

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Protocolos de Acesso Ambulatorial:

Consultas Especializadas

Hospitais Federais no Rio de Janeiro



Brasília – DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro

Protocolos de Acesso Ambulatorial:

Consultas Especializadas

Hospitais Federais no Rio de Janeiro



Brasília – DF
2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro
Coordenação Geral de Assistência
Rua México 128, 9º andar, Castelo
CEP: 20541-100 – Rio de Janeiro/RJ
Tels.: (21) 3985-7429
Fax: (21) 3985-7984
Site: www.hospitaisfederais.rj.saude.gov.br
E-mail: cga@nerj.rj.saude.gov.br

Projeto Editorial:

Organização e Elaboração:

Eliane Moreira
Juliane Garcez Musacchio
Luiz Carlos C. Studart da Fonseca
Mara Garcia Delamuta
Maria Cristina Pereira Marques
Maria Lúcia Lessa Giordani
Simone Pereira da Silva
Sonia Capellão

Produção Editorial:

Cláudia Ferrari
Márcio Fortes
Simone Pereira da Silva

Coordenação de Copidescagem e Revisão:

Cláudia Ferrari
Simone Pereira da Silva

Revisão:

Cláudia Chagas
Naiara Cardoso
Patrícia da Glória
Roberto Abib

Colaboração:

Roberta Santos
Rodrigo Gama

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Francisca Martins Pereira
Revisão: Paulo Henrique de Castro e Silene Lopes Gil
Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcelo S. Rodrigues

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

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.

ISBN 978-85-334-2208-7

1. Ambulatório hospitalar. 2. Serviços clínicos hospitalares. 3. Atendimento ambulatorial. I. Título.

CDU 614.39

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0017

Títulos para indexação:

Em inglês: Outpatient access protocols: specialized consultations: Federal Hospitals in Rio de Janeiro

Em espanhol: Protocolos de acceso ambulatorio: consultas especializadas: Hospitales Federales en Rio de Janeiro

AA – Aneurisma de Artéria
AAA – Aneurisma de Aorta Abdominal
AAIC - Aneurisma da Aorta Ilíaca Comum
AAS – Ácido Acetil Salicílico
AAT – Aneurisma da Aorta Torácica
AC – Acromioclavicular
ACTH – Hormônio Adrenocorticotrófico
AGD – Angiografia Digital
Agus – Células Glandulares de Significado Indeterminado
Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIT – Acidente Isquêmico Transitório
Anca – Anticorpo Anticitoplasma de Neutrófilos
AngioTC – Angiotomografia Computadorizada
AP – Ântero-posterior
APR – Atividade Plasmática de Renina
ARNM – Angiografia por Ressonância Nuclear Magnética
ASC-US – Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado
Aslo – Anticorpo Antiestreptolisina O
ATM – Articulação Têmporo-mandibular
ATQ – Artroplastia Total de Quadril
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVE – Acidente Vascular Encefálico
Baar – Bacilo Álcool-ácido Resistente
BAV – Bloqueio Átrio Ventricular
BCG – Bacilo de Calmette e Guérin
βHCG – Beta Gonadotrofina Coriônica Humana
BK – Bacilo de Koch
BRE – Bloqueio de Ramo Esquerdo
BTF – Bilirrubina Total e Frações
Ca – Câncer
CA – Antígeno Carboidrato
CAE – Conduto Auditivo Externo
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CCP – Peptídeo Citrulinado Cíclico
CEA – Antígeno Carcinoembrionário
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CK – Creatinoquinase

CMV – Citomegalovírus
CPK – Creatinofosfoquinase
CPL – Canto Pósterio-lateral
CTI – Centro de Tratamento Intensivo
DG – Diabetes Gestacional
DGH – Departamento de Gestão Hospitalar
DHEA – Deidroepiandrosterona
DM – Diabetes Mellitus
DNA – Ácido Desoxirribonucleico
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRGE – Doenças do Refluxo Gastroesofágico
EAS – Elementos Anormais Sedimentares
EBV – Vírus Epstein-Barr
ECG – Eletrocardiograma
ECO – Ecocardiograma
EDA – Endoscopia Digestiva Alta
EEG – Eletroencefalograma
ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica
EPF – Exame Parasitológico de Fezes
FAN – Fator Antinuclear
FAV – Fístula Artério-venosa
FSH – Hormônio Folículo Estimulante
FR – Fator Reumatoide
FTA-ABS – Imunofluorescência Indireta para Determinação de Anticorpos contra o *Treponema Pallidum*
GAD – Descarboxilase do Ácido Glutâmico
GGT – Gama Glutamil Transferase
GH – Hormônio do Crescimento
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HCV – Vírus da Hepatite C
HDA – História da Doença Atual
HDL – Lipoproteínas de Alta Densidade
HFA – Hospital Federal do Andaraí
HFB – Hospital Federal de Bonsucesso
HFCF – Hospital Federal Cardoso Fontes
HFI – Hospital Federal de Ipanema
HFL – Hospital Federal da Lagoa
HFRJ – Hospitais Federais no Rio de Janeiro
HFSE – Hospital Federal dos Servidores do Estado
HIC – Hipertensão Intracraniana
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HLA – Antígeno Leucocitário Humano

HPV – Papilomavírus Humano
HTLV – Vírus T-linfotrófico Humano
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
Ig – Imunoglobulina
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IMC – Índice de Massa Corporal
IRC – Insuficiência Renal Crônica
IRT – Tripsina Imunorreativa
ITU – Infecção do Trato Urinário
LCA – Ligamento Cruzado Anterior
LCP – Ligamento Cruzado Posterior
LDH – Lactato Desidrogenase
LDL – Lipoproteínas de Baixa Densidade
LH – Hormônio Luteinizante
LKM – Fração Mitocondrial de Fígado e Rim
LPF – Ligamento Patelar-femural
Mapa – Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MAV – Malformação Arteriovenosa
MEEM – Mini Exame do Estado Mental
MIF – Merthiolate-iodo-formol
MMII – Membros Inferiores
MMSS – Membros Superiores
MS – Ministério da Saúde
NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical
PA – Pressão Arterial
Paaf – Punção Aspirativa por Agulha Fina
PAC – Pneumonia Adquirida na Comunidade
PAI – Prova de Atividade Inflamatória
PCR – Proteína C Reativa
PCR – Reação da Polimerase em Cadeia
PPD – Derivado de Proteína Purificada
PSA – Antígeno Prostático Específico
PTH – Paratormônio
PTT – Tempo de Tromboplastina Parcial
Rast – Rádio Alérgico Sorbente Teste
RN – Recém-nascido
RNM – Ressonância Nuclear Magnética
RX – Raios-X
Sahos – Síndrome de Apnéia-hipopnéia Obstrutiva do Sono
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SDHEA – Sulfato de Deidroepiandrosterona

Sida – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Sisreg – Sistema Nacional de Regulação
SNC – Sistema Nervoso Central
SUS – Sistema Único de Saúde
T3 – Triiodotironina
T4 – Tiroxina
TAP – Tempo de Protrombina Ativada
TDR – Teste do Desenho do Relógio
TIBC – Capacidade de Ligação de Ferro à Transferrina
TA-GT – Medida que analisa a relação entre a tuberosidade anterior da tíbia e a porção mais profunda da tróclea femoral
TC – Tomografia Computadorizada
TCE – Traumatismo Cranioencefálico
TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TG – Tireoglobulina
TGO – Transaminase Glutâmica Oxalacética
TGP – Transaminase Glutâmica Pirúvica
TPO – Tireoperoxidase
TRM – Traumatismo Raquimedular
TSA – Teste de Sensibilidade aos Antibióticos
TSH – Hormônio Estimulante da Tireoide
UBS – Unidade Básica de Saúde
USG – Ultrassonografia
VAS – Vias Aéreas Superiores
VCM – Volume Corpuscular Médio
VDRL – Teste Antigênico não Treponêmico
VHS – Velocidade de Hemossedimentação

Sumário

Introdução	9
Apresentação	11
Especialidades cirúrgicas	13
Cirurgia de cabeça e pescoço	14
Cirurgia bariátrica	16
Cirurgia geral	18
Cirurgia plástica	22
Cirurgia torácica	26
Cirurgia vascular	28
Coloproctologia	32
Ginecologia/mastologia	36
Microcirurgia reconstrutiva	42
Neurocirurgia	44
Odontologia/bucomaxilo	54
Oftalmologia	58
Ortopedia e traumatologia	62
Otorrinolaringologia	68
Urologia	78
Especialidades clínicas	87
Cardiologia	88
Dermatologia	90
Endocrinologia	94
Gastroenterologia	98
Hematologia	102
Infectologia	106
Nefrologia	108
Neurologia	110
Pneumologia	114
Reumatologia	116
Pediatria	121
Alergologia e imunologia	122
Cardiologia	126
Cirurgia pediátrica	130
Dermatologia pediátrica	134

Endocrinologia pediátrica	136
Gastroenterologia pediátrica.....	140
Genética.....	142
Hematologia pediátrica	144
Infectologia pediátrica.....	148
Nefrologia pediátrica	150
Neurocirurgia pediátrica.....	152
Neurologia pediátrica.....	154
Ortopedia pediátrica.....	156
Pneumologia pediátrica	158
Reumatologia pediátrica	160
Urologia pediátrica	162

Obstetrícia 165

Pré-natal de alto risco.....	166
------------------------------	-----

Outras especialidades 171

Fisioterapia.....	172
Fisioterapia pediátrica.....	174
Fonoaudiologia	176
Nutrição	177

Colaboradores HFRJ 179

Relação dos Serviços Ambulatoriais Especializados 187

Introdução

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) define a atenção à saúde como tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a atenção básica, a atenção secundária e a atenção terciária.

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Com o avanço do processo regulatório no Rio de Janeiro e a consequente inserção das consultas ambulatoriais especializadas dos hospitais vinculados ao Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (DGH/SAS/MS), houve a necessidade da elaboração dos protocolos de acesso ambulatorial destas unidades. Para isso, a equipe da Coordenação Geral de Assistência (CGA/DGH) desenvolveu este trabalho, em parceria com os profissionais dos hospitais, visando à qualificação da regulação iniciada.

Para a elaboração destes **Protocolos de Acesso Ambulatorial: Consultas Especializadas – Hospitais Federais no Rio de Janeiro**, foram analisados inicialmente os protocolos de acesso utilizados em diversos municípios e realizadas visitas às unidades para o levantamento dos protocolos existentes, com posterior elaboração e validação destes pelos especialistas de cada área, visando principalmente à acessibilidade aos serviços, em consonância com o perfil assistencial de cada unidade.

O emprego de protocolos de regulação de acesso aos serviços de saúde é uma necessidade e constitui um importante caminho de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde. Os protocolos requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades do serviço, permitindo o estabelecimento de objetivos e metas por meio da implementação de ações.

Referenciar um paciente implica transferi-lo a um serviço de saúde especializado a partir de uma unidade básica de saúde. O processo deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, por meio da contrarreferência. Devem existir normas claras para o estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

Para isso, são necessárias a constante revisão e discussão destes protocolos para o seu aprimoramento, de forma a permitir a sua utilização como ferramenta de regulação para os profissionais da atenção básica e orientar os encaminhamentos para a média e alta complexidade dos serviços dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro (HFRJ). A revisão dos protocolos deverá ser realizada, anualmente,

pelas diversas especialidades, e as alterações estarão disponibilizadas no sítio virtual do Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) para que os protocolos modificados e atualizados sejam impressos e substituídos.

Entre outras ações, métodos de conscientização e de capacitação profissional devem ser constantemente desenvolvidos para a qualificação permanente dos processos de trabalho em saúde, aprimorando protocolos de regulação de acesso.

Esta publicação tem o objetivo de contribuir na garantia às pessoas e populações, das diretrizes e dos princípios da equidade, universalidade e integralidade às ações e aos serviços de saúde preconizados pelo SUS.

Apresentação

O protocolo foi dividido nos seguintes itens:

Linhas de cuidado – as linhas de cuidado nas quais os serviços estão inseridos, para melhor coordenação do cuidado e ordenamento em rede.

Consulta – trata das nomenclaturas utilizadas pelas unidades.

Motivos de encaminhamento – a definição é feita com base na própria doença; hipótese diagnóstica com exames complementares sugeridos, **não necessariamente obrigatórios**, e exame físico do usuário. A sugestão dos exames complementares visa à otimização da oferta dos serviços e à qualificação dos motivos de encaminhamento.

Prioridade de regulação – foi definida entre os profissionais, tendo como parâmetro a história da doença atual (HDA).

Critério de regulação – está baseado na classificação de prioridade pertinente aos motivos de encaminhamento, como demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 – Classificação de prioridade

Cor	Classificação	Descrição
Vermelho	P0	Emergência, necessidade de atendimento imediato
Amarelo	P1	Urgência, atendimento o mais rápido possível
Verde	P2	Prioridade não urgente
Azul	P3	Atendimento eletivo

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Contrarreferência – sugestão de contrarreferência, de acordo com a avaliação realizada pelo profissional.

Neste protocolo também consta um campo no qual estão assinaladas as especificidades dos serviços ambulatoriais em cada hospital, em consonância com a atual capacidade operacional. Este item define se existe a especialidade na unidade e, se existir, se o serviço atende ou não aos encaminhamentos apresentados, refletindo o perfil assistencial ambulatorial de cada unidade, como exemplificado no quadro 2.

Quadro 2 – Especificidades dos serviços

Especificidades dos serviços	
X	Contempla os encaminhamentos
N	Não contempla os encaminhamentos
-	Não possui a especialidade

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Especialidades cirúrgicas

Cirurgia de cabeça e pescoço

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	GERAL	Alterações de parótida e submandibular.	Nas sialolitíases, a queixa é de episódios de dor e aumento da glândula desencadeados por alimentação durante alguns dias e de resolução espontânea. Às vezes, é referido gosto salgado ou sensação de areia na saliva. Nas neoplasias, há o crescimento de nódulos.	USG cervical (glândulas salivares).	
			Hiperparatireoidismo.	Hiperparatireoidismo primário ou secundário associado à IRC, casos cirúrgicos (paratireoidectomia).	Dosagem de cálcio total e ionizado; se aumentados, paratormônio (PTH). Se todos forem aumentados, USG de tireoide, cintilografia sestamibi.	
		ONCOLOGIA	Tumores de glândulas salivares.	Necessidade de realização de exérese de glândula com esvaziamento cervical.	USG ou TC com contraste de glândulas salivares, principalmente nas lesões volumosas.	
			Tumor de seio paranasal ou de fossa nasal.	Suspeita de doença maligna ou de tumores benignos que necessitem de resolução cirúrgica.	TC da cavidade oral e dos seios paranasais, rinoscopia.	
			Nódulos e massas cervicais não tireoidianas.	Suspeita clínica (ou pela Paaf) de neoplasias benignas ou malignas, suspeita de doença granulomatosa (tuberculose, sarcoidose etc.).	TC de pescoço e tórax com contraste venoso em caso de adenomegalias, massas múltiplas e/ou volumosas. Sorologia para rubéola, toxoplasmose, HIV, sífilis e CMV, PPD. Na suspeita de doença do refluxo gastroesofágico, EDA.	
			Tumores e estenoses da laringe e traqueia cervical.	Pacientes cirúrgicos e oncológicos.	TC de laringe com contraste, laringoscopia e/ou biópsia, se possível.	
			Tumores de cavidade oral e faringe.	Suspeita de doença maligna ou de tumores benignos que necessitem de resolução cirúrgica.	TC de cavidade oral, faringe e pescoço com contraste venoso e biópsia, se possível.	
			Tumores vasculares ou nervosos cervicais (paragangliomas/ linfangiomas/ hemangiomas).	Suspeita de doença maligna ou de tumores benignos que necessitem de resolução cirúrgica oriundos dos vasos ou dos nervos cervicais.	TC ou RNM de pescoço com contraste venoso.	
			Tumores de nasofaringe.	Suspeita de doença maligna ou de tumores benignos que necessitem de resolução cirúrgica.	TC ou RNM de nasofaringe com contraste venoso, biópsia e cavunoscopia, se possível.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Aumento da glândula e dor à palpação nas sialoadenites.	Indicações cirúrgicas devido às neoplasias benignas e malignas, sialoadenite de repetição (mais de 3 episódios de dor ao ano).	P0	Deve permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	X	N
	Irritabilidade, obstipação intestinal. Litíase urinária, tumor marrom e calcificações distróficas são sintomas tardios. A glândula palpável cervical pode ser sugestiva de neoplasia maligna.	Casos cirúrgicos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	X	N
	Nas sialolitíases, a queixa é de episódios de dor e aumento da glândula desencadeados por alimentação durante alguns dias e de resolução espontânea. Às vezes, é referido gosto salgado ou sensação de areia na saliva. Nas neoplasias, há o crescimento de nódulos.	Neoplasias malignas, sialoadenite de repetição (mais de 3 episódios de dor ao ano).	P0	Deve permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	X	X
	Obstrução nasal.	Suspeita de doença maligna.	P0	Deve permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	X	X
	Deve-se avaliar a presença de faringite alérgica ou por refluxo gastroesofágico (sensação de pigarro ou globus faríngeo). No caso de etiologia infecciosa, haverá o relato de gripe forte precedente ou de doenças associadas ao HIV. No caso de metástases, pode haver sintomas de disfonia, disfagia, odinofagia, dor irradiada para orelha, emagrecimento e paralisia de nervos cranianos. Existe a possibilidade de sangramento, obstrução nasal e trismo.	Neoplasias malignas.	P0	Deve permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	X	X
		Suspeita de doenças granulomatosas.	P1	Dependerá do diagnóstico.						
	Disfonia persistente por mais de 3 semanas, dispneia progressiva, dificuldade ou dor à deglutição, presença de metástases cervicais em cânceres mais avançados. As estenoses irão causar dispneia progressiva.	Suspeita de tumor ou estenose. Descartada dispneia ou disfonia por outros motivos.	P0	Dependerá do diagnóstico.	-	X	-	-	X	X
	Deve-se observar lesão, com ou sem dor local. A odinofagia é importante nos cânceres de base de língua, palato mole e hipofaringe. Em tumores grandes, pode haver alteração da fala ou disartria.	Suspeita de doença maligna.	P0	Dependerá do diagnóstico.	-	X	-	-	X	X
	Tumoração cervical profunda, geralmente fusiforme e indolor. Perda de função do nervo acometido (principalmente nas lesões volumosas ou malignas). Pulso arterial nos casos de glômus carotídeos, sensação ou relato de zumbido pulsátil associado ou não à perda auditiva nos casos de glômus jugulo-timpânicos. Nos casos de hemangiomas/linfangiomas, pode haver alteração do tamanho, da coloração e da consistência da tumoração de acordo com a manobra de Valsalva e esforço físico.	Suspeita de doença maligna.	P2	Deve permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	X	X
	Voz anasalada, presença de sangramento nasal, perda auditiva ou otites médias de repetição, dor auricular. Tumores avançados podem causar dispneia.	Suspeita de doença maligna.	P0	Deve permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	X	X

Cirurgia bariátrica

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CIRURGIA GERAL	CIRURGIA BARIÁTRICA	OBESIDADE	Cirurgia bariátrica.	IMC maior que 35 com comorbidades (HAS, DM, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados). Não encaminhar pacientes com obesidade sem alterações hormonais.	Não há. Deverá ser avaliado em conjunto com equipe multidisciplinar.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contra-referência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	IMC maior que 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados).	IMC maior que 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados).	P2	Deve permanecer no nível especializado.	X	N	N	X	N	X

Cirurgia geral

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL	GERAL	Alterações do baço e gânglios linfáticos.	Dor abdominal, plenitude pós-prandial, aparecimento de gânglios, diagnóstico de púrpura trombocitopênica.	Hemograma completo, contagem de plaquetas, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, hepatograma, proteínas totais e frações (albumina), USG de abdome, TC de abdome com contraste.	
		ENDOCRINOLOGIA	Hiperparatireoidismo.	Irritabilidade, obstipação intestinal. Litíase urinária, tumor marrom e calcificações distróficas são sintomas tardios. Hiperparatireoidismo primário ou casos cirúrgicos (paratireoidectomia), secundário associado à IRC.	Dosagem de cálcio total e ionizado. Se aumentados, paratormônio (PTH). Se todos forem aumentados, USG cervical e cintilografia com sestamibi-99mTc.	
			Alterações de parótida e submandibular.	Nas sialolitíases, a queixa é de episódios de dor e aumento da glândula, desencadeados por alimentação durante alguns dias e de resolução espontânea; às vezes referindo gosto salgado ou sensação de areia na saliva. Nas neoplasias, há o crescimento de nódulos.	USG cervical (glândulas salivares).	
		PAREDE ABDOMINAL	Hérnia de parede abdominal.	Abaulamentos/protuberâncias em parede abdominal, todos os casos têm indicação cirúrgica.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, hepatograma, proteínas totais e frações (albumina), USG abdome, risco cirúrgico para pacientes com mais de 45 anos.	
		ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO	Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), úlceras, acalásia, divertículos.	Pacientes cirúrgicos sem complicações: pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico, inclusive aqueles com manifestações atípicas cujo refluxo foi devidamente comprovado. Pacientes cirúrgicos com complicações; esôfago de Barret, estenose, úlcera e sangramento esofágico.	EDA, exame radiológico contrastado do esôfago, pHmetria e manometria esofágica de 24 horas.	
		VIAS BILIARES	Alterações da vesícula biliar.	Dor abdominal, dispepsia e vômito.	Hemograma completo, glicose, ureia, creatinina, fosfatase alcalina, GGT, bilirrubina totais e frações, USG de abdome.	
		FÍGADO	Nódulos hepáticos.	Dor abdominal, dispepsia e vômito.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, hepatograma, proteínas totais e frações (albumina), USG de abdome.	
		PÂNCREAS	Nódulos pancreáticos, pancreatite crônica.	Dor abdominal, dispepsia e vômito.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, hepatograma, proteínas totais e frações (albumina), USG de abdome.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contra-referência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Esplenomegalia, linfadenomegalia, febre, emagrecimento, massa abdominal e anemia.	Todos.	P1	Deve permanecer no nível especializado. Os pacientes com doença hematológica e do baço serão vistos em conjunto com o serviço de hematologia.	X	X	X	X	X	X
	A glândula palpável cervical pode ser sugestiva de neoplasia maligna.	Casos cirúrgicos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência ou para serviço de nefrologia.	N	N	N	X	X	X
	Aumento da glândula e dor à palpação nas sialoadenites.	Indicações cirúrgicas devido às neoplasias benignas e malignas, sialoadenite de repetição (mais de 3 episódios de dor ao ano).	P0	Deve permanecer no nível especializado. Encaminhar ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço.	N	N	N	X	N	X
	Presença de abaulamento que se acentua com esforço físico.	Pacientes com hérnias grandes, com encarceramento.	P3	O usuário deverá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de 2x por semana, a cerca de 4 a 8 semanas, devem ser considerados possíveis portadores de DRGE. Existe marcada correlação entre o período de duração dos sintomas e aumento do risco para o desenvolvimento do esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago. O exame físico é inexpressivo.	Casos tratados e descompensados.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Geralmente assintomático, com condições para cirurgia, icterícia.	Pacientes sintomáticos, recorrentes, ictericos.	P2	O usuário deverá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Geralmente assintomático, com condições para cirurgia, icterícia.	Pacientes sintomáticos, recorrentes, ictericos.	P2	O usuário deverá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Geralmente assintomático, com condições para cirurgia, icterícia.	Pacientes sintomáticos, recorrentes, ictericos.	P2	O usuário deverá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X

