

## PROTOCOLO SMS Nº 004/2023

### PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES AS ESPECIALIDADES MÉDICAS E EXAMES NECESSÁRIOS AO ENCAMINHAMENTO

**OBJETIVO:** Tem como objetivo estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contra referência) entre as equipes de Atenção Básica e Especializada. Avaliar adequadamente se o paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado e, se há prioridade de acesso.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

#### ENDOCRINOLOGIA

**Para a Endocrinologia os motivos mais comuns de encaminhamento, são:**

- Diabetes Mellitus - Para o Tipo 1, devem ter preferência.
- Hipertireoidismo – Todos devem ser encaminhados preferencialmente.
- Hipotireoidismo
- Nódulo de Tireoide
- Bócio Multinodular
- Obesidade

#### DIABETES MELLITUS

- Paciente em uso de insulina em dose otimizada (mais de uma unidade por quilograma de peso);



- Mau controle glicêmico e metabólico, histórico de hipoglicemia frequente;
- Dislipidemia não controlada, em doses já otimizadas:
- Doença renal crônica (taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml /min/1,73m<sup>2</sup> (estágio 4 e 5);
- Presença de Proteinúria (macroalbuminúria) ou Microalbuminúria;
- Paciente com DM tipo 1 (uso de insulina antes dos 40 anos);
- Diabetes Gestacional – DMG.

**Encaminhar paciente com:** resultado de exame de hemoglobina glicada; resultado de exame de creatinina sérica; glicemias de jejum e pós prandial; exame parcial de urina; insulina(s) em uso (sim ou não), com dose e posologia; outras medicações em uso, com dose e posologia.

## HIPERTIREOIDISMO

- Todos os pacientes, principalmente nos quadros tireotóxicos com riscos de arritmia cardíaca.

**Encaminhar paciente com:** sinais e sintomas observados no paciente; resultado de exame TSH; resultado de exame T4 livre ou T4 total; se em uso de metimazol ou propiltiouracil, descrever dose e posologia; outras medicações em uso, com posologia e dose.

## HIPOTIREOIDISMO

- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo);
- Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, quando já avaliada adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração de metabolismo/absorção de T4;
- Hipotireoidismo em gestantes

**Encaminhar paciente com:** sinais e sintomas; resultado de exame TSH, com data; resultado de exame T4 livre ou T4 total, com data; uso de levotiroxina (sim ou não), com dose; outras medicações em uso, com posologia e dose.

## NÓDULO DE TIREÓIDE

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente);
- Suspeita de malignidade;
- História familiar ou pessoal;
- Fatores de risco para Câncer;
- Nódulos com indicação de PAAF:
  - Nódulo sólido > 1 cm.
  - Nódulo sólido > 0,5 cm em paciente de alto risco de malignidade.
  - Nódulo sólido-cístico > 1,5 cm
  - Nódulo espongiiforme > 2 cm
  - Nódulo > 0,5 cm com características ecográficas suspeitas a partir de TI-RADS 3 e com linfonodo cervical aumentado.

**Encaminhar paciente com:** sinais e sintomas; resultado de exame TSH, com data; resultado de ecografia de tireoide, com descrição do tamanho e característica do(s) nódulo(s), com data.

## BÓCIO MULTINODULAR

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente);
- Nódulo com indicação de PAAF, conforme descrito acima;
- Sintomas compressivos ou suspeita de malignidade atribuíveis ao bócio.



## OBESIDADE

- Pacientes com suspeita de obesidade secundária (provocada por problema endocrinológico).

**Encaminhar paciente com:** sinais e sintomas; IMC; Breve descrição do tratamento clínico longitudinal (realizado por, no mínimo, dois anos<sup>2</sup>) para pacientes encaminhados para cirurgia bariátrica; Risco cardiovascular 3 (em %), ou doença cardiovascular (sim/não). Se sim, informar qual doença cardiovascular; Diabetes mellitus de difícil controle (sim/não). Se sim, informar medicações em uso, com dose; Hipertensão arterial de difícil controle (sim/não). Se sim, informar medicações em uso, com dose; Apneia do sono (sim/não). Se sim, informar como foi o diagnóstico; Doenças articulares degenerativas (sim/não). Se sim, informar.

