



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Recursos em Saúde

Caderno 1. Consultas nas especialidades

Coordenadoria de Regiões de Saúde

GRUPO DE REGULAÇÃO SES/SP

2ª Versão – agosto/2024





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Tarcísio de Freitas

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Eleuses Paiva

SECRETARIA EXECUTIVA

Priscilla Perdicaris

COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE

Glalco Cyriaco

GRUPO DE REGULAÇÃO

Raquel Zaicaner

EQUIPE

Anariel Moraes a Silva Saraiva
Aurea Maria Izabel Clemente
Camila Mastromauro
Daisy Satiko Afuso
Dimer Jorge Roston
Eduardo Dias
Erika Cisi Domingues
Graciano Jose da Silva
Liliane Lima Dos Santos Nascimento
Marcia Aparecida Capobianco
Maria Alice da Nobrega
Maria Elisa Ferreira Godinho
Maria de Lourdes V. Oliveira
Marconi Alves Conserva
Roseli Dias
Sheila Kosman
Silvana Frazatto
Simone Soares
Tácio André da Silva Carvalho

Elaboração - Apoio Técnico

Daniela Dias Chead
Roger Nahoum
Erika Cisi Domingues

AUTORIZAMOS A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Colaboradores

Gastroenterologia

- Dr. Rafael Gonzaga Nahoum

Endocrinologia

- Dra. Carolina Sallorenzo
- Dra. Mônica Andrade Lima Gabbay

Dermatologia

- Dr. Erick Dancuart Omar

Nefrologia

- Dr. Farid Samaan

Ortopedia

- Dr. Tácio André da Silva Carvalho

Otorrinolaringologia

- Dr. Erika Cisi Domingues
- Dr. Fabrício Ricci Romano

Pneumologia

- Dr. Leonardo Vasconcelos

Reumatologia

- Dr. André Silva Franco

Urologia

- Dr. Fábio Ortega

Revisão

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

- Dra. Amanda Montal
- Dra. Olga Laura Sena Alameida



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Prefácio

Caros leitores,

O acesso à saúde é um direito previsto na Constituição Federal. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) assume um papel central nesse contexto. No entanto, a garantia do acesso universal e de qualidade à saúde ainda é um desafio. E a Regulação do Acesso é política essencial para superar parte dos obstáculos existentes.

A Regulação deve se basear nos princípios da equidade, da eficiência e da efetividade. E a Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS/SES SP) em conjunto com o Grupo de Regulação (GR-CRS/SES SP) buscam com este protocolo o alcance de tais princípios.

Esperamos que este protocolo seja utilizado como apoio nos cuidados em saúde, produzindo continuidade e integração de ações na rede assistencial. E funcione como instrumento para a tomada de decisões das equipes, ordenando o acesso qualificado, otimizando a atenção especializada e a interação entre os diferentes pontos de atenção da rede.

Glalco Cyriaco
Coordenador



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Apresentação

O Estado de São Paulo entende a Regulação como importante ferramenta de gestão do sistema de saúde público, que tem entre seus objetivos a equidade do acesso, sendo implementada por meio de ações dinâmicas, e executadas pela Secretaria de Estado da Saúde - SES/SP, através do seu Complexo Regulador Estadual, sob a direção técnica do Grupo de Regulação da Coordenadoria de Regiões de Saúde.

A coordenação das ações do Grupo de Regulação objetiva aperfeiçoar e organizar a relação entre a oferta e a demanda e qualificar o acesso da população aos serviços de saúde, de forma que este se dê o mais próximo do seu local de moradia, em menor tempo e com o recurso mais adequado.

*Os **Protocolos de Regulação do Acesso** são diretrizes que propõem a utilização, de forma adequada e racional, das tecnologias de apoio, diagnóstico e terapias especializadas. Os Protocolos de Regulação da Assistência são implantados e implementados, de modo a possibilitar o ingresso da população aos serviços de saúde e regular as necessidades conforme o nível de assistência exigido, a fim de que o resultado alcançado seja adequado, organizado e efetivo.*

A construção dos protocolos de acesso se apresenta como uma ação estratégica, incentivada pela gestão da Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS), com elaboração pelo Grupo de Regulação. O conteúdo aqui apresentado é a materialização do esforço do trabalho em equipe, técnicos, assessores, diretores e coordenador, para melhor organização da rede de assistência, consolidando o compromisso de todos com as boas práticas em gestão.

Entendemos que, apesar de estar sedimentado na profunda expertise de nossos gestores, técnicos e reguladores, os protocolos apresentados deverão ser revisados periodicamente, de acordo com a evolução da Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como diante de desafios que demandem novas ações, levando em consideração a capacidade de oferta dos serviços, as mudanças na legislação, as incorporações de novas tecnologias, avaliação dos dados do sistema de informação e atualização técnico-científica.



Lista de Abreviaturas

- PSA** – Antígeno Específico da Próstata
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- BCRD** – Bloqueio do ramo direito
- BCRE** – Bloqueio do ramo esquerdo
- BPM** – Batimentos por minuto
- BSA** – Body Surface Area
- CAT** – COPD Assessment Test™
- CROSS** – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
- DM** – Diabetes Mellitus
- DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- DRGE** – Doenças do Refluxo Gastroesofágico
- HBAE** – Hemibloqueio anterior esquerdo
- HBPE** – Hemibloqueio posterior esquerdo
- HDA** – Hemorragia Digestiva Alta
- HBP** – Hiperplasia Prostática Benigna
- IMC** – Índice de Massa Corpórea
- IRC** – Insuficiência Renal Crônica
- ITU** – Infecção do Trato Urinário
- mMRC** – Medical Research Council modificada
- NYHA** – New York Heart Association
- PQT** – Poliquimioterapia
- STM** – Sistema de Triagem Manchester – STM
- SAHOS** – Síndrome da apneia e Hipopneia Obstrutiva do sono
- TFG** – Taxa de Filtração Glomerular
- TC** – Tomografia Computadorizada
- TSH** – Hormônio Tireoestimulante



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Sumário

Introdução_____	7
Classificação de Prioridade Ambulatorial_____	8
Consulta com Cardiologia_____	11
Consulta com Dermatologia_____	16
Consulta com Endocrinologia_____	28
Consulta com Gastroenterologia_____	35
Consulta com Nefrologia_____	42
Consulta com Ortopedia_____	50
Consulta com Otorrinolaringologia_____	62
Consulta com Pneumologia_____	74
Consulta com Reumatologia_____	84
Consulta com Urologia_____	105

***Nota informativa: Índice dos recursos**

* Os recursos elencados no índice referem-se aos protocolos já disponíveis, revisados junto aos profissionais das áreas e instituições de ensino. À medida que outras especialidades e recursos diagnósticos e terapêuticos tiverem seus protocolos de acesso concluídos, serão acrescentados a esse caderno.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Introdução

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecida em 2008, na portaria nº1559, pela necessidade de consolidação de mecanismos que garantam o funcionamento dos princípios do SUS instituídos no capítulo II, artigo 7º da lei 8080/90, principalmente os de integração, regionalização e hierarquização. (BRASIL, 2008).

Nas diferentes conformações da regulação do acesso aos serviços de saúde, sejam estes ambulatorial, de urgência, ou de leitos de internação hospitalar, os princípios e diretrizes do SUS, como equidade e transparência, são utilizados para o encaminhamento adequado em tempo oportuno, visando a integralidade do cuidado e as proposituras da regulação do acesso.

A Portaria n.º 393/2020 do Ministério da Saúde, aprova a Resolução GMC Nº 02/2015 "Requisitos de Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência (Revogação da Res. GMC Nº 12/07).", trazendo as seguintes definições:

- ✓ **"Emergência:** Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato."
- ✓ **"Urgência:** Ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata."

A Portaria GM/MS n.º 2048/2002 do Ministério da Saúde propõe, nas unidades de atendimento de emergências e urgências, a implantação do acolhimento com classificação de risco (ACR). Sob esta perspectiva, a Classificação de Risco, ou qualquer outra metodologia aplicada com a lógica do Sistema de **Triagem Manchester** – STM, é considerada um instrumento para melhorar a organização do fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, possibilitando um atendimento resolutivo e humanizado. Porém, esta classificação de risco **não se aplica** aos atendimentos das rotinas ambulatoriais.

O processo de regulação das consultas especializadas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo segue os critérios descritos na Política de Regulação e demais Normas que regem o atendimento equânime descritos na Constituição Federal e Lei 8.080/90.

Deste modo, o presente Protocolo visa definir critérios e perfis para o **acesso AMBULATORIAL qualificado**, direcionando a regulação de consultas ambulatoriais especializadas de forma **ELETIVA**. Os critérios da Regulação Ambulatorial estão baseados na classificação de prioridade que devem ser pertinentes aos motivos de encaminhamentos.

Conceitua-se como **consulta eletiva** o procedimento clínico preconizado para o reestabelecimento da saúde e bem-estar do paciente, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser programado de acordo com a capacidade dos serviços e as necessidades do indivíduo. O encaminhamento para consultas deve ser uma conduta reservada apenas aos pacientes com indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Este protocolo não se destina a atender à regulação de vagas de urgências e emergências. Por este motivo não utiliza como referência a Classificação de Risco ou outra metodologia aplicada com a lógica do Sistema de Triagem Manchester-STM.

COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE

Av. Dr. Arnaldo, 351, 5º andar | CEP 01246-000 | São Paulo, SP



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Para a regulação de casos de urgências e emergências os profissionais devem acessar diretamente o Módulo de Regulação de Urgências do Portal CROSS.

Classificação de Prioridade Ambulatorial

Prioridade de regulação – é definida tendo como parâmetro a história da doença atual. A classificação da Prioridade considera o quadro clínico/condição clínica do paciente, extensão e repercussão do dano, que devem constar no pedido de encaminhamento.

A matriz de prioridades proposta neste protocolo estabelece definições para viabilizar a equidade no acesso baseado em estratificação de risco e redução no tempo de espera para a consulta. Baseia-se no modelo SWALIS – Surgical Waiting List Info System, em português: Sistema Informatizado de Lista de Espera para Cirurgia (Fato et al, 2008) e foi adaptado para atender o fluxo de encaminhamento à consulta com o especialista.

Matriz de Prioridade – Emergência/Urgência

COR	CLASSIFICAÇÃO	DEFINIÇÃO
Vermelho	P1 (prioridade um)	<p>"Emergência: Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato."</p> <p>"Urgência: Ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata."</p>

Matriz de Prioridade – Ambulatorial

COR	CLASSIFICAÇÃO	DEFINIÇÃO
Amarelo	P2 (prioridade dois)	Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a curto prazo
Verde	P3 (prioridade três)	Paciente com prejuízo moderado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a médio prazo
Azul	P4 (prioridade quatro)	Há prejuízo mínimo para as atividades diárias. Pode desenvolver agravos a saúde a longo prazo

Fonte: Fato et al, 2008.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Encaminhamento para serviços de urgência/emergência

- Para casos que houver necessidade de atendimento de urgência pelo especialista tal indicação será sinalizada. Quando não houver a indicação de atendimento pela especialista, considera-se que o encaminhamento pode ser realizado para serviços de urgência/emergência que fazem atendimentos em clínica geral.
- Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas neste protocolo. Entretanto, existem outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Saúde Digital

A Saúde Digital vem mudando a maneira de se organizar e ofertar serviços de saúde em todo o mundo. A Saúde Digital inclui o uso de sistemas de prontuários eletrônicos, telemedicina, telessaúde e plataformas digitais para a gestão de dados em saúde, permitindo a ampliação e o acesso a serviços de saúde qualificados, superando barreiras temporais, sociais, geográficas e a falta de recursos.

A Coordenação de Saúde Digital da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), executa o programa de transformação digital, que integra tecnologia e inovação para a construção de um sistema de saúde mais eficiente e acessível para todos, considerando cinco eixos: iniciativas estruturantes e definições estratégicas; atenção básica; acesso a serviços assistenciais especializados; reestruturação do modelo da oferta de serviços na saúde; e assistência farmacêutica.

O cenário da atenção especializada enfrenta inúmeros desafios, seja pelas lacunas assistenciais devido a amplitude dos territórios no estado, seja pelas dificuldades de acesso. Deste modo, a telemedicina hoje é uma ferramenta regulamentada de atendimento, ampliando o acesso e as oportunidades terapêuticas, fazendo a diferença no desfecho clínico dos pacientes.

No estado há Ambulatórios Médicos de Especialidades – AMEs que incluem na telemedicina consultas nas especialidades com menores ofertas e de maior prevalência. Com esse modelo assistencial, pretende-se reduzir as filas de espera, ter assertividade na realização de exames e agilidade no agendamento de novas consultas.



Referências

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília.


BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2048 de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 68 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Lei nº 1559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília.

BRASIL. Portaria nº 393, de 13 de março de 2020. Aprova a Resolução GMC Nº 02/2015 "Requisitos de Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência (Revogação da Res. GMC Nº 12/07)". Diário Oficial da União. Brasília.

Fato, Marco & Tanfani, Elena & Testi, Angela & Valente, Roberto. (2008). SWALIS: A Web-based System to Manage and Audit Elective Surgery Waiting Lists. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/254407439_SWALIS_A_Web-based_System_to_Manage_and_Audit_Elective_Surgery_Waiting_Lists

 GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO <small> Secretaria da Saúde</small>	GRUPO DE REGULAÇÃO – COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - SES-SP			
	PROTOCOLO REGULAÇÃO DO ACESSO		PROTOCOLO CONSULTAS NA ESPECIALIDADES	CARDIO-001
	Data da versão inicial: 01/05/2022	Versão nº02 Data da Emissão: 01/08/2024	Vigência 2024/2026	Páginas: 5

CARDIOLOGIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Protocolo para Consulta com Cardiologista

Este documento tem a finalidade de subsidiar a equipe da Atenção Básica quanto ao encaminhamento para a especialidade de **cardiologia**, de pacientes com idade acima de 12 (doze) anos, propiciando a oferta adequada e garantindo a equidade no atendimento.

Importante: Sempre avaliar necessidade de encaminhar para serviço de emergência/urgência. Casos com **prioridade um (P1)** deverão ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência já referenciados/pactuados.

Após identificação da hipótese diagnóstica (HD), os casos deverão ser priorizados para agendamento seguindo a sequência **P2 (prioridade dois), P3 (prioridade três) ou P4 (prioridade quatro)**.

Solicitar aos pacientes para levar sempre os exames complementares disponíveis.

HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Cardiologia:

- 1. Cardiopatia isquêmica**
- 2. Insuficiência cardíaca**
- 3. Arritmias**
- 4. Síncope ou perda transitória da consciência**
- 5. Hipertensão arterial sistêmica (resistente ou refratária)**
- 6. Valvopatias**

1. Cardiopatia isquêmica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Cardiopatia isquêmica estabelecida em paciente ainda sintomático, apesar do tratamento clínico otimizado (antiagregante plaquetário, estatina e antianginoso, betabloqueador e/ou antagonista do canal de cálcio e/ou nitrato oral), ou com impossibilidade de uso das medicações por efeito adverso;
- **P2** Cardiopatia isquêmica estabelecida em pacientes com necessidade de estratificação de risco após evento agudo (quando não realizada no serviço de urgência ou emergência) ou em paciente assintomático após tratamento clínico otimizado;
- **P3** Suspeita de cardiopatia isquêmica, se impossibilidade de investigação com exames não invasivos (ergometria, ecocardiografia de estresse, cintilografia miocárdica) ou indicação de cateterismo cardíaco;

2. Insuficiência cardíaca

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Classe funcional (NYHA) III e IV em pacientes já com tratamento clínico otimizado em uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina, betabloqueador e diurético, na ausência de intolerância;
- **P3** Episódio de internação hospitalar devido à insuficiência cardíaca descompensada no último ano;
- **P3** Suspeita de insuficiência cardíaca sem possibilidade de investigação com ecocardiografia.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

3. Arritmias

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Bradicardia sinusal sintomática ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45 bpm (após avaliação em serviço de emergência);
- **P2** Bloqueio bifascicular (bloqueio completo de ramo esquerdo; bloqueio completo de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo ou associado a hemibloqueio posterior esquerdo);
- **P2** Fibrilação atrial com possibilidade de cardioversão (paciente com idade menor que 65 anos e átrio menor que 5 cm);
- **P2** Taquicardia supraventricular sintomática ou recorrente, sem resposta ao tratamento;
- **P2** Outras taquiarritmias ou alterações na condução cardíaca potencialmente graves (considerar sempre necessidade de encaminhar para serviço de emergência);
- **P3** Investigação de palpitação recorrente de origem indeterminada.

4. Síncope ou perda transitória da consciência

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispneia, hipotensão, dor torácica, sopro, episódio que ocorre durante o exercício);
- **P2** Síncope em paciente com alteração compatível no eletrocardiograma;
- **P2** Síncope em paciente com cardiopatia estabelecida (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, valvopatia, miocardiopatia dilatada, doenças cardíacas congênitas);
- **P2** Síncope em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos;
- **P3** Síncope/pré-síncope de origem indeterminada.

5. Hipertensão arterial sistêmica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Suspeita de hipertensão refratária com uso de no mínimo 5 medicações anti-hipertensivas em dose plena, sendo uma delas diurético, para investigação de hipertensão arterial sistêmica secundária. Avaliar sempre a adesão medicamentosa antes do encaminhamento;
- **P3** Hipertensão mal controlada (fora do alvo terapêutico) com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, sendo uma delas diurético, após avaliar adesão.

6. Valvopatias

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Todos os pacientes com valvopatias moderadas/graves;
- **P3** Pacientes sintomáticos com qualquer valvopatia detectada em ecocardiografia.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

QUADRO RESUMO – Síntese do HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Cardiologia conforme prioridade e cor:

P2 (prioridade dois)	Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a curto prazo	<ul style="list-style-type: none">• Cardiopatia isquêmica, paciente sintomático, mesmo com tratamento clínico otimizado ou impossibilidade de uso das medicações por efeito adverso• Cardiopatia isquêmica estabelecida em pacientes com necessidade de estratificação de risco após evento agudo ou em paciente assintomático após tratamento clínico otimizado.• TV sintomática ou recorrente, sem resposta ao tratamento• Insuficiência cardíaca classe funcional (NYHA) III e IV em pacientes já com tratamento clínico otimizado, na ausência de intolerância• Síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica• Síncope em paciente com alteração compatível no eletrocardiograma• Síncope em paciente com cardiopatia estabelecida• Síncope em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos• Bradicardia sinusal com frequência cardíaca menor que 45 bpm (após avaliação em serviço de emergência)• Outras taquiarritmias ou alterações na condução cardíaca potencialmente graves (considerar sempre necessidade de encaminhar para serviço de emergência)• Bloqueio bifascicular - BCRE; BCRD associado a HBAE ou HBPE• FA com possibilidade de cardioversão (paciente com idade menor que 65 anos e átrio menor que 5 cm)• Todos os pacientes com valvopatias moderadas/graves• Suspeita de hipertensão secundária
P3 (prioridade três)	Paciente com prejuízo moderado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a médio prazo	<ul style="list-style-type: none">• Suspeita de cardiopatia isquêmica, sem impossibilidade de investigação com exames não invasivos (ergometria, ecocardiografia de estresse, cintilografia miocárdica) ou indicação de cateterismo cardíaco• Síncope/pré-síncope de origem indeterminada• Pacientes sintomáticos com qualquer valvopatia detectada em ecocardiografia;• Hipertensão mal controlada com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliar adesão• Investigação de palpitação recorrente de origem indeterminada• Episódio de internação hospitalar devido à insuficiência cardíaca descompensada no último ano• Suspeita de insuficiência cardíaca sem possibilidade de investigação com ecocardiograma




SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Cardiologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 23 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 188 p.: il.

 GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO <small> Secretaria da Saúde</small>	GRUPO DE REGULAÇÃO – COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - SES-SP			
	PROTOCOLO REGULAÇÃO DO ACESSO		PROTOCOLO CONSULTAS NA ESPECIALIDADES	DERMATO-002
	Data da versão inicial: 01/05/2022	Versão nº02 Data da Emissão: 01/08/2024	Vigência 2024/2026	Páginas: 12

DERMATOLOGIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Protocolo para Consulta com Dermatologista

Este documento tem a finalidade de subsidiar a equipe da Atenção Básica quanto ao encaminhamento para a especialidade de **cardiologia**, de pacientes com idade acima de 12 (doze) anos, propiciando a oferta adequada e garantindo a equidade no atendimento.

Importante: Sempre avaliar necessidade de encaminhar para serviço de emergência/urgência. Casos com **prioridade um (P1)** deverão ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência já referenciados/pactuados.

Após identificação da hipótese diagnóstica (HD), os casos deverão ser priorizados para agendamento seguindo a sequência **P2 (prioridade dois), P3 (prioridade três) ou P4 (prioridade quatro)**.

Solicitar aos pacientes para levar sempre os exames complementares disponíveis.

HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Dermatologia:

1. **Acne**
2. **Câncer de Pele Melanoma**
3. **Câncer de Pele Não Melanoma, Ceratoses Actínicas e Lesões Benignas de Pele e Tecido Subcutâneo**
4. **Dermatite Atópica**
5. **Outros Eczemas ou Dermatites (Dermatite Seborreica, Dermatite de Contato, Eczema Disidrótico e Eczema de Estase)**
6. **Micoses**
7. **Psoríase**
8. **Alopecia**
9. **Urticária**
10. **Prurido**
11. **Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso**
12. **Rosácea**
13. **Melasma**
14. **Vitiligo**
15. **Hanseníase**

Dermatoses que deverão ser encaminhadas IMEDIATAMENTE ao serviço de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

- **P1** Dermatoses generalizadas agudas (reações medicamentosas, dermatoses vesico bolhosas generalizadas, reações hansênicas graves, eritema polimorfo grave);
- **P1** Dermatoses infecciosas graves (erisipela bolhosa, celulite de face, fascíte necrotizante);
- **P1** Urticária com angioedema.

1. Acne

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Acne fulminans (acne com nódulos e placas de surgimento súbito, crostas hemorrágicas com ou sem febre e artralgias);



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P3** Acne conglobata (acne nodular grave, com drenagem de secreção, trajetos fistulosos e cicatrizes);
- **P4** Acne leve a moderada com prejuízo na qualidade de vida e com falha no tratamento clínico otimizado realizado por pelo menos 4 meses (antibioticoterapia sistêmica associada a tratamentos tópicos).

2. Câncer de Pele Melanoma

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2 Todas as lesões suspeitas de melanoma maligno (*regra ABCDE);**
- **P2** Nevo melanocítico congênito com mais de 20 cm;
- **P2** Dois ou mais nevos melanocíticos congênitos com mais de 1,5 cm;
- **P2** Seguimento clínico de melanoma prévio;
- **P2** Pacientes com alto risco para desenvolver melanoma.

*Regra do ABCDE, para avaliação e investigação de câncer de pele:
A. Assimetria: formato irregular da lesão.
<i>Dica: dividir a lesão em duas partes e compará-las. Simétricas, essas partes iguais; assimétrica, partes diferentes.</i>
B. Bordas: contornos da pinta de formato irregular ou "cortados".
C. Cores: múltiplas cores (vermelho, branco, preto, tons cinza-azulados)
D. Diâmetro: lesões acima 0,6 cm
E. Evolução: mudanças, geralmente crescimento, da lesão.



Fonte: Instituto Melanoma Brasil.

Disponível em: <https://www.melanomabrasil.org/voce-conhece-a-regra-do-abcde/>



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Critérios clínicos-laboratoriais de alta suspeição em oncologia conforme Nota Técnica CIB – Protocolo Estadual de Alta Suspeição em Oncologia e Diretrizes para a pactuação de Protocolo Regional de Acesso à Rede de Alta Complexidade em Oncologia, no estado de São Paulo:

MELANOMA

- *Lesões marrom-enegrecidas, que evoluem com alteração de formato ou cor, com diâmetro maior que 6 mm, de bordas irregulares, assimétricas, cor variável (presença de mais de uma coloração na mesma lesão), em qualquer localização na pele, mucosas ou unhas.*

3. Câncer de Pele Não Melanoma, Ceratoses Actínicas e Lesões Benignas de Pele e Tecido Subcutâneo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Todas as lesões suspeitas de câncer de pele;
- **P2** Lesões suspeitas ou malignas¹ pequenas (até 2 cm em tronco e membros ou até 1 cm em face e pescoço), com indicação de remoção cirúrgica;
- **P2** Lesões com necessidade de biópsia incisional diagnóstica antes da definição terapêutica (diagnóstico diferencial de lesão tumoral, inflamatória ou infecciosa; ex: lúpus, micose profunda, micobacteriose);
- **P2** Tumores de unhas;
- **P3** Suspeita ou diagnóstico de ceratose actínica:
 - Refratária ao tratamento clínico otimizado; ou
 - Em pacientes imunossuprimidos (por medicamentos, HIV, transplantados, imunodeficiências primárias); ou
 - Lesões hiperkeratóticas que impossibilitem o tratamento tópico;
- **P4** Lesões benignas (lipoma e cisto epidérmico) pequenas (até 2 cm em tronco e membros ou até 1 cm em face e pescoço), com desejo de remoção cirúrgica, quando não abordadas na APS ou em agenda de cirurgia ambulatorial.

Critérios clínicos-laboratoriais de alta suspeição em oncologia conforme Nota Técnica CIB – Protocolo Estadual de Alta Suspeição em Oncologia e Diretrizes para a pactuação de Protocolo Regional de Acesso à Rede de Alta Complexidade em Oncologia, no estado de São Paulo:

CÂNCER DE PELE NÃO MELANOMA

- *Lesão elevada, brilhante e com telangiectasias, com crosta hemática no centro da lesão ou úlcera crônica, de crescimento lento, geralmente nas áreas expostas ao sol; não cicatriza após 4 semanas de evolução, podendo apresentar sangramento aos mínimos traumatismos.*
- *Manchas ou lesões elevadas, eritematosas, com descamação, de aspecto áspero (queratótico) nas áreas expostas ao sol (mais frequentemente) ou não expostas ao sol.*

4. Dermatite Atópica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Dermatite atópica grave e extensa;
- **P2** Dermatite atópica que ocasione prejuízo funcional grave;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P3** Dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de 1 mês;
- **P4** Dermatite atópica recidivante (3 ou mais recidivas em um período de 6 meses) apesar do tratamento clínico otimizado.

5. Outros Eczemas ou Dermatites (Dermatite Seborreica, Dermatite de Contato, Eczema Disidrótico e Eczema de Estase)

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Lesões cutâneas com eritema (vermelhidão), prurido (coceira), áreas de exsudação, ou não, de difícil resolução;
- **P2** Eczemas graves e extensos ou que ocasionem prejuízo funcional grave;
- **P4** Eczemas refratários ao tratamento clínico otimizado, conforme o tipo de eczema.

6. Micoses

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de micose subcutânea
- **P2** Candidíase mucocutânea, dermatofitoses (tineas) ou pitiríase versicolor, se:
 - Quadro extenso em pacientes imunocomprometidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias); ou
 - Refratária ao tratamento clínico otimizado
- **P4** Onicomicose refratária ao tratamento clínico otimizado e com pelo menos 1 dos critérios:
 - Episódios de erisipela ou celulite no membro ipsilateral; ou
 - Presença de dor ou desconforto; ou
 - Suspeita de alteração ungueal não associada à infecção fúngica.

7. Psoríase

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Suspeita de psoríase;
- **P2** Suspeita ou diagnóstico de psoríase pustulosa generalizada, após avaliação em serviço de urgência/emergência;
- **P2** Suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica;
- **P2** Psoríase extensa (mais de 10% da área de superfície corporal – **BSA¹**);
- **P2** Psoríase que ocasione prejuízo funcional grave;
- **P3** Psoríase refratária ou sem resposta satisfatória ao tratamento tópico otimizado por 3 meses.

***1: BSA** - Body Surface Area - Área de superfície corporal

8. Alopecia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Todas as perdas capilares de rápida evolução;
- **P2** Alopecia areata com mais de 30% da área do couro cabeludo acometida;
- **P3** Alopecias cicatriciais;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P3** Alopecia areata ofiásica (alopecia em faixa nas regiões laterais e occipital do couro cabeludo);
- **P3** Alopecia areata refratária ao tratamento tópico otimizado por 3 meses;
- **P3** Queda de cabelo há pelo menos 6 meses, com teste de tração positivo, na ausência de fatores desencadeantes;
- **P4** Alopecia androgenética refratária ao tratamento clínico otimizado por 12 meses.

9. Urticária e Angioedema

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Urticária crônica (lesões recorrentes, no mínimo 2 vezes na semana, por pelo menos 6 semanas) refratária ao tratamento clínico otimizado por 4 semanas ou mais.

Atenção: casos de urticária com angioedema devem ser encaminhados ao serviço de emergência.

10. Prurido

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Prurido de difícil resolução, afastadas causas orgânicas (icterícia, medicamentosa, escabiose, entre outras);
- **P4** Paciente com prurido, sem lesões cutâneas, refratário ao tratamento clínico otimizado e sem causa identificada após investigação inicial na Atenção Primária.

11. Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

Condiloma acuminado (verruga genital ou perianal), verruga viral ou molusco contagioso:

- **P2** Em paciente imunocomprometido, refratário ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões;
- **P2** Em crianças com acometimento genital, se múltiplas lesões ou associadas a sintomas (dor, sangramento, prurido);
- **P2** Lesões faciais:
 - verrugas virais (exceto verrugas planas); ou
 - molusco contagioso na face de adultos; ou
 - molusco contagioso periocular em adultos e crianças.
- **P3** Em paciente imunocompetente, refratário ao tratamento por pelo menos 3 meses.

12. Rosácea

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Rosácea granulomatosa/pioderma facial (pápulas eritematosas, pústulas, cistos e trajetos fibrosos na região malar, periorbital e perioral, de surgimento súbito e na ausência de comedões);
- **P3** Rosácea refratária ao tratamento clínico otimizado por 3 meses;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P4** Rosácea fimatosa (aumento de volume do tecido afetado na região do nariz, mento, glabella ou região malar).

13. Melasma

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P4** Paciente com melasma e importante prejuízo psicológico ou funcional, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses, com boa adesão a medidas de fotoproteção.

14. Vitiligo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Vitiligo inicial (todos os casos);
- **P2** Vitiligo progressivo (novas lesões);
- **P2** Vitiligo rapidamente progressivo;
- **P4** Vitiligo extenso (mais de 10% da área de superfície corporal – **BSA**¹);
- **P4** Vitiligo com resposta insatisfatória ao tratamento tópico otimizado, por 6 meses.

***1: BSA** - Body Surface Area - Área de superfície corporal

15. Hanseníase

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Suspeita clínica de hanseníase, com impossibilidade de realizar teste de sensibilidade ou dúvida quanto à confiabilidade do teste (por exemplo: crianças pequenas, pacientes com déficit cognitivo);
- **P2** Efeitos adversos graves com as medicações do esquema padrão de poliquimioterapia (PQT);
- **P2** Diagnóstico ou suspeita de reação hansênica tipo 1 ou 2;
- **P2** Diagnóstico de hanseníase com outras doenças associadas: nefropatia, hepatopatia ou doenças hematológicas;
- **P2** Hanseníase multibacilar, sem melhora após 12 meses de tratamento;
- **P2** Suspeita de recidiva;
- **P2** Suspeita de hanseníase neural, sem lesões cutâneas.

Pacientes com suspeita ou diagnóstico de hanseníase podem ser tratados na APS ou podem ser diretamente encaminhados para a referência regional em hanseníase.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

QUADRO RESUMO – Síntese do HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Dermatologia conforme prioridade e cor:

P1 (prioridade um)	<p>"Emergência: Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato."</p> <p>"Urgência: Ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata."</p>	<ul style="list-style-type: none">• Dermatoses generalizadas agudas (reações medicamentosas, dermatoses vesico bolhosas generalizadas, reações hansênicas graves, eritema polimorfo grave)• Dermatoses infecciosas graves (erisipela bolhosa, celulite de face, fascíte necrotizante)• Urticária com angioedema
P2 (prioridade dois)	<p>Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a curto prazo</p>	<ul style="list-style-type: none">• Acne fulminans (acne com nódulos e placas de surgimento súbito, crostas hemorrágicas com ou sem febre e artralgias)• Todas as lesões suspeitas de melanoma maligno• Nevo melanocítico congênito com mais de 20 cm• Dois ou mais nevos melanocíticos congênitos com mais de 1,5 cm• Seguimento clínico de melanoma prévio• Pacientes com alto risco para desenvolver melanoma• Todas as lesões suspeitas de câncer de pele• Lesões suspeitas ou malignas¹ pequenas (até 2 cm em tronco e membros ou até 1 cm em face e pescoço), com indicação de remoção cirúrgica• Lesões com necessidade de biópsia incisional diagnóstica antes da definição terapêutica (diagnóstico diferencial de lesão tumoral, inflamatória ou infecciosa; ex: lúpus, micose profunda, micobacteriose)• Tumores de unhas• Dermatite atópica grave e extensa• Dermatite atópica que ocasione prejuízo funcional grave



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

		<ul style="list-style-type: none">• Lesões cutâneas com eritema (vermelhidão), prurido (coceira), áreas de exsudação, ou não, de difícil resolução• Eczemas graves e extensos ou que ocasionem prejuízo funcional grave• Suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de micose subcutânea• Candidíase mucocutânea, dermatofitoses (tineas) ou pitiríase versicolor, se: quadro extenso em pacientes imunocomprometidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias); ou refratária ao tratamento clínico otimizado• Suspeita de psoríase• Suspeita ou diagnóstico de psoríase pustulosa generalizada, após avaliação em serviço de urgência/emergência• Suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica• Psoríase extensa (mais de 10% da área de superfície corporal – BSA¹)• Psoríase que ocasione prejuízo funcional grave• Todas as perdas capilares de rápida evolução• Alopecia areata com mais de 30% da área do couro cabeludo acometida• Urticária crônica (lesões recorrentes, no mínimo 2 vezes na semana, por pelo menos 6 semanas) refratária ao tratamento clínico otimizado por 4 semanas ou mais• Prurido de difícil resolução, afastadas causas orgânicas (icterícia, medicamentosa, escabiose, entre outras)• Em paciente imunocomprometido, refratário ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões• Em crianças com acometimento genital, se múltiplas lesões ou associadas a sintomas (dor, sangramento, prurido)• Lesões faciais: verrugas virais (exceto verrugas planas); ou molusco contagioso na face de adultos; ou molusco contagioso periocular em adultos e crianças• Rosácea granulomatosa/pioderma facial (pápulas eritematosas, pústulas, cistos e trajetos fibrosos na região malar, periorbital e perioral, de surgimento súbito e na ausência de comedões)• Vitiligo inicial (todos os casos)• Vitiligo progressivo (novas lesões)• Vitiligo rapidamente progressivo• Suspeita clínica de hanseníase, com impossibilidade de realizar teste de sensibilidade ou dúvida quanto à confiabilidade do teste (por exemplo: crianças pequenas, pacientes com déficit cognitivo)
--	--	---



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

		<ul style="list-style-type: none"> Efeitos adversos graves com as medicações do esquema padrão de poliquimioterapia (PQT) Diagnóstico ou suspeita de reação hansênica tipo 1 ou 2 Diagnóstico de hanseníase com outras doenças associadas: nefropatia, hepatopatia ou doenças hematológicas Hanseníase multibacilar, sem melhora após 12 meses de tratamento Suspeita de recidiva Suspeita de hanseníase neural, sem lesões cutâneas
P3 (prioridade três)	Paciente com prejuízo moderado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a médio prazo	<ul style="list-style-type: none"> Acne conglobata (acne nodular grave, com drenagem de secreção, trajetos fistulosos e cicatrizes) Suspeita ou diagnóstico de ceratose actínica: refratária ao tratamento clínico otimizado; ou em pacientes imunossuprimidos (por medicamentos, HIV, transplantados, imunodeficiências primárias); ou lesões hiperkeratóticas que impossibilitem o tratamento tópico Dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de 1 mês Psoríase refratária ou sem resposta satisfatória ao tratamento tópico otimizado por 3 meses Alopecias cicatriciais Alopecia areata ofiásica (alopecia em faixa nas regiões laterais e occipital do couro cabeludo) Alopecia areata refratária ao tratamento tópico otimizado por 3 meses Queda de cabelo há pelo menos 6 meses, com teste de tração positivo, na ausência de fatores desencadeantes Condiloma acuminado (verruga genital ou perianal), verruga viral ou molusco contagioso em paciente imunocompetente, refratário ao tratamento por pelo menos 3 meses Rosácea refratária ao tratamento clínico otimizado por 3 meses
P4 (prioridade quatro)	Há prejuízo mínimo para as atividades diárias. Pode desenvolver agravos a saúde a longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> Acne leve a moderada com prejuízo na qualidade de vida e com falha no tratamento clínico otimizado realizado por pelo menos 4 meses (antibioticoterapia sistêmica associada a tratamentos tópicos) Lesões benignas (lipoma e cisto epidérmico) pequenas (até 2 cm em tronco e membros ou até 1 cm em face e pescoço), com desejo de remoção cirúrgica, quando não abordadas na APS ou em agenda de cirurgia ambulatorial Dermatite atópica recidivante (3 ou mais recidivas em um período de 6 meses) apesar do tratamento clínico otimizado.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

		<ul style="list-style-type: none">• Eczemas refratários ao tratamento clínico otimizado, conforme o tipo de eczema.• Onicomicose refratária ao tratamento clínico otimizado e com pelo menos 1 dos critérios: episódios de erisipela ou celulite no membro ipsilateral; ou presença de dor ou desconforto; ou suspeita de alteração ungueal não associada à infecção fúngica• Alopecia androgenética refratária ao tratamento clínico otimizado por 12 meses• Paciente com prurido, sem lesões cutâneas, refratário ao tratamento clínico otimizado e sem causa identificada após investigação inicial na Atenção Primária• Rosácea fimatosa (aumento de volume do tecido afetado na região do nariz, mento, glabella ou região malar)• Paciente com melasma e importante prejuízo psicológico ou funcional, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses, com boa adesão a medidas de fotoproteção.• Vitiligo extenso (mais de 10% da área de superfície corporal – BSA¹)• Vitiligo com resposta insatisfatória ao tratamento tópico otimizado, por 6 meses
--	--	---




SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 188 p.: il.

SÃO PAULO (Estado). Secretária de Estado da Saúde. Deliberação CIB nº 53, 21-05-2021. Aprova a Nota Técnica CIB – Protocolo Estadual de Alta Suspeição em Oncologia e Diretrizes para a pactuação de Protocolo Regional de Acesso à Rede de Alta Complexidade em Oncologia, no estado de São Paulo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial - Dermatologia Adulto: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 14 abr. 2022. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Dermatologia.pdf

 GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO <small> Secretaria da Saúde</small>	GRUPO DE REGULAÇÃO – COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - SES-SP			
	PROTOCOLO REGULAÇÃO DO ACESSO		PROTOCOLO CONSULTAS NA ESPECIALIDADES	ENDOCRINO-003
	Data da versão inicial: 01/05/2022	Versão nº02 Data da Emissão: 01/08/2024	Vigência 2024/2026	Páginas: 7

ENDOCRINOLOGIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Protocolo para Consulta com Endocrinologista

Este documento tem a finalidade de subsidiar a equipe da Atenção Básica quanto ao encaminhamento para a especialidade de **endocrinologia**, de pacientes com idade acima de 12 (doze) anos, propiciando a oferta adequada e garantindo a equidade no atendimento.

Importante: Sempre avaliar necessidade de encaminhar para serviço de emergência/urgência. Casos com **prioridade um (P1)** deverão ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência já referenciados/pactuados.

Após identificação da hipótese diagnóstica (HD), os casos deverão ser priorizados para agendamento seguindo a sequência **P2 (prioridade dois), P3 (prioridade três) ou P4 (prioridade quatro)**.

Solicitar aos pacientes para levar sempre os exames complementares disponíveis.

HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Endocrinologia:

- 1. Diabetes Mellitus descompensada apesar de adesão e terapia medicamentosa otimizada ou com lesões de órgãos alvo**
- 2. Hipertireoidismo**
- 3. Bócio Multinodular**
- 4. Hipotireoidismo**
- 5. Nódulo de Tireoide**
- 6. Obesidade**
- 7. Doenças da Hipófise**
- 8. Doenças das Glândulas Adrenais**
- 9. Dislipidemia de difícil controle**
- 10. Puberdade precoce**
- 11. Distúrbios do Crescimento**
- 12. Ginecomastia**

1. Diabetes Mellitus descompensada apesar de adesão e terapia medicamentosa otimizada ou com lesões de órgãos alvo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Pacientes com DM tipo 1, descompensado apesar de adesão e terapia medicamentosa otimizada ou com lesões de órgãos alvo;
- **P2** Insuficiência renal crônica (presença de microalbuminúria ou creatinina > 1,5 mg/dl);
- **P4** Pacientes com diabetes tipo 2, insulínizado e com controle inadequado.

2. Hipertireoidismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Pacientes com hipertensão diastólica ou nervosismo, irritabilidade, sudorese excessiva, diarreia, perda de peso, taquicardia, hipertensão sistólica, fibrilação atrial, mixedema, exoftalmia, dislipidemia;
- **P2** Pacientes de difícil controle, em uso diário do medicamento sem pausa e com jejum adequado.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

3. Bócio Multinodular

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Sintomas compressivos atribuíveis ao bócio ou suspeita de malignidade (Presença de massa na região anterior do pescoço, móvel à deglutição, indolor; Dificuldade ou desconforto à deglutição e, em casos mais raros, disfonia e falta de ar, geralmente em casos mais avançados; Nódulo tireoidiano palpável);
- **P3** TSH diminuído (suspeita de nódulo quente);
- **P3** Nódulo com indicação de PAAF (quando ainda não foi realizada);
- **P3** Indicação de tratamento cirúrgico ou iodo radioativo (bócio grande, bócio que está crescendo).

4. Hipotireoidismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Pacientes com suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo, e T4 livre ou total baixo);
- **P3** Pacientes 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;
- **P3** Pacientes de difícil controle, em uso diário do medicamento sem pausa e com jejum adequado.

