de 75 anos as intervenções de rastreamento cessam. Lembrando que a primeira causa de morte continua sendo a cardiovascular e a segunda os cânceres, portanto, faz-se necessário acompanhamento de comorbidades e manutenção de tratamentos, com menor intensidade e com diálogo aberto para intervenções com paciente e/ou familiares.

O) Exames para encaminhamento para especialidades:

O.1 Exames necessários para o encaminhamento a cirurgia da especialidade de otorrinolaringologia:

- Hemograma, coagulograma, ECG e radiografia de seios da



face/audiometria/radiografia de cavum (conforme patologia).

O.2 Exames necessários para o encaminhamento a cirurgia da especialidade de colecistectomia:

- Hemograma, coagulograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, TGO, TGP, FA, GGT, bilirrubinas, amilase, lipase, glicemia de jejum, ECG, radiografia de torax AP e P, USG de abdome total.

O.3 Exames necessários para o encaminhamento a cirurgia da especialidade de hernias:

- Hemograma, coagulograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, ECG, radiografia de torax AP e P, USG de região inguinal.

O.4 Exames necessários para o encaminhamento a cirurgia da especialidade de hemorroidas:

- Hemograma, coagulograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, ECG, radiografia de torax AP e P, colonoscopia/retosigmoidoscopia.

O.5 Exames necessários para o encaminhamento a cirurgia da especialidade de ginecologista:

- Hemograma, coagulograma, ureia, creatinina, glicemia de jejum, EAS, ECG, radiografia de torax AP e P, USG TV (se patologia de utero/ovários), preventivo (se patologia de colo/vagina).

- Se incontinencia urinária ou prolapso genital – ESTUDO URODINÂMICO


- Se laqueadura – trazer protocolo de laqueadura do municipio

O.6 Exames necessários para o encaminhamento a cirurgia da especialidade de ortopedista:

- Hemograma, coagulograma, glicemia de jejum, ECG, radiografia do membro/ USG do membro/TC de coluna/ RNM (depende do caso).



ANEXO 1 – EXAMES CHECK UP, ASSINTOMÁTICO, SEM COMORBIDADES:

 <p>Fundação Municipal de Saúde Pública de Paulo Frontin</p>			
EXAMES DE ROTINA - CHECK UP			
Nome:			
1.	TSH	8.	Creatinina
2.	Glicemia de jejum	9.	
3.	Colesterol LDL	10.	
4.	Colesterol HDL	11.	
5.	Trigliceridos	12.	
6.	Parcial de urina	13.	
7.	Hemograma	14.	
Data:			
		_____ Médico/CRM	

Obs: Se entre 50-75 anos: pesquisar sangue oculto nas fezes. Se positivo: colonoscopia.

Obs: Pacientes sexualmente ativos, portadores de tatuagens, piercings, procedimentos envolvendo agulhas: solicitar testes rápidos.



SECRETARIA DE
SAÚDE
PAULO FRONTIN - PR



Fundação Municipal de Saúde Pública de Paulo Frontin

REQUISIÇÃO DE EXAME

Nome:

TESTE RÁPIDO

SÍFILIS HIV HEPATITE B HEPATITE C

Data:

Médico/CRM

Obs: Pacientes do sexo feminino entre 25-64 anos, sexualmente ativas: solicitar preventivo.



Fundação Municipal de Saúde Pública de
Paulo Frontin



REQUISIÇÃO DE EXAME

Nome:

PREVENTIVO

Data:

Médico/CRM



SECRETARIA DE
SAÚDE
PAULO FRONTIN - PR

Obs: Pacientes do sexo feminino entre 50-69 anos: solicitar mamografia.

Obs: Paciente com mais de 55 anos, fumante ou ex-tabagista há menos de 15 anos e ter carga tabágica de 30 maços/ano: solicitar TC de tórax.

Obs: Pacientes com mais de 50 anos, do sexo masculino: orientar sobre solicitação de exame de PSA.


Obs: Paciente etilistas crônicos: observar necessidade de investigação de hepatopatia e varizes esofágicas.

Obs: Pacientes com tosse a mais de 2 semanas: excluir possibilidade de tuberculose ativa.