## CIRURGIA BARIATRICA

Para a cirurgia bariátrica os motivos mais comuns de encaminhamento, são:

- IMC maior que 40;
- IMC maior que 35 com comorbidades (risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos, doença cardiovascular, hipertensão arterial de difícil controle, diabetes mellitus de difícil controle, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (apneia do sono), doença articular degenerativa).

**Encaminhar paciente com:** sinais e sintomas; IMC; Breve descrição do tratamento clínico longitudinal (realizado por, no mínimo, dois anos<sup>2</sup>) para pacientes encaminhados para cirurgia bariátrica; Risco cardiovascular<sup>3</sup> (em %), ou doença cardiovascular (sim/não). Se sim, informar qual doença cardiovascular; Diabetes mellitus de difícil controle (sim/não). Se sim, informar medicações em uso, com dose; Hipertensão arterial de difícil controle (sim/não). Se sim, informar medicações em uso, com dose; Apneia do sono (sim/não). Se sim, informar como foi o diagnóstico; Doenças articulares degenerativas (sim/não).

## PNEUMOLOGISTA

**Para a pneumologista os motivos mais comuns de encaminhamento, são:**

- Asma Brônquica
- Doença pulmonar Obstrutiva Crônica
- Pneumoconioses

**Encaminhar paciente com:**

- Dados relevantes da história clínica;
- Medicamentos de uso contínuo;
- Exames alterados;
- Comorbidades;
- Tratamento prévio.

**Prioridades de encaminhamento a Pneumologia:**

- Refrataria ao uso de medicamentos de forma otimizada;
- Uso de oxigenioterapia domiciliar;
- Suspeitar de patologias pulmonares associadas (Bronquiectasia, Seqüestro Pulmonar, Mucoviscidose);
- Suspeitar de Cardiopatia com Hiperfluxo Pulmonar.

**Exames subsidiários prévios:**

- Raio X de Tórax;
- Espirometria;
- Hemograma;
- Eletrocardiograma.



## CARDIOLOGISTA

**Para a cardiologista os motivos mais comuns de encaminhamento, são:**

- Arritmias Cardíacas
- Pós-IAM ou Pós- AVC
- HAS não controlada ou uso de 3 ou mais anti-hipertensivos
- Miocardiopatias
- Precordialgias

### ARRITMIAS CARDÍACAS

**Encaminhar paciente com:**

- Dados relevantes da história clínica;
- Dados discriminadores do exame físico;
- Arritmias com repercussão hemodinâmica;
- Fibrilação atrial crônica com resposta ventricular de difícil controle;
- Bloqueio atrioventricular (BAV) de grau II.

**Exames subsidiários prévios:**

- Eletrocardiograma;
- Raio X de tórax.

**Prioridades de encaminhamento à cardiologia:**

- BAV grau II sintomático e BAV grau III;
- Bloqueio bi e tri fascicular.

**Encaminhar ao serviço de urgência hospitalar:**

- Fibrilação atrial recente com risco de embolia;
- Instabilidade hemodinâmica.



## APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO OU ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

### Encaminhar paciente com:

- Dados relevantes da história clínica;
- Dados discriminadores do exame físico;
- Comprometimento das atividades de vida diária;
- **Parecer da fisioterapeuta;**
- Medicamentos de uso contínuo;
- Exames alterados;
- Comorbidades;
- Tratamento prévio.

### Prioridades de encaminhamento à cardiologia:

- Paciente com persistência de sintomas (angina estável);
- Paciente com ICC;
- Paciente sem controle de comorbidades, polifarmácia.

### Encaminhar ao serviço de urgência hospitalar:

- Suspeita de novo IAM ou AVC;
- Instabilidade hemodinâmica.