5. Nódulo de Tireoide

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Sinais e sintomas compressivos ou com suspeita para malignidade (Presença de massa na região anterior do pescoço, móvel à deglutição, indolor; Dificuldade ou desconforto à deglutição e, em casos mais raros, disfonia e falta de ar, geralmente em casos mais avançados; Nódulo tireoidiano palpável);
- **P3** TSH diminuído (suspeita de nódulo quente);
- **P3** História clínica, exame físico ou características do nódulo suspeito para malignidade (para PAAF, quando ainda não foi realizada);
- **P4** Nódulo tireoidiano palpável.

6. Obesidade

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Pacientes com suspeita de obesidade secundária (provocada por problema endocrinológico);
- **P3** Pacientes com IMC > 35 com comorbidades descompensadas (HAS, Diabetes, Apneia do Sono, Osteoartrose). Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para cirurgia bariátrica;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P4** Pacientes com indicação clínica (IMC acima de 35 com alguma comorbidade, ou acima de 40 sem a presença de comorbidades).

7. Doenças da Hipófise

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Encaminhar os pacientes que já tenham diagnóstico. Nos casos clinicamente suspeitos realizar exames de rotina (imagem/bioquímicos), na impossibilidade de solicitar estes exames, encaminhar para investigação diagnóstica.

8. Doenças das Glândulas Adrenais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Encaminhar os pacientes que já tenham diagnóstico. Nos casos clinicamente suspeitos realizar exames de rotina (imagem/bioquímicos), na impossibilidade de solicitar estes exames, encaminhar para investigação diagnóstica.

9. Dislipidemias de difícil controle

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P4** Persistência de níveis lipídicos acima dos recomendados, apesar de adesão ao tratamento.

10. Puberdade Precoce

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P4** Encaminhar os pacientes que já tenham diagnóstico. Nos casos suspeitos realizar exames de rotina (imagem/bioquímicos) e então decidir sobre o encaminhamento.

11. Distúrbios do Crescimento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P4** Encaminhar os pacientes que já tenham diagnóstico. Nos casos suspeitos realizar exames de rotina (imagem/bioquímicos) e então decidir sobre o encaminhamento.

12. Ginecomastia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P4** Encaminhar os pacientes com diagnóstico feito.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

QUADRO RESUMO – Síntese do HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Endocrinologia conforme prioridade e cor:

P2 (prioridade 2)	Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a curto prazo	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes com DM tipo 1, descompensado apesar de adesão e terapia medicamentosa otimizada ou com lesões de órgãos alvo• Insuficiência renal crônica (presença de microalbuminúria ou creatinina > 1,5 mg/dl)• Pacientes com hipertensão diastólica ou nervosismo, irritabilidade, sudorese excessiva, diarreia, perda de peso, taquicardia, hipertensão sistólica, fibrilação atrial, mixedema, exoftalmia, dislipidemia• Pacientes de difícil controle, em uso diário do medicamento sem pausa e com jejum adequado• Sintomas compressivos atribuíveis ao bócio ou suspeita de malignidade (Presença de massa na região anterior do pescoço, móvel à deglutição, indolor Dificuldade ou desconforto à deglutição e, em casos mais raros, disfonia e falta de ar, geralmente em casos mais avançados Nódulo tireoidiano palpável)• Pacientes com suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo, e T4 livre ou total baixo)• Sinais e sintomas compressivos ou com suspeita para malignidade (Presença de massa na região anterior do pescoço, móvel à deglutição, indolor Dificuldade ou desconforto à deglutição e, em casos mais raros, disfonia e falta de ar, geralmente em casos mais avançados Nódulo tireoidiano palpável)• Pacientes com suspeita de obesidade secundária (provocada por problema endocrinológico)• Doenças de Hipófise, Glândulas Adrenais - Encaminhar os pacientes que já tenham diagnóstico. Nos casos clinicamente suspeitos realizar exames de rotina (imagem/bioquímicos), na impossibilidade de solicitar estes exames, encaminhar para investigação diagnóstica
P3 (prioridade três)	Paciente com prejuízo moderado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a médio prazo	<ul style="list-style-type: none">• TSH diminuído (suspeita de nódulo quente)• Nódulo com indicação de PAAF (quando ainda não foi realizada)• Indicação de tratamento cirúrgico ou iodo radioativo (bócio grande, bócio que está crescendo)• Pacientes 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• Pacientes de difícil controle, em uso diário do medicamento sem pausa e com jejum adequado.• História clínica, exame físico ou características do nódulo suspeito para malignidade (para PAAF, quando ainda não foi realizada)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

		<ul style="list-style-type: none">• Pacientes com IMC > 35 com comorbidades descompensadas (HAS, Diabetes, Apneia do Sono, Osteoartrose). Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para cirurgia bariátrica
P4 (prioridade quatro)	Há prejuízo mínimo para as atividades diárias. Pode desenvolver agravos a saúde a longo prazo.	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes com diabetes tipo2, insulinizado com controle inadequado• Nódulo tireoidiano palpável• Pacientes com indicação clínica (IMC acima de 35 com alguma comorbidade, ou acima de 40 sem a presença de comorbidades)• Dislipidemias• Distúrbios do Crescimento• Puberdade Precoce• Ginecomastia




SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Endocrinologia e Nefrologia / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 20 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 188 p.: il.

 <p>GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO <small> Secretaria da Saúde</small></p>	GRUPO DE REGULAÇÃO – COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - SES-SP			
	PROTOCOLO REGULAÇÃO DO ACESSO		PROTOCOLO CONSULTAS NA ESPECIALIDADES	GASTRO-004
	Data da versão inicial: 01/05/2022	Versão nº02 Data da Emissão: 01/08/2024	Vigência 2024/2026	Páginas: 7

GASTROENTEROLOGIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Protocolo para Consulta com Gastroenterologista

Este documento tem a finalidade de subsidiar a equipe da Atenção Básica quanto ao encaminhamento para a especialidade de **gastroenterologia**, de pacientes com idade acima de 12 (doze) anos, propiciando a oferta adequada e garantindo a equidade no atendimento.

Importante: Sempre avaliar necessidade de encaminhar para serviço de emergência/urgência. Casos com **prioridade um (P1)** deverão ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência já referenciados/pactuados.

Após identificação da hipótese diagnóstica (HD), os casos deverão ser priorizados para agendamento seguindo a sequência **P2 (prioridade dois), P3 (prioridade três) ou P4 (prioridade quatro)**.

Solicitar aos pacientes para levar sempre os exames complementares disponíveis.

HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Gastroenterologia:

1. **Colelitíase**
2. **Coledocolitíase**
3. **Úlcera Péptica**
4. **Pancreatite crônica**
5. **Cirrose Hepática**
6. **Doenças do Refluxo Gastroesofágico (DRGE): Hérnia de hiato, Esofagite de refluxo, Esôfago de Barrett**
7. **Doenças Inflamatórias Intestinais: Colite ulcerativa, Doença de Crohn**
8. **Síndrome do Intestino Irritável, Obstipação Intestinal e Doença Diverticular**
9. **Hepatites crônicas não infecciosas**
10. **Casos suspeitos de neoplasias do aparelho digestivo**
11. **Doença Diverticular do Cólon**

1. Colelitíase

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

Pacientes com diagnóstico confirmado por U.S.G. abdominal

- **P1** Paciente sintomático com sinais de colecistite aguda;
- **P2** Paciente sintomático sem sinais de colecistite aguda;
- **P4** Assintomático.

2. Coledocolitíase

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

Pacientes com diagnóstico confirmado por ultrassonografia ou colangeopancreatografia por RM

- **P1** Paciente com icterícia obstrutiva ou sintomático;
- **P3** Paciente assintomático.

3. Úlcera Péptica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P1** Histórico ou suspeita de hemorragia digestiva alta 0(hematêmese ou melena);
- **P2** Pacientes com gastrite não responsiva, história de Neoplasia Gástrica, história de Úlcera Gástrica ou Duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo.

4. Pancreatite crônica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Encaminhar todos os pacientes, principalmente na vigência de dor abdominal difusa e intermitente, emagrecimento, diarreia, intolerância à glicose, dispepsia e vômito.

5. Cirrose Hepática

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P1** Casos de descompensação aguda com queda do estado geral, alterações neurológicas, ascite descompensada, suspeita de hemorragia digestiva alta (varizes de esôfago);
- **P2** Encaminhar todos os pacientes com diagnóstico confirmado por exame de imagem, principalmente na vigência de sintomas. Estima-se que aproximadamente 40% dos pacientes com cirrose são assintomáticos, mas uma vez que os sintomas se manifestam, no entanto, o prognóstico é grave. Os principais sintomas são: anorexia, vômitos, fraqueza, icterícia, eritema palmar, ginecomastia, hepatoesplenomegalia, ascite, hemorragia digestiva, anemia, neuropatia periférica, hipertensão portal.

6. Doenças do Refluxo Gastroesofágico (DRGE): Hérnia de hiato, Esofagite de refluxo, Esôfago de Barret

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P1** DRGE com suspeita de sangramento (Hemorragia digestiva alta);
- **P2** Pacientes cirúrgicos com complicações (Esôfago de Barrett, Estenose, úlcera e sangramento esofágico) e pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico, inclusive aqueles com manifestações atípicas;
- **P3** Pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de 2x por semana, por 4 a 8 semanas, devem ser considerados possíveis portadores de DRGE;
- **P4** Pacientes que necessitam de tratamento cirúrgico, mas que não apresentam complicações como esofagites de repetição, úlceras do esôfago, sangramentos, esôfago de Barrett, inflamação das cordas vocais ou estenose esofágica.

7. Doenças Inflamatórias Intestinais: Colite ulcerativa, Doença de Crohn

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Encaminhar todos os casos que já tenham diagnóstico de Colite ulcerativa e Doença de Crohn. Nos casos clinicamente suspeitos, realizar exames de



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

rotina, na impossibilidade de solicitar estes exames, encaminhar para investigação diagnóstica.

8. Síndrome do Intestino Irritável, Obstipação Intestinal e Doença Diverticular
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P4** Encaminhar os pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico.

9. Hepatites crônicas não infecciosas
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

Encaminhar preferencialmente todos os pacientes com hepatite para as Clínicas de Hepatites Virais, e na inexistência destas encaminhar ao gastroenterologista

- **P1** Hepatites agudas com sintomas (icterícia, mal-estar, náuseas, vômitos, colúria e acolia);
- **P2** Hepatites virais ou autoimunes ou por doenças de depósito.

10. Casos suspeitos de neoplasias do aparelho digestivo
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P2** Encaminhar pacientes com suspeita diagnóstica: massa abdominal palpável perda de peso inexplicada maior ou igual a 10% no último ano ou maior ou igual a 5% nos últimos 06 meses com um ou mais dos seguintes sinais/sintomas: dor abdominal, dispepsia, azia (de início recente/por mais de duas semanas), náuseas e vômitos, hematêmese, melena, esteatorréia icterícia obstrutiva, excluída coledocolitíase anemia ferropriva ou mudanças no hábito intestinal e/ou com antecedentes familiares de câncer de tubo digestivo.

11. Doença Diverticular do Cólon
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- **P1** Suspeita de diverticulite aguda;
- **P4** Paciente assintomático, mas com exame sugestivo de doença diverticular.



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO**

QUADRO RESUMO – Síntese do HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Gastroenterologia conforme prioridade e cor:

<p style="text-align: center;">P1 (prioridade um)</p>	<p>“Emergência: Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.”</p> <p>“Urgência: Ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente sintomático com sinais de colecistite aguda • Coledocolitíase - Paciente com icterícia obstrutiva ou sintomático • Histórico ou suspeita de hemorragia digestiva alta (hematêmese ou melena) • Cirrose hepática - Casos de descompensação aguda com queda do estado geral, alterações neurológicas, ascite descompensada, suspeita de hemorragia digestiva alta (varizes de esôfago) • DRGE com suspeita de sangramento (HDA) • Hepatites agudas com sintomas (icterícia, mal-estar, náuseas, vômitos, colúria e acolia) • Suspeita de diverticulite aguda
<p style="text-align: center;">P2 (prioridade dois)</p>	<p>Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a curto prazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cirrose hepática - Encaminhar todos os pacientes, principalmente na vigência de sintomas. 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 • Neoplasias - Encaminhar pacientes com suspeita diagnóstica: massa abdominal palpável perda de peso inexplicada maior ou igual a 10%, com um ou mais dos seguintes sinais/sintomas: dor abdominal, dispepsia, azia (de início recente/por mais de duas semanas), náuseas e vômitos, hematêmese, melena, esteatorréia icterícia obstrutiva, excluída coledocolitíase anemia ferropriva ou mudanças no hábito intestinal e/ou com antecedentes familiares de câncer de tubo digestivo • Hepatites virais ou autoimunes ou por doenças de depósito • Encaminhar todos os casos que já tenham diagnóstico de Colite ulcerativa e Doença de Crohn. Nos casos suspeitos, realizar exames de rotina (quando possível) e encaminhar • Pacientes com gastrite não responsiva, história de Neoplasia Gástrica, história de Úlcera Gástrica ou Duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

		<ul style="list-style-type: none">• Pancreatite crônica - Encaminhar todos os pacientes, principalmente na vigência de dor abdominal difusa e intermitente, emagrecimento, diarreia, intolerância à glicose, dispepsia e vômito• DRGE - 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• Paciente sintomático sem sinais de colecistite aguda
P3 (prioridade três)	Paciente com prejuízo moderado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a médio prazo	<ul style="list-style-type: none">• Coledocolitíase - Paciente assintomático• Pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de 2x por semana, por 4 a 8 semanas, devem ser considerados possíveis portadores de DRGE
P4 (prioridade quatro)	Há prejuízo mínimo para as atividades diárias. Pode desenvolver agravos a saúde a longo prazo	<ul style="list-style-type: none">• DRGE - Pacientes que necessitam de tratamento cirúrgico, mas que não apresentam complicações como esofagites de repetição, úlceras do esôfago, sangramentos, esôfago de Barrett, inflamação das cordas vocais ou estenose esofágica• Síndrome do Intestino Irritável/Obstipação Intestinal/Doença Diverticular. Encaminhar os pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico• Colelitíase - Paciente assintomático• Doença Diverticular do Cólon - Paciente assintomático, mas com exame sugestivo de doença diverticular




SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 188 p.: il.

SÃO PAULO (Estado). Secretária de Estado da Saúde. Deliberação CIB nº 53, 21-05-2021. Aprova a Nota Técnica CIB – Protocolo Estadual de Alta Suspeição em Oncologia e Diretrizes para a pactuação de Protocolo Regional de Acesso à Rede de Alta Complexidade em Oncologia, no estado de São Paulo.

 GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO <small> Secretaria da Saúde</small>	GRUPO DE REGULAÇÃO – COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - SES-SP			
	PROTOCOLO REGULAÇÃO DO ACESSO		PROTOCOLO CONSULTAS NA ESPECIALIDADES	NEFRO-005
	Data da versão inicial: 01/05/2022	Versão nº02 Data da Emissão: 01/08/2024	Vigência 2024/2026	Páginas: 7

NEFROLOGIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Protocolo para Consulta com Nefrologista

Este documento tem a finalidade de subsidiar a equipe da Atenção Básica quanto ao encaminhamento para a especialidade de **nefrologia**, de pacientes com idade acima de 12 (doze) anos, propiciando a oferta adequada e garantindo a equidade no atendimento.

Importante: Sempre avaliar necessidade de encaminhar para serviço de emergência/urgência. Casos com **prioridade um (P1)** deverão ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência já referenciados/pactuados.

Após identificação da hipótese diagnóstica (HD), os casos deverão ser priorizados para agendamento seguindo a sequência **P2 (prioridade dois), P3 (prioridade três) ou P4 (prioridade quatro)**.

Solicitar aos pacientes para levar sempre os exames complementares disponíveis.

HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Nefrologia:

1. **Cistos/Doença Policística Renal**
2. **Diabetes Mellitus com sinais de nefropatia grave (Taxa de filtração glomerular < que 30ml/min ou Proteinúria Grave)**
3. **Doença Renal Crônica ou Injúria renal aguda**
4. **Hipertensão Arterial Sistêmica**
5. **Infecção Urinária Recorrente**
6. **Litíase Renal**

1. Cistos/Doença Policística Renal

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

- **P4** Suspeita de doença policística renal. Essa suspeita pode ser feita por exame de ultrassonografia ou tomografia. Os critérios de encaminhamento para nefrologista são definidos pela presença de cistos renais em quantidade igual ou superior à seguinte e de acordo com a idade do paciente:
 - 15-39 anos: 3 ou mais cistos, uni ou bilaterais
 - 40-59 anos: 2 ou mais cistos em cada rim
 - ≥60 anos: 4 ou mais cistos em cada rim

**Em caso de cisto (s) renal (is) em quantidade menor que à referida acima, não há necessidade de encaminhamento para nefrologista ou urologista.*

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

- **P2** Cistos com alterações sugestivas de malignidade. Essa suspeita pode ser feita por exame de ultrassonografia ou tomografia. As características que conferem potencial malignidade para os cistos são:
 - US ou tomografia sem contraste**
 - Paredes irregulares
 - Conteúdo sólido ou denso
 - Calcificação
 - Tomografia com contraste**
 - Os casos com classificação de Bosniak IIF, III ou IV



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P2** Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária);
- **P3** Cistos simples de grande volume e assintomáticos (> 35cm).

2. Diabetes Mellitus com sinais de nefropatia grave (Taxa de filtração glomerular < que 30ml/min ou Proteinúria Grave)

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

- **P2** Pacientes com taxa de filtração glomerular <30ml/min/1,73 m² por mais de três meses (estágios 4 e 5 de doença renal crônica);
**A TFG vem expressa junto com os resultados de creatinina sérica nos laudos de muitos laboratórios. Caso esse resultado não esteja automaticamente expresso junto com o laudo de creatinina sérica, a TFG pode ser facilmente calculada por aplicativos gratuitos. A fórmula que deve ser utilizada para essa finalidade é a CKD-EPI.*
- **P2** Perda rápida da função renal (>5ml /min/ 1,73 m² em um período de seis meses, com uma TFG <60 /min/1,73 m², confirmada em dois exames);
- **P3** Proteinúria severa, definida por um ou mais dos seguintes:
 - Urina 1 com proteínas 2+ ou 3+
 - Albuminúria/creatininúria >300mg/g
 - Albuminúria de 24h >300mg
 - Proteinúria de 24h >500mg

**Em caso de infecção ativa em Proteinúria Severa, não se deve realizar rastreamento de DRC por meio de proteinúria, deve-se aguardar a resolução da infecção.*

3. Doença Renal Crônica ou Injúria renal aguda

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

- **P1** Síndrome urêmica: TFG <15ml/min/1,73m² associada a um conjunto de sinais ou sintomas decorrentes de disfunção renal severa: náuseas, vômitos, inapetência, perda de peso, palidez cutânea, edema etc.
**A TFG vem expressa junto com os resultados de creatinina sérica nos laudos de muitos laboratórios. Caso esse resultado não esteja automaticamente expresso, a TFG pode ser facilmente calculada por aplicativos gratuitos. A fórmula que deve ser utilizada para essa finalidade é a CKD-EPI.*
- **P2** Taxa de filtração glomerular (TFG) <30 /min/1,73m² (estágio 4 e 5) sem sinais/sintomas de síndrome urêmica;
- **P2** Perda rápida da função renal (>5 /min/1,73 m² em seis meses, com uma TFG <60 /min/1,73 m², confirmado em dois exames);
- **P3** Proteinúria severa, definida por um ou mais dos seguintes:
 - Urina 1 com proteínas 2+ ou 3+
 - Albuminúria de 24h >300mg
 - Albuminúria/creatininúria >300mg/g
 - Proteinúria de 24h>500mg
- **P3** Hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas positiva);
- **P3** Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

4. Hipertensão Arterial Sistêmica

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

- **P2** Falta de controle da pressão com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão;
- **P3** Proteinúria severa, definida por um ou mais dos seguintes:
 - Urina 1 com proteínas 2+ ou 3+
 - Albuminúria de 24h >300mg
 - Albuminúria/creatininúria >300mg/g
 - Proteinúria de 24h>500mg
- **P3** Suspeita de hipertensão secundária de causa renal, ou seja:
 - Estenose de artéria renal, verificada em ultrassonografia doppler de artérias renais
 - Proteinúria moderada ou grave, definida por um ou mais dos seguintes: Urina 1 com proteínas 2+ ou 3+ Albuminúria de 24h >300mg Albuminúria/creatininúria >300mg/g Proteinúria de 24h>500mg

5. Infecção Urinária Recorrente: *Infecção do trato urinário (ITU) recorrente é definida por 3 ou mais episódios em 12 meses ou 2 ou mais episódios em seis meses.*

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para **Nefrologia**:

- **P3** ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para **Urologia**:

- **P3** Alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente.

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para **Ginecologia**:

- **P3** Alteração anatômica ginecológica que provoque ITU recorrente.

**Alterações anatômicas no trato urinário: são quaisquer deformidades observadas em exames de imagem. Exemplo: estenose de ureter, estenose de uretra, hidronefrose, rim único, duplicidade ureteral, rim em ferradura etc.*

6. Litíase urinária

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

- **P1** Litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepsis urinária e/ou dor incontrolável com tratamento otimizado na APS.