continua

Cirurgia geral

conclusão

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA		
				Exames complementares sugeridos		
UNIDADE DE CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL	ONCOLOGIA	Nódulos e tumores da tireoide.	Suspeita de neoplasia maligna, sintomas de hipertireoidismo de difícil controle clínico.	TSH, T4 livre, USG de tireoide com doppler, biópsia, citologia por Paaf, anticorpos anti-tireoidianos.	
			Tumores de glândulas adrenais.	História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa, doenças associadas, exame físico. Relatar achados importantes.	Urina de 24 horas com dosagem de metanefrinas e cortisol, testosterona, FSH, LH, potássio urinário, 17-OH progesterona, prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol plasmático, aldosterona sérica, potássio, sódio, relação aldo/APR, TC e/ou RNM de abdome com estudo dinâmico para adrenal.	
			Tumores de esôfago.	História de neoplasia esofágica, disfagia progressiva, pirose, vômitos e emagrecimento.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, proteínas totais e frações (albumina), EDA com biópsia, TC de tórax, abdome e pelve, prova de função pulmonar.	
			Tumores de estômago e duodeno.	História de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2x/semana por 4 semanas.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, proteínas totais e frações (albumina), endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia, pesquisa de H. pylori (anticorpos séricos, teste de urease), RX de tórax, TC de tórax, abdome e pelve com contraste.	
			Tumores do fígado, vias biliares e pâncreas.	Icterícia, dor abdominal, dispepsia e vômito.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, hepatograma, proteínas totais e frações (albumina), lipidograma, RX simples de abdome e tórax, USG abdome, dosagem de CEA, CA 19.9, alfafetoproteína e TC de tórax, abdome e pelve com contraste.	
			Tumores retroperitoneais e pélvicos.	Massa abdominal.	hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, proteínas totais e frações (albumina), hepatograma, colonoscopia com biópsia, dosagem de CEA, CA 19.9, RX de tórax, TC de abdome e pelve com contraste.	
			Tumores de cólon intestinal.	História de neoplasia intestinal. Hematoquezia e/ou mudança de hábito intestinal, principalmente acima de 50 anos de idade e história familiar de neoplasia intestinal.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, proteínas totais e frações (albumina), hepatograma, colonoscopia com biópsia, dosagem de CEA, CA 19.9, RX de tórax, TC de abdome e pelve com contraste, RNM de pelve.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contra-referência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Geralmente são assintomáticos; a sensação de compressão ou corpo estranho na garganta costuma decorrer de faringite alérgica ou por refluxo gastroesofágico. As neoplasias malignas podem causar disфонia de nervo laríngeo recorrente. Presença de nódulos com ou sem linfonodos cervicais. Em vigência de alteração da função tireoidiana, os sintomas irão corresponder ao hipertireoidismo (taquicardia, insônia, agitação psicomotora, pele quente e úmida, tremor fino distal de extremidades, exoftalmia) ou hipotireoidismo (apatia, aumento de peso, pele e cabelos ressecados, macroglossia).	Indicação de cirurgia (tireoidectomia parcial ou total e, se necessário, esvaziamento cervical), suspeita de carcinoma anaplásico de tireoide (massa cervical com crescimento rápido).	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência, ou para serviço de endocrinologia.	X	X	N	X	X	X
	Cushing: estrias, hirsutismo, obesidade. Feocromocitoma: hipertensão arterial de difícil controle. Hiperaldosteronismo: câimbras e dores musculares.	Todos os casos.	P1	Deve permanecer no nível especializado.	N	X	X	X	X	X
	Distensão abdominal e emagrecimento.	Todos.	P0	Deve permanecer no nível especializado.	X	X	X	X	X	X
	Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal, emagrecimento.	Todos.	P0	Deve permanecer no nível especializado.	X	X	X	X	X	X
	Massa palpável, emagrecimento, com condições para cirurgia, icterícia.	Todos.	P0	Deve permanecer no nível especializado.	X	X	X	X	X	X
	Massa palpável e distensão abdominal, emagrecimento.	Todos.	P0	Deve permanecer no nível especializado.	N	X	X	X	X	X
	Massa palpável e distensão abdominal, emagrecimento.	Todos.	P0	Deve permanecer no nível especializado.	N	X	N	X	X	N

Cirurgia plástica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CIRURGIA REPARADORA	CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA	GERAL	Alterações palpebrais.	Blefarocalásio (excesso de pele palpebral superior que dificulta a visão), ectrópio (pálpebra virada para fora), entrópio (pálpebra virada para dentro), ptose palpebral (pálpebra caída) congênita ou adquirida. Deformidades palpebrais pós-trauma ou sequela de queimadura. Lagofalmo (incapacidade de fechar a pálpebra).	Hemograma, coagulograma, glicemia de jejum, sódio, potássio, ureia, creatinina, RX de tórax, ECG (para pacientes acima de 40 anos), risco cirúrgico. Avaliação do campo visual para blefarocalásio e ptose.	
			Deformidades em orelhas.	Orelhas em abano, orelhas proeminentes, amputação parcial pós-traumática, tumor de pavilhão auricular, ausência total ou parcial de cavidade auricular.	Hemograma, coagulograma, glicemia de jejum, sódio, potássio, ureia, creatinina, ECG e RX de tórax em maiores de 40 anos, risco cirúrgico.	
			Rinoplastia.	Defeitos nasais, nariz em sela e outros defeitos que causem alteração da função respiratória, rinomegatia, laterorrínia, desvio de septo, fratura nasal, deformidade nasal, deficiência de válvula nasal.	Hemograma, TAP, PTT, TC de seios da face. Acima de 40 anos, deve haver avaliação clínica completa, com ECG, RX de tórax e exames relacionados às comorbidades.	
			Fissura labial.	Encaminhar todos os casos.	Hemograma. Para pacientes acima de 40 anos, deve haver avaliação clínica completa, com ECG, RX de tórax e exames relacionados às comorbidades.	
			Fenda palatina.	Encaminhar todos os pacientes com fissura labial.	Hemograma, TAP, PTT. Para pacientes acima de 40 anos, deve haver avaliação clínica completa, com ECG, RX de tórax e exames relacionados às comorbidades.	
			Flacidez ou assimetria facial.	Encaminhar os casos cirúrgicos.	Hemograma. Para pacientes acima de 40 anos, deve haver avaliação clínica completa, com ECG, RX de tórax e exames relacionados às comorbidades.	
			Cicatrizes patológicas.	Encaminhar todos os pacientes com cicatrizes sintomáticas decorrentes de cirurgias ou ferimentos.	Hemograma, glicemia de jejum, sódio, potássio, ureia e creatinina. Para pacientes acima de 40 anos, acrescentar RX de tórax e ECG.	
			Hipertrofia mamária, hipomastia grave, assimetrias ou flacidez.	Pacientes que apresentam grande aumento do volume mamário ou assimetria com alterações funcionais, como dorsalgia crônica, dor ou lesão cutânea nos ombros, distúrbios posturais, dermatites, alterações na coluna vertebral.	Hemograma, glicemia, sódio, potássio, ureia, creatinina, coagulograma, TGP, EAS, mamografia e/ou USG de mamas, RX de tórax (incidências em frente e perfil), ECG, risco cirúrgico.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Alterações das pálpebras superior e inferior que causem alteração funcional.	Pacientes com alteração do campo visual ou com sintomas oculares (lacrimejamento, hiperemia conjuntival, sensação de corpo estranho). HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	P0: sintomáticos ou com limitação do campo visual.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
			P1: assintomáticos.							
	Orelhas fora do padrão da normalidade (quando estão exageradamente afastadas da cabeça), deformidade adquirida pós-traumática.	Pacientes acima de 5 anos, preferencialmente pré-escolares (para diminuir o estigma dos pacientes) e com ausência de comorbidades e exames laboratoriais dentro da normalidade. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	P1: crianças.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
			P2: demais.							
	Rinomegatia, laterorrínia, desvio de septo, fratura nasal, deformidade nasal, deficiência de válvula nasal etc.	Pacientes com dificuldade respiratória por obstrução nasal.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Descontinuidade do lábio superior, que pode ser uni ou bilateral e associada ou não à fenda palatina.	Crianças por volta dos 3 meses de idade.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	N	-	N	X	N
	Dificuldade de sucção e alterações morfológicas no teto da cavidade oral presentes desde o nascimento.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	N	-	N	X	N
	Pacientes com idades cronológicas incompatíveis com a aparência ou a assimetria facial.	Pacientes acima de 40 anos com idades cronológicas incompatíveis com a aparência ou a assimetria facial.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Cicatrizes elevadas, avermelhadas e endurecidas.	Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	N	X
	Aumento excessivo das mamas, dor nas costas, desconforto da alteração postural, alterações de volume e forma das mamas.	IMC entre 22 e 25, queixa de dor nos ombros ou dor nas costas devido ao excesso de peso nas mamas.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X

continua

Cirurgia plástica

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CIRURGIA REPARADORA	CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA	GERAL	Ginecomastia.	Aumento do volume mamário nos homens.	Hemograma, coagulograma, PSA, LH, FSH, ACTH, prolactina, estrogênio, progesterona, TSH, T4 livre e total, β HCG (com justificativa), testosterona, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina, USG de mamas ou mamografia.	
			Abdome em avental, diástase importante da musculatura abdominal ou cicatrizes inestéticas.	Encaminhar os casos cirúrgicos.	Hemograma, glicemia de jejum, sódio, potássio, ureia, creatinina. Para pacientes acima de 40 anos, RX de tórax e ECG, USG de abdome e de parede abdominal, risco cirúrgico.	
			Grandes perdas de pele e músculo, exceto os grandes queimados.	Pacientes compensados clinicamente e com lesões limpas que necessitam de enxertos cutâneos ou retalhos, exceto microcirúrgicos.	Hemograma, coagulograma, sódio, potássio, ureia, creatinina, glicose, ECG, RX de tórax, risco cirúrgico.	
		PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	Paciente submetido à cirurgia para emagrecimento que resulta em grande quantidade de pele frouxa nos braços, na mama, na barriga e nas coxas.	Paciente maior de 16 anos com estabilidade de peso de 6 meses. Não tabagista.	Hemograma completo, sódio, potássio, ureia, creatinina, glicose, coagulograma, ECG, RX de tórax, risco cirúrgico. Mamografia para cirurgia em mamas, USG de abdome para cirurgia de abdome.	
		TUMOR DE PELE	Tumores de pele e dos tecidos subcutâneos.	Tumores benignos e malignos (malignos maiores que 0,5 cm) de pele e subcutâneos com hipótese diagnóstica e relato do quadro clínico.	Hemograma, coagulograma, glicemia, sódio, potássio, ureia, creatinina, TGP, EAS, RX de tórax (incidências em frente e perfil), ECG. Na suspeita de lesões malignas, sugere-se TC de tórax e de abdome.	
		QUEIMADOS	Queimados.	Cicatrizes por sequela de queimadura que causem grande deformidade facial, alteração funcional das pálpebras, do nariz e dos lábios, deformidade e restrição dos movimentos do pescoço e restrição dos movimentos articulares em qualquer área.	Hemograma completo, sódio, potássio, ureia, creatinina, glicose, coagulograma, ECG, RX de tórax, risco cirúrgico.	
		MAMA	Amastia adquirida por patologia oncológica.	Paciente submetida à mastectomia com necessidade de reconstrução mamária.	Hemograma completo, sódio, potássio, ureia, creatinina, glicemia, coagulograma, mamografia contralateral, ECG, RX de tórax, liberação para reconstrução do mastologista, risco cirúrgico.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Aumento do tecido mamário em homens.	Maiores de 16 anos que persistem com a ginecomastia por 12 a 24 meses; dor local; ginecomastia antiga acarretando fibrose; pacientes com risco de carcinoma e ginecomastia, após descartadas todas as doenças e os distúrbios hormonais persistentes.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Excesso de pele que se projeta sobre a região pubiana, estrias, áreas de dermatite.	Somente casos de deformidade abdominal pós-emagrecimento ou gestações com evidente avental de pele, sem comorbidades descompensadas, sem uso de anticoagulantes, não fumantes, com IMC entre 20 e 25.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Localização.	Todos os pacientes com perda cutânea, exceto os casos que necessitam de retalho microcirúrgico. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Todos os casos de pacientes maiores de 16 anos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	N	-	X	X	X
	Localização, textura, tempo de aparecimento, presença de ulceração ou sangramento devem ser analisados.	Todos os pacientes com lesão na pele cuja suspeita seja de neoplasia benigna ou maligna. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Descrição do tipo de localização, dimensões, tempo de evolução e limitações causadas pela cicatriz.	Não encaminhar queimados agudos com queimaduras não cicatrizadas.	P1	Permanecer na atenção especializada.	X	X	-	X	N	X
	Lateralidade e tipo de mastectomia realizada.	Amastias por patologias malignas.	P1	Permanecer na atenção especializada.	X	X	-	X	X	X

Cirurgia torácica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA RESPIRATÓRIO	CIRURGIA TORÁCICA	GERAL	Deformidades da parede torácica.	Encaminhar o paciente que manifestar desejo por correção cirúrgica com alterações de parede torácica, como <i>pectus excavatum</i> e <i>carinatum</i> .	RX de tórax AP e de perfil e TC de tórax.	
			Hiperidrose.	Encaminhar sempre que for diagnosticada a doença para avaliação de simpatectomia.	RX de tórax AP e de perfil e exames gerais.	
			Empiema pleural.	Encaminhar sempre que for diagnosticada a doença para avaliação e tratamento.	RX de tórax e TC de tórax.	
			Derrame pleural.	Encaminhar sempre que for diagnosticada a doença para avaliação e tratamento, com avaliação anterior pela pneumologia.	RX de tórax AP e de perfil e TC de tórax.	
			Estenose de traqueia.	Encaminhar sempre que for diagnosticada a doença para avaliação e tratamento.	RX de coluna aérea. Se possível, TC de pescoço e de traqueia torácica, além de TC de tórax.	
			Pneumotórax .	Encaminhar sempre que for diagnosticada a doença para avaliação e tratamento.	RX de tórax AP e de perfil e TC de tórax.	
			Bronquiectasias.	Encaminhar pacientes que tenham condições para o tratamento cirúrgico.	RX de tórax AP e de perfil e TC de tórax.	
			Sequelas pulmonares de tuberculose.	Encaminhar pacientes que tenham condições para o tratamento cirúrgico.	RX de tórax AP e de perfil e TC de tórax.	
		ONCOLOGIA	Tumor de pulmão e pleura.	Encaminhar pacientes com nódulo pulmonar com dúvida diagnóstica e/ou com exames sugestivos de tumor pulmonar ou de pleura.	RX de tórax AP e de perfil, além de TC de tórax com contraste, espirometria.	
			Tumor de mediastino.	Encaminhar sempre que houver dúvida diagnóstica de cistos, timoma, tumores sugestivos de células germinativas, neurais e neuroendócrinos.	RX de tórax AP e de perfil, além de TC de tórax com contraste.	
			Tumor da parede torácica.	Encaminhar sempre que houver dúvida diagnóstica.	RX de tórax AP e de perfil, além de TC de tórax com contraste.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial				Unidades					
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
Alterações da parede torácica.	Não há.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	-	N	N
Desconforto pela constância, involuntariedade da sudorese, constrangimento e dificuldade para o trabalho e as atividades manuais.	Todos os casos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	-	X	X
Sintomas relacionados à doença de base. Podem incluir tosse, febre, dor pleurítica e queda do estado geral.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	-	X	X
Achados relacionados à doença de base.	Não há.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	X	-	-	X	X
Dispneia aos esforços ou mesmo em repouso, sempre acompanhada de ruído respiratório alto (estridor). Algumas vezes, este é confundido com sintoma de asma devido ao ruído ventilatório, embora na estenose seja sempre alto.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	N	-	-	X	N
Dor torácica e dispneia súbita.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	-	X	X
Tosse crônica com expectoração matinal, halitose, hemoptises, por vezes muito graves, inclusive com risco imediato de morte.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	-	X	X
Tosse crônica com expectoração matinal, halitose, hemoptises, por vezes muito graves, inclusive com risco imediato à vida, resistência bacteriana.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	-	X	X
As ocorrências podem se apresentar assintomáticas, apenas com um achado de exame de imagem ou com diversos sinais inespecíficos, como hemoptise (sangramento, geralmente de pequena monta), rouquidão, dor torácica, dispneia, febre por infecção do parênquima pulmonar acometido, síndrome de Claude-Bernard-Horner, adenomegalia cervical, emagrecimento etc.	Encaminhar todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	-	X	X
Os sinais e sintomas são inespecíficos e incluem os encontrados em síndromes neoplásicas.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	-	X	X
Tumoração palpável da parede torácica.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	-	X	X

Cirurgia vascular

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	CIRURGIA VASCULAR	GERAL	Síndrome do desfiladeiro cérvico-torácico.	Compressão extrínseca arterial, venosa ou nervosa na região cérvico-torácica.	RX, eletroneuromiografia, AngioTC.	
			Edema de membros inferiores de origem vascular.	Encaminhar os que necessitam de avaliação mais complexa.	Doppler venoso.	
			Malformação arteriovenosa (MAV).	Tumoração vascular de crescimento lento com efeito de massa, podendo estar presente desde a infância.	RNM, ecocolor Doppler.	
			Arteriopatias funcionais (doença de Raynaud).	Casos não responsivos ao tratamento clínico.	Doppler arterial.	
		DOENÇA ARTERIAL	Dor nos membros inferiores aos esforços (claudicação intermitente).	Claudicação intermitente caracterizada por dor ou fadiga nos músculos dos membros inferiores, causada pela deambulação e aliviada pelo repouso.	Ecocolor Doppler.	
			Dor de repouso de membros inferiores.	Dor ou fadiga nos músculos dos membros inferiores mesmo quando em repouso.	Nenhum.	
			Lesão trófica.	Gangrena seca ou úmida, associada ou não à dor.	Nenhum.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Presença de disestesias, isquemia ou trombose venosa de membro superior associada a sinais compressivos cérvico-torácicos, como presença de costela cervical, mega-apófise de C7, entre outros.	Quando houver comprometimento arterial.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência ou permanecer na atenção especializada.	X	N	N	X	N	N
	Edema indolor crônico nos membros inferiores.	Casos tratados e descompensados.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	N	N	N	N	N
	Massa vascularizada, podendo ser esponjosa, depressível, dolorosa, com frêmito ou pulso, entre outros.	MAV volumosas com complicações hemorrágicas ou ulceradas.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência ou permanecer na atenção especializada.	X	N	N	X	X	X
	Dor e edema nas extremidades por exposição ao frio, cianose e depois eritema.	Casos tratados e descompensados.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	N	N	N	N	N
	Ausência de pulsos arteriais periféricos associada à lentificação do enchimento capilar, palidez e frialdade cutânea.	Casos refratários ao tratamento clínico.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência ou permanecer na atenção especializada.	X	X	X	X	X	X
	Ausência de pulsos arteriais periféricos associada à lentificação do enchimento capilar, palidez e frialdade cutânea.	Todos.	P0	Permanecer na atenção especializada até a conclusão do tratamento vascular. Depois, o usuário deverá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	N	X	X
	Ausência de pulsos arteriais periféricos associada à lesão trófica maior ou menor, infectada ou não.	Todos.	P0	Permanecer na atenção especializada até a conclusão do tratamento vascular. Depois, o usuário deverá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	N	X	X

continua

Cirurgia vascular

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA		
				Exames complementares sugeridos		
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	CIRURGIA VASCULAR	DOENÇA VENOSA	Úlceras de membros inferiores.	Pacientes com úlceras de membros inferiores não responsivas ao tratamento conservador e com indicação cirúrgica.	Doppler venoso e cultura de secreção.	
		DOENÇA CEREBRO-VASCULAR	Pacientes com estenose de carótidas ou vertebrais.	Assintomáticos/sintomáticos (AIT ou AVC prévio).	Ecocolor Doppler.	
		ANEURISMA	Aneurisma de aorta tóraco-abdominal.	Assintomático/sintomático (dor).	Ecocolor Doppler/AngioTC.	
			Aneurisma de aorta torácica descendente.	Assintomático/sintomático (dor).	Ecocolor Doppler/AngioTC.	
			Aneurisma de aorta abdominal e/ou de artérias ilíacas.	Assintomático/sintomático (dor).	Ecocolor Doppler/AngioTC.	
			Aneurismas periféricos.	Assintomático/sintomático (isquemia de membro).	Ecocolor Doppler/AngioTC.	
			Aneurismas viscerais.	Assintomático/sintomático (dor).	Ecocolor Doppler/AngioTC.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Presença de ulceração em membros inferiores.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência ou permanecer na atenção especializada.	X	N	N	N	N	X
	Hemiparesia, paraparesia, hemiplegia, disartria, desvio de comissura labial e amaurose associados à doença obstrutiva de carótidas ou de artérias vertebrais.	Estenose maior que 70%, sintomáticos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência ou permanecer na atenção especializada.	X	X	X	X	X	X
	Massa pulsátil, rouquidão, disfagia, dor torácica ou abdominal com irradiação para o dorso.	AAT maior que 6,0 cm ou sintomáticos.	P1	Permanecer na atenção especializada.	X	N	X	N	X	X
	Massa pulsátil, rouquidão, disfagia, dor torácica com irradiação para o dorso.	AAT maior que 6,0 cm ou sintomáticos.	P1	Permanecer na atenção especializada.	X	N	X	X	X	X
	Massa pulsátil abdominal e dor com irradiação para o dorso.	AAA maior que 5,0 cm AAIC maior que 3,0 cm ou sintomáticos.	P1	Permanecer na atenção especializada.	X	X	X	X	X	X
	Massa pulsátil em oco poplíteo e isquemia de membros inferiores.	AA poplíteo maior que 2,0 cm ou na presença de trombo mural ou isquemia de membro.	P1	Permanecer na atenção especializada.	X	X	X	X	X	X
	Massa pulsátil e dor abdominal.	Aneursimas maiores que 2,0 cm ou sintomáticos.	P1	Permanecer na atenção especializada.	X	X	X	X	X	X

Coloproctologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA DIGESTIVO	COLOPROCTOLOGIA	GERAL	Hemorroidas.	Todos os casos.	Anuscopia, retossigmoidoscopia.	
			Abscesso perianal.	Todos os casos.	Anuscopia, retossigmoidoscopia, hemograma, coagulograma, bioquímica, EAS.	
			Fissura anal.	Todos os casos.	Anuscopia, retossigmoidoscopia, hemograma, coagulograma, bioquímica, EAS.	
			Fístula anal.	Todos os casos.	Hemograma, coagulograma, bioquímica, EAS, anuscopia, retossigmoidoscopia, USG transretal e RNM da pelve.	
			Fístulas anorretais.	Todos os casos.	Hemograma, coagulograma, bioquímica, EAS, anuscopia, retossigmoidoscopia, USG transretal e RNM da pelve.	
			Doença pilonidal.	Todos os casos.	Anuscopia, retossigmoidoscopia.	
			Incontinência anal.	Todos os casos.	Hemograma, coagulograma, bioquímica, EAS, anuscopia, retossigmoidoscopia, USG transretal e RNM da pelve.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Sangramento, prolapso, dor anal, toque retal.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	-	X	X	X	X
	Tumoração quente, dolorosa, descarga purulenta, tenesmo, toxemia, febre, toque retal.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	-	X	N	X	X
	Dor anal, sangramento, plicoma, constipação, secreção purulenta, toque retal.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	-	X	X	X	X
	Dor anal, secreção perianal, história de drenagem de abscesso no passado, toque retal.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	-	X	X	X	X
	Orifício fistuloso externo perianal com drenagem de secreção purulenta, desconforto anorretal, toque retal.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	-	X	X	X	X
	Aguda: nódulo doloroso na região sacrococcígea, abscesso local, febre, dificuldade para sentar-se. Crônica: drenagem purulenta espontânea, trajeto fistuloso, secreção fétida.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	-	X	X	X	X
	Alteração da consistência das fezes, diminuição da capacidade e/ou complacência retal, sensibilidade retal diminuída, lesão anatômica muscular, denervação do assoalho pélvico, toque retal.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	-	X	X	X	X

continua

Coloproctologia

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA DIGESTIVO	COLOPROCTOLOGIA	GERAL	Doença diverticular.	Todos os casos.	Anuscopia, retossigmoidoscopia, enema opaco ou colonoscopia.	
			Doença inflamatória intestinal.	Casos com indicação cirúrgica.	Retossigmoidoscopia.	
			Doenças sexualmente transmissíveis.	Pacientes com lesões sugestivas e não resolutivas aos tratamentos anteriores.	Anuscopia, retossigmoidoscopia, anatomopatologia para HPV.	
			Pólipos.	Todos os casos.	Pesquisa de sangue oculto nas fezes, exame proctológico com retossigmoidoscopia, colonoscopia, enterorressonância.	
		ONCOLOGIA	Neoplasias colorretais, canal e margem anal.	Todos os casos.	Hemograma, coagulograma, bioquímica, EAS, risco cirúrgico, RX de tórax, USG abdominal, TC de tórax, RNM de abdome e pelve, dosagem de CEA, alfafetoproteína e CA 19.9, exame proctológico com retossigmoidoscopia seguido de colonoscopia.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Herniações saculares da mucosa pelas camadas musculares do cólon.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	-	N	X	X	X
	Intratabilidade clínica, fístulas.	Casos com indicação cirúrgica.	P1	Conforme avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência ou permanecer na atenção especializada.	X	-	N	X	X	X
	Verrugas com superfície irregular, frequentemente múltiplas, da cor da pele, avermelhadas ou escuras. As grandes têm a forma de “couve-flor”.	Todos os casos.	P0	Conforme avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência ou permanecer na atenção especializada.	X	-	X	X	X	X
	Geralmente não causam sintomas e só são descobertos quando é realizada a colonoscopia.	Todos os casos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência ou permanecer na atenção especializada.	X	-	N	X	X	X
	Sangramento retal, constipação, diarreia, dor abdominal e anal, secreção, anemia, sangue oculto nas fezes, emagrecimento.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	-	N	X	X	X