## HIPERTENSÃO ARTERIAL

### Encaminhar paciente com:

- Dados relevantes da história clínica;
- Dados discriminadores do exame físico;
- Presença de lesão em órgão- alvo;
- Presença de hipertensão refrataria (mais que 3 fármacos para controle);
- Escore de Framingham > 20% (alto risco).

### **Exames subsidiários prévios:**

- Glicemia de jejum;
- Lipidograma;
- Urina I ou Proteinúria > 0,5g/24horas;
- Potássio sérico;
- Creatinina sérica ou Creatinina sérica com cálculo do clearance < ou = 60 ml/min;
- Eletrocardiograma;
- Raio X de tórax.

### **Prioridades de encaminhamento à cardiologia:**

- Idade abaixo de 40 anos;
- Soropositivos para HIV;
- Dislipidemia familiar;
- Suspeita de insuficiência renal;
- Lesões ou sintomas vasculares das extremidades (p.ex. AOP);
- USG de abdome total solicitado se suspeita de Aneurisma de Aorta Abdominal;
- Complicações oculares.

\*\*\* Pacientes classificados no risco cardiovascular como Muito Alto Risco e Alto Risco podem ser encaminhados para acompanhamento na Rede Cisvali de Hipertensão para acompanhamento.

## **PRECORDIALGIAS - ANGINAS**

### **Encaminhar paciente com:**

- Dados relevantes da história clínica;
- Dados discriminadores do exame físico;
- Anginas estáveis;



- Suspeita de pericardite constrictiva;
- Medicamentos de uso contínuo;
- Exames alterados;
- Comorbidades;
- História clínica e exame físico;
- Tratamento prévio.

**Exames subsidiários prévios:**

- Eletrocardiograma;
- Raio X de tórax.

**Encaminhar ao serviço de urgência hospitalar:**

- Suspeita de Angina instável;
- Sinais e Sintomas de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).



## NEUROLOGISTA

**Para a neurologista os motivos mais comuns de encaminhamento, são:**

- Cefaleia
- Pós AVC
- Síndromes Epilépticas
- Quadros demenciais
- Tremores

### CEFALÉIA

**Encaminhar paciente com:**

- Dados relevantes da história clínica;
- Dados discriminadores do exame físico;
- Excluir doenças sistêmicas.

**Prioridades de encaminhamento à neurologia:**

- Suspeita de tumor;
- Enxaqueca com comprometimento significativo das atividades de vida diária;
- Suspeita de cefaleia em salvas;
- Suspeita de neuralgia trigeminal;
- Suspeita de malformação arteriovenosa;
- Cefaleia em região frontal, ocorrendo geralmente após esforços visuais;
- Paciente febril que apresente rigidez de nuca;
- Suspeita de lesão expansiva intracraniana de causa vascular;
- Presença de sinais neurológicos focais;
- Alterações do estado mental cronicamente.

**Exames subsidiários prévios:**

- Exames laboratoriais básicos;
- Tomografia de crânio.



**Encaminhar ao serviço de urgência hospitalar:**

- Alterações do estado mental agudamente;
- Cefaleia de forte intensidade e início abrupto;
- Suspeita de meningoencefalite;
- TCE.

## **SEQÜELA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

**Encaminhar paciente com:**

- Dados relevantes da história clínica;
- Dados discriminadores do exame físico;
- Comprometimento das atividades de vida diária;
- Parecer da Fisioterapeuta;
- Medicamentos de uso contínuo;
- Exames alterados;
- Comorbidades;
- Tratamento prévio.

**Encaminhar ao serviço de urgência hospitalar:**

- Suspeita de novo AVC agudamente.

## **SÍNDROMES EPILÉPTICAS**

**Encaminhar paciente com:**

- Dados relevantes da história clínica
- Dados discriminadores do exame físico
- Descartar causas Infecciosas



**Exames subsidiários prévios:**

- Eletroencefalograma solicitado;
- Exames realizados anteriormente.