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

- **P3** Nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS;
- **P3** Impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

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



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Cálculos urinários sintomáticos

- **P2** Cálculos urinários sintomáticos (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário).

Cálculos urinários assintomáticos

- **P2** Cálculo ureteral maior que 10 mm;
- **P2** Cálculo ureteral entre 4 e 10 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico;
- **P3** Cálculo vesical;
- **P4** Cálculo renal maior que 10 mm.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

QUADRO RESUMO – Síntese do HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Nefrologia conforme prioridade e cor:

P1 (prioridade um)	<p>"Emergência: Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato."</p> <p>"Urgência: Ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata."</p>	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome urêmica: TFG <15ml/min/1,73m² associada a um conjunto de sinais ou sintomas decorrentes de disfunção renal severa: náuseas, vômitos, inapetência, perda de peso, palidez cutânea, edema etc.• Litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepse urinária e/ou dor incontrolável com tratamento otimizado na APS
P2 (prioridade dois)	<p>Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a curto prazo</p>	<ul style="list-style-type: none">• Cistos com alterações sugestivas de malignidade. Essa suspeita pode ser feita por exame de ultrassonografia ou tomografia• Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária)• Pacientes com taxa de filtração glomerular <30ml/min/1,73 m² por mais de três meses (estágios 4 e 5 de doença renal crônica)• Perda rápida da função renal (>5ml /min/ 1,73 m² em um período de seis meses, com uma TFG <60 /min/1,73 m², confirmada em dois exames)• Taxa de filtração glomerular (TFG) <30 /min/1,73m² (estágio 4 e 5) sem sinais/sintomas de síndrome urêmica• Perda rápida da função renal (>5 /min/1,73 m² em seis meses, com uma TFG <60 /min/1,73 m², confirmado em dois exames)• Falta de controle da pressão com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão
P3 (prioridade três)	<p>Paciente com prejuízo moderado das atividades diárias por dor e/ou</p>	<ul style="list-style-type: none">• Cistos simples de grande volume e assintomáticos (> 35cm)• Proteinúria severa



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

	disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a médio prazo	<ul style="list-style-type: none">• Hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas <u>positiva</u>)• Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários)• Suspeita de hipertensão secundária de causa renal• ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas• Nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS• Impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos
P4 (prioridade quatro)	Há prejuízo mínimo para as atividades diárias. Pode desenvolver agravos a saúde a longo prazo	<ul style="list-style-type: none">• Suspeita de doença policística renal



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO


REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Endocrinologia e Nefrologia / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 20 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 188 p.: il.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (nº 35). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. ISBN 978-85-334-2114-1.

BRASIL. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no sistema. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

 GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO <small> Secretaria da Saúde</small>	GRUPO DE REGULAÇÃO – COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - SES-SP			
	PROTOCOLO REGULAÇÃO DO ACESSO		PROTOCOLO CONSULTAS NA ESPECIALIDADES	OTORRINO-006
	Data da versão inicial: 01/05/2022	Versão nº02 Data da Emissão: 01/08/2024	Vigência 2024/2026	Páginas: 12

ORTOPEDIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Protocolo para Consulta com Ortopedista

Este documento tem a finalidade de subsidiar a equipe da Atenção Básica quanto ao encaminhamento para a especialidade de **ortopedia**, de pacientes com idade acima de 12 (doze) anos, propiciando a oferta adequada e garantindo a equidade no atendimento.

Importante: Sempre avaliar necessidade de encaminhar para serviço de emergência/urgência. Casos com **prioridade um (P1)** deverão ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência já referenciados/pactuados.

Após identificação da hipótese diagnóstica (HD), os casos deverão ser priorizados para agendamento seguindo a sequência **P2 (prioridade dois), P3 (prioridade três) ou P4 (prioridade quatro)**.

Solicitar aos pacientes para levar sempre os exames complementares disponíveis.

HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Ortopedia:

- 1. Dor lombar e alterações em exame de imagem**
- 2. Dor cervical/torácica e alterações em exame de imagem**
- 3. Osteoartrite**
- 4. Bursite/tendinite**
- 5. Problemas de mão e punho**
- 6. Dor no joelho**
- 7. Dor no ombro e/ou cotovelo**
- 8. Dor no quadril**
- 9. Patologias do tornozelo e pé**
- 10. Fraturas e luxações**
- 11. Escoliose/Deformidades da Coluna**

1. Dor lombar e alterações em exame de imagem

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- **P1** Suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina;
- **P1** Perda de força progressiva medida de maneira objetiva;
- **P1** Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado;
- **P1** Diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral;
- **P1** Suspeita de infecção;
- **P1** Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente (inferior há 3 semanas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia ou neurocirurgia, **conforme pactuação/definição regional para avaliação por Cirurgia de Coluna:**

- **P2** Síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado;
- **P2** Diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica);
- **P2** Lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese;
- **P2 Dor lombar com sinais de alerta***, sem indicação de avaliação emergencial;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

***Sinais de alerta: Febre; Déficit motor/fraqueza nos membros inferiores; Alteração persistente da sensibilidade; Perda de peso sem motivo aparente; Retenção ou incontinência urinária ou fecal.**

Dor lombar sem sinais de alerta*, se não contempladas nos casos de indicação de avaliação emergencial/urgência:

- **P2** Sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos;
- **P2** Paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
- **P2** Paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunodeprimidos/grupos de risco);
- **P2** Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre, outros achados);
- **P2** Dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna;
- **P2** Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose;
- **P2** Todos os casos de deformidades (ainda não avaliadas por médico especialista/sem conduta definida) **em maiores de 12 anos de idade;**
- **P3** Dor lombar com duração maior que 12 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹;
- **P4** Dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses.

1. Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

→ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível): **o encaminhamento para tratamento por 'dor crônica' é definido pelo especialista e não pela UBS, sendo que posteriormente o paciente pode retornar para a UBS com orientações.**

2. Dor cervical/torácica e alterações em exame de imagem

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- **P1** Suspeita de síndrome de compressão medular;
- **P1** Exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia;
- **P1** Suspeita de infecção;
- **P1** Suspeita de fratura vertebral, luxação ou lesão medular associada a traumatismo recente (inferior há 3 semanas);
- **P1** Diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia ou neurocirurgia, **conforme pactuação/definição regional para avaliação por Cirurgia de Coluna:**

- **P2** Diagnóstico de estenose de canal cervical/torácico ou mielopatia que não foram operados em caráter emergencial;
- **P2** Pacientes com cervicalgia/dorsalgia e artrite reumatoide (ou outra doença inflamatória/imunológica que determine instabilidade vertebral);



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P2** Dor cervical/torácica e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os membros, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado;
- **P2** Todos os casos de deformidades (ainda não avaliadas por médico especialista/sem conduta definida) **em maiores de 12 anos de idade;**
- **P2 Dor cervical com sinais de alerta***, sem indicação de avaliação emergencial;

**Sinais de alerta: Febre; Déficit motor/fraqueza nos membros inferiores; Alteração persistente da sensibilidade; Perda de peso sem motivo aparente; Retenção ou incontinência urinária ou fecal.*

- **P2** Sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos;
- **P2** Paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
- **P2** Paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunodeprimidos/grupos de risco);
- **P2** Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre, outros achados);
- **P2** Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

Dor cervical/torácica sem sinais de alerta*, se não contempladas nos casos de indicação de avaliação emergencial/urgência:

- **P4** Dor cervical/torácica com duração maior que 12 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.

1. Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

→ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível): **o encaminhamento para tratamento por 'dor crônica' é definido pelo especialista e não pela UBS, sendo que posteriormente o paciente pode retornar para a UBS com orientações.**

3. Osteoartrite

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- **P3** Osteoartrose de quadril, joelho ou ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária);
- **P3** Osteoartrose em mãos com deformidades que comprometam a função da mão;
- **P2** Artrites não infecciosas de qualquer articulação.

→ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível): **o encaminhamento para tratamento por 'dor crônica' é definido pelo especialista e não pela UBS, sendo que posteriormente o paciente pode retornar para a UBS com orientações.**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

4. Bursite/tendinite

- **P2** Todos os casos de bursites/tendinites/deformidades (ainda não avaliadas por médico especialista e/ou sem conduta definida) **em maiores de 12 anos de idade.**

→ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível): **o encaminhamento para tratamento por 'dor crônica' é definido pelo especialista e não pela UBS, sendo que posteriormente o paciente pode retornar para a UBS com orientações.**

5. Problemas de mão e punho

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de emergência/urgência/pronto atendimento:

- **P1** Suspeita de fratura.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ortopedia ou cirurgia da mão:

- **P2** Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial;
- **P2** Todos os casos de deformidades/perda de movimentos/sequelas de fraturas/bursite/tendinite (ainda não avaliadas por médico especialista/sem conduta definida) **em maiores de 12 anos de idade;**
- **P3** Cisto sinovial recorrente, ou com dor persistente, ou que cause prejuízo funcional;
- **P3** Dedo em gatilho sem melhora com tratamento clínico otimizado¹;
- **P3** Tenossinovite de Quervain sem melhora com tratamento clínico otimizado¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia ou ortopedia ou cirurgia da mão:

- **P2** Síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tênar;
- **P3** Síndrome do túnel do carpo com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos);
- **P4** Síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.

1. Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

6. Dor no joelho

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- **P1** Suspeita de fratura ou luxação.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- **P2** Lesão ligamentar do joelho com potencial indicação cirúrgica;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P2** Lesão meniscal com potencial indicação cirúrgica;
- **P2** Subluxação patelar recorrente refratária ao tratamento conservador;
- **P2** Todos os casos de deformidades/perda de movimentos/sequelas de fraturas/bursite/tendinite (ainda não avaliadas por médico especialista/sem conduta definida) **em maiores de 12 anos de idade.**

→ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível): **o encaminhamento para tratamento por 'dor crônica' é definido pelo especialista e não pela UBS, sendo que posteriormente o paciente pode retornar para a UBS com orientações.**

7. Dor no ombro e/ou cotovelo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- **P1** Suspeita de fratura ou luxação.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- **P2** Ruptura parcial/total traumática aguda de tendão do manguito rotador evidenciada em exame de imagem;
- **P2** Todos os casos de deformidades/perda de movimentos/sequelas de fraturas/bursite/tendinite (ainda não avaliadas por médico especialista/sem conduta definida) **em maiores de 12 anos de idade;**
- **P2** Luxação recorrente de ombro após avaliação em serviço de emergência;
- **P3** Ruptura parcial/total não traumática/crônica de tendão do manguito rotador em progressão ou com dor refratária ao tratamento clínico otimizado¹;
- **P4** Dor no ombro refratária ao tratamento clínico otimizado¹ por um período de 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária).

→ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível): **o encaminhamento para tratamento por 'dor crônica' é definido pelo especialista e não pela UBS, sendo que posteriormente o paciente pode retornar para a UBS com orientações.**

8. Dor no quadril

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- **P1** Suspeita de fratura ou luxação do quadril.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- **P2** Todos os casos de osteonecrose (necrose avascular ou asséptica);
- **P2** Todos os casos de deformidades/perda de movimentos/sequelas de fraturas/bursite/tendinite (ainda não avaliadas por médico especialista/sem conduta definida) em maiores de 12 anos de idade;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P3** Osteoartrose de quadril com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado¹ por 3 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária).

→ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível): **o encaminhamento para tratamento por 'dor crônica' é definido pelo especialista e não pela UBS, sendo que posteriormente o paciente pode retornar para a UBS com orientações.**

9. Patologias do tornozelo e pé

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- **P1** Suspeita de fratura ou luxação do tornozelo e/ou pé.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- **P2** Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial;
- **P2** Todos os casos de pé torto, deformidades congênitas no tornozelo/pé e deformidades (ainda não avaliadas por médico especialista/sem conduta definida) em crianças e adolescentes (até 18 anos de idade);
- **P3** Hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado¹;
- **P3** Fascite plantar, patologias do coxim adiposo, síndrome do túnel do tarso ou metatarsalgia refratária ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses.

1. Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

→ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível): **o encaminhamento para tratamento por 'dor crônica' é definido pelo especialista e não pela UBS, sendo que posteriormente o paciente pode retornar para a UBS com orientações.**

10. Fraturas e luxações

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- **P1** Todas as situações de suspeita ou diagnóstico de fratura ou luxação pós trauma;
- **P1** Fratura ou luxação tratada com suspeita de síndrome compartimental.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia ou neurocirurgia (coluna):

- **P2** Fratura manejada em serviço de emergência e que apresenta deformidade ou prejuízo funcional, após tentativa de manejo conservador (se em período maior que 3 semanas, se em período inferior é considerada avaliação de emergência).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

11. Escoliose/Deformidades da Coluna

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia ou neurocirurgia (coluna):

- **P2** Qualquer escoliose/deformidade que ainda não tenha tido conduta nem orientação por equipe especializada e/ou àquelas que necessitem de orientação terapêutica adicional.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

QUADRO RESUMO – Síntese do HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Ortopedia conforme prioridade e cor:

P1 (prioridade um)	<p>"Emergência: Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato."</p> <p>"Urgência: Ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata."</p>	<ul style="list-style-type: none">• Suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina• Perda de força progressiva medida de maneira objetiva• Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado• Diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral• Suspeita de infecção• Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente (inferior há 3 semanas)• Suspeita de síndrome de compressão medular• Exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia• Suspeita de infecção• Suspeita de fratura vertebral, luxação ou lesão medular associada a traumatismo recente (inferior há 3 semanas)• Diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral• Suspeita de fratura• Suspeita de fratura ou luxação• Suspeita de fratura ou luxação do tornozelo e/ou pé• Todas as situações de suspeita ou diagnóstico de fratura ou luxação pós trauma• Fratura ou luxação tratada com suspeita de síndrome compartimental
P2 (prioridade dois)	<p>Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a curto prazo</p>	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado• Diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica)• Lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese• Dor lombar com sinais de alerta*, sem indicação de avaliação emergencial• Sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos• Paciente com história prévia ou suspeita de câncer• Paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunodeprimidos/grupos de risco)• Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre, outros achados)• Dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna• Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

		<ul style="list-style-type: none"> • Todos os casos de deformidades (ainda não avaliadas por médico especialista/sem conduta definida) em maiores de 12 anos de idade • Dor lombar com duração maior que 12 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹ • Dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses • Diagnóstico de estenose de canal cervical/torácico ou mielopatia que não foram operados em caráter emergencial • Pacientes com cervicalgia/dorsalgia e artrite reumatoide (ou outra doença inflamatória/imunológica que determine instabilidade vertebral) • Dor cervical/torácica e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os membros, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado • Dor cervical com sinais de alerta*, sem indicação de avaliação • Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial • Todos os casos de deformidades/perda de movimentos/sequelas de fraturas/bursite/tendinite (ainda não avaliadas por médico especialista/sem conduta definida) em maiores de 12 anos de idade • Síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia ténar • Lesão ligamentar do joelho com potencial indicação cirúrgica • Lesão meniscal com potencial indicação cirúrgica • Subluxação patelar recorrente refratária ao tratamento conservador • Ruptura parcial/total traumática aguda de tendão do manguito rotador evidenciada em exame de imagem • Luxação recorrente de ombro após avaliação em serviço de emergência • Todos os casos de osteonecrose (necrose avascular ou asséptica) • Todos os casos de pé torto, deformidades congênitas no tornozelo/pé e deformidades (ainda não avaliadas por médico especialista/sem conduta definida) em crianças e adolescentes (até 18 anos de idade) • Fratura manejada em serviço de emergência e que apresenta deformidade ou prejuízo funcional, após tentativa de manejo conservador (se em período maior que 3 semanas, se em período inferior é considerada avaliação de emergência) • Qualquer escoliose/deformidade que ainda não tenha tido conduta nem orientação por equipe especializada e/ou àquelas que necessitem de orientação terapêutica adicional
--	--	--



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

<p style="text-align: center;">P3 (prioridade três)</p>	<p>Paciente com prejuízo moderado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a médio prazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Osteoartrose de quadril, joelho ou ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária); • Osteoartrose em mãos com deformidades que comprometam a função da mão; • Artrites não infecciosas de qualquer articulação • Cisto sinovial recorrente, ou com dor persistente, ou que cause prejuízo funcional; • Dedo em gatilho sem melhora com tratamento clínico otimizado¹; • Tenossinovite de Quervain sem melhora com tratamento clínico otimizado¹ • Síndrome do túnel do carpo com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos); • Ruptura parcial/total não traumática/crônica de tendão do manguito rotador em progressão ou com dor refratária ao tratamento clínico otimizado¹; • Osteoartrose de quadril com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado¹ por 3 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária) • Hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado¹; • Fascite plantar, patologias do coxim adiposo, síndrome do túnel do tarso ou metatarsalgia refratária ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses
<p style="text-align: center;">P4 (prioridade quatro)</p>	<p>Há prejuízo mínimo para as atividades diárias. Pode desenvolver agravos a saúde a longo prazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dor cervical/torácica com duração maior que 12 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹ • Síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹ • Dor no ombro refratária ao tratamento clínico otimizado¹ por um período de 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária)




SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Reumatologia e Ortopedia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – versão preliminar – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 46 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 3)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 188 p.: il.

 GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO <small> Secretaria da Saúde</small>	GRUPO DE REGULAÇÃO – COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - SES-SP			
	PROTOCOLO REGULAÇÃO DO ACESSO		PROTOCOLO CONSULTAS NA ESPECIALIDADES	OTORRINO-007
	Data da versão inicial: 01/05/2022	Versão nº02 Data da Emissão: 01/08/2024	Vigência 2024/2026	Páginas: 12

OTORRINOLARINGOLOGIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Protocolo para Consulta com Otorrinolaringologista

Este documento tem a finalidade de subsidiar a equipe da Atenção Básica quanto ao encaminhamento para a especialidade de **Otorrinolaringologista**, de pacientes com idade a partir de 0 (zero) anos, propiciando a oferta adequada e garantindo a equidade no atendimento. Diferentemente de outras especialidades, o otorrinolaringologista atende tanto a faixa etária pediátrica quanto a de adultos.

Pacientes com diagnóstico de neoplasia em região de cabeça e pescoço devem ter preferência no encaminhamento e ser direcionados para a Rede de Oncologia, segundo o protocolo de alta suspeição em oncologia.

Aqueles com obstrução nasal unilateral persistente associada a epistaxe ou drenagem purulenta, surdez súbita (após avaliação na emergência), colesteatoma, mastoidite crônica com drenagem, otite média crônica com tontura, paralisia facial periférica e disfonia persistente associada a fatores de risco (tabagismo, etilismo), devem ter preferência no encaminhamento à Otorrinolaringologia quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Importante: Sempre avaliar necessidade de encaminhar para serviço de emergência/urgência. Casos com **prioridade um (P1)** deverão ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência já referenciados/pactuados.

Após o diagnóstico, os casos deverão ser priorizados para agendamento seguindo a sequência **prioridade dois (P2), prioridade três (P3) ou prioridade quatro (P4)** em relação aos outros casos com o mesmo diagnóstico.

Solicitar aos pacientes para levar sempre os exames complementares disponíveis.

HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Otorrinolaringologia:

1. **Vertigem**
2. **Obstrução Nasal**
3. **Rinossinusite**
4. **Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS)**
5. **Otite**
6. **Hipoacusia**
7. **Disfonia**
8. **Disfagia**
9. **Lesões em Cavidade Oral**
10. **Lesões em Glândula Salivar**
11. **Paralisia Facial**
12. **Doenças das Amígdalas e Adenoides**

1. Vertigem¹

Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para serviços de urgência/ emergência:**

- **P1** Vertigem com suspeita de origem central (quadro 1) e/ou acompanhadas dos sinais de gravidade descritos abaixo:
 - sintomas ou sinais neurológicos focais (como cefaleia, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria, ataxia);



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- novo tipo de cefaleia, especialmente occipital (fora do padrão do apresentado pelo paciente; que apresenta mudanças);
- surdez súbita²: perda auditiva neurossensorial unilateral aguda sem causa óbvia identificada;
- nistagmo vertical, multidirecional ou que não apresenta supressão com a fixação visual;
- diagnóstico inicial de neuronite, sem nenhuma resposta após 7 dias de tratamento conservador e/ou sintomas incapacitantes.

¹Vertigem: tontura giratória.

²Pacientes com queixa de hipoacusia recomenda-se excluir causas reversíveis, como causas infecciosas ou mecânicas (cerume obstrutivo, por exemplo). Recomenda-se testar a audição na avaliação ambulatorial iniciando-se pelo teste do sussurro (sussurrar uma informação em cada ouvido e depois pedir ao paciente que repita o que foi sussurrado).

Quadro 1 – Achados sugestivos de vertigem central

1. Nistagmo vertical (altamente sugestivo) ou outras apresentações (horizontal, rotatório ou multidirecional), sem latência (não surge alguns segundos após o estímulo), não fatigável (não diminui com o tempo), sem inibição com fixação ocular, multidirecional;
2. Teste de skew: pedir que o paciente olhe para frente, depois cobrir e descobrir cada olho. O desvio vertical do olho coberto após ser descoberto é um teste anormal e indica envolvimento do tronco cerebral;
3. Teste de Romberg positivo com tendência a queda para frente ou para trás, com grande desequilíbrio, sem conseguir andar ou ficar em pé;
4. Presença de outros sinais e/ ou sintomas neurológicos focais (cefaleia, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria);
5. Surdez súbita unilateral.