Ginecologia/mastologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	GINECOLOGIA	CIRURGIA	Sangramento uterino anormal.	Metrorragia, hipermenorreia, anemia aguda.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano e USG transvaginal.	
			Mioma uterino.	Metrorragia e fenômenos compressivos.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica.	
			Cólica menstrual incapacitante e refratária ao tratamento habitual.	Dismenorreia progressiva.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica, CA 125.	
			Tumorações pélvicas para esclarecimento.	Aumento do volume abdominal, dor pélvica.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica, CA 125, CEA, CA 153, CA 19.9, alfa fetoproteína.	
			Lesões vaginais e vulvares para esclarecimento.	Lesões visíveis de aparecimento recente.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano.	
			Prolapso uterino ou de cúpula vaginal com queixas diretamente relacionadas.	Dispareunia, alteração da qualidade de vida, obstrução vesical, queixas intestinais.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica.	
			Cistocele e/ou retocele com queixas diretamente relacionadas, dor pélvica crônica (superior a 6 meses) refratária ao tratamento prévio.	Dispareunia, alteração da qualidade de vida, obstrução vesical, queixas intestinais.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica.	
			Endometriose de parede abdominal, ovariana ou infiltrativa.	Dor abdominal, dispareunia, alteração da qualidade de vida, sangramento vesical e intestinal.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica, CA 125.	
			Laqueadura tubária.	Esterilização.	Planejamento familiar, manifestação da vontade, colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal.	
			Incontinência urinária de esforço.	Perda urinária uretral.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica, com sugestão de urodinâmica.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar achados significativos.	Anemia acentuada.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Mioma submucoso de qualquer tamanho associado a sangramento uterino anormal; mioma intramural maior que 3cm com sangramento anormal, mioma uterino maior que 5cm, miomas de crescimento rápido.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Não se aplica.	P2	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Não se aplica.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X

continua

Ginecologia/mastologia

continuação

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	GINECOLOGIA	ENDÓCRINO	Estados intersexuais.	Presença de dois sexos.	Cariótipo, urografia excretora, RNM de pelve.	
			Galactorreia, hiperprolactinemia.	Descarga papilar, aumento da prolactina.	Dosagem de prolactina, colpocitologia oncótica com menos de 1 ano, USG transvaginal ou pélvica.	
			Estados hiperandrogênicos.	Androgenização do complexo pilo-sebáceo, hirsutismo, alopecia, acne, seborreia, virilização, hipertrofia do clitóris, aumento de massa muscular, redução da tonalidade da voz.	Testosterona livre, TSH, T3, T4, FSH, avaliação pela endocrinologia.	
			Queixas climatéricas em pacientes menores de 37 anos.	FSH aumentado.	FSH.	
			Disfunções da tireoide com repercussão sobre o ciclo reprodutivo.	Obesidade, exoftalmia.	Avaliação pela endocrinologia.	
			Malformações genitais femininas.	Agenesia de vagina, hipertrofia do clitóris, genitália dúbia.	Avaliação pela endocrinologia.	
		PATOLOGIA CERVICAL	Lesões precursoras do trato genital inferior, inclusive ânus.	Estadiamento a partir de NIC II (inclusive), estadiamento Agus, persistência de no mínimo 2 citologias NIC I ou ASC-US após 1 ano de comprovação de tratamento, resultado de exames complementares já realizados.	USG transvaginal ou pélvica com validade de 6 meses e colpocitologia oncótica com menos de 1 ano (necessário).	
		HISTEROSCOPIA	Vídeo-histeroscopia.	Qualquer idade, com necessidade de exame de vídeo-histeroscopia diagnóstica ou cirúrgica.	USG transvaginal ou pélvica com validade de 6 meses e colpocitologia oncótica com menos de 1 ano (necessário).	
		UROGINECOLOGIA	Incontinência urinária de esforço ou mista com indicação de tratamento cirúrgico e clínico.	Incontinência urinária de esforço uretral.	Estudo urodinâmico (necessário).	
		ONCOLOGIA	Colo uterino.	Casos suspeitos de tumores de colo uterino.	Colpocitologia oncótica com menos de 1 ano.	
			Vulva e vagina.	Casos suspeitos de tumores de vulva e vagina.	Colpocitologia oncótica com menos de 1 ano.	
			Corpo uterino.	Casos suspeitos de tumores de colo uterino, resultados de biópsia com hiperplasias atípicas ou neoplasias malignas de endométrio, tumores uterinos de crescimento rápido, suspeitando-se de sarcoma.	Colpocitologia oncótica com menos de 1 ano.	
			Ovários e anexos.	Casos suspeitos de tumores de ovários e anexos, tumores sólidos ou sólidos/císticos, massa pélvica.	Colpocitologia oncótica com menos de 1 ano, USG transvaginal ou pélvica, CA 125.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	N	N	N	N	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	N	N	N	N	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	N	N	N	N	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	N	X	N	N	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	N	X	N	N	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P3	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	N	N	N	N	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse de relatório de contrarreferência.	X	N	N	X	X	N
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	N	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	N	X	N	N	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	N	X	N	N	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	N	X	N	N	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	N	X	N	N	X

continua

Ginecologia/mastologia

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	GINECOLOGIA/MASTOLOGIA	GERAL	Neoplasias benignas com indicação cirúrgica, dor mamária, casos em que o médico discorde do laudo das imagens da mamografia e/ou casos em que ele ache necessário (encaminhar com justificativa).	Dor mamária intensa que afeta a qualidade de vida ou naquelas refratárias à orientação verbal.	Mamografia recente e, se necessário, USG de mama.	
		ONCOLOGIA	Casos suspeitos ou com diagnóstico confirmado de câncer de mama.	Casos suspeitos.	Mamografia recente e USG de mama.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Dor que interfere nas atividades diárias e na qualidade de vida, com necessidade de uso frequente de medicamentos.	Todas as pacientes com dor mamária intensa que afeta a sua qualidade de vida ou aquelas refratárias à orientação verbal.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	X	X	N	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X

Microcirurgia reconstrutiva

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA NEUROMUSCULAR	MICROCIRURGIA RECONSTRUTIVA	MICRO-CIRURGIA RECONSTRUTIVA	Síndrome do túnel do carpo.	Encaminhar casos cirúrgicos: ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	
			Síndrome do túnel cubital.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	
			Síndrome do túnel do tarso.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	
			Síndromes compressoras do sistema nervoso periférico.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	
			Trauma do sistema nervoso periférico (nervos/plexo).	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	
			Tumores do sistema nervoso periférico.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	
			Tratamento de paralisia facial.	Paralisia facial, recente ou tardia.	TC e RNM da área afetada.	
			Reconstrução com retalhos musculares ou microcirúrgicos.	Perdas de tecido e sequelas cicatriciais, como as decorrentes de queimaduras, pós-trauma, tumores.	RX e TC da região comprometida.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Queixa de dormência, formigamento e/ou dor nas mãos (território do nervo mediano), podendo haver irradiação para punho e antebraço. Sintomas exacerbados por movimentos repetidos das mãos (preensão) e/ou do punho (flexão/ extensão). Piora noturna. Queixa de fraqueza na preensão, provocando queda de objetos das mãos.	Casos tratados e descompensados.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	-	X
	Queixa de dormência, formigamento e/ou dor nas mãos (território do nervo ulnar), podendo haver irradiação para antebraço e região axilar. Queixa de fraqueza nos movimentos intrínsecos da mão.	Casos tratados e descompensados.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	-	X
	Queixa de dormência, formigamento e/ou dor na planta do pé (território do nervo tibial), podendo haver irradiação para panturrilha. Queixa de fraqueza nos movimentos intrínsecos do pé.	Casos tratados e descompensados.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	-	X
	Síndrome compressiva de acordo com a região, dor local, parestesias, déficit neurológico focal. Pacientes com hanseníase podem apresentar síndromes compressivas de outros nervos, razão pela qual devem ser encaminhados para avaliação.	Casos tratados e descompensados.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	-	X
	Déficit neurológico focal, dor local, parestesias.	Casos tratados e descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	-	X
	Síndrome compressiva de acordo com a região, dor local, parestesias, déficit neurológico focal. Pacientes com hanseníase podem apresentar síndromes compressivas de outros nervos, razão pela qual devem ser encaminhados para avaliação.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	-	X
	Sinais clínicos de paralisia facial central ou periférica.	Todos os casos.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	-	X
	Deformidades congênitas por sequelas pós-queimaduras, traumas ou ressecções tumorais.	Todos os casos.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	-	X

Neurocirurgia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA NEUROMUSCULAR	NEUROCIRURGIA	GERAL	Cranioplastia.	Encaminhar pacientes com falhas ósseas decorrentes de cirurgia intracraniana prévia.	TC e RNM de crânio.	
			Infecção do SNC.	Ferida cirúrgica ou traumática infectada de crânio ou coluna.	Hemograma, VHS, PCR, TC, RNM, líquido.	
			Fístula liquórica.	Perda de líquido pelo crânio ou pela coluna.	RNM, RX de crânio ou coluna (dependendo da quantidade de líquido).	
			Hidrocefalia no adulto.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica.	TC e RNM de crânio, estudo de fluxo líquido.	
			Nevralgia do trigêmeo.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico.	TC e RNM de crânio, AGD ou ARNM.	
			Espasmo hemifacial.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico.	TC e RNM de crânio, AGD ou ARNM.	
			Síndrome pós-laminectomia.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico.	TC e RNM da área afetada.	
			Epilepsia.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico.	TC e RNM de crânio, AGD ou ARNM, EEG ou vídeo EEG.	
			Doença de Parkinson.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico.	TC e RNM funcional do crânio.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Falha óssea na calota craniana secundária a trauma, craniotomia descompressiva ou tumor. Deformidade craniana. Os pacientes não apresentam sintomatologia típica, embora epilepsia e cefaleia sejam queixas frequentes que surgem como seqüela do procedimento cirúrgico primário.	Grande falha óssea, síndrome paradoxal.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e tratamento complementar e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Febre, dor, rubor, calor, presença de secreção purulenta, rigidez de nuca.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e tratamento complementar e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Cefaleia, vômitos, febre, perda de líquido.	Perda de líquido.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Síndrome de hipertensão intracraniana pós-traumática, síndrome de Hakim-Adams, hidrocefalia de pressão normal.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Síndrome da dor facial paroxística, intensa, súbita, superficial ou como uma facada, precipitada por fatores-gatilho ou áreas-gatilho, prosopalgia dolorosa. Pacientes de meia idade/idosos com dor na face (território do nervo trigêmeo), com sensação de choque elétrico, fulminante, que cede espontaneamente e se exacerba com o toque na pele, como escovar os dentes e pentear o cabelo. Frequentemente, os pacientes são submetidos a múltiplas extrações dentárias.	Dor facial paroxística intensa.	P1	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Espasmo hemifacial dos músculos da órbita e faciais.	Espasmos faciais intensos.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	N
	Dor crônica intratável ou síndrome dolorosa de acordo com a região, dor local, parestesias, déficit neurológico focal.	Dor intratável.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	N	-	X	X	N
	Crises convulsivas parciais simples ou complexas de difícil controle farmacológico, síndrome de Lenox-Gastaut.	Crises convulsivas intratáveis.	P3	Permanecer no nível especializado.	N	N	-	N	X	N
	Tremores parkinsonianos refratários ao tratamento conservador.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P3	Permanecer no nível especializado.	N	N	-	N	X	N

continua

Neurocirurgia

continuação

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA NEUROMUSCULAR	NEUROCIRURGIA	CEREBRO-VASCULAR	Aneurismas.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica.	TC de crânio, RNM, ARNM, AGD, AngioTC.	
			AVC hemorrágico.	Encaminhar pacientes com diagnóstico de AVC hemorrágico que não tiveram investigação diagnóstica para avaliação.	TC de crânio, RNM, arteriografia cerebral, AngioTC.	
			Malformações arteriovenosas do crânio.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica.	TC de crânio, RNM, ARNM, AGD, AngioTC.	
			Malformações arteriovenosas medulares.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica.	TC e RNM da coluna, ARNM, AGD, AngioTC.	
			Fístulas arteriovenosas.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica.	RNM, ARNM, AGD, AngioTC.	
		COLUNA	Tuberculose da coluna vertebral.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da área afetada.	
			Síndrome de Chiari.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM do crânio e da coluna cervical.	
			Doenças da junção craniocervical.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM do crânio e da coluna cervical.	
			Cordotomias.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM do crânio e da coluna cervical.	
			Traumatismo raquimedular.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da área afetada.	
			Hérnia do disco cervical.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da coluna cervical.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Aneurismas rotos: cefaleia súbita, referida como a maior da vida, comumente após esforço físico, seguida de vômitos, sonolência ou crise convulsiva. Geralmente, os sintomas são intensos e os pacientes procuram a emergência. Eventualmente, o paciente permanece em ambiente domiciliar e os sintomas são frustrados, sendo chamados de sangramentos de “aviso”. Aneurismas não rotos: achados em exames de imagem solicitados para investigação de cefaleia. Hemorragia subaracnoidea, déficit neurológico focal, cefaleia holocraniana.		P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	As manifestações clínicas são bastante variáveis, mas geralmente os pacientes apresentam crise hipertensiva, hemiparesia/plegia e desvio de comissura labial. Cefaleia, náuseas, vômitos, crise convulsiva e rebaixamento do nível de consciência são observados. Os pacientes são geralmente atendidos em unidades de emergência e internados. Comumente, recebem alta sem minuciosas investigações diagnósticas.	-	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	N	N	N
	Crise convulsiva, déficit neurológico focal, paralisia de pares cranianos, hemorragia subaracnoidea. A ruptura da MAV é semelhante à sintomatologia dos aneurismas rotos. MAV pode se apresentar com epilepsia de longa data e difícil controle sem alterações dos marcos de desenvolvimento intelectual.		P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Síndrome compressiva de acordo com a região, dor local, parestesias, déficit neurológico focal.		P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Cefaleia, vômitos, sonolência ou crise convulsiva. História de hemorragia intracraniana prévia, déficit neurológico.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Síndrome compressiva de acordo com a região, dor local, parestesias, déficit neurológico focal.	Pacientes com diagnóstico por imagem, déficit neurológico focal.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	N	-	X	X	X
	Malformação de Arnold-Chiari, Chiari tipo I, tetraparesias, dor cervical, tetraparesia.	Hipertensão intracraniana, hidrocefalia, déficit neurológico, cervicalgia.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Artrite reumatoide com <i>pannus</i> , fratura de odontóide, fratura de C1, fratura C2, compressão da medular cervical.	Instabilidade craniocervical, déficit neurológico.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	N	-	X	X	X
	Síndrome dolorosa crônica, dor intratável.	Dor neurológica crônica, intratável, pacientes com câncer terminal.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	N	-	X	N	N
	Déficit neurológico ou sensitivo de acordo com o nível afetado.	Pacientes com diagnóstico por imagem; déficit neurológico focal.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	N	-	X	X	N
	Cervicalgia, braquialgia, radiculalgia no território de C3 a T1, síndromes compressivas cervicais, parestesias em MMSS.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e tratamento complementar e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X

continua

Neurocirurgia

continuação

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA NEUROMUSCULAR	NEUROCIRURGIA	COLUNA	Hérnia do disco torácico.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da coluna torácica.	
			Hérnia do disco lombar.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da coluna lombar.	
			Instabilidade da coluna.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC da área afetada, RNM.	
			Mielopatias.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da coluna.	
			Doença degenerativa da coluna cervical.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da coluna cervical.	
			Doença degenerativa da coluna lombar.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da coluna lombar.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Dorsalgia, lombalgia, radiculalgia no território de T6 a L1, síndromes compressivas torácicas, déficit motor parcial ou completo, nível sensitivo, claudicação neurológica.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.	P1	Permanecer no nível especializado.	X	N	-	X	X	X
	Lombalgia, cialgia, radiculalgia no território de L1 a S1, síndromes compressivas lombares, claudicação neurológica.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e tratamento complementar e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Pacientes com dor lombar/cervical classificada como mecânica, ou seja, exacerbada com o movimento do tronco/cabeça, principalmente por flexão do tronco/cabeça. A radiografia simples identifica "escorregamento" (espondilolistese) vertebral.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.	P1	Permanecer no nível especializado.	X	N	-	X	X	X
	Cervicalgia, braquialgia, radiculalgia, lombalgia, osteoartrose, síndromes compressivas, parestesias, mono ou paraparesia, tetraparesia, dorsalgia.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Cervicalgia, braquialgia, radiculalgia no território de C3 a T1, osteoartrose, síndromes compressivas cervicais, parestesias em MMSS.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e tratamento complementar e de posse do relatório de contrarreferência.	X	N	-	X	X	X
	Lombalgia, cialgia, radiculalgia no território de L1 a S1, osteoartrose, síndromes compressivas lombares, claudicação neurológica.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e tratamento complementar e de posse do relatório de contrarreferência.	X	N	-	X	X	X

continua

Neurocirurgia

continuação

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA NEUROMUSCULAR	NEUROCIRURGIA	ONCOLOGIA	Tumores cerebrais.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	
			Tumores das meninges.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	
			Tumores da base do crânio.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	
			Neurinomas do acústico.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	
			Tumores da hipófise.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio, TC de seios da face.	
			Tumores da pineal.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	
			Tumores medulares.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM da área afetada.	
			Tumores da coluna vertebral.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM da área afetada.	
			Linfomas, mielomas	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM da área afetada	
			Cistos intracranianos.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	
			Metástases cerebrais.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Síndrome de hipertensão intracraniana, cefaleia crônica, matinal, náuseas/vômitos, crise convulsiva, alterações visuais (amaurose), déficit neurológico focal (hemiparesia/plegia).	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Cefaleia, síndrome de hipertensão intracraniana, déficit neurológico focal.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Cefaleia, síndrome de hipertensão intracraniana, déficit neurológico focal.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	N
	Cefaleia, síndrome de hipertensão intracraniana, déficit neurológico focal.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Síndrome hipofisária, amenorreia, galactorreia, déficit de acuidade visual, apoplexia hipofisária, cefaleia.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Cefaleia, síndrome de hipertensão intracraniana, déficit neurológico focal.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Déficit neurológico ou sensitivo de acordo com o nível afetado.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Déficit neurológico ou sensitivo de acordo com o nível afetado, alterações esfinterianas.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Cefaleia, síndrome de hipertensão intracraniana, déficit neurológico focal.	casos novos, tratados ou descompensados	P0	permanecer no nível especializado	N	X	-	N	N	N
	Síndrome de hipertensão intracraniana, cefaleia crônica, matinal, náuseas, vômitos, crise convulsiva, alterações visuais (amaurose), déficit motor (hemiparesia/plegia).	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Cefaleia, síndrome de hipertensão intracraniana, déficit neurológico focal.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X

continua

Neurocirurgia

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA NEUROMUSCULAR	NEUROCIRURGIA	NERVOS PERIFÉRICOS	Síndrome do túnel do carpo.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	
			Síndrome do túnel cubital.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	
			Síndrome do túnel do tarso.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	
			Síndromes compressivas do sistema nervoso periférico.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	
			Lesões do plexo braquial.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	
			Síndrome do desfiladeiro.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada, doppler MMSS e de carótidas.	
			Tumores do sistema nervoso periférico.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	
			Trauma do sistema nervoso periférico (nervos/plexo).	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Queixa de dormência, formigamento e/ou dor nas mãos (território do nervo mediano), podendo haver irradiação para punho e antebraço. Sintomas exacerbados por movimentos repetidos das mãos (preensão) e/ou do punho (flexão/ extensão). Piora noturna. Queixa de fraqueza na preensão, provocando queda de objetos das mãos.	Casos tratados e descompensados.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e tratamento complementar e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Queixa de dormência, formigamento e/ou dor nas mãos (território do nervo ulnar), podendo haver irradiação para antebraço e região axilar. Queixa de fraqueza nos movimentos intrínsecos da mão.	Casos tratados e descompensados.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e tratamento complementar e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	N	X	N
	Queixa de dormência, formigamento e/ou dor na planta do pé (território do nervo tibial), podendo haver irradiação para panturrilha. Queixa de fraqueza nos movimentos intrínsecos do pé.	Casos tratados e descompensados.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e tratamento complementar e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	N	N	N
	Síndrome compressiva de acordo com a região, dor local, parestesias. Déficit neurológico focal. Pacientes com hanseníase podem apresentar síndromes compressivas de outros nervos, devendo ser encaminhados para avaliação.	Casos tratados e descompensados.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e tratamento complementar e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	N	X	X
	Lesões traumáticas ou tumorais das raízes que compõem o plexo braquial.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e tratamento complementar e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	N	X	N
	Cervicalgia e braquialgia, monoparestesias em MMSS, alterações do fluxo arterial comprovado por doppler.	Casos tratados e descompensados.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e tratamento complementar e de posse do relatório de contrarreferência.	N	N	-	N	X	N
	Síndrome compressiva de acordo com a região, dor local, parestesias, déficit neurológico focal.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	N	-	N	X	N
	Dor local, parestesias, déficit neurológico focal.	Casos tratados e descompensados.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e tratamento complementar e de posse do relatório de contrarreferência.	X	N	-	N	X	N