**Prioridade de encaminhamento em Síndromes Epiléticas:**

- Suspeita de tumor;
- Crises frequentes.

**Encaminhar ao serviço de urgência hospitalar:**

- Pacientes em crise convulsiva sem diagnóstico prévio, após serem realizados os primeiros cuidados na UBS;
- Pacientes em "estado de mal epilético";
- Pacientes em crises reentrantes.

## **QUADROS DE DEMENCIAS**

**Paciente com sintomas de quadro demenciais, excluídas as causas reversíveis (infecções, medicamentos, alterações metabólicas).**

- Doença de Alzheimer
- Doença Vascular
- Doença de Parkinson tardio
- Doença de Corpus de Levi
- Suspeita de doenças neurodegenerativas diversas

**Encaminhar paciente com:**

- Medicamentos de uso contínuo;
- Exames alterados;
- Comorbidades;
- História clínica e exame físico;
- Tratamento prévio.



## TREMORES

### **Pacientes com sintomas de tremores, excluídas causas medicamentosas.**

- Síndromes de parkinsonianas
- Tremor essencial refratário

### **Encaminhar paciente com:**

- Medicamentos de uso contínuo;
- Exames alterados;
- Comorbidades;
- História clínica e exame físico;
- Tratamento prévio.



## UROLOGISTA

**Para a urologista os motivos mais comuns de encaminhamento, são:**

- Litíase renal
- Prostatismo

### LITÍASE RENAL

**Encaminhar paciente com:**

- Dados relevantes da história clínica;
- Dados discriminadores do exame físico;
- Cálculos maiores que 06 mm;
- Formação frequente de cálculos;
- Cólicas nefríticas persistentes e recidivante;
- Presença de Hidronefrose.

**Exames subsidiários prévios:**

- USG do aparelho urinário;
- Urina I;
- Urocultura;
- RX simples de abdomen.

**Prioridade de encaminhamento em Litíase Renal:**

- Obstrução de vias urinárias;
- Cólica nefrética aguda refrataria a analgésicos;
- Pielonefrite.



## PROSTATISMO

### Encaminhar paciente com:

- Dados relevantes da história clínica (sintomas de obstrução urinária);
- Dados discriminadores do exame físico (exame digital prostático anual de rotina em pacientes acima de 50 anos);
- Excluir infecção do trato urinário;
- Suspeita de Hiperplasia Prostática Benigna com ausência de melhora com o tratamento ou piora da sintomatologia (especificar tratamento realizado);
- Vesicolitíases.

### Exames subsidiários prévios:

- Urina I;
- Urocultura;
- PSA total para paciente acima de 50 anos ou com nódulo prostático palpável.

### Prioridade de encaminhamento em Prostatismos:

- Retenção urinária aguda;
- Hematúria macroscópica;
- Suspeita de câncer de próstata.



## ORTOPEDISTA

**Para a urologista os motivos mais comuns de encaminhamento, são:**

- Dorsalgia
- Dores articulares
- Dores no joelho
- Cistos sinoviais

### **DOR(es) NA COLUNA VERTEBRAL**

**Encaminhar paciente com:**

- Dados relevantes da história clínica;
- Dados discriminadores do exame físico;
- Ausência de melhora com o tratamento clínico.

**Exames subsidiários prévios:**

- Raio-x da área afetada;
- Hemograma nos casos de suspeita de causa infecciosa.

**Prioridades de encaminhamento em dor(es) na coluna vertebral:**

- Fator de risco para infecção raquidiana;
- Sinais de alerta com duração maior que 2 semanas na primeira consulta;
- Hérnia de disco comprovada por Tomografia Computadorizada.

### **DOR(es) ARTICULAR(es)**

**Encaminhar paciente com:**

- Dados relevantes da história clínica;
- Dados discriminadores do exame físico;
- Provável indicação cirúrgica em pacientes sintomáticos com tratamento clínico ineficaz após 6 meses (especificar tratamento realizado).