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

- **P2** Vertigem posicional paroxística benigna (manobra de Dix Hallpike positiva);
- **P2** Vertigem periférica (quadro 2) com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS (como medicamentos, diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo descompensados, dislipidemias, Lues);
- **P3** Neuronite¹ sem melhora progressiva após 15 dias de tratamento conservador (terapia medicamentosa);
- **P3** Diagnóstico inicial de neuronite em paciente que cursa com recorrência de crises;
- **P3** Suspeita de Doença de Ménière² (presença de plenitude auricular, vertigem e/ou zumbido).

¹Neuronite: condição clínica de inflamação aguda do VIII par craniano que cursa com vertigem intensa, com náuseas, vômitos, geralmente autolimitada (duração de 7 a 14 dias).

²Doença de Ménière: condição clínica, idiopática ou secundária a causas sistêmicas, que cursa com aumento da pressão da endolinfa, apresentando-se com a tríade clássica de vertigem, com plenitude auricular e zumbido intenso (podendo ou não os três sintomas estarem concomitantes).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Quadro 2 – Achados sugestivos de vertigem periférica

1. Nistagmo horizontal ou horizonte-rotatório, com latência fatigável (que surge alguns segundos após o estímulo e costuma diminuir com o tempo) e inibido após fixação ocular, geralmente desencadeado após teste provocativo (como Manobra de Dix Hallpike);
2. Teste de Romberg positivo com tendência a desequilíbrio para os lados e leve a moderado;
3. Comumente associada a sintomas auditivos (zumbido, hipoacusia, plenitude auricular), com presença de náuseas e vômitos.

2. Obstrução Nasal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência, preferencialmente em serviço com médico otorrinolaringologista de plantão:

- **P1** Corpo estranho nasal;
- **P1** Epistaxe.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- **P2** Obstrução nasal associada a pólipos nasal com potencial indicação cirúrgica (como múltiplos pólipos, sintomas graves refratários ao tratamento conservador¹);
- **P2** Obstrução nasal associada a tumoração nasal (obstrução nasal unilateral persistente, apesar do tratamento conservador¹, associada a epistaxe ou drenagem purulenta);
- **P3** Obstrução nasal relacionada a fator estrutural:
 - ✓ desvio de septo;
 - ✓ hipertrofia de adenoide;
 - ✓ hipertrofia de cornetos inferiores
- **P4** Obstrução nasal sem etiologia definida após avaliação inicial na APS tendo sido excluída obstrução secundária a medicamentos, rinossinusite crônica ou rinite alérgica.

¹O tratamento conservador é definido, neste caso, pelo uso de spray de corticoide intranasal por pelo menos 3 meses, associado a uso nasal de solução salina e/ou uso de corticoides via oral.

3. Rinossinusite

O diagnóstico e o tratamento clínico para rinossinusite aguda e crônica devem ser realizados inicialmente na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência:

- **P1** Rinossinusite aguda ou crônica com sinais clínicos sugestivos de complicação (presença de edema periorbitário ou malar, exoftalmia, dificuldades visuais, alteração do estado mental, sinais meníngeos ou outros sinais neurológicos).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- **P3** Rinossinusite crônica:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- associada a anormalidades estruturais (desvio de septo, pólipos, entre outros);
- refratária ao tratamento clínico otimizado por pelo menos 3 meses;
- rinossinusite bacteriana recorrente (≥ 4 episódios ao ano).

4. Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS¹)

Condições clínicas que indicam a necessidade de **solicitação para polissonografia¹**:

- **P2** Paciente com suspeita de SAHOS.

¹A polissonografia é o exame que diagnostica várias alterações do sono, como a SAHOS. Pode ser solicitada pelo otorrinolaringologista, pneumologista, neurologista ou cardiologista.

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

- **P2** Paciente com suspeita de SAHOS² associada a fator obstrutivo de via aérea superior (como desvio de septo nasal, pólipos nasais, hipertrofia de amígdalas, entre outros).

²Suspeita de SAHOS: presença de dois entre os três sintomas: roncos, sonolência diurna excessiva e pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa.

5. Otite

Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para serviços de urgência/ emergência**:

- **P1** Suspeita de otite externa maligna (otite externa severa com otalgia que não responde ao tratamento da dor, dor em mastoide, tecido de granulação, necrose no conduto ou paralisia facial);
- **P1** Otite média com complicações graves (como mastoidite aguda¹, paralisia facial e meningite);
- **P1** Otite média aguda, com ou sem supuração.

¹A mastoidite aguda pode se apresentar com edema e/ou eritema retroauricular, deslocamento para baixo e para fora do pavilhão auricular, além de febre e otalgia.

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

- **P2** Otite média crônica com otorreia:
 - que persiste por mais de 3 meses; e
 - que apresenta alteração estrutural da membrana timpânica (como perfuração ou retração) ou da orelha média; ou
 - com presença de hipoacusia;
- **P2** Casos de otite externa maligna, após o manejo na emergência;
- **P2** Suspeita de colesteatoma²;
- **P3** Otite média com efusão (presença de líquido na orelha média com membrana timpânica íntegra) que persiste por mais de 3 meses;
- **P4** Membrana timpânica perfurada persistente após 6 semanas do tratamento da otite média aguda, sem otorreia;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P4 Mastoidite crônica³.**

²O diagnóstico inicial do colesteatoma é clínico: otorreia fétida, sanguinolenta ou não, persistente, com retração e/ou perfuração de membrana timpânica e uma massa brancacenta na orelha médica, geralmente com sinais de erosão óssea

³A mastoidite crônica é uma infecção supurativa das células aéreas da mastoide de longa duração (meses a anos).

6. Hipoacusia

Em pacientes com queixa de hipoacusia recomenda-se excluir causas reversíveis, como causas infecciosas ou mecânicas (cerume obstrutivo, por exemplo). Recomenda-se testar a audição na avaliação ambulatorial iniciando-se pelo teste do sussurro e pelo teste do reflexo cócleo-palpebral.

A oferta de exames audiológicos pode variar conforme as pactuações regionais.

Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para serviços de urgência/ emergência:**

- **P1 Surdez súbita¹.**

¹Perda auditiva de início agudo, na ausência de causas reversíveis e audiometria com perda auditiva neurosensorial.

7. Disfonia

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

- Disfonia persistente (maior ou igual a 3 semanas) e:
 - **P2** pessoa com alta suspeição de neoplasia (tabagista e/ou etilista, com sintomas associados, como disfagia orofaríngea, odinofagia ou perda de peso), considerando prioridade no encaminhamento se ausência de qualquer causa identificável na ocasião do diagnóstico; ou
 - **P3** associada a procedimentos cirúrgicos de cabeça, pescoço ou tórax ou intubação endotraqueal; ou
 - **P3** sem causa identificável (excluir infecções respiratórias agudas, uso excessivo da voz, uso de corticoides inalatórios para asma ou DPOC, doença do refluxo gastroesofágico);
- **P4** Disfonia associada a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) ou refluxo laríngeo refratária ao tratamento otimizado¹ por 2 meses.

¹Tratamento otimizado para DRGE ou refluxo laríngeo: medidas comportamentais e inibidor da bomba de prótons em dose plena.

8. Disfagia

Disfagia orofaríngea: dificuldade para iniciar a deglutição de líquidos ou sólidos, podendo estar associada à tosse, engasgos, regurgitação nasal e sensação de resíduo alimentar na faringe. Paciente costuma apontar a sensação na região cervical.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Disfagia esofágica: dificuldade para deglutir que inicia segundos após ingestão de sólidos ou líquidos, apresentando sensação de alimento trancado na região torácica.

Globus faríngeo: sensação de desconforto cervical descrito como “bola na garganta” ou sensação de “nó, aperto” na garganta. Sintoma costuma ser intermitente, pode ocorrer entre as refeições e piorar com questões psicossociais. Exame físico da região cervical normal (ausência de bócio ou Linfonodomegalia ou outras nódulações quaisquer).

Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para serviços de urgência/ emergência:**

- **P1** Pacientes com comprometimento agudo das vias aéreas ou suspeita de epiglotite ou supraglotite (dor de garganta grave, disfagia e sialorreia).

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

- **P2** Disfagia orofaríngea associada a sinais e sintomas sistêmicos que sugerem neoplasia (sintomas constitucionais, lesão visível à oroscopia, disfonia, aspiração/engasgos, linfonodomegalia cervical), segundo protocolo de alta suspeição em Oncologia;
- **P3** Disfagia orofaríngea persistente sem etiologia definida na APS.

9. Lesões em Cavidade Oral

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

- **P2** Leucoplasia (lesões brancas em mucosa oral, persistentes após raspagem com espátula, ou seja, aderidas à mucosa);
- **P3** Superficial/profunda, séssil/pediculada, endofítica/exofítica;
- **P3** Depressão tecidual;
- **P3** Alteração de cor do tecido, que não branca.

10. Lesões em Glândula Salivar

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

- **P2** Suspeita de neoplasia maligna de glândulas salivares (maiores ou menores), segundo protocolo de alta suspeição em oncologia;
- Cistos ou outras lesões potencialmente benignas em glândulas salivares maiores (parótida, sublingual e submandibular):
 - **P2** Sialodenite recorrente (submandibulites ou parotidites de repetição);
 - **P3** Sialolitíase (aumento de volume da glândula salivar devido a calculose em seu ducto excretor);
 - **P4** Rânula (por obstrução do ducto de drenagem de glândulas salivares maiores ou menores).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

11. Paralisia Facial

Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para serviços de urgência/ emergência:**

- **P1** Central: envolvimento do movimento de somente 2/3 inferiores da face;
- **P1** Periférica: paralisia completa.

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

- **P2** Periférica¹: enfraquecimento ou paralisia de um dos lados da face (acometimento do sétimo par), podendo ser idiopática², fratura do osso temporal ou por doenças que podem afetar a função do nervo facial (diabetes mellitus, HIV, doença de Lyme, herpes zoster, otite média, otite externa maligna).

¹Graus de I a VI pelo Sistema de House-Bruckmann (adotado pela Academia Americana de Otorrinolaringologia).

²Paralisia de Bell ou A Frigore (idiopática)

12. Doenças das Amígdalas e/ou Adenoides

Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para serviços de urgência/ emergência, preferencialmente em serviço com médico otorrinolaringologista de plantão:**

- **P1** Abscesso periamigdaliano (paciente com trismo e aumento de volume com hiperemia local, sinais de flutuação ao toque, em região de palato mole e pilar amigdaliano anterior).

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

- **P2** Assimetria de amígdalas (amígdalas palatinas visivelmente diferentes em tamanho);
- **P2** Hipertrofia obstrutiva de adenoide e/ou amígdalas (obstruindo a passagem do ar pela via aérea superior);
- **P3** Amigdalites e/ou adenoidites recorrentes (cinco vezes ou mais de sinais infecciosos/ano);
- **P4** Amigdalite Caseosa (presença de restos alimentares nas criptas amigdalianas, causando incômodo como halitose, inflamação local).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

QUADRO RESUMO – Síntese do HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Otorrinolaringologia conforme prioridade e cor:

P1 (prioridade um)	<p>"Emergência: Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato."</p> <p>"Urgência: Ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata."</p>	<ul style="list-style-type: none">• Vertigem com suspeita de origem central (quadro 1) e/ou acompanhadas dos sinais de gravidade• Corpo estranho nasal• Epistaxe• Rinossinusite aguda ou crônica com sinais clínicos sugestivos de complicação (presença de edema periorbitário ou malar, exoftalmia, dificuldades visuais, alteração do estado mental, sinais meníngeos ou outros sinais neurológicos)• Suspeita de otite externa maligna (otite externa severa com otalgia que não responde ao tratamento da dor, dor em mastoide, tecido de granulação, necrose no conduto ou paralisia facial)• Otite média com complicações graves (como mastoidite aguda¹, paralisia facial e meningite)• Otite média aguda, com ou sem supuração• Surdez súbita• Pacientes com comprometimento agudo das vias aéreas ou suspeita de epigloteite ou supragloteite (dor de garganta grave, disfagia e sialorreia)• Paralisia Facial Central: envolvimento do movimento de somente 2/3 inferiores da face• Paralisia Facial Periférica: paralisia completa• Abscesso periamigdaliano (paciente com trismo e aumento de volume com hiperemia local, sinais de flutuação ao toque, em região de palato mole e pilar amigdaliano anterior)
P2 (prioridade dois)	Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a curto prazo	<ul style="list-style-type: none">• Vertigem posicional paroxística benigna (manobra de Dix Hallpike positiva)• Vertigem periférica (quadro 2) com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS (como medicamentos, diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo descompensados, dislipidemias, Lues)• Obstrução nasal associada a pólipos nasal com potencial indicação cirúrgica (como múltiplos pólipos, sintomas graves refratários ao tratamento conservador)• Obstrução nasal associada a tumoração nasal (obstrução nasal unilateral persistente, apesar do tratamento conservador, associada a epistaxe ou drenagem purulenta)• Paciente com suspeita de SAHOS associada a fator obstrutivo de via aérea superior (como desvio de septo nasal, pólipos nasais, hipertrofia de amígdalas, entre outros)



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO**

		<ul style="list-style-type: none"> • Otite média crônica com otorreia: que persiste por mais de 3 meses; e que apresenta alteração estrutural da membrana timpânica (como perfuração ou retração) ou da orelha média; ou com presença de hipoacusia • Casos de otite externa maligna, após o manejo na emergência • Suspeita de colesteatoma • Disfonia persistente (maior ou igual a 3 semanas) e pessoa com alta suspeição de neoplasia (tabagista e/ou etilista, com sintomas associados, como disfagia orofaríngea, odinofagia ou perda de peso), considerando prioridade no encaminhamento se ausência de qualquer causa identificável na ocasião do diagnóstico • Disfagia orofaríngea associada a sinais e sintomas sistêmicos que sugerem neoplasia (sintomas constitucionais, lesão visível à oroscopia, disfonia, aspiração/engasgos, linfonodomegalia cervical), segundo protocolo de alta suspeição em Oncologia • Lesões em Cavidade Oral: Leucoplasia (lesões brancas em mucosa oral, persistentes após raspagem com espátula, ou seja, aderidas à mucosa) • Suspeita de neoplasia maligna de glândulas salivares (maiores ou menores), segundo protocolo de alta suspeição em oncologia • Cistos ou outras lesões potencialmente benignas em glândulas salivares maiores (parótida, sublingual e submandibular) com sialodenite recorrente (submandibulites ou parotidites de repetição) • Paralisia Facial Periférica com enfraquecimento ou paralisia de um dos lados da face (acometimento do sétimo par), podendo ser idiopática², fratura do osso temporal ou por doenças que podem afetar a função do nervo facial (diabetes mellitus, HIV, doença de Lyme, herpes zoster, otite média, otite externa maligna) • Assimetria de amígdalas (amígdalas palatinas visivelmente diferentes em tamanho) • Hipertrofia obstrutiva de adenoide e/ou amígdalas (obstruindo a passagem do ar pela via aérea superior)
P3 (prioridade três)	Paciente com prejuízo moderado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a médio prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Neuronite sem melhora progressiva após 15 dias de tratamento conservador (terapia medicamentosa) • Diagnóstico inicial de neuronite em paciente que cursa com recorrência de crises • Suspeita de Doença de Ménière (presença de plenitude auricular, vertigem e/ou zumbido) • Obstrução nasal relacionada a fator estrutural: desvio de septo; hipertrofia de adenoide; hipertrofia de cornetos inferiores



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

		<ul style="list-style-type: none"> Rinossinusite crônica: associada a anormalidades estruturais (desvio de septo, pólipos, entre outros); refratária ao tratamento clínico otimizado por pelo menos 3 meses; rinossinusite bacteriana recorrente (≥ 4 episódios ao ano) Otite média com efusão (presença de líquido na orelha média com membrana timpânica íntegra) que persiste por mais de 3 meses Disfonia persistente (maior ou igual a 3 semanas) e associada a procedimentos cirúrgicos de cabeça, pescoço ou tórax ou intubação endotraqueal Disfonia persistente (maior ou igual a 3 semanas) e sem causa identificável (excluir infecções respiratórias agudas, uso excessivo da voz, uso de corticoides inalatórios para asma ou DPOC, doença do refluxo gastroesofágico) Disfagia orofaríngea persistente sem etiologia definida na APS Lesões em Cavidade Oral: Superficial/profunda, séssil/pediculada, endofítica/exofítica Lesões em Cavidade Oral: Depressão tecidual Lesões em Cavidade Oral: Alteração de cor do tecido, que não branca Cistos ou outras lesões potencialmente benignas em glândulas salivares maiores (parótida, sublingual e submandibular) com sialolitíase (aumento de volume da glândula salivar devido a calculose em seu ducto excretor) Amigdalites e/ou adenoidites recorrentes (cinco vezes ou mais de sinais infecciosos/ano)
P4 (prioridade quatro)	Há prejuízo mínimo para as atividades diárias. Pode desenvolver agravos a saúde a longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> Obstrução nasal sem etiologia definida após avaliação inicial na APS tendo sido excluída obstrução secundária a medicamentos, rinossinusite crônica ou rinite alérgica Membrana timpânica perfurada persistente após 6 semanas do tratamento da otite média aguda, sem otorreia Mastoidite crônica Disfonia associada a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) ou refluxo laríngeo refratária ao tratamento otimizado por 2 meses Cistos ou outras lesões potencialmente benignas em glândulas salivares maiores (parótida, sublingual e submandibular) com Rânula (por obstrução do ducto de drenagem de glândulas salivares maiores ou menores) Amigdalite Caseosa (presença de restos alimentares nas criptas amigdalianas, causando incômodo como halitose, inflamação local)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO


REFERÊNCIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial – Otorrinolaringologia Adulto: versão digital 2023. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 23 mai. 2018 [atual. 3 mai. 2023]. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/otorrinolaringologia.pdf. Acesso em: 8, Mar, 2024.

SÃO PAULO (Estado). Secretária de Estado da Saúde. Deliberação CIB nº 53, 21-05-2021. Aprova a Nota Técnica CIB – Protocolo Estadual de Alta Suspeição em Oncologia e Diretrizes para a pactuação de Protocolo Regional de Acesso à Rede de Alta Complexidade em Oncologia no estado de São Paulo.

SÃO PAULO (Estado). Secretária de Estado da Saúde. Deliberação CIB nº 62, 27-06-2022. Aprova a Nota Técnica CIB – Protocolo Clínico de Regulação de Acesso para Tratamento de Alta Complexidade em Oncologia.

 GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO <small> Secretaria da Saúde</small>	GRUPO DE REGULAÇÃO – COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - SES-SP			
	PROTOCOLO REGULAÇÃO DO ACESSO		PROTOCOLO CONSULTAS NA ESPECIALIDADES	PNEUMO-008
	Data da versão inicial: 01/05/2022	Versão nº02 Data da Emissão: 01/08/2024	Vigência 2024/2026	Páginas: 10

PNEUMOLOGIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Protocolo para Consulta com Pneumologista

Este documento tem a finalidade de subsidiar a equipe da Atenção Básica quanto ao encaminhamento para a especialidade de **pneumologia**, de pacientes com idade acima de 12 (doze) anos, propiciando a oferta adequada e garantindo a equidade no atendimento

Importante: Sempre avaliar necessidade de encaminhar para serviço de emergência/urgência. Casos com **prioridade um (P1)** deverão ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência já referenciados/pactuados

Após identificação da hipótese diagnóstica (HD), os casos deverão ser priorizados para agendamento seguindo a sequência **P2 (prioridade dois), P3 (prioridade três) ou P4 (prioridade quatro)**.

Solicitar aos pacientes para levar sempre os exames complementares disponíveis.

HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Pneumologia:

- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- Asma
- Alterações em exames complementares
- Neoplasia pulmonar
- Tosse crônica e dispneia
- Síndrome da apneia e hipopneia Obstrutiva do sono (SAHOS)
- Tabagismo
- Pós-COVID-19

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- **P1** Exacerbação de DPOC com sinais de gravidade que não possibilitam manejo na APS

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento a Pneumologia:

- **P2** DPOC de difícil controle (duas ou mais internações ou idas à emergência por exacerbação de DPOC no último ano, em uso de corticoide inalatório e beta-2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação);
- **P2** DPOC muito grave (VEF1 menor do que 30% do previsto);
- **P2** Avaliação para oxigenoterapia domiciliar prolongada (saturação de oxigênio menor ou igual a 92% em repouso no ar ambiente e fora de crise);
- **P3** Paciente que persiste sintomático (pontuação maior ou igual a 2 na escala de dispneia mMRC (**QUADRO A**) ou pontuação maior ou igual a 10 no instrumento de Avaliação do DPOC (CAT - COPD Assessment Test™)) mesmo com tratamento otimizado (em uso de corticoide inalatório e beta-2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação);
- **P3** Suspeita de cor pulmonale

Asma

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P1** Crise de asma com sinais de gravidade que não possibilitam manejo na APS;

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- **P2** Asma de difícil controle (paciente que necessita tratamento clínico em estágio 5);
- **P2** Asma grave (paciente que necessita manter tratamento em Estágio 4 e 5 por mais de 6 meses para controle);
- **P3** Pacientes com indicadores de fatalidade¹;
- **P4** Asma lábil (crises que iniciam abruptamente e de forma grave, principalmente quando o paciente não consegue reconhecer sintomas iniciais da crise)

1 Indicadores de fatalidade em pacientes asmáticos

<i>Episódio de crise de asma grave alguma vez na vida (parada cardiorrespiratória, necessidade de ventilação mecânica ou internação em UTI)</i>
<i>Episódio prévio de hospitalização no último ano</i>
<i>Três ou mais consultas em serviços de emergência no último ano</i>
<i>Paciente com asma e episódios de anafilaxia ou alergia alimentar conhecida</i>

Fonte: Ministério da Saúde (2016) adaptado de GINA, GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (2014).