Odontologia/bucomaxilo

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	ODONTOLOGIA/BUCOMAXILO	CIRURGIA ORAL MENOR	Dentes inclusos e/ou impactados.	Todos os pacientes com dentes inclusos e/ou impactados.	Radiografia panorâmica.	
			Patologias orais com resolução cirúrgica em ambulatório.	Pacientes com lesões hiperplásicas, ulcerativas ou pigmentadas de tratamento cirúrgico ou que necessitem de biópsia, assim como pacientes com diagnóstico radiográfico sugestivo de patologia intraóssea passível de resolução cirúrgica ambulatorial.	No caso de patologias com comprometimento ósseo, apresentar exames de imagem.	
		DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL	Disfunções da articulação temporomandibular e dor orofacial.	Dor orofacial prolongada após episódios hiperfuncionais, tais como: dor crônica orofacial, limitação da movimentação mandibular, luxações recorrentes da ATM e neuropatias orofaciais. É importante que o paciente tenha suas necessidades básicas odontológicas previamente resolvidas.	Radiografias radiodônticas e panorâmica.	
		PACIENTE COM NECESSIDADE ESPECIAL	Pacientes com necessidades especiais.	Pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo que já tenham passado por algum serviço de odontologia no qual, após avaliação, tenha-se constatado necessidade de atendimento odontológico sob anestesia geral.	Risco cirúrgico, TAP, PTT, HIV, hemograma completo, glicose, ureia, creatinina, plaquetas, RX de tórax (PA e perfil), ECG.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Descrever sinais e sintomas presentes e demais dados relevantes.	Paciente com sintomatologia dolorosa associada (pericoronarite) e com achados radiográficos que sugiram patologias ósseas ou dentárias (reabsorção de raízes, cistos e tumores) associadas à presença do dente incluso e/ou impactado.	P1	O acompanhamento pós-operatório do usuário será feito pela própria unidade hospitalar. Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS e/ou ao CEO para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	N	X	X	X
	Descrever sinais e sintomas presentes e demais dados relevantes.	Todos os casos.	P1	O acompanhamento pós-operatório do usuário será feito pela própria unidade hospitalar. Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS e/ou ao CEO para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	N	X	X	X
	Descrever sinais e sintomas presentes e demais dados relevantes, como hábitos viciosos, qualidade de sono e episódios de estresse agudo.	Paciente com sintomatologia dolorosa e incapacidade funcional mandibular.	P1	O acompanhamento pós-operatório do usuário será feito pela própria unidade hospitalar. Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS e/ou ao CEO para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	N	N	N	N	X
	Fornecer o maior número de informações possíveis relacionadas às necessidades de tratamento odontológico destes pacientes.	Todos os casos.	P1	Conforme avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS e/ou ao CEO para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	N	X	N	N	N

continua

Odontologia/bucomaxilo

conclusão

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	ODONTOLOGIA/BUCOMAXILO	CIRURGIA BUCO-MAXILO	Deformidades dentofaciais.	Alterações oclusais de origem esquelética de resolução cirúrgica.	RX cefalométrica em PA e perfil, panorâmica e análises de modelos de estudos.	
			Fraturas do complexo maxilofacial.	Fratura do complexo maxilofacial, com exceção das fraturas exclusivamente dentárias.	Exames de imagem que confirmem a fratura.	
			Infecções odontogênicas.	Aumento de volume difuso em região mandibular e/ou facial de evolução súbita após o quadro de odontalgia e com comprometimento sistêmico.	Não há.	
			Cistos ou tumores odontogênicos.	Aumento volumétrico e/ou achados radiográficos em estruturas da face com evolução lenta, normalmente sem sintomatologia dolorosa e casos cirúrgicos.	Exames de imagem que sugiram a alteração.	
			Tumores do complexo maxilomandibular.	Aumento volumétrico e/ou lesões em pele ou mucosas no complexo maxilomandibular com crescimento rápido e sintomatologia dolorosa.	Exames de imagem que sugiram a alteração.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Má oclusão maxilomandibular, alterações do perfil maxilomandibular.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS e/ou ao CEO para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	N	X	X	X
	Descrever os sinais e sintomas presentes e demais dados relevantes.	Todos os casos.	P1	O acompanhamento pós-operatório do usuário será feito pela própria unidade hospitalar. Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS e/ou ao CEO para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	N	X	X	X
	Edema submandibular, submentoniano e sublingual com evolução rápida, trismo mandibular, fâcies toxêmica, dispneia, disfagia, febre.	Pacientes com sinais/sintomas de quadro infeccioso agudo.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS e/ou ao CEO para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	N	X	X	X
	Descrever sinais, sintomas presentes e demais dados relevantes.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS e/ou ao CEO para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	N	X	X	X
	Descrever sinais, sintomas presentes e demais dados relevantes.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado ao serviço de cabeça e pescoço e de posse do relatório de contrarreferência.	N	X	N	X	X	X

Oftalmologia

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	OFTALMOLOGIA	GERAL	Baixa acuidade visual.	Dificuldade visual.	Teste de acuidade visual.	
		RETINA	Retina clínica.	Degeneração macular relacionada à idade, oclusões vasculares da retina, retinopatia diabética, distrofias e outras.	Laudo oftalmológico com indicação clínica para mapeamento de retina, acuidade visual, refração, tonometria.	
			Retina cirúrgica (descolamento de retina/vitrectomia).	Flashes de luzes, manchas escuras se movendo e perda parcial de visão. As manchas escuras são conhecidas como moscas volantes.	Laudo.	
		CÓRNEA	Pterígio.	Tecido visível, olho vermelho.	Laudo.	
			Ceratocone.	Visão borrada, imagens-fantasma, sensibilidade à luz e presença de halos noturnos são os principais sintomas relatados pelos pacientes. HFI: somente casos cirúrgicos.	Acuidade visual, refração, laudo oftalmológico.	
			Transplante de córnea.	Nebulosidades, distorções, opacidade ocular visível, perda da visão.	Laudo, acuidade visual, refração, tonometria.	
		ESTRABISMO		Desvio ocular e compensação do estrabismo pela posição de cabeça (diagnóstico diferencial do torcicolo congênito).	Laudo, acuidade visual, refração.	
		UVEÍTE		Olho vermelho, dor, fotofobia (aumento da sensibilidade à luz) e/ou baixa de visão.	Acuidade visual, refração, tonometria, laudo.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Não há.	Não há.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	N	X	X	X
	Não há.	Paciente diabético juvenil e outros com doença acima de 3 anos de duração (degeneração macular associada à idade, diabetes e oclusão venosa).	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	N	X	X	X
	Não há.	Aumento desenfreado do descolamento de retina seguido do surgimento de pequenas manchas, em tom roxo, nas regiões periféricas da visão.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	-	N	N	N	X	X
	Ectoscopia.	Perturbação da visão.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	X	X	X	X
	Não há.	Todos os casos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	N	N	N	X
	Citar os achados significativos, se há presença ou não de cicatrizes.	Paciente com córnea esbranquiçada, acidentes perfurocortantes.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	N	X	N	X
	Citar os achados significativos.	Menores de 7 anos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	-	N	N	N	N	X
	Inflamação, olho vermelho.	Panuveíte, suspeita de doença infecciosa.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	X	N	X	X

continua

Oftalmologia

conclusão

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	OFTALMOLOGIA	CATARATA	Pacientes com mais de 50 anos com queixa de baixa progressiva da visão, vista embaçada, com piora da acuidade para longe e melhora para perto. Cataratas traumáticas e de origem metabólica e leucocoria (pupila esbranquiçada) independentemente da idade.		Acuidade visual, refração, tonometria.	
		GLAUCOMA	Pacientes com história familiar de glaucoma. HFI: somente casos cirúrgicos.		Acuidade visual, refração, tonometria, campo visual, retinografia.	
		PÁLPEBRA	Blefarite, hordéolo, calázio, xantelasma, triquíase, entrópio, ectrópio, ptose palpebral, tumor palpebral, dermatocálase.		Laudos.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar os achados significativos e relatar a presença ou não de leucocoria.	Paciente de olho único com insucesso no uso de lentes corretivas.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	X	X	X	X
	Citar os achados significativos.	Pacientes com história familiar, mesmo que assintomático, acima de 35 anos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	X	X	X	X
	BLEFARITE: queimação e lacrimejamento, vermelhidão nas bordas palpebrais e escamas nas margens das pálpebras. HORDÉOLO: lesão dolorosa com edema e hiperemia local. CALÁZIO: dor, edema e hiperemia localizada. XANTELASMA: placas amareladas macias de tamanho variado que podem aparecer na pálpebra superior e/ou inferior. TRÍQUIASE: sensação de corpo estranho, fotofobia, lacrimejamento e secreção seromucosa. ECTRÓPIO: conjuntivite crônica, ceratite, lacrimejamento e dor. PTOSE PALPEBRAL: dependendo do grau de ptose palpebral, o paciente pode apresentar comprometimento do campo visual. TUMOR PALPEBRAL: lesões elevadas, firmes, com telangiectasias na superfície. Durante o crescimento, o centro pode se tornar ulcerado e com crostas na superfície. DERMATOCÁLASE: peso nas pálpebras, redução do campo visual superior.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	-	N	X	N	N	X

Ortopedia e traumatologia

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	GERAL	Dores nas costas: cervicalgia, lombalgia.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.	RX da área afetada em duas incidências.	
			Deformidades (MMII, cifose e escoliose).	Os casos de deformidades em crianças devem ser encaminhados ao especialista a partir de 6 meses de vida. A deformidade em progressão deve ser acompanhada pelo ortopedista. Os casos de "pé torto" ou "pé plano rígido" deverão ser encaminhados para diagnóstico.	RX da área afetada.	
			Dor localizada para esclarecimento (articular, tendinites).	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em AP e perfil.	
			Sequela de fratura.	Descrever queixas, localização, duração, evolução, dor e limitação à movimentação. Relatar frequência e intensidade das crises. Informar o motivo do encaminhamento.	RX da área afetada em AP e perfil. Encaminhar com RX da articulação acometida em duas incidências.	
		QUADRIL	Dor localizada e/ou deformidade em quadril.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em panorâmica, TC.	
			Artrose do quadril.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil.	
			Epifisiólise. HFI: somente pacientes acima de 16 anos.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil, TC.	
			Cirurgias de revisão de ATQ realizadas na unidade que não necessitem de enxerto ósseo.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar os achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	N	N	-	X	X	X
	Descrever os achados importantes.	Prioridade para recém-nato.	P1	Permanecer no nível especializado.	X	N	-	N	N	X
	Descrever a localização, a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Dor articular, algias ósseas, calcaneodínias, artrose de joelhos: descrever a localização, a presença de restrição ou dor à movimentação e a presença de sinais flogísticos.	Pacientes com sequelas mais recentes.	P2	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	N	-	X	X	X

continua

Ortopedia e traumatologia

continuação

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
TRAUMATO-ORTOPEDIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	JOELHO	Dor localizada e/ou deformidade em joelho.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em AP e perfil.	
			Gonartrose.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, AP e perfil com carga. Todos em filme 30/40.	
			Soltura de prótese.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, AP e perfil com carga. Todos em filme 30/41.	
			Lesão meniscal.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial, RNM.	
			Lesão meniscal (pacientes acima de 50 anos)	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil, axial e incidência Rosemberg, RNM.	
			Lesão ligamentar (LCA) (ligamento cruzado anterior).	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, RNM.	
			Lesão ligamentar (LCP) (ligamento cruzado posterior).	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, RNM.	
			Lesão ligamentar (CPL) (canto póstero-lateral).	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, RNM.	
			Lesão ligamentar (LPF medial) (ligamento patelo-femural-medial).	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial, RNM, TC de patela (TA-GT).	
			Osteonecrose.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil, axial, RNM.	
			Genovalgo e genovaro.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e panorâmico com carga de membros inferiores.	
			Rotura de tendão quadriceptal e tendão patelar.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP e perfil, USG e RNM.	
		PÉ/ TORNOZELO	Dor localizada e/ou deformidade em pé/ tornozelo.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em AP e perfil.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	N	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P1	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	N	N	-	X	N	N

continua

Ortopedia e traumatologia

conclusão

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
TRAUMATO-ORTOPEDIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OMBRO	Dor localizada e/ou deformidade em ombro.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em AP e perfil.	
			Lesão do manguito rotator e síndrome do impacto.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil escapular, perfil axilar, USG do ombro.	
			Fraturas e luxações da cintura escapular.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil escapular, perfil axilar ou Velpeau axilar, Zanca para patologias na articulação AC. Apical oblíqua para instabilidades.	
			Fraturas e luxações do cotovelo.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.	
			Processos degenerativos do cotovelo.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.	
			Processos degenerativos do ombro.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil axilar.	
		MÃO	Todas as patologias, sem exigência de pré-requisitos.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta do tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P0	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta do tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P0	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta do tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	X	X	X
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	N	-	N	X	X

Otorrinolaringologia

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	OTORRINOLARINGOLOGIA	GERAL	Amigdalite crônica hipertrófica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Não há.	
			Hipertrofia das adenoides.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	RX de perfil da nasofaringe (boca aberta e fechada).	
			Frênulo lingual.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	
			Lesões orais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	
			Abscessos amigdalianos.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	
			Blastoma de faringe.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC de faringe.	
			Estenose subglótica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	
			Lesões de pregas vocais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	
			Disfonia.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	
			Papiloma de laringe.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	
			Traumas de laringe.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	
			Paralisia de cordas vocais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	
			Blastoma de laringe e estenose subglótica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Videolaringoscopia, TC de laringe.	
			Lesões diversas da laringe (pólipos, nódulos).	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Videolaringoscopia.	
			Laringite crônica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Videolaringoscopia.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Distúrbios mecânicos com maior ou menor frequência de surtos de anginas febris.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	N	X	X	X	X
	A criança dorme de boca aberta, baba no travesseiro, ronca e por vezes tem crises de apneia noturna.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	N	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Dor oral, lesão ulcerada em faringe, sangramento oral, obstrução de via aérea superior.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	N
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Disfonia progressiva, obstrução de vias aéreas superiores.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	N	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Rouquidão permanente em maior ou menor intensidade.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X

continua

Otorrinolaringologia

continuação

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	OTORRINOLARINGOLOGIA	GERAL	Atresia de coanas.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Desvio do septo nasal.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Hipertrofia de cornetos.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Granulomas nasais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais (cortes axiais e coronais).	
			Papiloma nasal.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Papilose nasal.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Perfurações do septo.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Fístula liquórica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais, endoscopia nasal, citologia de secreção nasal.	
			Rinites atróficas (ozena).	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Rinossinusites fúngicas.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Rinossinusites complicadas.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Traumas nasais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Tumores nasais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Abscessos nasais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Obstrução nasal, episódios de sangramento nasal, rinorreia purulenta, cefaleia frontal e/ ou em projeção de outras cavidades paranasais, diplopia e exoftalmia.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Hidrorrinorreia que piora ao se abaixar a cabeça e história de cirurgia nasal prévia ou trauma fronto-etmoidal.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Epistaxe, desvio de dorso nasal (laterorrinia), desvio de septo com ou sem obstrução nasal, hematoma de septo nasal.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X

continua

Otorrinolaringologia

continuação

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	OTORRINOLARINGOLOGIA	GERAL	Epistaxe.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Estética nasal.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Nasoangiofibroma.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	
			Blastomas nasais e paranasais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais (cortes axiais e coronais).	
			Sinusites crônicas.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	RX simples dos seios paranasais (incidências: mento-naso ou de Waters, fronto-naso ou de Caledwell; submentovértex ou posição axial de Hirtz e perfil), TC dos seios paranasais (cortes axiais e coronais).	
			Obstrução nasal crônica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC de seios paranasais, endoscopia nasal.	
			Zumbido.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Malformações congênitas do ouvido.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Glomus timpânico.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC de mastoides, audiometria tonal e vocal, timpanometria, angiografia e angiorressonância de crânio.	
			Hipoacusia (surdez).	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Mastoidite aguda.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Otite crônica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Labirintite/vertigem.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Obstrução nasal, episódios de sangramento nasal, rinorreia purulenta, cefaleia frontal e/ ou em projeção de outras cavidades paranasais, diplopia e exoftalmia.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Dor no nível das cavidades afetadas e eliminação pelo vestibulo nasal ou pela rinofaringe de exsudato oriundo do interior dos seios afetados.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Obstrução nasal sem resposta ao tratamento clínico com ou sem rinorreia, rinosinusite de repetição, cefaleia, desvio septal, hipertrofia de cornos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Perda auditiva condutiva progressiva, zumbidos pulsáteis.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Aumento de volume retroauricular, dor e sinais flogísticos em vigência de otite média aguda.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X

continua

Otorrinolaringologia

continuação

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	OTORRINOLARINGOLOGIA	GERAL	Coloboma auris.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Exostose de CAE.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Orelha de abano.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Otite média secretora.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Otosclerose.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Paralisia facial.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC de mastoides, audiometria tonal e vocal, timpanometria, RNM de crânio, eletroneuromiografia facial.	
			Perfurações do tímpano.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Traumas de ouvido/osso temporal.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Tumores de ouvido.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Otalgia.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Otomastoidite crônica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos ossos temporais (cortes axiais e coronais), audiometria tonal e vocal, timpanometria.	
			Corpos estranhos de nariz e ouvido.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Exame clínico.	
			Corpo estranho de faringe e laringe.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Exame clínico e videolaringoscopia.	
			Roncos e Sahos.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC de face com cefalometria, videolaringoscopia, polissonografia neurológica e respiratória.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial				Unidades					
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
Drenagem de secreção purulenta ou não, de odor fétido ou não, infecções locais de repetição.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Perda auditiva mista progressiva, zumbidos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Paralisia ou paresia muscular de hemiface precedida ou não de trauma temporal com fratura de mastoide.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Otorreia drenando pelo conduto auditivo externo de caráter contínuo ou intermitente. Hipoacusia até surdez.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Presença de corpos estranhos ao exame clínico.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	N	X	X	X	X	X
Presença de corpos estranhos ao exame clínico e videolaringoscopia.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	N	X	X	X	X	X
Roncos, apneia noturna, hipersonolência diurna.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	N

continua

Otorrinolaringologia

conclusão

Linha de Cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS	OTORRINOLARINGOLOGIA	GERAL	Orelha de abano.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Otite média secretora.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Otosclerose.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Paralisia facial.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC de mastoides, audiometria tonal e vocal, timpanometria, RNM de crânio, eletroneuromiografia facial.	
			Perfurações do tímpano.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Traumas de ouvido/osso temporal.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Tumores de ouvido.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Otalgia.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	
			Otomastoidite crônica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos ossos temporais (cortes axiais e coronais), audiometria tonal e vocal, timpanometria.	
			Corpos estranhos de nariz e ouvido.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Exame clínico.	
			Corpo estranho de faringe e laringe.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Exame clínico e videolaringoscopia.	
			Roncos e Sahos.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC de face com cefalometria, videolaringoscopia, polissonografia neurológica e respiratória.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Perda auditiva mista progressiva, zumbidos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Paralisia ou paresia muscular de hemiface precedida ou não de trauma temporal com fratura de mastoide.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Otorreia drenando pelo conduto auditivo externo de caráter contínuo ou intermitente. Hipoacusia até surdez.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Presença de corpos estranhos ao exame clínico.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	N	X	X	X	X	X
	Presença de corpos estranhos ao exame clínico e videolaringoscopia.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	N	X	X	X	X	X
	Roncos, apneia noturna, hipersonolência diurna.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	N

Urologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA URINÁRIO	UROLOGIA	GERAL	Hematúria.	Hematúria macroscópica ou microscópica de repetição, sem disúria (ardência para urinar)	USG de vias urinárias, EAS, citologia urinária, urinocultura e antibiograma, hemograma, coagulograma, TC de abdome e pelve.	
			Hidrocele.	Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	USG, hemograma, coagulograma.	
			Varicocele.	Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	Não há.	
			Fimose.	Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	Hemograma, coagulograma.	
			Vasectomia.	Encaminhamento do serviço do planejamento familiar da unidade e do termo de consentimento informado da companhia.	Exames pré-operatórios.	
			Estenose uretral traumática e/ou pós-operatória.	Trauma uretral e balanite xerótica obliterante.	USG, EAS, ureia, creatinina, uretrografia, hemograma, coagulograma.	
		LITÍASE	Litíase vesical.	Cálculo de bexiga maior que 0,5 cm.	EAS, urinocultura, ureia, creatinina, cálcio, fósforo, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias, TC de abdome e pelve sem contraste.	
			Litíase ureteral.	Cálculo renal maior que 0,5 cm. Os cálculos renais menores que 0,5 cm devem ser encaminhados se apresentarem hidronefrose associada e/ou malformações renais e/ou estenose de junção pieloureteral.	EAS, urinocultura, ureia, creatinina, cálcio, fósforo, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias, TC de abdome e pelve sem contraste.	
			Litíase renal.	Cálculo renal maior que 1cm. Os cálculos renais menores que 1 cm devem ser encaminhados se apresentarem hidronefrose associada e/ou malformações renais e/ou estenose de junção pieloureteral.	EAS, urinocultura, ureia, creatinina, cálcio, fósforo, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias, TC de abdome e pelve sem contraste.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial				Unidades					
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
Presença de sangue na urina.	Casos tratados e descompensados.	P0	Depende do diagnóstico.	X	X	X	X	X	X
Citar achados significativos.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Citar achados significativos.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Citar achados significativos.	Não há.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Não há.	Não há.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Não há.	Prioridade da regulação.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	N	X	X	X	X
Associa-se com infecções urinárias de repetição, disúria, dificuldade miccional, hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Cólica nefrética (com irradiação para flanco e fossa ilíaca e área genital), às vezes com náuseas e vômitos. Hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS. Avaliação prévia para diagnóstico diferencial de apendicite, diverticulite, colecistite e pancreatite.	Hidronefrose associada ao exame de imagem; cálculo sem mudança de posição ureteral por 15 dias, de acordo com exame de imagem; cálculo maior ou igual a 0,5 cm, no seu maior eixo, de acordo com exame de imagem.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
Quando do tipo coraliforme na pelve renal, associa-se com infecções urinárias de repetição, cólica nefrética (com irradiação para flanco e fossa ilíaca e área genital), às vezes com náuseas e vômitos. Hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS. Teste de giordano positivo.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X

continua

Urologia

continuação

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA URINÁRIO	UROLOGIA	DISFUNÇÃO SEXUAL	Disfunção erétil.	Todos os casos com comorbidades tratadas previamente.	Dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, hepatograma, hemograma e lipidograma.	
			Distúrbios do orgasmo.	Distúrbios do orgasmo masculino, tais como ejaculação precoce, anorgasmia e dificuldade de orgasmo, desde que já tenham sido submetidos ao tratamento farmacológico SEM SUCESSO.	Glicose, dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, hepatograma, hemograma e lipidograma.	
			Doença de Peyronie.	Curvaturas penianas anormais comprovadas por exame físico.	Dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, hepatograma, hemograma e lipidograma.	
			Distúrbio andrológico de envelhecimento masculino (Daem).	Portadores de testosterona total sérica inferior a 300 ng/dl, maiores de 50 anos de idade, sem evidências de câncer de próstata.	Dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, PSA total, hepatograma, hemograma e lipidograma.	
			Infertilidade masculina.	Paciente masculino que esteja tentando constituir prole, sem método contraceptivo, por, pelo menos, 1 ano, com frequência sexual regular e parceira em investigação ginecológica em paralelo.	Pacientes portadores de alterações referentes a número, velocidade e/ou vitalidade persistentes em 3 espermogramas colhidos com intervalo mínimo de 15 dias, dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Dificuldade de ereção.	Pacientes portadores de problemas de ereção que já tenham sido tratados com drogas orais inibidoras de fosfodiesterase tipo 5, sem sucesso, e que sejam portadores de fatores de risco, tais como: HAS, DM, dislipidemia, cardiopatias, endocrinopatias e neuropatias; disfunção erétil desenvolvida após cirurgia para tratamento do câncer de próstata, cistectomia radical e outras cirurgias pélvicas; disfunção erétil em pacientes submetidos à radioterapia da região pélvica.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Dificuldade de ereção.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Achados significativos, com ou sem dor peniana à ereção, com presença de nodulação fibrosa do corpo cavernoso.	Impossibilidade de penetração e/ou desconforto importante durante o ato sexual e pacientes que tenham recebido tratamento farmacológico por, pelo menos, 6 meses.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Curvaturas penianas anormais.	Impossibilidade de penetração e/ou desconforto importante durante o ato sexual e pacientes que tenham recebido tratamento farmacológico por, pelo menos, 6 meses.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	N	X	X	X	X	X
	Achados significativos. Exame geralmente normal, podendo apresentar varicocele, azoospermia.	Não há.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X