**Exames subsidiários prévios:**

- RX (PA e perfil) do local afetado e contralateral s/n;
- USG do local afetado (casos de suspeita de tendinopatia);
- Hemograma, VHS, PCR, fator reumatóide;
- Dosagem de ácido úrico.

**Prioridades de encaminhamento em dor(es) articular(es):**

- Dor de início recente, forma abrupta;
- Dores refrataria e incapacitantes;
- Suspeita de osteomielite crônica.

**Encaminhar ao serviço de urgência hospitalar:**

- Osteomielite aguda;
- Fraturas expostas;
- Fraturas instáveis;
- Sensação de dor isolada na patela;
- Sensação de dor na cabeça da fíbula;
- Impossibilidade de flexão de 90°.

**DOR(es) NO(s) JOELHO(s)**

**Encaminhar paciente com:**

- Dados relevantes da história clínica;
- Dados discriminadores do exame físico;
- Ausência de melhora com o tratamento após 6 meses (especificar tratamento realizado);
- Provável indicação cirúrgica (ex.: meniscopatia) em pacientes sintomáticos.

**Exames subsidiários prévios:**

- RX em duas incidências;
- USG nos casos de suspeita de tendinopatia;
- Hemograma, VHS, PCR, fator reumatóide (descartando quadros reumáticos);
- Hemograma se suspeita de causa infecciosa.

**Prioridades de encaminhamento em dor(es) no(s) joelho(s):**

- Dor de início recente, forma abrupta;
- Dores refrataria e incapacitantes;
- Suspeita de osteomielite crônica.

**Encaminhar ao serviço de urgência hospitalar:**

- Osteomielite aguda;
- Fraturas expostas;
- Fraturas instáveis;
- Sensação de dor isolada na patela;
- Sensação de dor na cabeça da fíbula;
- Impossibilidade de flexão de 90°.

## **CISTOS SINOVIAIS**

**Encaminhar paciente com:**

- Dados relevantes da história clínica;
- Dados discriminadores do exame físico;
- Crescimento rápido;
- Dor em região.

**Exames subsidiários prévios:**

- Imagem que mostra cisto sinovial.

## REUMATOLOGISTA

**Para a reumatologista os motivos mais comuns de encaminhamento, são:**

- Artrites autoimunes
- Artroses
- Fibromialgia

**Encaminhar paciente com:**

- Dados relevantes da história clínica;
- Dados discriminadores do exame físico;
- Provável etiologia inflamatória e tratamento clínico ineficaz após 2 meses (especificar tratamento realizado);
- Artrose suspeita ou comprovada após 6 meses de tratamento ineficaz (especificar tratamento realizado);
- Tendinopatia crônica após 2 a 3 meses de tratamento ineficaz (especificar tratamento realizado);
- Doença da patela após 2 a 3 meses de tratamento ineficaz (especificar tratamento realizado);
- Suspeita de artrites após 2 meses de tratamento ineficaz.

**Exames subsidiários prévios:**

- RX (PA e perfil) do local afetado e contralateral s/n;
- Hemograma, VHS, PCR, fator reumatóide (suspeita de quadros reumáticos);
- Dosagem de ácido úrico (descartando Gota).

**Encaminhar ao serviço de urgência hospitalar:**

- Presença de sinais flogísticos ou edema articulares com necessidade de punção articular devido restrição de movimentos.

## CIRURGIA VASCULAR

**Para a cirurgia vascular os motivos mais comuns de encaminhamento, são:**

- Estenoses arteriais críticas
- Insuficiências Venosas Periféricas
- Aneurismas

**Encaminhar paciente com:**

- Medicamentos de uso contínuo;
- Exames alterados que documentem lesão;
- Comorbidades;
- História clínica e exame físico;
- Tratamento prévio.

**Prioridades de encaminhamento em cirurgia vascular:**

- Presença de ulcera de difícil cicatrização, múltiplas, bilateral;
- Presença de alteração em fâneros, sensibilidade e motricidade.