Alterações em exames complementares

Achados isolados em exame de imagem – como cicatrizes de tuberculose, nódulo calcificado, espessamento pleural e atelectasia laminar – geralmente são achados benignos e não necessitam investigação com pneumologista ou cirurgião torácico. Nesses casos, avaliar sintomas, sinais clínicos e fatores de risco que sugiram seguimento para investigação.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Torácica ou Pneumologia (conforme a disponibilidade local):

- **P2** Nódulo suspeito (aspecto espiculado, paciente tabagista, densidade de partes moles) com indicação de seguimento com exame de imagem, na impossibilidade de realizar TC na APS;

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pneumologia:

- **P2** Alterações em exames complementares correlacionados com quadro clínico instável e que geram dúvida diagnóstica;
- **P3** Alterações em exames complementares compatíveis com doença pulmonar intersticial

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Clínica (conforme brevidade exigida para o atendimento e disponibilidade local):

- **P2** Nódulo pulmonar solitário não calcificado maior que 01 cm ou massa pulmonar sugestivo de neoplasia maligna;
- **P2** Lesão pulmonar solitária sugestivo de neoplasia maligna;
- **P2** Lesão única em mediastino sugestiva de neoplasia maligna;
- **P2** Massa mediastinal;
- **P2** Lesão única em parede torácica (costelas, esterno e partes moles) excetuando-se as lesões da mama, sugestiva de neoplasia maligna



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Neoplasia pulmonar

Critérios clínicos-laboratoriais de alta suspeição em oncologia: Tosse com expectoração; hemoptoica; Dor no peito; Rouquidão; Dispneia; Emagrecimento inexplicável; Histórico de tabagismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- **P1** Lesão mediastinal ou pulmonar com sinais ameaçadores à vida (dispneia grave, síndrome de veia cava superior, pulso paradoxal, síndrome de Horner, etc);

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Torácica:

- **P2** Massa (lesão sólida circunscrita maior que 3 cm);
- **P2** Lesão sólida ou subsólida com alterações clínicas ou radiológicas sugestivas de malignidade, independentemente do tamanho;
- **P2** Nódulo sólido maior ou igual a 8 mm, independente do risco pessoal para câncer de pulmão;
- **P2** Nódulo com crescimento no seguimento do exame de imagem;
- **P3** Nódulo sólido maior ou igual a 4 mm e menor que 8 mm em pessoas com alto risco para câncer de pulmão^{1, 2, 3};
- **P3** Nódulos subsólidos;
- **P3** Outras alterações em exame de imagem sugestiva de neoplasia pulmonar

1 Alterações clínicas ou radiológicas sugestivas de malignidade: hemoptise, perda ponderal, linfonodomegalia supraclavicular, cervical ou mediastinal, derrame pleural, nódulo com bordas irregulares, espiculadas ou lobuladas.

2 Alto risco para câncer de pulmão (presença de pelo menos um dos critérios): História atual/prévia de tabagismo ou exposição ocupacional a agentes carcinogênicos (asbesto, radiação ionizante, arsênio, crômio e níquel) ou história prévia de neoplasia ou história familiar de neoplasia pulmonar.

3 Nódulos sólidos de 5 a 7 mm, em pacientes sem critérios do Alto Risco, podem ser acompanhados em UBS, desde que seja feita nova imagem (TC) em 6 e 12 meses e outra nova imagem entre 12 e 24 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Torácica ou Pneumologia (conforme a disponibilidade local):

- **P4** Nódulo sólido com indicação de seguimento com exame de imagem, na impossibilidade de realizar TC de Tórax;

Tosse crônica e dispneia

Paciente com suspeita de tuberculose deve ser avaliado, preferencialmente, em serviço de fisiologia de referência

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- **P3** Pacientes com tosse crônica, após investigação inconclusiva na APS e ausência de resposta ao tratamento empírico para as causas mais comuns (síndrome da tosse de vias aéreas superiores, asma, doença do refluxo gastroesofágico, DPOC);
- **P4** Pacientes com dispneia crônica de provável etiologia pulmonar, após investigação inconclusiva na APS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia torácica:

- **P2** Paciente com tosse ou dispneia e suspeita de neoplasia por alteração em exame de imagem de tórax

Síndrome da apneia e hipopneia Obstrutiva do sono (SAHOS)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- **P2** Diagnóstico de SAHOS moderado/grave (maior ou igual a 15 eventos por hora) determinado por polissonografia;
- **P3** Pacientes com suspeita de SAHOS na impossibilidade de solicitar polissonografia

Tabagismo

Tabagismo é condição de saúde sensível às ações na APS. É na APS que se deve fornecer tratamento apropriado para a condição, tendo como potencializador de sua efetividade a facilidade de acesso e o vínculo do paciente com a equipe prestadora do cuidado

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- **P2** Fagerström¹ acima de 6;
- **P2** Motivado para cessação do tabagismo (na fase de preparação);
- **P3** Presença de doença relacionada ou agravada pelo tabagismo;
- **P3** Falência de tratamento na APS (5 tentativas com tratamento apropriado: apoio individualizado ou grupo sistematizado e tratamento farmacológico) ou indisponibilidade deste tratamento;
- **P4** Ausência de comorbidade psiquiátrica importante, ou dependência a drogas (incluindo álcool)

1 Mede o grau de dependência à nicotina. Todo paciente deve ter aferido o seu grau de dependência à nicotina. É a dependência da nicotina que mantém o vício e causa os sintomas de nas pessoas que tentam parar de fumar, fazendo com que 90% delas voltem a fumar dentro de um ano.

Pós-COVID-19

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- **P2** Presença de limitação significativa das atividades devido a dispneia, grau 3 ou 4 da escala do mMRC (**QUADRO A**);
- **P2** Persistência da hipoxemia e internação por COVID-19 com intubação orotraqueal;
- **P2** Avaliação para uso de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP);
- **P3** Persistência de dispneia sem outras causas aparentes;
- **P3** Presença de alterações em imagem radiológica de tórax com intersticiopatia em pacientes pós diagnóstico da COVID-19 com ou sem dispneia



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Quadro A: Escala modificada do Medical Research Council (mMRC) para avaliação da dispneia.

0	Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso
1	Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira
2	Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas de minha idade
3	Paro para tomar fôlego após caminhar cerca de 100 metros ou após alguns minutos, no plano
4	Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

QUADRO RESUMO – Síntese do HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Pneumologia conforme prioridade e cor:

P1 (prioridade um)	<p>"Emergência: Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato"</p> <p>"Urgência: Ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata"</p>	<ul style="list-style-type: none">• Exacerbação de DPOC com sinais de gravidade que não possibilitam manejo na APS• Crise de asma com sinais de gravidade que não possibilitam manejo na APS• Lesão mediastinal ou pulmonar com sinais ameaçadores à vida (dispneia grave, síndrome de veia cava superior, pulso paradoxal, síndrome de Horner, etc)
P2 (prioridade dois)	<p>Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a curto prazo</p>	<ul style="list-style-type: none">• DPOC de difícil controle (duas ou mais internações ou idas à emergência por exacerbação de DPOC no último ano, em uso de corticoide inalatório e beta-2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação)• DPOC muito grave (VEF1 menor do que 30% do previsto)• Avaliação para oxigenoterapia domiciliar prolongada (saturação de oxigênio menor ou igual a 92% em repouso no ar ambiente e fora de crise)• Asma de difícil controle (paciente que necessita tratamento clínico em estágio 5);• Asma grave (paciente que necessita manter tratamento em Estágio 4 e 5 por mais de 6 meses para controle)• Alterações em exames complementares correlacionados com quadro clínico instável e que geram dúvida diagnóstica



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

		<ul style="list-style-type: none"> • Paciente com tosse ou dispneia e suspeita de neoplasia por alteração em exame de imagem de tórax • Diagnóstico de SAHOS moderado/grave (maior ou igual a 15 eventos por hora) determinado por polissonografia • Fagerström acima de 6 • Motivado para cessação do tabagismo (na fase de preparação) • Presença de limitação significativa das atividades devido a dispneia, grau 3 ou 4 da escala do mMRC • Persistência da hipoxemia e internação por COVID-19 com intubação orotraqueal • Avaliação para uso de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP)
P3 (prioridade três)	Paciente com prejuízo moderado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a médio prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente que persiste sintomático (pontuação maior ou igual a 2 na escala de dispneia mMRC ou pontuação maior ou igual a 10 no instrumento de Avaliação do DPOC (CAT - COPD Assessment Test™)) mesmo com tratamento otimizado (em uso de corticoide inalatório e beta-2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação) • Suspeita de cor pulmonale • Pacientes com indicadores de fatalidade • Alterações em exames complementares compatíveis com doença pulmonar intersticial • Pacientes com tosse crônica, após investigação inconclusiva na APS e ausência de resposta ao tratamento empírico para as causas mais comuns (síndrome da tosse de vias aéreas superiores, asma, doença do refluxo gastroesofágico, DPOC) • Pacientes com suspeita de SAHOS na impossibilidade de solicitar polissonografia • Presença de doença relacionada ou agravada pelo tabagismo; • Falência de tratamento na APS (5 tentativas com tratamento apropriado: apoio individualizado ou grupo sistematizado e tratamento farmacológico) ou indisponibilidade deste tratamento; • Persistência de dispneia sem outras causas aparentes; • Presença de alterações em imagem radiológica de tórax com intersticiopatia em pacientes pós diagnóstico da COVID-19 com ou sem dispneia



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

P4 (prioridade quatro)	Há prejuízo mínimo para as atividades diárias. Pode desenvolver agravos a saúde a longo prazo	<ul style="list-style-type: none">• Asma lábil (crises que iniciam abruptamente e de forma grave, principalmente quando o paciente não consegue reconhecer sintomas iniciais da crise)• Nódulo sólido com indicação de seguimento com exame de imagem, na impossibilidade de realizar TC de Tórax• Pacientes com dispneia crônica de provável etiologia pulmonar, após investigação inconclusiva na APS• Ausência de comorbidade psiquiátrica importante, ou dependência a drogas (incluindo álcool)
---	---	---



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO


REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde Cirurgia Torácica e Pneumologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 31p: il (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v 5)

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 188 p: il

GINA Report, Global strategy for Asthma management and prevention [site na Internet] Disponível <https://ginasthmaorg/wp-content/uploads/2022/07/GINA-2022-Pocket-Guide-WMSpdf>

SÃO PAULO (Estado). Secretária de Estado da Saúde Deliberação CIB nº 53, 21-05-2021 Aprova a Nota Técnica CIB – Protocolo Estadual de Alta Suspeição em Oncologia e Diretrizes para a pactuação de Protocolo Regional de Acesso à Rede de Alta Complexidade em Oncologia, no estado de São Paulo.

 GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO <small> Secretaria da Saúde</small>	GRUPO DE REGULAÇÃO – COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - SES-SP			
	PROTOCOLO REGULAÇÃO DO ACESSO		PROTOCOLO CONSULTAS NA ESPECIALIDADES	REUMATO-009
	Data da versão inicial: 01/05/2022	Versão nº02 Data da Emissão: 01/08/2024	Vigência 2024/2026	Páginas: 21

REUMATOLOGIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Protocolo para Consulta com Reumatologista

Este documento tem a finalidade de subsidiar a equipe da Atenção Básica quanto ao encaminhamento para a especialidade de **reumatologia**, propiciando a oferta adequada e garantindo a equidade no atendimento.

Este protocolo considera o atendimento de adultos e crianças em qualquer faixa etária.

Nota da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2023: "O atendimento de crianças e adolescentes (preferencialmente até 18 anos) com doenças reumatológicas deve ser realizado prioritariamente pelo reumatologista pediátrico e estimula-se a contratação deste profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos serviços de Saúde Suplementar.

Em locais que não tenham disponibilidade de reumatologista pediátrico, a Sociedade Brasileira de Reumatologia sugere que estes pacientes possam ser atendidos pelo reumatologista de adulto e com apoio da Pediatria Geral, sempre que houver necessidade. Entretanto, o especialista de adultos deve se sentir apto, confortável e seguro na condução destes casos pediátricos.

No Brasil, não existe portaria, decreto ou normativa que proíbe o médico especialista em reumatologia de adultos atender crianças e adolescentes." (Nota disponível em: [Atendimento de crianças e adolescentes com doenças reumatológicas](#))

Importante: Sempre avaliar necessidade de encaminhar para serviço de emergência/urgência. Casos com **P1 (prioridade um)** deverão ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência já referenciados/pactuados.

Após identificação da hipótese diagnóstica (HD), os casos deverão ser priorizados para agendamento seguindo a sequência **P2 (prioridade dois), P3 (prioridade três) ou P4 (prioridade quatro)**.

Solicitar aos pacientes para levar sempre os exames complementares disponíveis.

HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Reumatologia:

1. **Artrite reumatoide**
2. **Artrite psoriásica**
3. **Artrites inflamatórias iniciadas na infância / Artrite idiopática juvenil (AIJ)**
4. **Artrites infecciosas**
5. **Artrites microcristalinas (gota, doença por pirofosfato de cálcio, doença por fosfato básico de cálcio)**
6. **Osteoartrite**
7. **Lombalgias e Espondiloartrites – espondilite anquilosante, lombalgia inflamatória e alterações em exame de imagem da coluna lombar**
8. **Lúpus eritematoso sistêmico (LES)**
9. **Esclerose Sistêmica, doença mista do tecido conjuntivo e síndromes de sobreposição (overlap)**
10. **Doenças autoinflamatórias: doença de Still do adulto, febre familiar do mediterrâneo**
11. **Febre reumática**
12. **Doença de Behçet**
13. **Osteoporose e doenças osteometabólicas**
14. **Miopatias autoimunes sistêmicas**
15. **Vasculites sistêmicas**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

16. Síndrome antifosfolípide (SAF)

17. Doença de Sjögren

18. Fibromialgia

19. Partes moles – síndrome miofascial, bursites, tendinopatias

1. Artrite reumatoide

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

- **P2** Quadro refratário a 1 DMARD (droga modificadora de doença reumática), por exemplo metotrexato em dose otimizada (25 mg/semana) ou contraindicação ou efeito adverso à medicação;
- **P2** Presença de manifestações extra articulares: intersticiopatia, serosite, esclerite, etc.
- **P3** Suspeita de artrite reumatoide (quadro 1);
- **P4** Diagnóstico de artrite reumatoide.

Quadro 1 - O DIAGNÓSTICO DE ARTRITE REUMATÓIDE é feito quando pelo menos 4 dos seguintes critérios estão presentes por pelo menos 6 semanas:

- Rigidez articular matinal durando pelo menos 1 hora
- Artrite em pelo menos três articulações
- Artrite de articulações das mãos: punhos, interfalângicas proximais e metacarpofalângicas
- Artrite simétrica (por exemplo no punho esquerdo e no direito)
- Presença de nódulos reumatoides
- Presença de autoanticorpos: fator reumatoide, anti-CCP (peptídeo citrulinado cíclico)
- Elevação de provas de atividade inflamatória (proteína C reativa [PCR], velocidade de hemossedimentação [VHS])
- Alterações em exames de imagem:
 - Radiografia: erosões articulares ou osteopenia periarticular
 - Ultrassonografia: derrame articular, sinovites, tendinites, power Doppler
 - Ressonância magnética: derrame articular, sinovites, tendinites

Fonte: Colégio Americano de Reumatologia

2. Artrite psoriásica

A artrite psoriásica, por ser bem mais rara do que a artrite reumatoide, e em geral associada a psoríase cutânea, que por ser de tratamento com o dermatologista e com a utilização de medicamentos em comum, merece o seguimento conjunto com o reumatologista.

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

- **P2** Suspeita de artrite psoriásica;
- **P3** Diagnóstico de artrite psoriásica (ver quadro 2);
- **P3** Seguimento de artrite psoriásica.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Quadro 2 - CRITÉRIOS CASPAR PARA DIAGNÓSTICO DE ARTRITE PSORÍACA
Apresentar obrigatoriamente: Doença infamatória articular (artrite periférica, axial ou nas enteses) e pontuação igual ou superior a 3 nas seguintes categorias
1. Psoríase*: no momento da avaliação (2 pontos), histórico de psoríase (1 ponto) ou antecedente familiar (1 ponto)
2. Distrofia ungueal**: (1 ponto)
3. Fator reumatoide negativo: (1 ponto)
4. Dactilite***: atual (1 ponto) ou histórico de dactilite: (1 ponto)
5 Radiografia (mãos e pés) com evidência radiológica de proliferação óssea****: (1 ponto)
*- Psoríase no momento da avaliação é considerada a psoríase cutânea ou de couro cabeludo presente na avaliação por reumatologista ou dermatologista. - Histórico de psoríase é definido como a história da doença relatada por paciente, clínico geral, dermatologista, reumatologista ou outro profissional de saúde qualificado. - Antecedente familiar é definido como a história de psoríase em familiar de primeiro ou segundo grau segundo relato do paciente.
**Distrofia ungueal, incluindo onicólise, pitting e hiperkeratose, observada em avaliação clínica.
***Dactilite definida como aumento de digital difuso - atual ou história.
****Evidência radiográfica de neoformação óssea justa-articular (excluindo formação osteofítica) nas radiografias de mãos e pés.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoríaca. Fevereiro/2021. (Adaptado de: Taylor W. et al., 2006.).

Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, et al. Classification Criteria for Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheum.* 2006;54(8):2665-73.

3. Artrites inflamatórias iniciadas na infância / Artrite idiopática juvenil (AIJ)

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

- **P2** Suspeita de AIJ sistêmica: Dor articular inflamatória em 1 (uma) ou mais articulações com febre por mais de 2 semanas **E** rash cutâneo rosa salmão evanescente **E/OU** linfonodomegalia generalizada **E/OU** hepato/esplenomegalia **E/OU** serosite;
- **P3** Suspeita de AIJ: artrite inflamatória em 1 (uma) ou mais articulações, excluídas causas infecciosas.

4. Artrites infecciosas

I - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para urgência/emergência**:

- **P1** Monoartrite aguda (<14 dias) com sinais sistêmicos (febre, fraqueza) e suspeita de artrite séptica;
- **P1** Oligoartrite aguda com pustulose cutânea e/ou histórico de uretrite – suspeita de artrite gonocócica.

II - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para reumatologia**:

- **P2** Monoartrite crônica inflamatória (> 3 meses) – suspeita de artrite por tuberculose, fungos, neoplásica etc.;
- **P3** Chikungunya – artrite por mais de 1 mês.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

5. Artrites microcristalinas (gota, doença por pirofosfato de cálcio, doença por fosfato básico de cálcio)

I - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para reumatologia**:

- **P2** Diagnóstico de gota (ver quadro 3) e crises recorrentes (três ou mais no intervalo de um ano) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado¹;
- **P3** Diagnóstico de gota e ácido úrico fora do alvo terapêutico (alvo determinado por ácido úrico sérico <6 mg/dL em pessoas sem *tofo gotoso e < 5 mg/dL em pessoas com *tofo gotoso) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado;
- **P3** Pacientes com gota com contraindicação ou efeito adverso grave ao tratamento padrão da gota;
- **P3** Pacientes com doença por pirofosfato de cálcio ou fosfato básico de cálcio sem resposta ao tratamento com colchicina, ou seja, crises recorrentes.

¹ Tratamento farmacológico otimizado consiste em profilaxia das crises com colchicina (na contraindicação pode-se utilizar AINEs ou corticosteroides em dose baixa) associada a tratamento hipouricemiante com alopurinol até 800 mg ao dia e/ou benzbromarona até 300 mg ao dia. Pacientes com diagnóstico de gota e que estejam estáveis, sem crises com adequada adesão ao tratamento otimizado não precisam ter sua terapia modificada caso o ácido úrico esteja fora do alvo terapêutico.

*Tofo gotoso: nódulos cutâneos, que se localizam preferencialmente sobre joelhos, cotovelos, dedos e pavilhão auricular.

II - Condições clínicas que indicam a necessidade **de encaminhamento para reumatologia E nefrologia**:

- **P3** Diagnóstico de gota e origem incerta da hiperuricemia (jovens, mulheres pré-menopausa);
- **P3** Diagnóstico de gota e Doença Renal Crônica (DRC) em estágios III, IV e V (necessário seguimento com o nefrologista e reumatologista).