continua

Urologia

continuação

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA URINÁRIO	UROLOGIA	DISFUNÇÃO MICCIONAL	Incontinência urinária em mulheres.	Perda urinária involuntária de urina aos esforços físicos e/ou aumento da pressão intra-abdominal e/ou perda involuntária de urina precedida de intenso desejo de micção, sem evidência de infecção ao EAS e urinocultura.	USG de vias urinárias, EAS, urinocultura e antibiograma.	
			Incontinência urinária após cirurgia prostática e/ou radioterapia pélvica.	Qualquer tipo de perda involuntária de urina observada após cirurgia prostática e/ou radioterapia pélvica.	USG de vias urinárias, EAS, urinocultura e antibiograma.	
			Queixas miccionais masculinas.	Dificuldade para urinar, hesitação pré-miccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria associadas ou não à disúria, sem evidência de infecção ao EAS e urinocultura.	USG da próstata e bexiga (via abdominal), USG das vias urinárias, dosagem do PSA total sérico, EAS, urinocultura, ureia, creatinina.	
			Queixas miccionais femininas.	Dificuldade para urinar, hesitação pré-miccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria associadas ou não à disúria, sem evidência de infecção ao EAS e urinocultura.	USG de vias urinárias, dosagem do EAS, urinocultura.	
			Queixas urinárias em pacientes com neuropatia.	Dificuldade para urinar, hesitação pré-miccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria (associadas ou não) decorrentes de doença de Parkinson, AVE, mielopatias em geral (TRM, lesão por HTLV, neurosífilis etc.), neuropatia diabética, paraplegia, tetraplegia, esclerose múltipla e demais neuropatias periféricas, pós-operatório neurocirúrgico, pós-operatório de cirurgias pélvicas e pós-radioterapia pélvica.	USG das vias urinárias, EAS, urinocultura e antibiograma.	
			Prolapso genital.	Prolapso genital grau III ou IV.	Hemograma e bioquímica.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Achados significativos. Exame frequentemente normal.	Não há.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Achados significativos.	Não há.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Achados significativos, toque retal.	ITU de repetição, insuficiência renal, pós-renal, uronefrose, hematúria, retenção urinária, escórias nitrogenadas elevadas e que tenham recebido tratamento farmacológico sem resposta clínica favorável.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Achados significativos. Exame frequentemente normal.	Não há.	P1	Dependendo da avaliação, a usuária poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Alterações neurológicas.	Não há.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Órgão genital ultrapassa óstio vaginal em repouso.	Pacientes com complicações decorrentes do prolapso.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	N	X	X

continua

Urologia

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA URINÁRIO	UROLOGIA	ONCOLOGIA	Tumor e hiperplasia de próstata.	Todos os casos.	Toque retal em todos os casos, USG, PSA total e livre, EAS, ureia, creatinina. Se a dosagem sérica de PSA total for maior que 20 ng/ml, são sugeridos exames de TC de abdome e pelve e cintigrafia óssea.	
			Tumor de bexiga.	Todos os casos.	EAS, USG de rins e vias urinárias, RX de tórax, TC de abdome e pelve.	
			Tumor de ureter.	Todos os casos.	RX de tórax, TC de abdome e pelve.	
			Tumor renal (massa renal e cisto renal complexo).	Tumores sólidos. Pacientes portadores de cisto renal somente devem ser encaminhados caso a TC evidenciar cisto renal complexo, com septações e/ou calcificações, múltiplos cistos (rim policístico); cisto renal de grande volume, ou seja, maior que 7 cm ao exame de TC e sinais tomográficos sugestivos de hemorragia intracística.	USG renal, TC de pelve e bexiga, EAS, RX de tórax e cintigrafia óssea para pacientes portadores de massa renal sólida ou cisto complexo à TC; RNM para tumores que apresentarem invasão de veia renal e/ou veia cava inferior.	
			Tumor de pênis ou lesões cutâneas suspeitas.	Todos os casos.	RX de tórax, TC de abdome e pelve.	
			Tumor de testículo.	Todos os casos.	RX de tórax, USG bolsa escrotal, TC de abdome e pelve.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Gotejamento pós-miccional, dificuldade para urinar, mictúria, incontinência urinária, hematúria, toque retal.	Casos tratados e descompensados.	P0	Depende do diagnóstico.	X	X	X	X	X	X
	Hematúria, massa suprapúbica.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	X	X	X	X
	Obstrução devido à compressão do lúmen, uronefrose e hematúria.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Hematúria, dor no flanco, emagrecimento, massa palpável no flanco (esta tríade só ocorre em 10% dos casos).	Casos tratados e descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	X	X	X	X
	Citar os achados significativos.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Massa testicular crescente indolor.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	X	X	X	X

Especialidades clínicas

Cardiologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA CARDIOVASCULAR	CARDIOLOGIA	GERAL	Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária.	A - Com a presença de alterações em órgão-alvo (comprometimento renal, cardiopatia hipertensiva, antecedentes de eventos neurológicos); B - Hipertensão não controlada em uso de pelo menos 3 drogas anti-hipertensivas, sendo uma delas um diurético; C - Que necessitam de investigação para casos suspeitos de HAS secundária.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, microalbuminúria, ECG. Se necessário, Mapa.	
			Insuficiência cardíaca.	Diagnóstico comprovado de ICC para estratificação e tratamento.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico e cateterismo.	
			Arritmias.	Diagnóstico estabelecido de arritmia cardíaca.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, ECG, RX de tórax, ecocardiograma, espirometria, holter, teste ergométrico.	
			Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico.	Casos em que há evidência de cardiopatia com indicação cirúrgica já confirmada.	Hemograma, TAP, PTT, glicemia de jejum, ureia, creatinina, TGO e TGP, ECG, RX de tórax.	
		VALVULOPATIA	Doença orovalvular.	Diagnóstico de valvulopatia pré-estabelecida e para a qual está indicada intervenção cirúrgica ou percutânea, para estratificação e acompanhamento.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico e cateterismo.	
		CORONÁRIA	Doença aterosclerótica coronariana.	Doença coronária estabelecida (pós-infarto agudo do miocárdio, pós-revascularização do miocárdio, pós-angioplastia) com indicação de tratamento clínico.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico, dosagem de enzimas cardíacas e cateterismo.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional.	A - HAS severa descompensada com sinais de doenças associadas (ICC, DM, doença vascular periférica, acidente isquêmico e hemorrágico, coronariopatias, IRC); B - Idade (maiores de 40 anos); C - Portadores de HIV; D - História de dislipidemia familiar.	P1	Caso seja atingida a meta de tratamento e o paciente não apresentar lesão em órgão-alvo, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar tratamento, de posse do relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X
	Exame físico minucioso após história clínica detalhada, medida da pressão arterial, relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória. Descrever a presença de dispneia, visceromegalias e edema de MMII. Determinação da classe funcional.	Quadro de início recente, particularmente em jovens e no período periparto. ICC de difícil controle e/ou presença de doenças associadas com sinais de descompensação (HAS, DM, IRC), BRE com QRS alargado (acima de150 ms).	P0	Retornar ao nível especializado, mas com acompanhamento mais frequente na UBS, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X
	Exame físico minucioso, após história clínica detalhada. Determinação da classe funcional.	A - Pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca ou insuficiência coronária associada; B - Bloqueio atrioventricular (BAV) de 2ª grau sintomático e BAV de 3º grau; C - Bloqueio bi e trifascicular, síncope no idoso, doenças dos canais iônicos.	P0	Permanecer no nível especializado.	N	X	X	-	X	X
	Não há.	Pacientes com indicação cirúrgica eletiva e de grande porte.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	N	X	-	X	N
	Exame físico minucioso após história clínica detalhada. Determinação da classe funcional.	Pacientes sintomáticos.	P1	Permanecer no nível especializado.	N	N	X	-	N	X
	Exame físico minucioso após história clínica detalhada. Determinação da classe funcional.	A - Dor torácica de início recente (em esforço ou repouso); B - Pacientes pós-infarto, pós-revascularização e pós-angioplastia. Obs.: angina instável, com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), é uma situação que requer avaliação de urgência pelo serviço de cardiologia.	P0	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse do relatório de contrarreferência.	N	X	X	-	X	X

Dermatologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA	DERMATOLOGIA	GERAL	Micoses superficiais.	Dermatofitose, pitíriase versicolor, ceratofitoses.	Exame direto e cultura de fungos.	
			Micoses profundas.	Quadro clínico sugestivo (lobomicoses, cromomicoses, micose de Jorge Lobo, esporotricoses, paracoccidioidomicose e tuberculose) e relatar tratamentos instituídos.	Exame direto e cultura de fungos.	
			Dermatoses eritematoescamosas.	Líquen plano, pitíriase rubra pilar, pitíriase rósea de Gibert.	Exames clínicos, laboratoriais, histopatológicos.	
			Dermatoviroses.	Herpes simples, herpes zoster.	Não há.	
			Doenças sexualmente transmissíveis.	Sífilis, cancro mole, linfogranuloma.	Exames clínicos, laboratoriais.	
			Piodermites.	Erisipela, abscessos, carbúnculo.	Não há.	
			Prurido/eczema.	Queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico (ex.: icterícia de causa medicamentosa, escabiose, etc. História sucinta constando início dos sinais e sintomas, localização, fatores desencadeantes, tratamentos instituídos e exames complementares (se houver).	Exames clínicos, histopatológicos.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	N	X	X	N	X
	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	N	X	X	X
	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	N	X	X	X	X
	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	N	N	N	X	X	X
	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	N	N	N	X	X
	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	N	N	X	X	X
	Lesões papulovesiculosas. Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.	Pacientes com quadros extensos e/ou graves.	P1	Permanecer no nível especializado ou retorno à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X

continua

Dermatologia

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA	DERMATOLOGIA	GERAL	Hanseníase.	Reações I e II não controladas com a medicação nas doses recomendadas; incapacidade física (graus I e II) que necessita de cirurgia de reabilitação.	Não há.	
			Buloses (pênfigo, penfigoide, dermatite herpetiforme).	Quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.	Não há.	
			Lesões ulceradas (leishmaniose).	Suspeita de lesões típicas de leishmaniose (com bordas elevadas, endurecidas) que não cicatrizam há mais de 30 dias, mesmo tendo sido instituído tratamento com antibioticoterapia.	Não há.	
		PSORÍASE	Psoríase.	Quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.	Exame clínico e histopatológico.	
		ONCOLOGIA	Neoplasias cutâneas.	Carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, melanoma, linfoma cutâneo primário, outras neoplasias da pele.	Histopatológico, imuno-histoquímica, radiologia.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Eritema nodoso hansênico, neurite, graus de incapacidade I e II.	Reação hansênica e/ou neurite.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	N	X	N	N	X	N
	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Quadro cutâneo extenso e/ou com comprometimento de mucosas.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	N	X	N	X	X	X
	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com queixas.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	N	X	X	X
	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Quadros moderados e graves que necessitem de terapia sistêmica.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	N	X	X	X
	Descrever o aspecto e a localização das lesões e a presença de linfonodos.	Histopatologia indicativa de melanoma, adenopatias palpáveis, alterações hematológicas (linfoma).	P0	Permanecer no nível especializado	X	X	N	X	X	X

Endocrinologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA ENDÓCRINO	ENDOCRINOLOGIA	GERAL	Obesidade com comorbidade.	IMC maior que 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados) e com inserção no protocolo da cirurgia bariátrica (pré e pós-operatório). Não encaminhar pacientes com obesidade sem alterações hormonais.	Não há.	
			Doenças gonadais.	Ginecomastia no homem acima de 18 anos, hipogonadismo masculino acima de 18 anos com distúrbio do desenvolvimento puberal e clínica de hipogonadismo no homem. Hipogonadismo feminino acima de 18 anos com distúrbio do desenvolvimento puberal e clínico de amenorreia primária e secundária, hiperandrogenismo, hirsutismo, virilização.	Hepatograma, ureia, creatinina, testosterona, β HCG, TSH, T4 livre, FSH, LH, sódio urinário, 17-OH progesterona, prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol plasmático, estradiol, TC, USG.	
			Dislipidemias.	Casos não responsivos à mudança do estilo de vida (atividade física e orientação alimentar) e à terapêutica com estatinas (colesterol total maior que 240 mg/dl e/ou triglicérides maior que 200 mg/dl). Colesterol maior que 300 mg/dl e triglicérides maior que 500 mg/dl.	Glicemia, TSH, T4 livre, colesterol total e frações, triglicérides, TGO, TGP, bilirrubina total e frações, ureia e creatinina.	
		DIABETES	DM I.	Todos os casos.	Hemograma, glicemia de jejum (duas determinações no intervalo de 2 a 3 semanas), ureia, creatinina, EAS, teste de tolerância à glicose, hemoglobina glicada, microalbuminúria, anti-GAD, peptídeo C, insulina, mapeamento de retina e fundo de olho.	
			DM II.	Casos tratados e não responsivos à insulino-terapia plena, hiperglicemia, hemoglobina glicada aumentada e/ou presença de comorbidades como nefropatia, neuropatia, retinopatia, dislipidemia e HAS.	Hemograma, glicemia de jejum (duas determinações no intervalo de 2 a 3 semanas), ureia, creatinina, EAS, teste de tolerância à glicose, hemoglobina glicada, microalbuminúria, anti-GAD, peptídeo C, insulina, mapeamento de retina e fundo de olho.	
			Diabetes pós-transplante.	Todos os casos.	-	
			Diabetes gestacional.	Gestantes com diagnóstico prévio de DM I e DM II e critérios de DG.	2 glicemias de jejum acima de 92 mg/dl. Curva glicêmica com 1 ponto alterado, jejum acima de 92 mg/dl, 1h acima de 180 mg/dl e 2h acima de 153 mg/dl.	
		DOENÇAS OSTEO-METABÓLICAS	Alteração do metabolismo ósseo.	Hiperparatireoidismo primário, hipoparatiroidismo com sintomas relacionados (parestésias, câimbras, tetania), pós-tireoidectomia, história de cirurgia cervical, osteoporose, cifose dorsal, diminuição da estatura, litíase urinária.	PTH elevado e cálcio, albumina, densitometria óssea.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar achados significativos.	IMC maior que 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados).	P2	Permanecer no nível especializado.	-	N	X	-	N	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Casos não responsivos à terapêutica (colesterol total maior que 240 mg/dl e triglicerídeos maior que 200 mg/dl).	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	N	N	-	X	N
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	X	N	-	N	N
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado durante a gestação.	-	X	N	-	N	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X

continua

Endocrinologia

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA ENDÓCRINO	ENDOCRINOLOGIA	TIREOIDE	Casos suspeitos de doença da tireoide.	Hipotiroidismo: letargia, ressecamento da pele, queda de cabelos, obstipação intestinal, aumento do peso corporal, mixedema. Hipertiroidismo: nervosismo, irritabilidade, sudorese excessiva, diarreia, perda de peso, taquicardia, fibrilação atrial, exoftalmia. Nódulos de tireoide suspeitos. Tireoidite subaguda. Câncer de tireoide: pacientes que se submeteram à tireoidectomia com diagnóstico histopatológico. Oftalmopatia de Graves em atividade.	Hipo e hiper: TSH, T4 livre. Nódulos: USG de tireoide. Nódulo de tireoide com características suspeitas na USG de tireoide (nódulo maior que 1 cm, bordas irregulares, microcalcificações, vascularização central). Ca de tireoide: histopatológico.	
		HIPÓFISE/ADRENAL	Casos suspeitos de neoplasias.	História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa, doenças associadas, exame físico. Relatar achados importantes.	Prolactina, cortisol sérico ou urinário, IgF1, ACTH, TSH, T4 livre, FSH, LH, GH.	
			Doenças neuroendócrinas.	Acromegalia: GH elevado. Prolactinoma: galactorreia, amenorreia, prolactina elevada. Síndrome de Sheehan: agalactia e amenorreia pós-parto. Diabetes insipidus: poliúria (mais de 3L/24hs). Hipogonadismo: diminuição da libido, disfunção sexual, perda de pelos axilares e pubianos. Hipocortisolismo: hipotensão arterial. Hipotireoidismo: intolerância ao frio, alopecia, astenia, constipação intestinal. Insuficiência adrenal (doença de Addison): hipotensão arterial, perda de peso, hiperpigmentação. Feocromocitoma: hipertensão arterial paroxística com tríade clássica de cefaleia + sudorese profusa + palpitação. Hiperaldosteronismo primário. Síndrome de Cushing: hipertensão arterial + DM + fraqueza muscular + obesidade centrípeta. Incidentaloma adrenal: lesão expansiva adrenal em exame de imagem (USG, TC, RNM).	Sódio baixo, potássio elevado, cortisol sérico matinal abaixo de 5 mcg/dl. Cortisol sérico maior que 25 mcg/dl. Cushing: glicemia, hemograma, sódio, potássio, cortisol sérico, urinário e salivar, ACTH, RX de crânio, TC de tórax e abdome, RNM sela túrcica. Addison: sódio, potássio, glicemia, cortisol sérico e urinário, resposta do cortisol após administração de ACTH e aldosterona. Hiperaldosteronismo: aldosterona sérica, excreção urinária de potássio, sódio, potássio, TC, relação aldo/APR (atividade plasmática de renina).	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Hipo: mixedema, bradicardia, bulhas hipofonéticas, disfonia, hiporreflexia. Hiper: exoftalmia, bócio, taquicardia, arritmias, tremores de extremidades, hiperreflexia. Abscesso tireoideano com sinais flogísticos locais ou bócio doloroso com sinais de hipertireoidismo discreto.	Casos de difícil controle.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X
	Hipotensão arterial, hiperpigmentação, estrias violáceas, face em lua cheia. Afastar síndrome metabólica.	Todos os casos.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X

Gastroenterologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA DIGESTIVO	GASTROENTEROLOGIA	GERAL	Disfagia motora.	Necessidade de gastrostomia endoscópica percutânea em internação de 24 horas.	Risco cirúrgico.	
			Disfagia/odinofagia.	Alteração ou dor à deglutição.	EDA.	
			Doenças do refluxo gastroesofágico: hérnia de hiato, esofagite de refluxo, esôfago de Barret.	Pacientes cirúrgicos sem complicações: pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico, inclusive aqueles com manifestações atípicas cujo refluxo foi devidamente comprovado. Pacientes cirúrgicos com complicações: esôfago de Barret, estenose, úlcera e sangramento esofágico.	EDA, exame radiológico contrastado do esôfago, pH metria e manometria esofágica.	
			Hemorragia digestiva para esclarecimento.	Hemorragia digestiva.	EDA e/ou colonoscopia.	
			Gastrite atrófica diagnosticada.	Gastrite não responsiva, história de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2 vezes por semana por 4 semanas.	EDA com biópsia, pesquisa de H. pylori (anticorpos séricos, teste de urease).	
			Úlcera péptica.	Gastrite não responsiva, história de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2 vezes por semana por mais de 4 semanas.	EDA com biópsia, pesquisa de H. pylori (anticorpos séricos, teste de urease).	
			Diarreia crônica.	Eliminação de fezes predominantemente desmanchadas ou líquidas, não importa o número de vezes, por um período maior que 3 a 4 semanas.	Hemograma, bioquímica, EPF.	
			Constipação intestinal refratária ao tratamento prévio.	Constipação intestinal quando a pessoa evacua até duas vezes por semana (menos de uma vez a cada 3-4 dias) ou há excessiva dificuldade para defecar, apesar do uso de laxativos.	Hemograma, bioquímica, RX simples de abdome, colonoscopia.	
			Pancreatite.	Casos de complicações.	amilase, lipase, triglicerídeos, BTF, fosfatase alcalina, teste de tolerância à glicose, glicemia, TGO, TGP, GGT, RX simples de abdome, USG abdome e TC do órgão.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	-	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X
	-	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X
	Pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de 2x por semana, há cerca de 4 a 8 semanas, devem ser considerados possíveis portadores de DRGE. Existe correlação entre o período de duração dos sintomas e o aumento do risco para o desenvolvimento do esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X
	-	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X
	Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal.	Pacientes tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X
	Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal.	Pacientes tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X
	Diarreia com ou sem sangue, muco ou pus, tenesmo associado, com ou sem urgência fecal.	Diarreia com sangue, emagrecimento importante.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X
	Distensão abdominal, avaliação de presença de massas abdominais.	Relato de emagrecimento.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X
	Dor abdominal em barra, dispepsia e vômito.	Pacientes tratados e descompensados.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X

continua

Gastroenterologia

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA		
				Exames complementares sugeridos		
UNIDADE DO SISTEMA DIGESTIVO	GASTROENTEROLOGIA	DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	Colite ulcerativa, doença de Crohn e síndrome do cólon irritável.	Perfuração de cólon, risco de evolução para neoplasia e casos cirúrgicos.	Colite ulcerativa: colonoscopia, enema opaco, hemograma, VHS, PCR, alfa 1 glicoproteína ácida, perfil de ferro e ferritina. Doença de Crohn: colonoscopia, enema opaco. Síndrome do cólon irritável: colonoscopia, enema opaco.	
		HEPATOLOGIA	Icterícia para esclarecimento.	Suspeita diagnóstica.	Provas de função hepática, USG abdome.	
			Ascite para esclarecimento.	Suspeita diagnóstica.	USG abdome.	
			Nódulo hepático.	Suspeita de carcinoma hepatocelular, nódulo em fígado cirrótico.	Biópsia hepática, TC com estudo dinâmico hepático, RNM com estudo dinâmico com CD do exame.	
			Doença gordurosa hepática não alcoólica.	Síndrome metabólica.	Hemograma, coagulograma, TGO, TGP, GGT, BTF, USG de abdome.	
			Síndromes colestáticas crônicas.	Icterícia, colúria, acolia fecal e prurido.	Hemograma, hepatograma, USG de abdome, anticorpo antimitocôndria, colangiorressonância magnética.	
			Hepatites crônicas.	Hepatite crônica.	Hemograma, coagulograma, hepatograma, BTF. Hepatite A: anti-HAV IgG. Hepatite B: HBsAg, HBeAg, anti-HBc IgM e IgG, anti-HBe, anti-HBs. Hepatite C: anti-HCV, PCR quantitativo para HCV-RNA, genótipo do HCV, imunoglobulinas IgG, IgM, IgA, FAN, antinúcleo liso, anti-LKM 1, anticorpo antimitocôndria, ferro, ferritina, TIBC, alfa 1 antitripsina, USG de abdome, biópsia hepática ou fibroscan (dependendo da situação).	
			Hepatites agudas.	Hepatite aguda.	Hemograma, TAP, PTT, bilirrubinas, transaminases, fosfatase alcalina, GGT, proteínas totais e frações e sorologia para hepatites A, B e C: anti-HAV IgG e IgM, HBsAg, anti-HBc IgG e IgM, anti-HBs e anti-HCV.	
			Cirrose hepática.	Todos os casos.	Sorologia para hepatites A, B e C, ferritina, anticorpo antimitocôndria, antinúcleo liso, anti-LKM, FAN, alfafetoproteína, USG de abdome, TC do órgão, biópsia hepática, hemograma, hepatograma, EDA, imunoglobulinas IgG, IgA, IgM, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol, triglicerídeos e coagulograma.	
		HEPATITES VIRAIS B e C	Hepatites virais B e C.	Hepatites virais B e C.	Hemograma, coagulograma, hepatograma, BTF. Hepatite A: anti-HAV IgG. Hepatite B: HBsAg, HBeAg, anti-HBc IgM e IgG, anti-HBe, anti-HBs. Hepatite C: anti-HCV, PCR quantitativo para HCV-RNA, genótipo do HCV.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial				Unidades						
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Colite ulcerativa: diarreia sanguinolenta, muco, febre, dor abdominal, tenesmo, perda de peso e anemia. Doença de Crohn: dor abdominal, diarreia, febre, perda de peso. Pode evoluir com estenose ou fístulas intestinais e para outros órgãos.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	X	-	X	X
	Obesidade, DM, HAS.	Doença hepática avançada.	P3	Permanecer no nível especializado.	X	X	X	-	X	X
	Sinais de icterícia.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	X	-	N	X
	Mal-estar, náuseas, vômitos, diarreia, febre, colúria e acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa, artrite, glomerulonefrite, poliartrite nodosa.	Hepatite crônica.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	N	-	X	X
	TAP menor que 50% e/ou encefalopatia hepática, náuseas, vômitos, febre persistente.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	N	-	X	X
	Estima-se que aproximadamente 40% dos pacientes com cirrose são assintomáticos. 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.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	X	-	X	X
	Mal-estar, náuseas, vômitos, diarreia, febre, colúria e acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa, artrite, glomerulonefrite, poliartrite nodosa.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	N	X	N	-	X	X

Hematologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE HEMATOLOGIA	HEMATOLOGIA	GERAL	Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm ³ em pelo menos dois exames.	Avaliar sangramento.	Hemograma, bioquímica com hepatograma, sorologia de hepatites B e C, HIV, EBV.	
			Leucometria global menor ou igual a 2.000/mm ³ e/ou contagem de neutrófilos menor ou igual a 1.200/mm ³ em pelo menos dois exames.	Avaliar infecção, hepatopatia.	Hemograma, bioquímica com hepatograma, sorologia de hepatites B e C, HIV, EBV.	
			Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl, com VCM acima de 100fl.	Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia.	Hemograma, reticulócitos.	
			Blastos no sangue periférico.	Anemia, alteração de leucócitos e trombocitopenia.	Hemograma.	
			Anemia e icterícia por elevação de bilirrubina indireta.	Cansaço, fraqueza, astenia, dispneia, urina de coloração escurecida.	Hemograma, bioquímica, LDH, Coombs direto.	
			Anemia normocítica e normocrômica, excluídas as doenças crônicas, como insuficiência renal, diabetes, collagenoses, hepatopatias	Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia.	Ureia, creatinina, glicose, FAN, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina, albumina, TAP.	
			Alterações no coagulograma na ausência de terapêutica com anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários (AAS, cumarínico) e/ou hepatopatias.	Avaliar sangramento e história familiar de sangramento	Hemograma, TAP, PTT.	
			Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda.	Avaliar febre, sudorese e emagrecimento.	Hemograma, sorologias para EBV, CMV, toxoplasmose, HIV, VDRL.	
			Esplenomegalia no adulto, afastada doença hepática de etiologia não hematológica.	Avaliar febre, sudorese e emagrecimento.	Hemograma, bioquímica, USG de abdome superior.	
			Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal.	Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia, dor lombar e emagrecimento.	Hemograma, creatinina, cálcio, proteínas totais e frações.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial				Unidades						
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Presença de sufusões hemorrágicas.	Trombocitopenia menor que 50.000/mm3.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
		Trombocitopenia maior ou igual a 50.000/mm3.	P1							
	Quadro infeccioso, hepatoesplenomegalia.	Contagem de neutrófilos menor que 500/mm3 e associação de plaquetopenia e/ou anemia.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
		Contagem de neutrófilos maior ou igual a 500/mm3 e associação de plaquetopenia e/ou anemia.	P1							
	Palidez cutâneo-mucosa, taquicardia, dispneia.	Alteração de leucograma e plaquetas ou dosagem de hemoglobina menor que 7 g/dl.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
		Alteração de leucograma e plaquetas ou dosagem de hemoglobina maior que 7 g/dl.	P1							
	Palidez cutâneo-mucosa, infecção, sangramento.	Todos.	P0	Permanecer no nível especializado.	N	X	N	N	X	X
	Palidez cutâneo-mucosa, icterícia, taquicardia, dispneia.	Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Palidez cutâneo-mucosa, taquicardia, dispneia.	Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Equimoses, petéquias, sangramentos ativos.	Sangramento frequente e ativo	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	N	X	X	X	X	X
	Linfadenomegalias palpáveis.	Adenomegalia volumosa, compressiva ou de mediastino.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	X	N	X	X
		Queda do estado geral, emagrecimento.	P1							
	Aumento da circunferência abdominal.	Queda do estado geral, emagrecimento.	P1	Permanecer no nível especializado.	X	X	X	X	X	X
	Palidez cutâneo-mucosa, taquicardia, dispneia, dificuldade de deambulação.	Presença de pico monoclonal na eletroforese de proteínas plasmáticas, com dificuldade de deambulação.	P1	Permanecer no nível especializado.	X	X	X	X	X	X

continua

Hematologia

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE HEMATOLOGIA	HEMATOLOGIA	GERAL	Trombocitose isolada maior que 500.000/mm ³ em 3 hemogramas realizados com intervalo de um mês.	Excluir infecção, ausência de febre, neoplasia não hematológica e ferropenia.	Hemogramas seriados.	
			Trombocitose maior que 500.000/mm ³ acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm ³ .	Excluir infecção, ausência de febre.	Hemograma.	
			Leucocitose maior que 20.000/mm ³ com desvio à esquerda em ausência de infecção.	Excluir infecção.	Hemograma.	
			Eritrocitose (hematócrito maior que 50% em homens e 46% em mulheres).	Afastar DPOC e cardiopatias cianóticas.	Hemograma, RX de tórax.	
			Um ou mais eventos trombóticos em adultos maiores de 40 anos, sendo afastados neoplasia, hepatopatia, trauma, colagenoses e cardiopatias	História de eventos tromboembólicos, abortos de repetição.	-	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Avaliar sinais de trombose venosa e/ou arterial, sangramento.	Presença de trombose ou sangramento.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
	Avaliar esplenomegalia, sinais de trombose venosa e/ou arterial, sangramento.	Presença de trombose ou sangramento ou leucocitose maior que 50.000/mm ³ .	P1	Permanecer no nível especializado.	X	X	X	X	X	X
		Presença de trombose ou sangramento.	P2							
	Avaliar esplenomegalia, sinais de trombose venosa e/ou arterial, sangramento.	Leucocitose maior que 50.000/mm ³ .	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	X	X	X	X	X
		Leucocitose menor que 50.000/mm ³ .	P2							
	Avaliar esplenomegalia, sinais de trombose venosa e/ou arterial, sangramento.	Hematócrito acima de 60%.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	X	N	X	X	X	X
		Hematócrito abaixo de 60%.	P2							
	Sinais de trombose venosa e/ou arterial.	-	P2	Permanecer no nível especializado.	X	N	X	X	X	X

Infectologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento		HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA	INFECTOLOGIA	GERAL	Pareceres, triagem e acompanhamento de doenças infecciosas e parasitárias que NÃO sejam HIV.		Esclarecimento diagnóstico ou acompanhamento de quaisquer doenças infecciosas que não sejam HIV.	Exames complementares referentes a cada doença relacionada.	
		HIV/AIDS	HIV adulto.	Pareceres ou acompanhamento de casos de HIV de adultos com maior complexidade.	Pacientes com infecção pelo HIV identificados com necessidade de esclarecimento diagnóstico ou avaliação de especialista.	Sorologia para HIV, hemograma e VHS, ureia, creatinina e EAS, ECG e ecocardiograma (se possível). RX do local suspeito de infecção. Sorologias básicas da rotina para pacientes com HIV.	
			HIV com linfoma ou leucemia.	Avaliação conjunta com a hematologia para quimioterapia ambulatorial em hospital-dia.	Paciente com infecção pelo HIV e diagnóstico de leucemia ou linfoma.	Sorologia para HIV; hemograma ou biopsia com suspeita ou confirmação de linfoma ou leucemia.	
			HIV com sarcoma de Kaposi.	Quimioterapia em hospital-dia (pacientes sem indicação para internação).	Paciente com infecção pelo HIV e lesões de sarcoma de Kaposi.	Sorologia para HIV, de preferência com biopsia confirmando sarcoma de Kaposi.	
			HIV e hepatites virais.	Acompanhamento de hepatites virais em pacientes infectados pelo HIV.	Pacientes com coinfeção HIV/hepatite B crônica e HIV/hepatite C crônica já em tratamento da infecção pelo HIV.	Sorologia para hepatites B e C. PCR, se possível.	
			Acompanhamento pré-natal de gestantes com HIV/aids.		Gestantes com infecção pelo HIV.	Sorologia para HIV.	
		HIV/AIDS GESTANTE					

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Sinais e sintomas compatíveis com as doenças infecciosas listadas.	Todos os casos.	P1	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	N	-	X	X
	Linfonodomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, sinais de ICC, sinais de insuficiência renal, exame neurológico ou visual alterado.	Casos sintomáticos.	P0	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
	Todos os casos.	Casos sintomáticos.	P0	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
	Lesões compatíveis com sarcoma de Kaposi.	Casos sintomáticos.	P0	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar tratamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
	Assintomático ou com sinais indiretos para cirrose hepática.	Casos sintomáticos.	P0	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	N	-	X	X
	-	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado até o puerpério e em seguida encaminhada à UBS, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	N	-	N	X

Nefrologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA URINÁRIO	NEFROLOGIA	GERAL	Alteração de exame de urina.	Avaliar aspectos da urina (odor, cor, volume), febre, dor lombar, disúria ou estrangúria, doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina e glicemia de jejum, hemograma completo, cálcio, potássio, ácido úrico, colesterol total e frações e triglicerídeos.	
			Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado.	Avaliar aspectos da urina (odor, cor, volume, se espumosa), início dos sintomas, febre, dor lombar, disúria ou estrangúria, doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina e glicemia de jejum.	
			Lesão renal secundária a diabetes e/ou hipertensão.	Avaliar aspectos da urina (odor, cor, volume, se espumosa), início da doença de base e como foi conduzida.	EAS, ureia, creatinina e glicemia de jejum.	
			Proteinúria no EAS (com ou sem hematúria) com cultura negativa (ausência de ITU).	História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina, colesterol total e frações, hemograma.	
			Infecção urinária de repetição (mais de 3 episódios/ano).	História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina, hemograma, cultura de urina com TSA, USG do aparelho urinário.	
			Creatinina maior que 2 mg/dl ou clearance de creatinina menor que 60 ml/min.	História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina, potássio, glicemia de jejum, hemograma completo, colesterol total e frações e hemoglobina glicosilada.	
			Doença renal policística.	História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina.	
			Rim único.	História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Palidez, estado nutricional, edema, abdome, cardiovascular, pressão arterial.	Oligúria e/ou creatinina maior ou igual a 2,0 mg/dl.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Palidez, estado nutricional, edema, exame do aparelho respiratório, do abdome, cardiovascular, pressão arterial.	Oligúria, hematúria maciça, creatinina maior ou igual a 2,0 mg/dl.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Palidez, estado nutricional, edema, exame do aparelho respiratório, do abdome, cardiovascular, pressão arterial.	Creatinina maior que 4,0 mg/dl.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial.	Creatinina maior que 2,0 mg/dl ou proteinúria maior que 2 cruzes.	P0	Permanecer no nível especializado para acompanhamento nefrológico, mas o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o acompanhamento de DM e HAS.	-	X	X	-	X	X
	Relatar os achados importantes.	Histórico de ITU com repercussões sistêmicas (febre, calafrios, dor lombar).	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial.	Creatinina maior que 3,0 mg/dl.	P1	Permanecer no nível especializado para acompanhamento nefrológico, mas o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o acompanhamento de DM e HAS.	-	X	X	-	X	X
	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial.	Creatinina maior que 2,0 mg/dl.	P1	Permanecer no nível especializado para acompanhamento nefrológico, mas o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o acompanhamento de DM e HAS.	-	X	X	-	X	X
	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial.	Creatinina maior que 2,0 mg/dl.	P1	Permanecer no nível especializado para acompanhamento nefrológico, mas o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o acompanhamento de DM e HAS.	-	X	X	-	X	X

Neurologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA NEUROMUSCULAR	NEUROLOGIA	GERAL	Cefaleia.	História sucinta informando localização, característica, evolução e doenças associadas. Cefaleia de difícil controle, para a qual já foi feita uma profilaxia sem sucesso. Pacientes com alterações no exame neurológico, crises convulsivas, sinais de HIC associados a distúrbios do comportamento, com piora progressiva ou instalação súbita e constante, devem ser encaminhados ao neurologista/neurocirurgião em serviço de emergência.	Hemograma, bioquímica (glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, LDH, fosfatase alcalina, GGT, BTF, proteínas totais e frações), sorologias para sífilis, hepatite e HIV, ácido fólico, T4 livre, TSH, vitamina B12, eletroneuromiografia.	
			Epilepsia, convulsão e desmaios.	Crises convulsivas de difícil controle (após uso de duas medicações anticonvulsivantes em doses plenas), suspeita de epilepsia sintomática, crises convulsivas como componentes de síndromes neurológicas.	Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como TC de crânio, EEG e outros.	
			Doença de Parkinson.	Tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e alterações posturais.	Não há.	
			Distonias.	Focal ou generalizada.	RNM de crânio.	
			Neuropatias e síndrome do túnel do carpo.	Neuropatias já diagnosticadas em outro serviço e que necessitem de tratamento especializado, dores neuropáticas com refratariedade, parestesias recorrentes, progressivas, acompanhadas ou não de dor, câimbras, parestesias e paralisias em geral, excetuando-se as síndromes piramidais. Incluem-se principalmente as paraplegias arreflexas/hiporreflexas e as parestesias/paralisias segmentares e focais (facial, do nervo abducente etc.), bem como as disfagias e as disfonias mais arrastadas, amiotrofias generalizadas, segmentares ou focais que não sejam decorrentes de imobilização após AVE ou outra condição estranha ao sistema neuromuscular, quedas frequentes, perda do equilíbrio.	Hemograma, bioquímica (glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, LDH, fosfatase alcalina, GGT, proteínas totais e frações), sorologias para hepatite e HIV, hormônios tireoidianos, vitamina B12, eletroneuromiografia.	
			Distúrbio de aprendizagem e retardo psicomotor.	História sucinta que especifique qual atraso do desenvolvimento neuropsicológico foi observado, qual é o distúrbio do comportamento, o tempo de evolução e os dados sobre o parto no primeiro ano de vida.	TC de crânio.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Relatar achados importantes e informar PA. Caso seja realizado exame de fundo de olho e se encontrar papiledema, encaminhar paciente com exames para avaliação neurológica/neurocirúrgica em serviço de urgência.	Não há. Pacientes com sinais de alerta devem procurar a emergência.	P2	Retorno à UBS de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
	Relatar achados importantes.	Múltiplas crises e alterações ao exame neurológico. Pacientes com mais de uma crise em menos de 24h e, sem medicação, devem procurar a emergência.	P2	Permanecer no nível especializado, mas com acompanhamento mais frequente na UBS.	-	-	X	-	X	X
	Relatar principais achados.	Pacientes com necessidade de mais de duas medicações.	P2	Permanecer no nível especializado, mas com acompanhamento mais frequente na UBS.	-	-	X	-	X	X
	Relatar principais achados.	Não há.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Relatar quadro neurológico.	Condições de evolução agudas.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Relatar achados importantes.	Não há.	P3	Retorno à UBS de posse do relatório de contrarreferência. Encaminhamento para nível especializado se houver intercorrências.	-	-	N	-	N	X

continua

Neurologia

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA NEUROMUSCULAR	NEUROLOGIA	GERAL	Paralisia facial periférica.	Mononeuropatia isolada de instalação aguda com comprometimento de toda a hemiface. Pode-se acompanhar de alteração dos gostos salgado e doce na metade da língua do lado comprometido e hiperacusia. Não há outro déficit neurológico (hemiplegia, hemianestesia e alteração de sensibilidade superficial da face).	Não há.	
			Cisticercose.	Encaminhar todos os casos.	TC de crânio, RNM e EEG.	
			Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).	Evolução de disfagia, disfonia e perda progressiva de força, generalizada ou bulbar.	Eletroencefalografia, RNM de crânio e cervical.	
			Miastenia grave e outras miopatias.	Já diagnosticada em outro serviço e que necessite de tratamento especializado ou suspeita diagnóstica de miastenia.	TC de tórax, eletroencefalografia (estimulação repetitiva).	
			Acidente vascular cerebral.	Quadros subagudos que necessitem de investigação para diagnóstico etiológico, se ainda não estabelecido.	Hemograma, bioquímica, lipidograma, ECG, TC e/ou RNM do crânio e USG vascular.	
			Hidrocefalia.	Todos os casos com suspeita diagnóstica. Se o caso estiver associado à presença de tumor, encaminhar o paciente diretamente ao neurocirurgião.	TC e RNM de crânio.	
			Síndromes demenciais (Alzheimer e outros).	História detalhando a instalação e o comprometimento cognitivo identificado (orientação, memória, atenção, julgamento, raciocínio e linguagem). Fazer diagnóstico diferencial entre demências tratáveis e não tratáveis.	Hemograma, TAP, glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, GGT, bilirrubinas, proteínas totais e frações, VDRL, FTA-ABS, vitamina B12, ácido fólico, T4 livre, TSH, TC e/ou RNM do crânio.	
		ESCLEROSE MÚLTIPLA	Surto agudo e quadro crônico.	História detalhando a instalação e o comprometimento neurológico identificado (motor, sensitivo, de coordenação, esfinteriano e visual), principalmente em mulher jovem. Diferenciar surto agudo em cenário de doença crônica e autoimune.	Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como RNM, líquido e potenciais evocados.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Diferenciar a paralisia periférica (toda a hemiface) da central (somente da parte inferior da face, não comprometendo a frontal).	Não há.	P1	Jamais encaminhar ao serviço de neurologia, manejar na UBS. Só encaminhar se houver eventos recorrentes ou outros achados neurológicos combinados.	-	-	N	-	N	X
	Sintomas focais, meníngeos e crises epiléticas.	Casos tratados e descompensados e não tratados.	P1	Retorno à UBS, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	N	-	N	X
	Sinais de comprometimento de 1º e 2º neurônio motor.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Relatar achados importantes.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Relatar achados importantes.	Hemorragia subaracnóidea não investigada.	P1	Dependendo da avaliação, encaminhar à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
	Aumento do perímetro cefálico em relação à faixa etária. Irritabilidade, vômitos, sonolência. Sinal do pote rachado (sinal de MacEwen).	Todos os casos descompensados ou mal tratados.	P0	Permanecer em nível especializado.	-	-	N	-	N	X
	Avaliação neuropsicológica com Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Teste do Desenho do Relógio (TDR).	Não há.	P0	Permanecer no nível especializado, mas com acompanhamento mais frequente na UBS.	-	-	X	-	X	X
	Exame neurológico.	Surto.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X

Pneumologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA RESPIRATÓRIO	PNEUMOLOGIA	GERAL	Dor torácica.	Sintomas e sinais significativos de origem pneumológica, derrame pleural.	RX de tórax PA e perfil, ECG, ECO, TC de tórax.	
			Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC).	RX de tórax PA e perfil alterados, RX de seios da face alterado (sinusopatia), pneumonia arrastada, com possibilidade de outros diagnósticos, suspeita de neoplasia, obstrução brônquica, corpo estranho, empiema pleural, infecção multirresistente a antibióticos, pneumonia com hipoxemia, insuficiência respiratória.	RX de tórax, hemograma completo, glicemia, pesquisa de BK no escarro em casos suspeitos, TC de tórax em casos de suspeita de Pneumocystis carinii ou imunocomprometidos. Nos casos mais graves: ureia, creatinina, eletrólitos, proteínas totais e HIV.	
			Tosse.	Tosse crônica (duração superior a 3 semanas).	RX de tórax e dos seios da face ou TC dos seios da face e do tórax.	
			Pneumopatias intersticiais difusas.	Doenças autoimunes, doenças intersticiais idiopáticas.	RX de tórax e TC de tórax.	
			Doenças supurativas pulmonares: bronquiectasias e abscessos.	RX de tórax ou TC de tórax alterados.	RX de tórax e TC de tórax.	
			Nódulo pulmonar, massa pulmonar ou mediastinal para investigação.	RX de tórax recente alterado ou suspeito, TC de tórax alterada ou suspeita, casos indeterminados mesmo com exames complementares, nódulos alterados em segmento radiológico ou RX prévio; nódulos espiculados, irregulares e/ou suspeitos.	RX de tórax em PA e perfil recentes e TC de tórax em casos indeterminados.	
			Hipertensão pulmonar.	Doenças do tecido conjuntivo, cardiopatias congênitas, hipertensão arterial pulmonar primária sem etiologia, HIV com hipertensão pulmonar, tromboembolismo crônico, drogas, anemias hemolíticas, doença veno-oclusiva.	RX de tórax, ECG, ECO.	
			Doenças da pleura.	RX de tórax e TC alterados.	RX de tórax e TC de tórax.	
			Doenças do mediastino.	RX de tórax e TC alterados.	RX de tórax e TC de tórax.	
		ASMA	Asma grave.	Asma grave ou de difícil controle.	RX de tórax (afastar outras doenças), RX de seios da face (sinusopatia), IgE (processo alérgico), espirometria, EDA na suspeita de refluxo gastroesofágico, teste alérgico em casos selecionados.	
		DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica.	Dispneia de esforço, tosse produtiva, DPOC estágios 3 e 4.	RX de tórax PA e perfil, TC de tórax.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Identificar as principais causas da dor torácica.	Dor torácica de origem pneumológica e que se enquadre nas doenças de referência.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Citar os achados significativos.	Falhas no tratamento inicial ou naqueles com comorbidades importantes, como DPOC, DM, ICC, IRC.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Citar os achados significativos.	Pacientes cujos exames iniciais não identificaram a causa da tosse.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Citar os achados significativos.	Dispneia com hipoxemia.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X
	Citar os achados significativos.	Pacientes com tosse crônica com expectoração, febre.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X
	Citar os achados significativos.	Nódulo alterado em comparação a RX prévio ou TC de tórax e/ou biópsia pulmonar alterada.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Tosse, dispneia.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	X	N	-	N	X
	Citar os achados significativos.	-	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Citar os achados significativos.	-	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	N	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes que necessitam de uso contínuo e de altas doses de broncodilatadores e corticoides sistêmicos e inalatórios e não conseguem controlar os sintomas.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes sintomáticos (dispneia, tosse crônica, infecção respiratória de repetição). Insuficiência respiratória crônica, hipoxemia, cor pulmonale.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X

Reumatologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO	REUMATOLOGIA	GERAL	Suspeita de doenças reumáticas autoimunes.	Elevação de marcadores inflamatórios.	VHS e PCR.	
				Presença de autoanticorpos positivos.	FAN, FR (anti-CCP), Anca.	
				Presença de marcador genético de autoimunidade positivo.	HLA B27.	
				Elevação de enzimas musculares.	CPK, LDH, aldolase.	
				Alteração vascular decorrente de processo inflamatório na parede do vaso sanguíneo ou de trombose, sem fator de risco evidente.	Marcadores inflamatórios e doppler do território vascular comprometido.	
				Artralgia associada a alterações vasculares (diferença de pulso e/ou PA em MMSS e MMII), cefaleia, alteração visual, febre ou emagrecimento.	Marcadores inflamatórios e doppler do território vascular comprometido.	
				Artralgia associada a úlceras orais e/ou genitais recorrentes, alterações oculares, vasculares renais ou mesentéricas e sintomas sistêmicos (febre e emagrecimento).	Marcadores inflamatórios e doppler do território vascular comprometido.	
				Artralgia associada à lesão cutânea, glomerulonefrite ou infiltrado pulmonar.	Marcadores inflamatórios (Anca), função renal, EAS e RX tórax.	
				Lombalgia e/ou cervicgia inflamatória associada à artrite periférica, entesite, dactilite, alteração cutânea (psoríase), ocular (uveíte) ou intestinal (doença de Crohn ou retocolite ulcerativa) ou história prévia de infecção genitourinária ou gastrointestinal.	Marcadores inflamatórios (HLAB27), RNM da articulação sacroilíaca e RX das articulações acometidas.	
				Lesão cutânea fotossensível associada à artrite e outros sintomas sistêmicos (serosite, anemia hemolítica, leucopenia, plaquetopenia, nefrite, crise convulsiva).	FAN (anti-Sm, anti-DNA, anti-Ro, anti-La), C3, C4, (anticoagulante lúpico), anticardiolipina IgM e IgG, EAS, proteinúria, RX de tórax e ecocardiograma transtorácico.	
				Artralgia ou artrite associada à xerostomia e xeroftalmia.	FAN, FR (anti-Ro, anti-La), RX das articulações acometidas e pesquisa de olho seco (teste de Schirmer e lisamina verde).	
				Raynaud associado a espessamento cutâneo, artralgia ou artrite, dispneia, epigastria ou úlcera isquêmica em extremidades.	FAN, RX tórax, EDA e RX das articulações acometidas.	
				Fraqueza muscular proximal associada ou não a lesões cutâneas.	FAN e enzimas musculares.	
				Raynaud associado a mãos edematosas, artrite ou miosite	FAN, anti-RNP, enzimas musculares, RX das articulações acometidas.	
				Poliartrite simétrica de pequenas articulações das mãos e dos pés associada à rigidez matinal maior que 1 hora.	Marcadores inflamatórios, FR (anti-CCP), RX das articulações acometidas.	
				Oligoartrite de membros inferiores associada ou não a lesões cutâneas (tofos).	Marcadores inflamatórios, uricemia e uricosúria, função renal, EAS e RX das articulações acometidas.	
			Deformidades das articulações, nódulos reumatoides, rigidez matinal.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.	RX das articulações, exames laboratoriais (fator reumatoide, provas reumáticas, PCR, Aslo, VHS).	
			Dor óssea, fraturas, deformidades esqueléticas.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.	RX das articulações, exames laboratoriais (fator reumatoide).	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	N	X

continua

Reumatologia

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO	REUMATOLOGIA	GERAL	Tenossinovite, dor, rigidez matinal, lombalgia de ritmo inflamatório.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.	RX das articulações, USG ou RNM da região acometida, exames laboratoriais (provas reumáticas).	
			Dor difusa e crônica.	Dificuldade para localizar a dor, muitas vezes apontando sítios periarticulares, sem especificar se a origem é muscular, óssea ou articular. Sono não reparador e fadiga na grande maioria.	Provas reumáticas.	
			Sensação de rigidez e edema (inchaço).	Maiores de 65 anos, pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.	RX da área afetada e provas reumáticas.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Presença de sensibilidade dolorosa em determinados sítios anatômicos.	Pacientes com queixas crônicas.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	N	X
	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.	P2	Se for afastada polimialgia reumática, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X