**Encaminhar ao serviço de urgência hospitalar:**

- suspeita de DAOP crítica;
- Suspeita de oclusão arterial aguda;
- Suspeita de TVP aguda;
- Suspeita de aneurisma roto.

## CIRURGIA GERAL

**Para a cirurgia geral os motivos mais comuns de encaminhamento, são:**

- Nodulações subcutâneas
- Colelitíase
- Hérnias

**Encaminhar paciente com:**

- Medicamentos de uso contínuo;
- Exames alterados;
- Comorbidades;
- História clínica e exame físico;
- Tratamento prévio.

**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 tórax AP e P, USG de abdome total.

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

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

Prioridades:

- Vários episódios de colecistite
- Pancreatite previa por colelitíase
- Hernia femoral
- Hernia com episódios frequentes de dor e incapacidade funcional



Urgência:

- Suspeita de hernia estrangulada (dor refrataria, sinais flogisticos ou necrose, obstrução intestinal aguda)
- Suspeita de colangite aguda
- Suspeita de colecistite aguda
- Suspeita de pancreatite aguda complicado por litíase

|              |
|--------------|
| NEFROLOGISTA |
|--------------|

Para a nefrologista os motivos mais comuns de encaminhamento, são:

- Doença renal crônica
- Mal formações renais
- Múltiplos cistos

Encaminhar com:

- Medicamentos de uso continuo
- Exames alterados
- Comorbidades
- História clínica e exame físico
- Tratamento prévio

Exames necessários:

- Função renal (creatinina, ureia)
- Ultrassom de vias urinarias

Prioridade:



- Perda rápida de função renal
- Paciente de etiologia a esclarecer (nega DM ou HAS)

Urgência:

- Anúria
- Indicação de diálise de emergência (hipervolemia, hipercalemia, intoxicação exógena, acidose refratária, uremia).

|                                |
|--------------------------------|
| <b>GINECOLOGISTA CIRURGICA</b> |
|--------------------------------|

Para a ginecologista os motivos mais comuns de encaminhamento, são:

- Miomas grandes ou múltiplos, refratária a medicamento
- Adeniose, refratária a medicamento
- Endometriose, refratária a medicamento
- Cistos em ovário grandes, sintomáticos ou suspeitos
- Laqueadura
- Incontinência urinária
- Prolapso uterino

Encaminhar com:

- Medicamentos de uso contínuo
- Exames alterados
- Comorbidades
- História clínica e exame físico
- Tratamento prévio

Prioridades:

- Sangramento vaginal refrataria a medicamentos ou presença de anemia
- Dismenorreia importante, acíclica
- Grandes prolapsos
- Suspeita de infecção

Urgência:

- Hemorragia vaginal refrataria a medicadas farmacológicas
- Instabilidade hemodinamica

Exames para encaminhamento:

- Hemograma, coagulograma, ureia, creatinina, glicemia de jejum, EAS, ECG, radiografia de tórax AP e P, USG TV (se patologia de útero/ovários), preventivo (se patologia de colo/vagina).
- Se incontinência urinária ou prolapso genital – ESTUDO URODINÂMICO
- Se laqueadura – trazer protocolo de laqueadura do município

|                       |
|-----------------------|
| GINECOLOGISTA CLÍNICA |
|-----------------------|

Para a ginecologista os motivos mais comuns de encaminhamento, são:

- Miomas pequenos refrataria a medicamento, não candidata a cirurgia ou desejo gestacional
- Adenomiose refrataria a medicamento, não candidata a cirurgia ou desejo gestacional
- Endometriose refrataria a medicamento, não candidata a cirurgia ou desejo gestacional
- Cistos em ovário para acompanhamento
- Infertilidade a esclarecer e tratar
- Corrimentos refratários
- Doença inflamatória pélvica



- Colocar DIU

Prioridades:

- Sangramento vaginal refrataria a medicamentos ou presença de anemia
- Dismenorreia importante, acíclica