Nota: O paciente com gota deve ser encaminhado para avaliação metabólica mais extensa e orientação dietética mais abrangente. Assim sendo, o seguimento deve contemplar mudanças de hábitos de vida, incluindo o acompanhamento com nutricionista.

Quadro 3 – GOTA: CRITÉRIOS

6. Crise articular de início rápido, em geral autolimitado em dias;
7. Achado de cristal de monourato de sódio em líquido sinovial;
8. Artrite gotosa:
 - a) Topografia típica: podagra (articulação 1ª metatarsfalângica), tornozelo ou mediopé;
 - b) Características: eritema, dor ao toque, limitação funcional;
 - c) Duração: dor máxima em menos de 24 horas, resolução em até 14 dias, período entre crises assintomático.
9. Presença de tofos;
10. Laboratório:
 - a) Ácido úrico (pelo menos 4 semanas após a crise), quanto mais alto mais sugestivo;
 - b) líquido sinovial com cristais de monourato de sódio.
11. Imagem:
 - a) radiografia com erosão em saca-bocado (achado tardio);
 - b) ultrassonografia ou tomografia de dupla energia com achados de deposição de urato.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

6. Osteoartrite

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

- **P3** Suspeita de doença articular inflamatória;
- **P3** Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica;
- **P4** Osteoartrite em pacientes jovens com ou sem fator de risco **E** sem história de traumas;
- **P4** Osteoartrite em sítios não usuais (são sítios usuais: interfalângicas proximais e distais, rizartrose, acromioclavicular, coluna, quadris, joelhos, primeira metatarsofalângica).

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Quadro 4 - SINAIS E SINTOMAS COMUNS NA OSTEOARTRITE
<ul style="list-style-type: none">• Osteoartrite do joelho (critério clínico e radiológico): dor no joelho associada a osteófitos nas margens articulares na radiografia do joelho e mais um critério clínico: 1. Idade superior a 40 anos; 2. Rigidez matinal com duração inferior a 30 minutos; 3. Crepitação da mobilização ativa da articulação.
<ul style="list-style-type: none">• Osteoartrite do quadril (critério clínico, radiológico e laboratorial): dor no quadril e pelo menos 2 critérios dos 3 critérios: 1. VHS < 20 mm/h; 2. Osteófitos femoral ou acetabular na radiografia de quadril; 3. Diminuição do espaço interarticular (superior, axial e/ou medial) na radiografia de quadril.
<ul style="list-style-type: none">• Osteoartrite da mão (critério clínico): dor ou rigidez das mãos e pelo menos 2 dos 3 critérios: 1. Alargamento ósseo de duas ou mais articulações definidas (2º e 3º interfalângicas distais, 2º e 3º interfalângicas proximais e 1ª articulação carpometacarpal de ambas as mãos); 2. Menos de três articulações metacarpofalângicas com edema (3 ou mais articulações é sugestivo de outras doenças, por exemplo, artrite psoriásica); 3. Deformidade de pelo menos 1 das 10 articulações definidas.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015). UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. (Adaptado de: American College of Rheumatology, 1991).

ALTMAN, R. et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis and Rheumatism*, Atlanta, v. 34, n. 5, p. 505-514, 1991.

7. Lombalgia e espondiloartrites – espondilite anquilosante, lombalgia inflamatória e alterações em exame de imagem da coluna lombar

I - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento urgência/emergência**:

- **P1** Suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (ver quadro 5);
- **P1** Perda de força progressiva medida de maneira objetiva;
- **P1** Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado¹;
- **P1** Diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral;
- **P1** Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas);
- **P1** Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso (analgesia simples) e acompanhamento fisioterápico por no mínimo 6 semanas, adaptado às condições do paciente.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

II - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para reumatologia:**

- **P2** Dor lombar crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória (ver quadro 6);
- **P2** Achado em ressonância magnética ou tomografia computadorizada de sacroilíte

III - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para exame de imagem (ressonância magnética nuclear – RMN –, ou tomografia computadorizada – TC)**, se raio-X normal ou inconclusivo para os casos de **dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:**

- **P2** Paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
- **P2** Paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores);
- **P2** Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre, outros achados);
- **P2** Dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna;
- **P2** Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose;
- **P2** Dor lombar com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.
- **P4** Sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Nota: Para os casos de "**dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial**" o exame de imagem deverá ser solicitado pelo profissional que realiza o primeiro atendimento, devendo o paciente ser encaminhado, após a realização do exame, ao especialista conforme o diagnóstico apresentado em laudo.

Quadro 5 - SUSPEITA DE SÍNDROME DE CAUDA EQUINA, COMPRESSÃO DE CONE MEDULAR OU COMPRESSÃO MEDULAR

Compressão medular (cervical ou torácica)

- Tetra/paraparesia;
- Presença de nível sensitivo – hipo ou anestesia abaixo do provável nível da lesão;
- Espasticidade;
- Presença de reflexos tendinosos profundos aumentados abaixo do nível da lesão;
- Presença de sinais de liberação piramidal (sinais de Hoffmann, Trömner, Babinski, clônus);
- Presença do sinal de Lhermitte;
- Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal;
- Síndrome medular central (sintomas de hipo/atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos MMSS e, mais proeminentemente, mão).

Compressão de cone medular ou cauda equina (lombossacra)

- Perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica);
- Anestesia em sela;
- Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015). UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Quadro 6 - DOR LOMBAR DE CARACTERÍSTICA INFLAMATÓRIA (ao menos 4 dentre os 5 critérios)

- Primeiros sintomas iniciaram antes dos 40 anos
- Início insidioso
- Melhora com exercício
- Sem melhora com repouso
- Dor noturna (com melhora ao levantar-se)

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015). UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. (Adaptado de: Rudwaleit, 2009).

RUDWALEIT, M. et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Annals of the Rheumatic Diseases* v.68. p.777-783.2009.

8. Lúpus eritematoso sistêmico (LES)

I - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento urgência/emergência:**

- **P1** Suspeita ou diagnóstico de LES com sinais/sintomas ameaçadores à vida:
 - Anemia importante (Hb < 8) e/ou com suspeita de anemia hemolítica (icterícia, aumento de bilirrubina indireta, aumento de desidrogenase láctica [DHL], consumo de haptoglobina, teste antiglobulina direto positivo [Coombs direto], aumento de reticulócitos);
 - Plaquetopenia com sangramento;
 - Insuficiência respiratória, precordialgia – poliserosite, derrame pleural importante, derrame pericárdico, dor pleurítica, pericardite, síndrome de pulmão encolhido;
 - Elevação de creatinina com alteração do sedimento urinário e/ou elevação de pressão arterial (urina tipo I) – leucocitúria, hematúria, cilindros urinários, hemácias dismórficas;
 - Alteração aguda do comportamento, alucinações – suspeita de acometimento de sistema nervoso central;
 - Alteração de sensibilidade e/ou força – suspeita de acometimento de sistema nervoso periférico;

II - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para reumatologia:**

- **P2** Diagnóstico de LES (ver quadro 7);
- **P2** Suspeita de LES (pelo menos 3 critérios clínicos/laboratoriais);
- **P2** Seguimento de LES.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Quadro 7 - LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES): CRITÉRIOS ACR (American College of Rheumatology)

O diagnóstico do LES é estabelecido a partir da presença de pelo menos 4 dos 11 critérios de classificação, em qualquer momento da vida dos pacientes, propostos pelo American College of Rheumatology (ACR) em 1982 e revisados em 1997, aceitos universalmente, conforme descritos abaixo:

- 1. Eritema malar:** eritema fixo, plano ou elevado nas eminências malares, tendendo a poupar a região nasolabial.
- 2. Lesão discoide:** lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.
- 3. Fotossensibilidade:** eritema cutâneo resultante de reação incomum ao sol, por história do paciente ou observação do médico.
- 4. Úlcera oral:** ulceração oral ou nasofaríngea, geralmente não dolorosa, observada pelo médico
- 5. Artrite:** artrite não erosiva envolvendo 2 ou mais articulações periféricas, caracterizada por dor à palpação, edema ou derrame.
- 6. Serosite:** a) pleurite – história convincente de dor pleurítica ou atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural; ou b) pericardite – documentada por eletrocardiografia ou atrito ou evidência de derrame pericárdico
- 7. Alteração renal:** a) proteinúria persistente de mais de 0,5 g/dia ou acima de 3+ (+++) se não quantificada; ou b) cilindros celulares – podem ser hemáticos, granulares, tubulares ou mistos.
- 8. Alteração neurológica:** a) convulsão – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos); ou b) psicose – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos).
- 9. Alterações hematológicas:** a) anemia hemolítica com reticulocitose; ou b) leucopenia de menos de 4.000/mm³ em duas ou mais ocasiões; ou c) linfopenia de menos de 1.500/mm³ em duas ou mais ocasiões; ou d) trombocitopenia de menos de 100.000/mm³ na ausência de uso de fármacos causadores.
- 10. Alterações imunológicas:** a) presença de anti-DNA nativo; ou b) presença de anti-Sm; ou c) achados positivos de anticorpos antifosfolípidios baseados em concentração sérica anormal de anticardiolipina IgG ou IgM, em teste positivo para anticoagulante lúpico, usando teste-padrão ou em VDRL falso positivo, por pelo menos 6 meses e confirmado por FTA-Abs negativo.
- 11. Anticorpo antinuclear (FAN):** título anormal de FAN por imunofluorescência ou método equivalente em qualquer momento, na ausência de fármacos sabidamente associados ao lúpus induzido por fármacos.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico. Fevereiro/2013.

Nota: Mulheres com LES e intenção de engravidar devem seguir em acompanhamento com o obstetra e o reumatologista simultaneamente, pois LES durante a gestação, sem o devido seguimento, aumenta os riscos maternos e fetais de complicações.

9. Esclerose Sistêmica (ES), doença mista do tecido conjuntivo e síndromes de sobreposição (Overlap)

I - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento urgência/emergência:**

- **P1** Diagnóstico de esclerose sistêmica ou suspeita clínica (ver quadro 8) com:
 - Dispneia aguda importante;
 - Elevação de pressão arterial, aumento de creatinina (suspeita de crise renal esclerodérmica).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

II - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para reumatologia:**

- **P2** Intersticiopatia pulmonar (casos crônicos) – estertores na ausculta, dispneia, alterações na tomografia de tórax, prova de função pulmonar com distúrbio restritivo e/ou redução da difusão de monóxido de carbono;
- **P2** Disfagia baixa progressiva (casos crônicos) com alteração do esfíncter esofágico inferior em pacientes sem epidemiologia para doença de Chagas e/ou sorologia negativa para Chagas;
- **P3** Esclerose cutânea proximal às articulações metacarpofalângicas;
- **P3** Presença de fenômeno de Raynaud com as seguintes características:
 - Que levou a ulceração digital ou micro ulcerações/cicatrizes (*pitting scars*);
 - Com FAN (fator antinúcleo) positivo ou capilaroscopia ungueal alterada com padrão SD (scleroderma).

Nota: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e a Esclerose Múltipla (EM) são doenças distintas entre si e da Esclerose Sistêmica. Enquanto a esclerose lateral amiotrófica é classificada como uma doença neuromuscular, por acometer os neurônios motores, a Esclerose Múltipla trata-se de uma doença desmielinizante e inflamatória, tendo a desmielinização como a sua base. Ambas devem ser acompanhadas por neurologista (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Múltipla/ Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Lateral Amiotrófica, Ministério da Saúde).

Quadro 8 - ESCLEROSE SISTÊMICA: CRITÉRIOS ACR (AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY)

Colégio Americano de Reumatologia (ACR), divulgou (1980) os critérios preliminares para o diagnóstico da ES, baseado em um estudo multicêntrico comparando 264 pacientes esclerodérmicos com 413 pacientes controles (com outras doenças do tecido conjuntivo ou fenômeno de Raynaud). Foram formulados os seguintes critérios:

Critério maior:

- Esclerodermia proximal (as metacarpofalangeanas)

Critérios menores:

- Esclerodactilia;
- Ulcerações de polpas digitais ou reabsorção de falanges distais;
- Fibrose nas bases pulmonares.

Para o diagnóstico da ES é necessária a presença do critério maior ou, na sua ausência, de dois critérios menores. Estes critérios mostraram sensibilidade de 97% e especificidade de 98%

Fonte: Masi AT, Rodnan GP, Medsger TA Jr et al: Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). *Arthritis Rheum* 23: 581-90, 1980.

10. **Doenças autoinflamatórias: Doença de Still do adulto e febre familiar do mediterrâneo:**

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

- **P3** Doença de Still do adulto: Febre de origem indeterminada (> 14 dias) com poliartrite inflamatória, principalmente de punhos, com lesões cutâneas (rash rosa salmão evanescente), neutrofilia e elevação de provas de atividade inflamatória: PCR, VHS e ferritina.
- **P3** Febre familiar do mediterrâneo: Dor abdominal em crises, com duração de alguns dias, com elevação de provas de atividade inflamatória; episódios recorrentes de serosite.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

11. Febre reumática

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

- **P2** Artrite e coreia com dificuldade de controle sintomático.

Nota: casos de cardite com seqüela valvar devem ser encaminhados para seguimento cardiológico.

12. Doença de Behçet

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

- **P2** Doença de Behçet com acometimento sistêmico:
 - Neurológico
 - Vascular – trombozes, aneurismas
 - Uveíte (requer acompanhamento conjunto com oftalmologista)
- **P3** Doença de Behçet (ver quadro 9) com úlceras orais e vaginais refratárias a terapia padrão (colchicina) em dose otimizada.

Quadro 9 - DOENÇA DE BEHÇET (SB): CRITÉRIOS ACR (AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Úlceras orais recorrentes (pelo menos três vezes no período de 12 meses)2. Úlcera genital recorrente3. Lesões oculares (uveíte anterior, uveíte posterior, células no vítreo ou vasculite retiniana)4. Lesões cutâneas. (eritema nodoso, pseudofoliculite, lesões papulopustulares ou acneiformes)5. Teste de patergia positivo |
|--|

Fonte: Criteria for diagnosis of Behçet's disease. International Study Group for Behçet's Disease. Lancet. 1990 May 5;335(8697):1078-80.

13. Osteoporose e Doenças osteometabólicas

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

- **P2** Osteomalácia: com atenção aos pacientes em tratamento para HIV que fazem uso de tenofovir;
- **P3** Doença de Paget;
- **P3** Diagnóstico de osteoporose ou fraturas recorrentes não traumáticas em adultos jovens (<40 anos);
- **P3** Osteoporose densitométrica ou baixa densidade mineral óssea com alteração em exames do osteometabolismo: cálcio total, fósforo, fosfatase alcalina, PTH, calciúria de 24 horas.

14. Miopatias autoimunes sistêmicas

As miopatias autoimunes sistêmicas são doenças raras e heterogêneas que acometem principalmente o tecido muscular causando fraqueza proximal (dificuldade para subir escadas, pentear cabelo, pendurar roupa no varal, mastigar), entretanto, casos graves podem culminar com insuficiência respiratória, fibrose pulmonar e disfagia alta.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

O principal exame alterado é a elevação de enzimas musculares (creatinfosfoquinase/CPK). Outros exames que auxiliam no diagnóstico são ressonância magnética de coxas mostrando edema/inflamação muscular e eletroneuromiografia com acometimento miopático. Lesões de pele podem sugerir também miopatia autoimune sistêmica, como a dermatomiosite, com sinal de Gottron e heliotropo.

I - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para urgência/emergência:**

- **P1** Pacientes com diagnóstico ou suspeita de miopatias autoimunes sistêmicas e que apresentem:
 - Insuficiência respiratória
 - Disfagia alta

II - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para reumatologia:**

- **P2** Fraqueza proximal com elevação de enzimas musculares (p. ex creatino fosfoquinase/CPK);
- **P2** Fraqueza proximal com lesões cutâneas em face, tronco ou mão – suspeita de dermatomiosite.

15. Vasculites sistêmicas

Doença inflamatória autoimune com acometimento de vasos. A depender da vasculite, alguns vasos específicos são acometidos. De forma geral, os pacientes podem ter sintomas constitucionais (febre, perda de peso, fraqueza, anorexia) e inflamação sistêmica (elevação de proteína C reativa, velocidade de hemossedimentação). Lesões cutâneas purpúricas são achados sugestivos, entretanto, qualquer órgão e sistema pode ser acometido.

I - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para urgência/emergência:**

- **P1** Pacientes com diagnóstico ou suspeita de vasculites sistêmicas e que apresentem:
 - *Perda visual abrupta ou alteração visual abrupta (suspeita para arterite de células gigantes / arterite temporal)**
 - Dispneia súbita ou hemoptise
 - Insuficiência renal aguda com alteração de sedimento urinário (hematúria, leucocitúria, cilindros, hemácias dismórficas)

**Na arterite de células gigantes a perda repentina da visão acontece por dificuldade na chegada de sangue ao nervo óptico. A falta de oxigenação para o nervo óptico pode ser definitiva e a cegueira irreversível. Sintomas, como falhas da visão que melhoram sem tratamento e visão dupla, servem de alerta, pois podem acontecer antes da perda total da visão. Pacientes devem ser orientados a procurar atendimento médico imediato ou mesmo o pronto-socorro caso apresentem sintomas relacionados à alteração da visão. (Sociedade Brasileira de Reumatologia - SBR)*

*** Os pacientes com arterite de células gigantes apresentam, em 60% dos casos, dor de cabeça na região das têmporas, onde localizam-se as artérias temporais. Tal manifestação é frequente e identifica a doença como Arterite Temporal. A dor é intensa e as artérias podem ser facilmente palpadas e estão dolorosas ao toque. (Sociedade Brasileira de Reumatologia - SBR)*



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

II - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para reumatologia:**

- **P2** Suspeita de vasculite sistêmica
 - Acometimento multissistêmico com sintomas constitucionais, aumento de provas de atividade inflamatórias, anemia de doenças crônicas (normocíticas e normocrômicas).
Principais órgãos acometidos:
 - Pele: úlceras, isquemia digital, eritema nodoso, púrpura palpável, urticária com duração superior a 24 horas e dolorosas;
 - Olho: esclerite, ceratite periférica ulcerativa, alteração de campo de visão ou perda abrupta de visão;
 - Pulmão: nódulos pulmonares;
 - Rim: aumento de creatinina, aumento da pressão arterial, alteração de sedimento urinário;
 - Sistema nervoso: mononeurite múltipla;
 - Vasos e pulsos: alteração na simetria de pulsos, alteração da pressão arterial entre os 4 membros, sopros em foco aórtico, aorta abdominal, carótidas.
- **P3** Diagnóstico de vasculite sistêmica:
 - Arterite de células gigantes;
 - Arterite de Takayasu;
 - Granulomatose com poliangiíte;
 - Granulomatose eosinofílica com poliangiíte;
 - Poliarterite nodosa;
 - Poliangiíte microscópica;
 - Vasculite crioglobulinêmica;
 - Vasculite urticariforme hipocomplementêmica;
 - Vasculite por IgA.

16. Síndrome antifosfolípide (SAF)

Vasculopatia autoimune caracterizada por múltiplas trombozes ou perdas fetais recorrentes. Está associada a anticorpo antifosfolípide (anticoagulante lúpico, anticardiolipina e anti-beta2-glicoproteína I). O tratamento padrão é anticoagulação plena, usualmente com varfarina.

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

- **P2** Mulheres com diagnóstico de síndrome antifosfolípide ou suspeita (ver quadro 10);
- **P3** Diagnóstico de síndrome antifosfolípide;
- **P3** Suspeita diagnóstica de síndrome antifosfolípide.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Nota: Mulheres com SAF e intenção de engravidar devem seguir em acompanhamento com o obstetra e o reumatologista simultaneamente, pois SAF durante a gestação, sem o devido seguimento, aumenta os riscos maternos e fetais de complicações.

Quadro 10 - SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE: SUSPEITA

1. Uma ou mais trombozes (venosas ou arteriais) em pacientes sem fator de risco e/ou jovens
2. Acidente vascular encefálico isquêmico em pacientes sem fator de risco e/ou jovens
3. Qualquer trombose em paciente com doença autoimune
4. Abortamentos recorrentes, principalmente acima de 10 semanas
5. Presença de lúpus reticular
6. Plaquetopenia inexplicada

Suspeita em mulheres – critérios clínicos

1. Uma ou mais mortes de feto normal com mais de 10 semanas de gestação, com morfologia fetal normal detectada por ultrassonografia ou exame direto do feto;
2. Um ou mais nascimentos prematuros de feto morfologicamente normal com 34 semanas ou menos em virtude eclampsia ou pré-eclâmpsia grave ou insuficiência placentária;
3. Três ou mais abortamentos espontâneos antes de 10 semanas de gestação excluindo malformações do feto, além de causas cromossômicas maternas ou paternas.

17. Doença de Sjögren

Doença autoimune sistêmica que acomete principalmente as glândulas salivares e lacrimais, cursando com síndrome seca. Pode ter artralgia inflamatória, parotidites de repetição e acometimento de outros órgãos e sistema (fibrose pulmonar, citopenias, etc.).