SECRETARIA DE
SAÚDE
PAULO FRONTIN - PR

ANEXO 2 – EXAMES DE ROTINA HIPERTENSO:

	Fundação Municipal de Saúde Pública de Paulo Frontin		
EXAMES DE ROTINA - HIPERTENSO:			
Nome:			
1.	Potássio	8.	Creatinina
2.	Glicemia de jejum	9.	Ácido úrico
3.	Colesterol LDL	10.	
4.	Colesterol HDL	11.	
5.	Triglicerídeos	12.	
6.	Parcial de urina	13.	
7.	Hemograma	14.	
Data:			
	_____ Médico/CRM		



SECRETARIA DE
SAÚDE
— PAULO FRONTIN - PR



Fundação Municipal de Saúde Pública de Paulo Frontin

REQUISIÇÃO DE EXAME

Nome:

ECG


Data:

Médico/CRM



SECRETARIA DE
SAÚDE
PAULO FRONTIN - PR

ANEXO 3- EXAMES DE ROTINA DIABÉTICO:

 <p>Fundação Municipal de Saúde Pública de Paulo Frontin</p>			
EXAMES DE ROTINA - DIABÉTICO			
Nome:			
1.	Hemoglobina glicada	8.	
2.	Hemograma	9.	
3.	Colesterol LDL	10.	
4.	Colesterol HDL	11.	
5.	Trigliceridos	12.	
6.	Parcial de urina	13.	
7.	Creatinina	14.	
Data:			
		_____ Médico/CRM	



SECRETARIA DE
SAÚDE
— PAULO FRONTIN - PR



Fundação Municipal de Saúde Pública de Paulo Frontin

REQUISIÇÃO DE EXAME

Nome:

ECG

Data:


Médico/CRM

+ Fundoscopia (encaminhamento ao oftalmologista).




SECRETARIA DE
SAÚDE
PAULO FRONTIN - PR

ANEXO 4 – EXAMES DE ROTINA HIPERTENSO E DIABÉTICO:

	Fundação Municipal de Saúde Pública de Paulo Frontin		
EXAMES DE ROTINA - HIPERTENSO E DIABÉTICO			
Nome:			
1.	Potássio	8.	Creatinina
2.	Glicemia de jejum	9.	Ácido urico
3.	Colesterol LDL	10.	Hemoglobina glicada
4.	Colesterol HDL	11.	
5.	Trigliceridos	12.	
6.	Parcial de urina	13.	
7.	Hemograma	14.	
Data:			
	_____ Médico/CRM		



		Fundação Municipal de Saúde Pública de Paulo Frontin
REQUISIÇÃO DE EXAME		
Nome:		
ECG		
Data:		
	Médico/CRM	

+ Fundoscopia (encaminhamento ao oftalmologista).

DATA DE APROVAÇÃO / REVISÃO:	25 de Julho de 2022
ELABORADO POR:	Gabriela Benassi Carlotto
REVISADO POR:	Simone Estácio de Paulo Nierotka
APROVADO POR:	Bruna Cristina Markevicz

DATA REVISÃO:	11 de Julho de 2023
REVISADO POR:	Gabriela Benassi

DATA REVISÃO:	11 de Julho de 2024
REVISADO POR:	Simone Estácio de Paulo Nierotka

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAULO FRONTIN – CMS
Rua Rui Barbosa, 219 - Fone: (42)35431123
CEP: 84.635-000 Paulo Frontin - PR

RESOLUÇÃO Nº 08/2023, de 28 de Julho de 2023, Do Conselho Municipal de Saúde do Município de Paulo Frontin – PR.

O Conselho Municipal de Saúde de Paulo Frontin-PR, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, Lei Federal nº 8.142, de 28/12/90 e pela Lei Municipal nº 189/1991 de 06/12/91 e Lei Municipal nº 636/2007 de 19/04/2007.

Resolve:

Art. 1º Aprovar Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde nº01.2023 – Protocolo de acompanhamento para pacientes em central de regulação de leitos para internamento em saúde mental;

Art. 2º Aprovar Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde nº02.2023 – Protocolo de solicitação e agendamento de exames laboratoriais, dos programas de atenção primária e pré-operatórios conforme prioridade;

Art. 3º Aprovar Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde nº03.2023 – Protocolo Municipal de Enfermagem de Paulo Frontin.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Paulo Frontin, 28 de Julho de 2023.

Tereza Cristina Martins
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Homologo a Resolução nº 08/2023, nos termos do § 2º, art. 1º, da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Bruna Cristina Markevicz
Secretária Municipal de Saúde