Encaminhar com:

- Medicamentos de uso contínuo
- Exames alterados
- Comorbidades
- História clínica e exame físico
- Tratamento prévio

Exames necessários:

- Preventivo (25-64 anos)
- MM (50-69 anos)
- Hemograma, coagulograma, ureia, creatinina, glicemia de jejum, EAS, ECG, radiografia de tórax AP e P, USG TV (se patologia de útero/ovários)

|             |
|-------------|
| COLPOSCOPIA |
|-------------|

Para a colposcopia os motivos mais comuns de encaminhamento, são preventivo alterado, como em quadro:



| 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.

Encaminhar com:

- Medicamentos de uso contínuo
- Exames alterados
- Comorbidades
- História clínica e exame físico
- Laudo de preventivo
- Tratamento prévios

Prioridades:

- Suspeita de neoplasia
- Grandes lesões a olho nu, sangrantes, com infecção ou dor

PSIQUIATRA

Para a psiquiatra os motivos mais comuns de encaminhamento, são:



- Transtorno bipolar
- Ansiedade
- Depressão
- Transtorno de personalidade
- Esquizofrenia

Encaminhar com:

- Medicamentos de uso contínuo
- Exames alterados
- Comorbidades
- História clínica e exame físico
- Tratamento prévio

Prioridade:

- Pacientes polifarmácia
- Depressão refratária com ideação suicida
- Pacientes sem tratamento ou resistentes
- Pacientes com transtornos mentais

Urgência:

- Tentativa de suicídio
- Surto psicótico

OFTALMOLOGISTA

Para a oftalmologista os motivos mais comuns de encaminhamento, são:

- Alteração na acuidade visual



- Catarata
- Pterígio

Encaminhar com:

- Medicamentos de uso contínuo
- Exames alterados
- Comorbidades
- História clínica e exame físico
- Tratamento prévio

Prioridade:

- Paciente com apenas um olho saudável
- Crianças em idade escolar com prejuízo no aprendizado
- Corpo estranho no olho
- Perda de visão rapidamente e de forma progressiva

Urgência:

- Conjuntivites
- Sangramento ocular
- Perda de visão de forma aguda
- Trauma em olho

OTORRINOLARINGOLOGISTA

Para a otorrinolaringologista os motivos mais comuns de encaminhamento, são:

- Hipertrofia de amígdalas e adenoide
- Alteração na membrana timpânica, no canal auditivo (perfuração, otite crônica)



- Alteração auditiva
- Rinite refrataria
- Epistaxe recorrente
- Pólipo nasal
- Desvio de septo/fratura nasal

Encaminhar com:

- Medicamentos de uso contínuo
- Exames alterados
- Comorbidades
- História clínica e exame físico
- Tratamento prévio

#### HIPERTROFIA DE AMIGDALAS/ADENOIDE

Exame necessário:

- Radiografia de Cavun

#### ALTERAÇÃO AUDITIVA OU ALTERAÇÃO EM CANAL AUDITIVA

- Paciente com alteração na auditiva que necessitem de aparelho auditivo
- Paciente com perfuração de membrana timpânica
- Paciente com otite de repetição ou refrataria ao tratamento medicamentoso

Exame necessário:

- Audiometria

#### RINITE REFRATARIA/ EPISTAXE RECORRENTE



- Exame ou descrição da alteração observada
- Medicamentos já utilizados

#### POLIPO NASAL/DESVIO DE SEPTO/FRATURA NASAL

- Exame ou descrição da alteração observada

Urgência:

- Epistaxe aguda
- Suspeita de fratura / trauma
- Otite aguda/ otorreia/ suspeita corpo estranho

|                |
|----------------|
| INFECTOLOGISTA |
|----------------|

Para a infectologista os motivos mais comuns de encaminhamento, são:

- HIV
- Hepatites virais

\*\* Pacientes com o diagnóstico através dos testes rápidos ou exame sanguíneo positivo são encaminhados para acompanhamento.