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

- **P3** Diagnóstico de Doença de Sjögren em paciente sem controle adequado dos sintomas (artrite inflamatória, sintomas secos, parotidite de repetição);
- **P3** Suspeita diagnóstica de Doença de Sjögren

Quadro 11 - DOENÇA DE SJÖGREN: SUSPEITA

- Síndrome seca – xerostomia, xeroftalmia, vagina sicca – excluídos os seguintes: uso de fármacos com ação anticolinérgica, como antidepressivos, infecções virais (hepatite B, hepatite C, HIV, HTLV) e histórico de radioterapia de cabeça e pescoço;
- Anticorpo anti-Ro em altos títulos.

18. Fibromialgia

I - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para reumatologia:**

- **P2** Suspeita de doença osteometabólica, como osteomalácia (ver tópico “Osteoporose e Doenças osteometabólicas”);
- **P3** Suspeita de doença articular inflamatória;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

II - Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica:**

- **P3** Fibromialgia (ver quadro 12) sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado¹ por pelo menos 6 meses.

¹ Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento não medicamentoso (educação em saúde, exercícios e acompanhamento fisioterápico) e medicamentoso (como antidepressivo tricíclico e analgesia) adaptado às condições do paciente.

Quadro 12 - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE FIBROMIALGIA

- Índice de dor generalizada (Widespread Pain Index – WPI) maior ou igual a 7 e pontuação da escala de severidade dos sintomas (Symptom Severity – SS) maior ou igual a 5 **ou** WPI entre 3 e 6 e pontuação da escala de SS maior ou igual a 9;
- Os sintomas devem estar presentes em um nível similar por no mínimo 3 meses;
- O paciente não deve ter outra condição de saúde que explicaria a dor.

Widespread Pain Index (WPI)

O WPI avalia o número de áreas em que o paciente teve dor generalizada pelo menos nos últimos sete dias. Cada área corresponde a 1 ponto e este índice pode variar entre as pontuações 0 a 19.

As possíveis áreas dolorosas são:

- Cintura escapular esquerda;
- Cintura escapular direita;
- Membro superior esquerdo proximal;
- Membro superior direito proximal;
- Membro superior esquerdo distal;
- Membro superior direito distal;
- Quadril (nádega, trocanter) esquerdo;
- Quadril (nádega, trocanter) direito;
- Membro inferior esquerdo proximal;
- Membro inferior direito proximal;
- Membro inferior esquerdo distal;
- Membro inferior direito distal;
- Mandíbula esquerda;
- Mandíbula direita;
- Região anterior do tórax;
- Abdome;
- Região posterior do tórax;
- Região lombar;
- Pescoço.

Escala de Severidade dos Sintomas

Resulta em uma pontuação que é obtida pela soma da gravidade dos três sintomas principais: fadiga, sono não reparador e sintomas cognitivos e da gravidade dos sintomas somáticos gerais.

- Com relação aos sintomas principais, atribua a correta pontuação de acordo com o nível de gravidade desses sintomas ao longo dos últimos 7 dias:

0 = nenhum problema;
1 = problemas leves ou intermitentes;
2 = problemas moderados ou frequentemente presentes;
3 = Problemas intensos ou contínuos.

- Com relação aos sintomas somáticos gerais, pontuar se o paciente apresenta:

0 = nenhum sintoma;
1 = poucos sintomas;
2 = um número moderado de sintomas;
3 = muitos sintomas.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015). UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.

19. Partes moles – síndrome miofascial, bursites, tendinopatias



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

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

- **P3** Reumatismo de partes moles (síndrome miofascial, bursites, tendinopatias) sem resposta ao tratamento clínico conservador – analgesia simples, fortalecimento muscular, fisioterapia, medidas multidisciplinares para dor (acupuntura, fisioterapia, etc).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

QUADRO RESUMO – Síntese do HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Reumatologia conforme prioridade e cor:

P1 (prioridade um)	<p>"Emergência: Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato."</p> <p>"Urgência: Ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata."</p>	<ul style="list-style-type: none">• Suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina• Perda de força progressiva medida de maneira objetiva• Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado• Diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral• Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas)• Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente• Suspeita ou diagnóstico de LES com sinais/sintomas ameaçadores à vida• Diagnóstico de esclerose sistêmica ou suspeita clínica com dispneia aguda importante, elevação de pressão arterial, aumento de creatinina (suspeita de crise renal esclerodérmica)• Monoartrite aguda (<14 dias) com sinais sistêmicos (febre, fraqueza) e suspeita de artrite séptica• Oligoartrite aguda com pustulose cutânea e/ou histórico de uretrite – suspeita de artrite gonocócica• Pacientes com diagnóstico ou suspeita de miopatias autoimunes sistêmicas com insuficiência respiratória e disfagia alta• Pacientes com diagnóstico ou suspeita de vasculites sistêmicas e que apresentem: Perda visual abrupta ou alteração visual abrupta (suspeita para arterite de células gigantes / arterite temporal); Dispneia súbita ou hemoptise; Insuficiência renal aguda com alteração de sedimento urinário (hematúria, leucocitúria, cilindros, hemácias dismórficas)
P2 (prioridade dois)	<p>Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a curto prazo</p>	<ul style="list-style-type: none">• Quadro refratário a 1 DMARD (droga modificadora de doença reumática)• Presença de manifestações extra articulares: intersticiopatia, serosite, esclerite etc.;• Suspeita de artrite psoriásica• Dor lombar com necessidade encaminhamento para exame de imagem: Paciente com história prévia ou suspeita de câncer; Paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores); Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre, outros achados); Dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna; Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose; Dor lombar com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado• Dor lombar crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória• Achado em ressonância magnética ou tomografia computadorizada de sacroilíite



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

		<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de LES • Suspeita de LES • Seguimento de LES • Intersticiopatia pulmonar (casos crônicos) • Disfagia baixa progressiva (casos crônicos) com alteração do esfíncter esofágico inferior em pacientes sem epidemiologia para doença de Chagas e/ou sorologia negativa para Chagas • Suspeita de AIJ sistêmica • Artrite e coreia com dificuldade de controle sintomático • Doença de Behçet com acometimento sistêmico: neurológico; vascular – trombozes, aneurismas; uveíte • Monoartrite crônica inflamatória (> 3 meses) – suspeita de artrite por tuberculose, fungos, neoplásica etc.; • Diagnóstico de gota e crises recorrentes (três ou mais no ano) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado • Osteomalácia: com atenção aos pacientes em tratamento para HIV que fazem uso de tenofovir • Suspeita de doença osteometabólica • Fraqueza proximal com elevação de enzimas musculares (p. ex creatino fosfoquinase/CPK) • Fraqueza proximal com lesões cutâneas em face, tronco ou mão – suspeita de dermatomiosite • Suspeita de vasculite sistêmica • Mulheres com diagnóstico de síndrome antifosfolípide ou suspeita • Suspeita de doença articular inflamatória (artrite reumatoide, espondiloartrites, artrite psoriásica)
P3 (prioridade três)	Paciente com prejuízo moderado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a médio prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Suspeita de artrite reumatoide • Diagnóstico de artrite psoriásica • Seguimento de artrite psoriásica • Esclerose cutânea proximal às articulações metacarpofalângicas • Presença de fenômeno de Raynaud com as seguintes características: que levou a ulceração digital ou micro ulcerações/cicatrizes (pitting scars); com FAN (fator antinúcleo) positivo ou capilaroscopia ungueal alterada com padrão SD (scleroderma) • Suspeita de AIJ: artrite inflamatória em 1 (uma) ou mais articulações, excluídas causas infecciosas • Doença de Still do adulto



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

		<ul style="list-style-type: none">• Febre familiar do mediterrâneo• Doença de Behçet com úlceras orais e vaginais refratárias a terapia padrão (colchicina) em dose otimizada• Chikungunya – artrite por mais de 1 mês• Diagnóstico de gota e ácido úrico fora do alvo terapêutico (alvo determinado por ácido úrico sérico <6 mg/dL em pessoas sem *tofo gotoso e < 5 mg/dL em pessoas com *tofo gotoso) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado• Pacientes com gota com contraindicação ou efeito adverso grave ao tratamento padrão da gota• Pacientes com doença por pirofosfato de cálcio ou fosfato básico de cálcio sem resposta ao tratamento com colchicina, ou seja, crises recorrentes• Diagnóstico de gota e origem incerta da hiperuricemia (jovens, mulheres pré-menopausa);• Diagnóstico de gota e DRC (Doença Renal Crônica) em estágios III, IV e V (necessário seguimento com o nefrologista e reumatologista)• Doença de Paget• Diagnóstico de osteoporose ou fraturas recorrentes não traumáticas em adultos jovens (<40 anos)• Osteoporose densitométrica ou baixa densidade mineral óssea com alteração em exames do osteometabolismo• Diagnóstico de vasculite sistêmica• Diagnóstico de síndrome antifosfolípide• Suspeita diagnóstica de síndrome antifosfolípide• Diagnóstico de Doença de Sjögren em paciente sem controle adequado dos sintomas (artrite inflamatória, sintomas secos, parotidite de repetição)• Suspeita diagnóstica de Doença de Sjögren• Suspeita de doença articular inflamatória• Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica• Fibromialgia (ver quadro 12) sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado¹ por pelo menos 6 meses• Reumatismo de partes moles (síndrome miofascial, bursites, tendinopatias) sem resposta ao tratamento clínico conservador
--	--	---



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

P4 (prioridade quatro)	Há prejuízo mínimo para as atividades diárias. Pode desenvolver agravos a saúde a longo prazo	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico de artrite reumatoide• Osteoartrite em pacientes jovens com ou sem fator de risco E sem história de traumas• Osteoartrite em sítios não usuais• Lombalgia e espondiloartrites - Sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos
-----------------------------------	---	--



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriaca. Secretaria de ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos em saúde. Departamento de gestão e incorporação de tecnologias e inovação em saúde. Coordenação de gestão de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec. Fevereiro, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2021/20210217_relatorio_pcdt_artrite_psoriaca_cp05.pdf.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Idiopática Juvenil (AIJ). Secretaria de ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos em saúde. Departamento de gestão e incorporação de tecnologias e inovação em saúde. Coordenação de gestão de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210910_relatorio_pcdt_aij_final_653_2021.pdf.


BRASIL. Ministério da Saúde. Reumatologia e Ortopedia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – versão preliminar – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 46 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 188 p.: il.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico. Secretaria de ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos em saúde. Departamento de gestão e incorporação de tecnologias e inovação em saúde. Coordenação de gestão de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Fevereiro, 2013. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/lupuseritematoso_sistemico-1.pdf.

RUDWALEIT, M. et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Annals of the Rheumatic Diseases v.68. p.777-783.2009.

TAYLOR W, GLADMAN D, HELLIWELL P, MARCHESONI A, MEASE P, MIELANTS H, et al. Classification Criteria for Psoriatic Arthritis. Arthritis Rheum. 2006;54(8):2665-73.

 GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO <small> Secretaria da Saúde</small>	GRUPO DE REGULAÇÃO – COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - SES-SP			
	PROTOCOLO REGULAÇÃO DO ACESSO		PROTOCOLO CONSULTAS NA ESPECIALIDADES	URO-010
	Data da versão inicial: 01/05/2022	Versão nº02 Data da Emissão: 01/08/2024	Vigência 2024/2026	Páginas: 9

UROLOGIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Protocolo para Consulta com Urologista

Este documento tem a finalidade de subsidiar a equipe da Atenção Básica quanto ao encaminhamento para a especialidade de **urologia**, de pacientes com idade acima de 12 (doze) anos, propiciando a oferta adequada e garantindo a equidade no atendimento.

Importante: Sempre avaliar necessidade de encaminhar para serviço de emergência/urgência. Casos com **prioridade um (P1)** deverão ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência já referenciados/pactuados.

Após identificação da hipótese diagnóstica (HD), os casos deverão ser priorizados para agendamento seguindo a sequência **P2 (prioridade dois), P3 (prioridade três) ou P4 (prioridade quatro)**.

Solicitar aos pacientes para levar sempre os exames complementares disponíveis.

HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de urologia:

1. **Hiperplasia Prostática Benigna (HBP)**
2. **Neoplasia de próstata**
3. **Patologias escrotales benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)**
4. **Incontinência urinária**
5. **Disfunção sexual masculina**
6. **Litíase renal**
7. **Cistos/Doença policística renal**
8. **Doença renal crônica**
9. **Infecção urinária recorrente**
10. **Condiloma acuminado / verrugas virais**

1. Hiperplasia Prostática Benigna (HBP)

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

- **P1** Episódio de obstrução urinária aguda em paciente com hiperplasia prostática benigna.

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

- **P2** Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós-miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical);
- **P2** HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência);
- **P3** HPB e infecção urinária recorrente (ver protocolo Infecção Urinária Recorrente);
- **P3** HPB com sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento vesical incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) refratário ao **tratamento clínico otimizado***.

****Tratamento clínico otimizado para HPB:** Próstata maior que 20g e menor que 40g com uso de medicamento alfa-bloqueador por pelo menos 30 dias em doses usuais (doxazosina 2 a 8mg/dia). E nos casos de próstata maior que 40g ou PSA total maior que 1,4 ng/ml, uso de doxazosina em doses usuais e inibidor da 5-alfa redutase (finasterida 5 mg/dia) por pelo menos 6 meses.*



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

2. Neoplasia de próstata

**Não é recomendável solicitar PSA para rastreamento populacional do câncer de próstata. É necessário levar em consideração as preferências pessoais dos pacientes e informá-los sobre potenciais benefícios e malefícios do rastreamento. Para pacientes com sintomas do trato urinário inferior, o PSA deve ser solicitado conforme suspeita clínica.*

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

- **P2** Neoplasia em biópsia prostática;
- **P2** Suspeita clínica ou após toque retal suspeito com nódulo, endurecimento ou assimetria);
- **P3** Pacientes com sintomas de trato urinário inferior e PSA (Antígeno Específico da Próstata) total elevado para sua idade. Nesses casos excluir aumento por infecção urinária ou prostatite e, se infecção, repetir PSA total após um mês do tratamento;
- **P3** PSA acima do nível normal para a idade: PSA >4ng/ml em homens acima de 60 anos;
- **P4** PSA acima do nível normal para a idade: PSA >2,5 ng/ml em homens entre 45 e 60 anos.

3. Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)

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

- **P1** Suspeita de torção de testículo (dor testicular aguda, edema e nódulo de consistência macia).

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

- **P3** Patologias escrotais benignas sintomáticas.

4. Incontinência urinária

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

- **P3** Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão de cafeína/álcool)).

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

- **P3** Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.

5. Disfunção sexual masculina

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

- **P3** Disfunção erétil refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por 6 Meses;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P3** Disfunção erétil e contraindicação (hipersensibilidade ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5;
- **P4** Doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual;

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

- **P3** Suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo¹;

¹ Na possibilidade de investigar hipogonadismo solicitar com a segunda amostra de testosterona total, **testosterona livre** + LH, FSH, prolactina, TSH e T4-livre

6. Litíase urinária

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

- **P1** Litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepse urinária e/ou dor incontrolável com tratamento otimizado na APS.

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

Cálculos urinários sintomáticos

- **P2** Cálculos urinários sintomáticos (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário).

Cálculos urinários assintomáticos

- **P2** Cálculo ureteral maior que 10 mm;
- **P2** Cálculo ureteral entre 4 e 10 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico;
- **P3** Cálculo vesical;
- **P4** Cálculo renal maior que 10 mm.

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

- **P3** Nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS;
- **P3** Impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

7. Cistos/Doença policística renal

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

- **P2** Cistos com alterações sugestivas de malignidade. Essa suspeita pode ser feita por exame de ultrassonografia ou tomografia. As características que conferem potencial malignidade para os cistos são:
 - Paredes irregulares
 - Conteúdo sólido ou denso
 - Calcificação
 - Vascularização da parte sólida do cisto visto no ultrassom ou realce pós contraste endovenoso na tomografia (feita com contraste)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- **P2** Cistos simples sintomáticos com exames que comprovem que há compressão de estruturas ao redor a ponto de gerar sintomas como dor lombar sem relação com movimentação do paciente, hematúria persistente, obstrução de via urinária ou compressão do hilo renal (podendo ser causa de hipertensão arterial);
- **P4** Cistos simples de grande volume e assintomáticos (> 35cm);

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

- **P4** Suspeita de doença policística renal. Essa suspeita pode ser feita por exame de ultrassonografia ou tomografia. Os critérios de encaminhamento para nefrologista são definidos pela presença de cistos renais em quantidade igual ou superior à seguinte e de acordo com a idade do paciente:
 - 15-39 anos: 3 ou mais cistos, uni ou bilaterais
 - 40-59 anos: 2 ou mais cistos em cada rim
 - ≥60 anos: 4 ou mais cistos em cada rim

Em caso de cisto (s) renal (is) em quantidade menor que à referida acima, não há necessidade de encaminhamento para nefrologista.

8. Doença renal crônica

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

- **P1** Hematúria macroscópica importante com coágulos.

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

- **P2** Hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas negativa), independente da taxa de filtração glomerular;
- **P2** Resultado de exame de imagem (ultrassonografia ou tomografia) sugestivo de obstrução de vias urinárias, isto é, presença de dilatação pielocalicial ou hidronefrose persistentes (excluir o cenário clínico de infecção de trato urinário em que pode ocorrer dilatação pielocalicial leve ou moderada transitória e sem necessidade de encaminhar para Urologista).

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

- **P2** Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m²;
- **P2** Perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73m² em 6 meses, com uma TFG <60 ml/min/1,73m², confirmado em dois exames);
- **P3** Proteinúria severa, definida pela presença de um dos seguintes: (1) proteínas 2+ 3+ em exame de urianálise simples (urina tipo 1), (2) relação albumina/creatinina em amostra isolada >300 mg/g, (3) Albuminúria de 24 horas >300 mg/24h, (4) proteinúria de 24 horas > 500mg/24h;
- **P3** Hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas positiva);
- **P3** Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

9. Infeção urinária recorrente

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

- **P3** Alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano).

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

- **P3** ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano) mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.

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

- **P3** Alteração anatômica ginecológica que provoque ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano).

10. Condiloma acuminado / verrugas virais

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

- **P2** Homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

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

- **P2** Mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

QUADRO RESUMO – Síntese do HD/Diagnósticos de encaminhamento para a Especialidade de Urologia conforme prioridade e cor:

P1 (prioridade um)	<p>"Emergência: Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato."</p> <p>"Urgência: Ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata."</p>	<ul style="list-style-type: none">• Episódio de obstrução urinária aguda em paciente com hiperplasia prostática benigna• Suspeita de torção de testículo (dor testicular aguda, edema e nódulo de consistência macia)• Litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepse urinária e/ou dor incontrolável com tratamento otimizado na APS• Hematúria macroscópica com formação de coágulos
P2 (prioridade dois)	<p>Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a curto prazo</p>	<ul style="list-style-type: none">• Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós-miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical)• HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência)• Neoplasia em biópsia prostática• Suspeita clínica (toque retal suspeito com nódulo, endurecimento ou assimetria)• Cálculos urinários sintomáticos (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário)• Cálculo ureteral maior que 10 mm• Cálculo ureteral entre 4 e 10 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico• Cistos com alterações sugestivas de malignidade• Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária)• Hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas <u>negativa</u>), independente da taxa de filtração glomerular



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

		<ul style="list-style-type: none"> • Resultado de exame de imagem (ultrassonografia ou tomografia) sugestivo de obstrução de vias urinárias, isto é, presença de dilatação pielocalicial ou hidronefrose persistentes • Homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas)
P3 (prioridade três)	Paciente com prejuízo moderado das atividades diárias por dor e/ou disfunção e/ou incapacidade. Pode desenvolver agravos a saúde a médio prazo	<ul style="list-style-type: none"> • HPB e infecção urinária recorrente • Sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) refratário ao tratamento clínico otimizado • Pacientes com sintomas de trato urinário inferior e PSA total elevado para sua idade. Nesses casos excluir aumento por infecção urinária ou prostatite e, se infecção, repetir PSA (Antígeno Específico da Próstata) total após um mês do tratamento • Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total maior ou igual a 10 ng/ml • Patologias escrotais benignas sintomáticas • Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida - perda de peso quando necessário, diminuição ingesta de cafeína/álcool) • Disfunção erétil refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por 6 Meses • Disfunção erétil e contraindicação (hipersensibilidade ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5 • Suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo¹ • Cálculo vesical • Alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano)
P4 (prioridade quatro)	Há prejuízo mínimo para as atividades diárias. Pode desenvolver agravos a saúde a longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total menor do que 10 ng/ml persistentemente elevado para sua idade (repetir PSA total após 1 mês) • Doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual • Cálculo renal maior que 10 mm • Suspeita de doença policística renal • Cistos simples de grande volume e assintomáticos (> 35cm)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Urologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Edição revisada – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 24 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 6)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 188 p.: il.

SÃO PAULO (Estado). Secretária de Estado da Saúde Deliberação CIB nº 53, 21-05-2021 Aprova a Nota Técnica CIB – Protocolo Estadual de Alta Suspeição em Oncologia e Diretrizes para a pactuação de Protocolo Regional de Acesso à Rede de Alta Complexidade em Oncologia, no estado de São Paulo.