Pediatria

Alergologia e imunologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA	ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA: PEDIATRIA	Anafilaxia.	Paciente com história de anafilaxia anterior com diagnóstico por meio de atendimento médico será encaminhado para investigação da causa. A anafilaxia caracteriza-se por reação alérgica grave com instalação súbita em período inferior a 24 horas, acometendo um ou mais sistemas.	-	
			Urticária e angioedema agudos ou crônicos.	Quadros graves com resposta pobre ou ausência de resposta ao tratamento com anti-histamínicos, quadros leves a partir do segundo episódio, urticária crônica – quando os sintomas persistem por mais de 6 semanas e episódios recorrentes de angioedema não associados à urticária.	Hemograma, urocultura, VHS, IgE, dosagem de fatores do complemento e inibidor de C1 esterase, Rast para alimentos.	
			Rinite alérgica.	Sinusites e otites frequentes, falta às aulas e prejuízo do sono, pouca resposta ao tratamento e sintomas persistentes por mais de três meses de espirros em salva, prurido nasal, faringeo, ocular e coriza e obstrução nasal.	Hemograma, testes cutâneos de leitura imediata, Rast para aeroalérgenos, RX de seios da face, IgG, IgA, IgM, IgE, RX de cavum.	
			Asma brônquica.	Asma parcialmente controlada, asma com crises frequentes (mais de cinco ao ano), com infecções de repetição, atraso no desenvolvimento ponderoestatural, prejuízo na escola, dificuldades em exercícios e esportes. Sintomas recorrentes e diários de tosse, dispneia, sibilos e aperto no peito, sendo necessária uma ou duas das características: sintomas diurnos com necessidade de medicação de alívio (mais de duas vezes por semana) e despertares noturnos nos últimos 12 meses.	Hemograma, RX de tórax, testes cutâneos de leitura imediata, IgE sérica específica, provas de função respiratória.	
			Lactente sibilante.	Bebês com quadro de sibilância contínua há pelo menos 1 mês ou, no mínimo, 3 episódios de sibilos num período de 2 meses, com infecções de repetição, atraso no desenvolvimento ponderoestatural ou dúvidas de diagnóstico.	Hemograma, RX de tórax, IgE sérica específica.	
			Reações graves a medicamentos (farmacodermia).	Pacientes com comprometimento sistêmico, como anafilaxia, nefrite intersticial, síndrome de Stevens Johnson, <i>dress</i> (sintomas sistêmicos associados à eosinofilia e erupção cutânea), doença do sono sílimi ou necrólise epidérmica tóxica.	-	
			Dermatite atópica.	Pacientes graves e de difícil controle em associação com outras doenças alérgicas e infecções cutâneas secundárias refratárias ao tratamento com corticoide tópico, hidratantes e anti-histamínicos. Podem ser avaliados primeiro pela dermatologia.	IgE específica e teste cutâneo de leitura imediata se as condições da pele permitirem.	
			Dermatite de contato.	Quadro extenso e sem etiologia definida, devendo ser primeiro avaliado pela dermatologia.	IgE específica, teste cutâneo de leitura imediata, testes de contato.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Um ou mais sintomas de urticária, prurido, angioedema, estridor, sibilância, dispneia, vômitos, diarreia, perda da consciência ou choque.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	X	X
	-	Pacientes com crises graves e com fator etiológico desconhecido.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	X	X
	-	Rinite alérgica moderada a grave persistente de crianças entre 2 e 18 anos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	X	X
	Episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto do peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã, ao acordar.	Casos de difícil controle.	P0: asma descontrolada grave com sintomas recorrentes diários de tosse, dispneia, sibilos, aperto no peito, sendo necessárias três ou mais das características, sintomas com necessidade de medicação de alívio mais de duas vezes por semana, despertar noturno, limitação de atividades, atendimentos de emergência e/ou internações, inclusive em CTI.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	X	X
	-	Bebês chiadores até 2 anos de idade.	P0: casos de internações prévias.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	X	X
			P1: demais casos.							
	Citar achados significativos de comprometimento dermatológico e/ou associados a comprometimento orgânico (fígado e rins).	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	X	X
	-	Dermatite de difícil controle com infecção secundária.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	X	X
	-	Dermatite extensa.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	X	X

continua

Alergologia e imunologia

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA	ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA: PEDIATRIA	Alergia alimentar.	Pacientes com sintomas sistêmicos graves, sendo os mais comuns: urticária, angioedema, piora da dermatite atópica, diarreia, vômitos, dor abdominal, dor à deglutição, déficit nutricional após a exclusão de outras causas e sintomas respiratórios associados a quadros cutâneos e gastrointestinais e/ou anafilaxia.	IgE IgG, IgM IgA, Rast.	
			Imunodeficiência primária.	Pacientes com história de: pneumonia de repetição (mais de duas no último ano), infecções de VAS (mais de sete no último ano), diarreia crônica, abscessos de repetição, reação adversa a BCG, monilíase oral por mais de 2 meses, história de imunodeficiência familiar, infecções sistêmicas graves (sepse, meningite etc.).	Imunoglobulinas, dosagens de linfócitos T e B, CD4, CD8, CD16, CD19.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Manifestações clínicas variadas, uma vez que um determinado alimento nem sempre desencadeia os mesmos sintomas, dependendo do órgão-alvo, dos mecanismos imunológicos envolvidos e da idade do paciente. Podem ocorrer manifestações no tubo digestivo, no aparelho respiratório, na pele ou em outros órgãos.	Pacientes com sintomas sistêmicos graves.	P0: casos de anafilaxia e desnutrição.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	X	X
			P1							
	-	Pacientes com suspeita de imunodeficiência.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	N	-	-	X	X

Cardiologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA: PEDIATRIA	Recém-nascido com sopro.	Recém-nascido (RN) com sopro detectado pelo pediatra.	RX de tórax em duas incidências, eletrocardiograma e ecocardiograma 2D doppler colorido.	
			Suspeita de síndrome genética.	RN ou criança com dismorfismo facial e/ou outras malformações que sugiram hipótese de síndrome genética, com ou sem exame de cariótipo já realizado.	RX de tórax em duas incidências, ECG, ecocardiograma 2D doppler colorido, hemograma, lipidograma, hormônios tireoidianos.	
			Cianose.	Crianças com quadros cianóticos para investigação e acompanhamento.	RX de tórax em duas incidências, hemograma, gasometria arterial, ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	
			Sopro.	A - Sopro cardíaco patológico (contínuo ou de ocorrência isolada na diástole; 2 ou mais cruzes; timbre rude; irradiação bem nítida e fixa para outras áreas; associação com hiperfonesse de bulhas, estalidos e/ou frêmitos; acompanhamento de cianose, alterações de ritmo e alteração na palpação dos pulsos). B - Sopros inocentes (sistólicos ou contínuos, nunca ocorrendo isoladamente na diástole; mais facilmente audíveis nos estados circulatórios hiper cinéticos; de curta duração e baixa intensidade; não se associam a frêmito ou a ruídos acessórios; localizados em uma área pequena e bem definida), acompanhados de sintomatologia e/ou alterações de exame físico sugestivas de doença cardiovascular.	Hemograma, RX de tórax em duas incidências, ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	
			Cardiomiopatia ou miocardite.	Crianças com bronquiolite e/ou sibilância, "cansaço" às mamadas e aumento de área cardíaca ao RX de tórax.	RX de tórax em duas incidências, hemograma, ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	
			Hipertensão arterial.	Crianças com hipertensão arterial (HAS) comprovada pelo pediatra após três medidas consecutivas em consultas distintas.	USG de abdome e rins, lipidograma, função renal, pesquisa para feocromocitoma, ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	
			Dor torácica.	Crianças com dor torácica acompanhada de sinais de baixo débito cardíaco (sudorese, palidez, palpitação, vômitos, síncope) ou história familiar de cardiopatia.	ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Exame clínico cardiológico, com oximetria de pulso e aferição de pressão arterial.	RN com sopro desde o nascimento.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência. Será absorvido pelo serviço de cardiologia pediátrica e/ou encaminhado à central de regulação para cirurgia cardíaca.	-	X	-	-	X	X
	Exame clínico cardiológico, com oximetria de pulso e aferição de pressão arterial.	RN com suspeita de síndromes de Down, Noonan, Turner, Williams e Marfan.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência. Será absorvido pelo serviço de cardiologia pediátrica ou encaminhado a outra especialidade e/ou à central de regulação para cirurgia cardíaca.	-	X	-	-	X	X
	Exame clínico cardiológico, com oximetria de pulso e aferição de pressão arterial.	Cianose associada à dispneia e/ou ao baixo ganho ponderal.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência. Será absorvido pelo serviço de cardiologia pediátrica e/ou encaminhado à central de regulação para cirurgia cardíaca.	-	X	-	-	X	X
	Exame clínico cardiológico, com oximetria de pulso e aferição de pressão arterial.	Sopro associado à cianose, à dispneia ou ao baixo ganho ponderal.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência. Será absorvido pelo serviço de cardiologia pediátrica e/ou encaminhado à central de regulação para cirurgia cardíaca.	-	X	-	-	X	X
	Exame clínico cardiológico, com oximetria de pulso e aferição de pressão arterial.	Lactentes com sibilância associada à cianose e ao baixo ganho ponderal.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência, ou será absorvido pelo serviço de cardiologia pediátrica.	-	X	-	-	X	X
	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial com equipamento adequado à faixa etária e ao peso.	Crianças e adolescentes com HAS associada à cefaleia ou picos hipertensivos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência, ou será absorvido pelo serviço de cardiologia pediátrica e/ou encaminhado a outra especialidade.	-	N	-	-	X	X
	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial.	Crianças e adolescentes com suspeita de alteração eletrocardiográfica.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência, ou será absorvido pelo serviço de cardiologia pediátrica para solicitação de exames de maior complexidade, como holter 24 horas e teste ergométrico.	-	X	-	-	X	X

continua

Cardiologia

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA: PEDIATRIA	Avaliação para uso de medicação cardiotóxica.	Crianças e adolescentes que farão ou fazem uso de medicação cardiotóxica, tais como quimioterapia, antirretrovirais, anticolinérgicos, neurolépticos e antidepressivos.	ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	
			Risco cirúrgico.	Crianças e adolescentes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos e/ou exames sob anestesia/sedação.	Hemograma, função renal, glicemia, TAP e PTT, ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	
			Anemia crônica.	Crianças portadoras de anemia crônica, tal como anemia falciforme.	ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	
			Febre reumática.	Crianças e adolescentes com febre reumática suspeita ou confirmada, com ou sem evidências de cardite.	Hemograma, VHS, PCR, mucoproteína e Aslo, RX de tórax em duas incidências, ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	
			Avaliação para esporte.	Crianças sem sintomas cardiovasculares que necessitam de avaliação para esporte.	ECG, ecocardiograma 2D doppler colorido.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial.	Crianças e adolescentes em quimioterapia.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar ao médico-assistente para ajuste ou troca da medicação, de posse de relatório de contrarreferência, ou será absorvido pelo serviço de cardiologia pediátrica para acompanhamento regular.	-	X	-	-	X	X
	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial.	Crianças com procedimentos já agendados.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a repetir os exames laboratoriais na UBS.	-	X	-	-	X	X
	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial.	Crianças com doença hematológica.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência, ou será absorvido pelo serviço de cardiologia pediátrica para retorno anual.	-	X	-	-	X	X
	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial.	Crianças com suspeita de cardite reumática em atividade.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser internado, orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência, ou será absorvido pelo serviço de cardiologia pediátrica para acompanhamento ambulatorial regular.	-	X	-	-	X	X
	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial.	Crianças e adolescentes que pratiquem esportes competitivos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência, ou será absorvido pelo serviço de cardiologia pediátrica para retorno anual e/ou solicitação de exames de maior complexidade, como <i>holter</i> 24 horas e teste ergométrico.	-	X	-	-	X	N

Cirurgia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	CIRURGIA PEDIÁTRICA	CIRURGIA PEDIÁTRICA	Hemangioma.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	
			Restos branquiais.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	
			Higroma.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	
			Cisto de supercílio.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	
			Cisto tireoglosso.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	
			Anquiloglossia.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	
			Rânula.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	
			Nódulos de tireoide.	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT, USG.	
			Colelitíase.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina, bilirrubina total e frações, USG de abdome.	
			Alterações de vias biliares, excluindo colelitíase.	Todos os casos.	USG de abdome.	
			Megacólon.	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT, proteína, albumina, RX simples, clister opaco.	
			Hérnia epigástrica.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	
			Hérnia umbilical.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Massas císticas azuladas ou avermelhadas. Podem ser encontradas em qualquer parte.	Localização sujeita a trauma, sangramento e grande volume.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Massa cística ou orifício com drenagem de secreção na região anterior à orelha, ao longo da borda anterior da musculatura do pescoço (esternocleidomastoideo).	História de saída de secreção local.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Massa cística na região cervical posterior ao esternocleidomastoideo, podendo aparecer em outras partes do corpo. Pode ser uni ou multilobulada (composta de vários cistos). Tem uma cor levemente azulada.	Grande volume.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Massa cística na região do supercílio.	-	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Massa cística na região cervical anterior média, móvel com a deglutição.	História de saída de secreção local.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Não é possível a colocação da língua para fora da boca.	-	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	N	X	-	X	X
	Massa cística na região sublingual.	Crianças até 1 ano de idade.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	N	X	-	X	X
	Lesão nodular na tireoide, palpável ou identificada em USG.	-	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Cálculo na vesícula biliar.	Paciente sintomático: dor, náusea e vômito.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X
	Icterícia no período neonatal, cisto de colédoco, atresia de vias biliares.	-	P0	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X
	Dilatação do cólon, constipação desde o nascimento com histórico de impactação de fezes e/ou enterocolite.	-	P0	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X
	Abaulamento arredondado, na linha média, irreduzível e doloroso. Pode ser único ou múltiplo.	Dor local.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Abaulamento na região umbilical aos esforços.	Encarceramento prévio.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X

continua

Cirurgia pediátrica

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	CIRURGIA PEDIÁTRICA	CIRURGIA PEDIÁTRICA	Hérnia inguinal.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	
			Fimose.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	
			Hidrocele.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	
			Criptorquidia.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	
			Anomalias anorretais.	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT, proteína, albumina, USG.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Abaulamentos inguinais ou inguinoescrotais, aos esforços.	Crianças até 1 ano de idade.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Impossibilidade de exteriorização da glândula.	Postite de repetição ou estenose importante.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Coleção líquida ao redor do testículo. Aumento do volume do escroto com coloração azulada.	Meninos a partir de 1 ano de idade.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Meninos com ausência de um testículo ou dos testículos na bolsa escrotal.	Meninos a partir do 6º mês de vida.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Imperfuração anal, fistulas perineais, ânus ectópico, fistulas vaginais/perineais.	-	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X

Dermatologia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	DERMATOLOGIA	DERMATOLOGIA: PEDIATRIA	Micoses profundas.	Quadro clínico sugestivo.	-	
			Prurido/eczema.	Queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico (ex.: icterícia de causa medicamentosa, escabiose, etc.).	Encaminhar paciente com história sucinta constando início dos sinais e sintomas, localização, fatores desencadeantes, tratamentos instituídos e exames complementares (se houver).	
			Neoplasias cutâneas.	Lesões sugestivas de neoplasia.	-	
			Dermatoses eritematoescamosas (psoríase, líquen plano, pitiríase rosa, ictioses).	Quadro clínico sugestivo.	-	
			Buloses (pênfigo infantojuvenil, dermatite herpetiforme infantojuvenil).	Quadro clínico sugestivo.	-	
			Lesões ulceradas (leishmaniose).	Suspeita de lesões típicas de leishmaniose (com bordas elevadas, endurecidas) que não cicatrizam há mais de 30 dias, mesmo tendo sido instituído tratamento com antibioticoterapia.	-	
			Farmacodermias.	Queixas de lesões de pele associadas ao uso de medicações. Relatar frequência e intensidade das crises, descrevendo todos os medicamentos usados e o tempo de uso.	-	
			Urticária crônica.	Queixas de prurido e/ou placas pelo corpo, com episódios de repetição e naqueles com quadros prolongados, sem melhora com tratamentos realizados por mais de 90 dias. Relatar medidas de prevenção adotadas.	-	
			Herpes zoster.	Somente casos graves com comprometimento do estado geral ou pacientes imunodeprimidos. Informar tratamentos instituídos.	-	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Descrever principais lesões e tratamentos instituídos.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	-	-	-	X
	Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.	Pacientes com quadros extensos e/ou graves.	P1	Permanecer no nível especializado ou retorno à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	-	-	-	X
	Descrever o aspecto, a localização das lesões e a presença de linfonodos.	Pacientes com biópsia indicativa de melanoma e enfartamento ganglionar.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	-	X
	Descrever as principais lesões e os tratamentos instituídos.	Pacientes com quadros extensos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	-	-	-	X
	Descrever as principais lesões e os tratamentos instituídos.	Pacientes com quadro extenso e/ou com comprometimento de mucosas.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	-	-	-	X
	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com queixas.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	-	-	-	X
	Descrever o aspecto das lesões.	Pacientes com queixas de lesões na mucosa e sintomas sistêmicos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	-	-	-	X
	Descrever o aspecto das lesões.	-	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	-	-	-	X
	Descrever o aspecto das lesões.	-	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	-	-	-	X

Endocrinologia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	ENDOCRINOLOGIA	ENDOCRINOLOGIA: PEDIATRIA	Baixa estatura.	Encaminhar crianças com estatura abaixo do percentil 3, estatura menor que o alvo genético, com desvio no canal de crescimento e recém-nascido pequeno para a idade gestacional sem recuperação de crescimento até 2 anos.	Hemograma, glicemia, sódio, potássio, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, urina tipo I, T4 livre, TSH, proteínas totais e frações, EPF, RX de punho e mão esquerda (idade óssea).	
			Alta estatura.	Encaminhar os casos de pacientes com estaturas acima do percentil 97 ou com velocidades acima do esperado para a faixa etária.	RX de punho e mão esquerda (idade óssea).	
			Distúrbios da diferenciação sexual.	Recém-nascido com ambiguidade genital ou 17 hidroxiprogesterona alterada no teste do pezinho.	USG pélvica, 17 hidroxiprogesterona, sódio, potássio.	
			Distúrbios da puberdade.	<ul style="list-style-type: none"> • Meninas: menores de 8 anos com broto mamário, pelos pubianos, com puberdade iniciada após 8 anos, porém com progressão rápida antes dos 9 anos. • Meninos: menores de 9 anos com aumento testicular ou peniano, pelos pubianos ou axilares. 	RX de idade óssea, USG de pelve.	
			Hipotireoidismo congênito.	Recém-nascidos com teste do pezinho alterado (TSH elevado ou T4 baixo) e recém-nascidos de mãe com doença tireoidiana autoimune na gestação.	TSH, T4 livre.	
			Distúrbios tireoidianos (hipo ou hipertireoidismo).	Casos de hipo ou hipertireoidismo adquirido, bócio, nódulo tireoidiano.	TSH, T4 livre, anticorpos antitireoperoxidase (TPO), anticorpos antitireoglobulina (TG), USG de tireoide.	
			Dislipidemia.	Encaminhar crianças com: <ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total maior que 200 mg/dl; • Colesterol total maior que 170 mg/dl não responsivo às orientações pediátricas; • LDL maior que 160 mg/dl isolado; • LDL maior que 130 mg/dl associado a doença cardiovascular ou diabetes mellitus; • HDL menor que 40 mg/dl; • Triglicerídeos maior que 150 mg/dl. 	Perfil lipídico.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Medida da criança com percentil ou cálculo da velocidade de crescimento. Recém-nascido a termo com peso inferior a 2.500 g.	-	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Medida da criança com percentil ou cálculo da velocidade de crescimento.	-	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Ambiguidade genital, criptorquia bilateral, hipertrofia de clitóris, prega inguinoescrotal fundida, orifício único, hipospádia grave.	Pacientes sem registro civil, pacientes com 17 hidroxiprogesterona alterada antes dos 14 dias de vida.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X
	Descrever achados relevantes.	Puberdade precoce em menores de 5 anos (meninas: telarca + pubarca; meninos: pubarca ou aumento de pênis/testículo).	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Não são necessárias alterações ao exame físico.	Pacientes maiores de 15 dias e sem tratamento.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X
	Sintomas inequívocos de disfunção tireoidiana, dosagem de TSH e/ou T4 livre alterada, teste do pezinho alterado, USG demonstrando bócio ou nódulo.	Casos de hipertireoidismo descompensado.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	-	Casos com história de dislipidemia familiar.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	N	X	-	X	X

continua

Endocrinologia pediátrica

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	ENDOCRINOLOGIA	ENDOCRINOLOGIA: PEDIATRIA	Diabetes <i>insípidus</i> .	Encaminhar crianças com poliúria, polidipsia e hipernatremia.	Dosagem plasmática de sódio.	
			Ginecomastia.	Ginecomastia.	Testosterona total e livre, estradiol, LH, FSH, prolactina, TSH e T4 livre.	
			Distúrbio do cálcio.	História de tetania, convulsões, crescimento deficiente, alterações esqueléticas e fraturas de repetição.	Dosagem sérica de cálcio, fósforo, magnésio, fosfatase alcalina, PTH, 250 HD.	
			Pacientes oncológicos.	Tumores da região hipotálamo-hipofisária, após tratamento de malignidades com irradiação do SNC, submetidos à quimioterapia, com possível disfunção gonadal.	-	
			Hiperprolactinemia.	Casos de galactorreia, amenorreia ou irregularidade menstrual.	-	
			Síndromes.	Síndrome de Turner suspeita ou confirmada, síndrome de Prader Willi, síndrome de Silver Russel.	Avaliação genética, cariótipo (se possível).	
		ENDOCRINOLOGIA: PEDIATRIA – OBESIDADE	Obesidade.	IMC maior que percentil 95 com dislipidemia ou HAS ou intolerância à glicose ou história familiar de DM II ou doença cardiovascular.	Glicemia de jejum, hemoglobina glicada, TSH, T4 livre, colesterol total e frações, triglicerídeos, insulina, teste oral de tolerância à glicose.	
		ENDOCRINOLOGIA: PEDIATRIA – DIABETES	Diabetes <i>mellitus</i> .	Casos confirmados de DM I ou DM II necessitando de insulina, fibrose cística e glicemia alterada ou ganho de peso inadequado.	Glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Sódio elevado documentado; história clínica detalhada.	-	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Desenvolvimento excessivo das mamas em meninos.	Ginecomastia prepuberal, mamas maiores do que 4 cm.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Sintomatologia com dosagem sérica de cálcio, fósforo e magnésio alterados e radiografias com lesões compatíveis.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Relatório médico dos tratamentos realizados.	Todos os casos.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X
	Presença de sintomas ou duas dosagens alteradas de prolactina.	Pacientes com cefaleia ou alteração visual.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X
	IMC calculado com percentil. Orientação pediátrica prévia.	Casos com complicações da obesidade já presentes.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	N	X
	Poliúria, polidipsia e glicemia maior que 126 mg/dl; glicemia maior do que 200 mg/dl em qualquer momento; glicemia entre 100 e 126 mg/dl em mais de um episódio; fibrose cística, cetoacidose diabética.	Casos com diagnóstico confirmado sem tratamento.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	X	X	-	X	X