Encaminhar com:

- Medicamentos de uso contínuo
- Exames alterados
- Comorbidades
- História clínica e exame físico
- Tratamento prévio



## GASTROENTEROLOGISTA

Para a gastroenterologista os motivos mais comuns de encaminhamento, são:

- Gastrite/ esofagite/ ulcera gástrica refrataria a IBP
- Hemorroidas
- Doença Inflamatória Intestinal (Crohn, RCU)

Encaminhar com:

- Medicamentos de uso continuo
- Exames alterados
- Comorbidades
- História clínica e exame físico
- Tratamento prévio

### GASTRITE

- Pacientes com gastrite refrataria ao tratamento com IBP, já encaminhados a nutricionista e já investigados para H. pylori.
- Esofagite com metaplasia intestinal
- Doença de refluxo gastrointestinal sem melhora com medidas dietéticas e terapia medicamentosa
- Presença de múltiplas ulceras gástricas recorrentes

Exame necessário:

- EDA

Urgência:

- Hemorragia Digestiva Alta



- Dor epigástrica refrataria
- Vomitos sem melhora, incapacidade de ingerir liquidos

#### HEMORROIDA

- Pacientes com sangramento retal refratário
- Dor sem melhora a analgésicos
- Presença de fistula

Exame necessário:

- EDA e colonoscopia
- Hemograma, coagulograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, ECG, radiografia de tórax AP e P

#### DOENÇA INFLAMATORIA INTESTINAL

- Suspeita de Retocolite Ulcerativa ou doença de Crohn

Exame necessário:

- EDA e colonoscopia

|          |
|----------|
| PEDIATRA |
|----------|

Para a pediatria os motivos mais comuns de encaminhamento, são:

- Apenas as crianças de alto risco são encaminhadas.

\*\*\* Temos pediatria 2 vezes na semana na UBS



Encaminhar com:

- Medicamentos de uso contínuo
- Exames alterados
- Comorbidades
- História clínica e exame físico
- Tratamento prévio

OBSTETRA

Para a obstetra os motivos mais comuns de encaminhamento, são:

- Apenas as gestantes de alto risco são encaminhadas

\*\*\* Temos um médico que realiza pré-natal de risco habitual e intermediário 2 vezes na semana na UBS

Encaminhar com:

- Medicamentos de uso contínuo
- Exames alterados
- Comorbidades
- História clínica e exame físico
- Tratamento prévio

ONCOLOGISTA

Suspeita de neoplasia em pacientes com exames alterados, fatores de risco, síndrome consumptiva e/ou suspeita clínica.

Encaminhar com:



- Medicamentos em uso
- Comorbidades
- Fatores de risco
- Exames alterados
- História clínica e exame físico
- Tratamento prévio

\*\*\* presença de auditor do Cisvale, tempo de espera para resposta de 7 dias.

|                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| DATA DE APROVAÇÃO /<br>REVISÃO: | <b>11 de Agosto de 2023</b>      |
| ELABORADO POR:                  | Gabriela Benassi Carlotto        |
| REVISADO POR:                   | Simone Estácio de Paulo Nierotka |
| APROVADO POR:                   | Bruna Cristina Markevicz         |

|               |                                  |
|---------------|----------------------------------|
| DATA REVISÃO: | <b>11 de Julho de 2024</b>       |
| REVISADO POR: | Simone Estácio de Paulo Nierotka |

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

**RESOLUÇÃO Nº 09/2023, de 16 de Agosto 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 nº04.2023 – Protocolo de Encaminhamento de Pacientes as Especialidades Médicas e Exames Necessários ao Encaminhamento;

Art. 2º Aprovar Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde nº05.2023 - Protocolo para Indicação e Inserção do Implante Subcutâneo Liberador de Etonogestrel - Implanon.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Paulo Frontin, 16 de agosto de 2023.

**Tereza Cristina Martins**

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Homologo a Resolução nº 09/2023, 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