Gastroenterologia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	GASTROENTEROLOGIA	GASTROENTEROLOGIA: PEDIATRIA	Alergia alimentar.	Suspeita de alergia alimentar que apresente sintomas digestivos como vômitos, diarreia e sangramento nas fezes.	Elementos anormais nas fezes, exame parasitológico de fezes.	
			Constipação crônica.	Encopresis e os casos não responsivos ao tratamento inicial proposto pelo pediatra geral.	Toque retal, RX simples de abdome.	
			Diarreia crônica.	Quadro diarreico com duração superior a um mês e com exame parasitológico negativo.	Elementos anormais nas fezes, exame parasitológico de fezes.	
			Dor abdominal.	Dor abdominal de duração superior a dois meses e/ou pelo menos três episódios recorrentes em um período de dois meses; dor epigástrica ou gastrite não responsiva ao tratamento com antagonista H2. Todos com exames parasitológicos negativos de fezes.	Exame parasitológico de fezes, USG de abdome.	
			Hemorragia digestiva.	Hemorragia digestiva alta ou baixa.	Hemograma, EDA.	
			Hepatites.	Quadro clínico de hepatite e com IgM para hepatite A negativo ou positivo por um período superior a 2 meses.	Dosagem de imunoglobulinas para hepatite A, B e C.	
			Icterícia.	Encaminhar crianças com aumento de bilirrubina direta e crianças com idade superior a 2 anos e com aumento de bilirrubina indireta.	Hemograma, dosagem de bilirrubina total e frações, USG abdominal, aminotransferases, fosfatase alcalina, sorologia para hepatites A, B e C.	
			Refluxo gastroesofágico.	Encaminhar todas as crianças acima de 2 anos. Devem ser encaminhadas as menores de 2 anos que apresentem alguns dos seguintes sintomas: anemia não responsiva à reposição de ferro, déficit ponderal, irritabilidade, hemorragia digestiva, sintomas respiratórios recorrentes, recusa alimentar.	EDA, seriografia esôfago-gastro-duodenal.	
			Vômitos.	Vômitos persistentes por mais de 10 dias e/ou vômitos recorrentes.	Hemograma, EAS, USG de abdome.	
			Litíase biliar.	Quadro de litíase biliar.	USG abdominal.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Desnutrição.	Casos sintomáticos com desnutrição.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Distensão abdominal.	Dor abdominal.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Desnutrição.	Desnutrição.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Exame físico do abdome, dor localizada.	Casos sintomáticos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Icterícia, hepatoesplenomegalia, dor abdominal, doença perianal.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X
	Icterícia, hepatoesplenomegalia, hemorragias.	Icterícia.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X
	Colúria, acolia fecal, hepatoesplenomegalia.	Todos os casos de colestase.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X
	Desnutrição, palidez, pneumonias de repetição.	Casos muito sintomáticos com desnutrição.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Desnutrição, exame neurológico.	Vômitos acompanhados de desnutrição.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X
	Dor à palpação abdominal.	Casos agudos: encaminhar para emergências.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X

Genética

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	GENÉTICA	GENÉTICA MÉDICA	Suspeita de erro inato do metabolismo em menores de 1 ano.	-	-	
			Suspeita de erro inato do metabolismo em maiores de 1 ano.	-	-	
			Suspeita ou diagnóstico confirmado de síndrome de Down.	-	-	
			Suspeita ou diagnóstico confirmado de condição genética monogênica (síndrome de Marfan, neurofibromatose, esclerose tuberosa).	-	-	
			Avaliação de condição de possível etiologia genética para esclarecimento diagnóstico.	-	-	
			Suspeita de condição relacionada à exposição a teratógenos no período pré-natal.	-	-	
			Pacientes já com diagnóstico de condição genética estabelecida necessitando de acompanhamento ambulatorial de rotina.	-	-	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	-	-
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	-	-
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	-	-
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	-	-
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	-	-
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P2	Permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	-	-
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P3	Permanecer no nível especializado.	-	X	-	-	-	-

Hematologia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	HEMATOLOGIA	HEMATOLOGIA: PEDIATRIA	Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm ³ em pelo menos dois exames.	Avaliar sangramento.	Hemograma, bioquímica com hepatograma, sorologia para hepatites B e C, HIV, EBV, CMV, toxoplasmose, rubéola, herpes, sífilis.	
			Leucometria global menor ou igual a 2.000/mm ³ e/ou contagem de neutrófilos menor ou igual a 1.000/mm ³ em pelo menos dois exames.	Avaliar infecção.	Hemograma, LDH, ácido úrico, creatinina, potássio, sorologia para hepatites B e C, HIV, EBV, CMV, toxoplasmose, rubéola, herpes, sífilis.	
			Dosagem de hemoglobina menor do que 10 g/dl em paciente com idade de 0 a 28 dias.	Avaliar incompatibilidade neonatal, apneia.	Hemograma de reticulócitos, bilirrubinas, grupo sanguíneo e fator Rh de mãe e filho, Coombs direto, sorologia para hepatites B e C, HIV, EBV, CMV, toxoplasmose, rubéola, herpes, sífilis, teste do pezinho.	
			Dosagem de hemoglobina menor ou igual a 8 g/dl em paciente com idade acima de 29 dias até 3 anos.	Afastar anemia ferropriva.	Hemograma de reticulócitos, bilirrubinas, sorologia para hepatites B e C, HIV, EBV, CMV, toxoplasmose, rubéola, herpes, sífilis, teste do pezinho, ferritina, ferro.	
			Dosagem de hemoglobina menor ou igual a 9 g/dl em paciente com idade acima de 3 anos.	Afastar anemia ferropriva, cansaço.	Hemograma de reticulócitos, bilirrubinas, teste do pezinho, ferritina, ferro.	
			Blastos no sangue periférico.	Dor óssea, cansaço, queda do estado geral, febre.	Hemograma, LDH, ácido úrico, creatinina, potássio, cálcio.	
			Alterações no coagulograma em pelo menos dois exames.	Avaliar sangramento e história familiar de sangramento.	Hemograma, TAP, PTT.	

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Presença de sufusões hemorrágicas, hepatoesplenomegalia.	Trombocitopenia menor do que 50.000/mm ³ e/ou hepatoesplenomegalia.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
		Trombocitopenia maior ou igual a 50.000/mm ³ .	P1							
	Quadro infeccioso, hepatoesplenomegalia.	Contagem de neutrófilos menor do que 1.000/mm ³ e associação de plaquetopenia e/ou anemia.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
		Contagem de neutrófilos menor do que 1.000/mm ³ .	P1							
	Palidez cutâneo-mucosa, icterícia, alteração de frequência respiratória, hepatoesplenomegalia.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
	Palidez cutâneo-mucosa, icterícia, alteração de frequência respiratória, hepatoesplenomegalia.	Hemoglobina menor ou igual a 5 g/dl e/ou alteração de contagem de leucócitos ou plaquetas.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
		Hemoglobina maior do que 5 g/dl sem descompensação clínica.	P2							
	Palidez cutâneo-mucosa, icterícia, alteração de frequência respiratória, hepatoesplenomegalia.	Hemoglobina menor ou igual a 5 g/dl e/ou alteração de contagem de leucócitos ou plaquetas.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
		Hemoglobina maior do que 5 g/dl sem descompensação clínica.	P2							
	Palidez cutâneo-mucosa, infecção, sangramento, anemia, alteração de leucócitos e trombocitopenia.	Todos.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	N	-	X	X
	Equimoses, petéquias, sangramentos ativos.	Sangramento frequente e ativo com descompensação hemodinâmica e/ou síndrome compartimental.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	N	-	X	X
		Estável clinicamente.	P2							

continua

Hematologia pediátrica

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	HEMATOLOGIA	HEMATOLOGIA: PEDIATRIA	Adenomegalias maiores do que 2cm na ausência de infecção aguda.	Avaliar febre, sudorese e emagrecimento.	Hemograma, sorologia para hepatites B e C, HIV, EBV, CMV, toxoplasmose, rubéola, herpes, sífilis, PPD, RX de tórax.	
			Trombocitose isolada maior do que 600.000/mm ³ em três hemogramas realizados com intervalo de um mês.	Excluir infecção, febre e anemia ferropriva.	Hemogramas seriados.	
			Trombocitose maior do que 600.000/mm ³ acompanhada de leucocitose maior do que 20.000/mm ³ .	Excluir infecção.	Hemograma.	
			Leucocitose maior do que 30.000/mm ³ , em ausência de infecção, em dois hemogramas.	Dor óssea, cansaço, queda do estado geral, febre.	Hemograma, LDH, ácido úrico, creatinina, potássio, cálcio.	
			Deficiência de G6PD, traços falcêmico e talassêmico identificados previamente.	História familiar.	Hemograma, teste do pezinho.	
			Massa abdominal e/ou de mediastino.	Excluir tumor não hematológico.	RX de tórax, USG de abdome, hemograma, LDH, ácido úrico, creatinina e potássio.	
			Eventos trombóticos.	História de eventos tromboembólicos, abortos de repetição, cardiopatias.	TAP, PTT, contagem de plaquetas.	
			Oncologia.	Suspeita de tumores malignos.	-	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Linfadenomegalias palpáveis maiores do que 2 cm e hepatoesplenomegalia, massa abdominal ou de mediastino.	Adenomegalia volumosa, compressiva ou de mediastino.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	N	-	X	X
		Queda do estado geral, emagrecimento.	P1							
	Hepatoesplenomegalia.	Presença de trombose ou sangramento.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
		Sem alteração clínica.	P2							
	Hepatoesplenomegalia.	Presença de trombose ou sangramento ou leucocitose maior do que 50.000/mm3.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	N	-	X	X
		Leucocitose menor do que 50.000/mm3.	P2							
	Hepatoesplenomegalia, sangramento.	Leucocitose maior do que 30.000/mm3 e/ou hepatoesplenomegalia e alteração de contagem de plaqueta e hemoglobina.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	N	-	X	X
		Leucocitose menor do que 30.000/mm3.	P2							
	Não há.	Todos os casos.	P3	O usuário será orientado e encaminhado à UBS para acompanhamento, e de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
	Hepatoesplenomegalia, adenomegalia, massa palpável.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	N	-	X	X
	Sinais de trombose venosa e/ou arterial.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	N	-	X	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	N	-	N	X

Infectologia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	INFECTOLOGIA	INFECTOLOGIA: HIV/AIDS – PEDIATRIA	Acompanhamento de crianças e adolescentes infectados pelo HIV.	Crianças e adolescentes infectados pelo HIV.	Sorologia para HIV.	
		INFECTOLOGIA: HIV/AIDS – NEONATOLOGIA	Esclarecimento diagnóstico de HIV.	Recém-nascidos (até 18 meses de idade) de mães infectadas pelo HIV que não tenham feito pré-natal.	Sorologia para HIV da mãe.	
		INFECTOLOGIA: PEDIATRIA	Febre de origem indeterminada.	Febre há mais de três semanas.	Hemograma, bioquímica, PCR, VHS, EAS, urinocultura, RX de tórax, sorologia para HIV, toxoplasmose, CMV e monoteste (para maiores de 4 anos) e/ou sorologia para EBV.	
			Síndrome de mononucleose.	Febre, adenomegalia e hepatoesplenomegalia.	Hemograma, bioquímica, PCR, VHS, sorologia para HIV, toxoplasmose, CMV e monoteste (para maiores de 4 anos) e/ou sorologia para EBV.	
			Adenomegalia.	Quadro de adenomegalia para esclarecimento.	Hemograma, bioquímica, PCR, VHS, sorologia para HIV, toxoplasmose, CMV e monoteste (para maiores de 4 anos) e/ou sorologia para EBV, RX de tórax, USG da região da adenomegalia, teste tuberculínico.	
			Infecções congênitas.	Investigação e acompanhamento de infecções congênitas (exceto Sida) = paciente cuja mãe tem sorologia positiva para HIV no pré-natal ou no parto. Deve ser encaminhado ao serviço específico.	Sorologias materna e do RN para toxoplasmose, herpes simples, rubéola, CMV, VRL e HIV. Exame do líquido.	
			Tuberculose extrapulmonar.	Confirmação diagnóstica de tuberculose extrapulmonar.	Teste tuberculínico, sorologia para HIV, RX de tórax, Baar e cultura de escarro.	
			Micoses profundas.	Confirmação diagnóstica e tratamento de paracoccidioidomicose, histoplasmose, criptococose, entre outras.	-	
			Parasitoses incomuns.	Investigação e tratamento de esquistossomose, teníase, entre outras.	EPE.	
			Leshmaniose visceral.	Investigação e tratamento.	Hemograma, bioquímica, PCR, VHS.	
			Hepatoesplenomegalia + febre.	Investigação e tratamento.	Hemograma, bioquímica, PCR, VHS.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial				Unidades					
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
Descrever achados relevantes.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	N	X
Descrever achados relevantes.	Todos os casos.	P0	Permanecer no nível especializado até o esclarecimento do diagnóstico e retorno à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	N	X
Descrever achados relevantes.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência, ou para serviço especializado (HIV, onco-hematologia).	-	X	X	-	X	X
Descrever achados relevantes.	-	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
Descrever achados relevantes.	Casos com alteração no hemograma, como leucocitoses importantes, citopenias, emagrecimento.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
Descrever achados relevantes.	Suspeita de CMV congênito, preferencialmente antes de 21 dias de vida. Toxoplasmose congênita = crianças com IgM, soroconversão materna na gravidez.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência. Casos com suspeita ou confirmação de infecção pelo HIV serão contrarreferenciados aos serviços especializados.	-	X	X	-	X	X
Descrever achados relevantes.	Casos descompensados.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
Descrever achados relevantes.	-	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	N	-	X	X
Descrever achados relevantes.	-	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	N	X
Descrever achados relevantes.	-	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
Descrever achados relevantes.	-	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X

Nefrologia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	NEFROLOGIA	NEFROLOGIA: PEDIATRIA	Infecção do trato urinário.	Cultura de urina positiva (acima de 100.000 colônias bacterianas) e história de infecções urinárias de repetição.	EAS, urocultura, bacterioscopia e USG de aparelho urinário ou abdominal total.	
			Hipertensão arterial na infância.	Todos os casos.	Hemograma, EAS, ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, perfil lipídico, USG renal, ecocardiograma.	
			Hematúrias.	Hematúrias recorrentes ou persistentes.	EAS, urocultura, hemograma, ureia, creatinina, USG.	
			Glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica.	Todos os casos.	EAS, ureia e creatinina.	
			Síndrome nefrótica.	Urina de 24 horas com proteinúria patológica (maior que 150mg/24h) ou EAS com proteinúria e/ou hematúria em dois exames sequenciais, dosagem de albumina sérica reduzida (abaixo de 3,0 mg/dl) e colesterol elevado.	EAS, proteinúria de 24 horas, colesterol total e frações, ureia, creatinina, cálcio, hemograma.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Febre, perda ponderal, irritabilidade, vômito, alteração do hábito urinário (disúria, enurese, polaciúria, tenesmo urinário), sinal de Giordano.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	X	X
	Citar achados significativos.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	X	X
	Os sintomas seguem-se à infecção estreptocócica (seja de vias aéreas superiores ou de pele). Após 14 a 21 dias, surgem as principais características: edema, HAS e hematúria.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	X	X
	Edema intenso e depressível, podendo evoluir para anasarca.	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	X	X

Neurocirurgia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	NEUROCIRURGIA	NEURO-CIRURGIA: PEDIATRIA	Cranioestenoses.	Casos com suspeita diagnóstica.	TC ou RNM da área afetada.	
			Hidrocefalia na infância.	Casos com suspeita diagnóstica.	TC e RMN de crânio sem contraste, estudo de fluxo liquorico.	
			Malformações cranianas.	Casos com suspeita diagnóstica.	TC ou RNM da área afetada.	
			Malformações espinhais.	Casos com suspeita diagnóstica.	TC ou RNM da área afetada.	
			Tumor cerebral.	Suspeita de tumor sólido do Sistema Nervoso Central (SNC).	TC do crânio e/ou RNM do encéfalo, USG transfontanela.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Microcefalia e deformidades cranianas, fechamento precoce das suturas cranianas.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	X	N
	Lactentes e recém-nascidos = aumento progressivo do perímetro cefálico, fontanela tensa, irritabilidade, náuseas, vômitos e desvio do olhar para baixo ("olhar de sol-poente") nos casos mais avançados; crianças maiores (com fontanela fechada) = hipertensão intracraniana com cefaleia, náuseas e vômitos (comumente em jato), irritabilidade, letargia, distúrbios do equilíbrio e da marcha, sinal de MacEwen (à percussão do crânio, tem-se a sensação de que este é semelhante a um "pote rachado"), estrabismo e edema de papila nos casos de longa evolução.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	X	X
	Citar achados significativos.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	X	N
	Recém-nascidos com meningocele ou meningocele aberta ou fechada, encefalocelos, lipomas lombo-sacros, defeitos de fusão do tubo neural, dores em membros inferiores, infecções urinárias de repetição, bexiga neurogênica.	Casos novos, tratados ou descompensados.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	X	X
	Hipertensão intracraniana, cefaleia, náuseas, vômitos, sonolência e, ocasionalmente, alterações motoras, sensitivas, perda de equilíbrio e ataxia de marcha. Alguns pacientes podem se apresentar inicialmente com hidrocefalia e crises convulsivas.	Hidrocefalia e sinais de hipertensão intracraniana.	P0	Permanecer no nível especializado.	-	-	-	-	X	X

Neurologia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	NEUROLOGIA	NEUROLOGIA: PEDIATRIA	Transtornos paroxísticos.	Crises convulsivas, quadros epiléticos, distúrbios do sono, crise febril.	EEG, RNM de encéfalo, cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo.	
			Cefaleia.	Cefaleia de tensão secundária à hipertensão intracraniana ou com quadro clínico sugestivo de enxaqueca.	TC de crânio.	
			Transtornos do aprendizado.	Baixo rendimento escolar.	Avaliação neuropsicológica e RNM de crânio.	
			Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.	Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e sem etiologia definida.	RNM de encéfalo, cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo.	
			Distúrbio de comportamento.	Transtorno global do desenvolvimento (autismo)* e crianças maiores de 6 anos com transtorno de Déficit de Atenção com (ou sem) Hiperatividade (TDAH).	Autismo: EEG, RNM de encéfalo, cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo. TDAH: avaliação neuropsicológica.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

* Exceto HFB.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	De normal a déficits motores, dismorfias faciais.	Quadros epiléticos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
		Distúrbios do sono.	P1							
	Sinais focais: afastar cefaleia secundária (tumores, por exemplo).	Hipertensão intracraniana.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento ou ao serviço de neurocirurgia para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
		Enxaqueca.	P1							
	Em geral, motor sem alterações. Pode apresentar dismorfias faciais, déficit cognitivo associado.	Abandono escolar.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS e à psicopedagogia para acompanhamento, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	De normal a déficits motores, dismorfias faciais.	Regressão de desenvolvimento neuropsicomotor.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS, à fonoaudiologia, à fisioterapia motora, à terapia ocupacional, à psicologia e à psicomotricidade para acompanhamento, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Em geral, motor sem alterações. Pode apresentar dismorfias faciais, déficit cognitivo associado a autismo.	Autismo.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento ou ao CAPSi para acompanhamento, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
		Déficit de atenção.	P3							

Ortopedia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA: PEDIATRIA	Deformidades de MMII.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil axilar.	
			Pé torto congênito.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.	
			Artrogripose.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.	
			Fratura, exceto de coluna.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.	
			Sequela de fratura, exceto de coluna.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	-	N	-
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	N	-	-	N	-
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P1	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	-	N	-
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P0	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	-	X	-
	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.	P2	Permanecer no nível especializado.	X	X	-	-	X	-

Pneumologia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	PNEUMOLOGIA	PNEUMOLOGIA: PEDIATRIA	Lactente com sibilância.	Bebê chiador com três ou mais episódios de sibilância no período de um ano.	RX de tórax PA e perfil, dosagem de IgE.	
			Lactente broncodisplásico.	Lactentes com diagnóstico de broncodisplasia pulmonar, egressos de unidades de terapia intensiva ou ambulatório de <i>follow-up</i> de maternidades.	RX de tórax.	
			Lactente com estridor.	Lactentes com estridor e respiração ruidosa, depois de afastadas as causas infecciosas e de obstrução aguda das vias aéreas superiores.	Rx de tórax, face e cavum, EDA.	
			Pneumonias graves ou de repetição.	Comprometimento pulmonar após pneumonia aguda grave (o paciente necessitou de terapia ou ventilação mecânica), pneumonias com derrame pleural, pneumatocele ou pneumotórax e pneumonia de repetição (duas ou mais pneumonias no último ano).	Hemograma, VHS, RX de tórax.	
			Tuberculose pulmonar.	Tuberculose pulmonar que apresente comorbidades (cardiopatas congênitas, imunodeficiências, broncodisplasias, nefropatias e contactantes de adulto multidroga resistente).	RX de tórax, PPD, Baar no escarro.	
			Fibrose cística.	Acúmulo de secreção espessa e purulenta, infecções respiratórias recorrentes, perda progressiva da função pulmonar, clearance mucociliar diminuído e história familiar de fibrose cística.	RX de tórax, IRT neonatal, teste do suor, swab de orofaringe.	
			Malformação pulmonar.	Investigação de malformações pulmonares.	RX e TC de tórax.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar achados significativos.	Casos descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
	Dispneia, taquipneia, tosse e/ou dependência de oxigênio.	Casos tratados e descompensados.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
	Ruído respiratório alto, dificuldade inspiratória, tiragem de fúrcula.	Casos descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
	Mal estado geral, febre tosse, taquipneia, dispneia.	Casos tratados e descompensados.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
	Descrever achados relevantes.	Casos descompensados.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X
	Sintomas respiratórios agudos ou persistentes, desnutrição ou baixo crescimento físico, esteatorreia, íleo meconial, obstrução intestinal.	Todos os casos.	P1	Permanecer no nível especializado.	-	-	X	-	X	X
	Massa ou cisto pulmonar com histórico de dificuldade respiratória e/ou pneumonia de repetição.	Casos descompensados.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	X	X

Reumatologia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	REUMATOLOGIA	REUMATOLOGIA: PEDIATRIA	Monoartrite.	Encaminhar paciente (com necessidade de avaliações na emergência ou ortopedia).	Hemograma completo, PAI (VHS + PCR), bioquímica completa (função hepática e renal, albumina, globulina, LDH e ácido úrico).	
			Artralgias.	Encaminhar paciente (sem necessidade de avaliações na emergência ou ortopedia).	Hemograma completo, PAI (VHS + PCR), bioquímica completa (função hepática e renal, albumina, globulina, LDH e ácido úrico).	
			Dores nos membros.	Avaliar se é mais noturna no final do dia, que pode ter características ortopédicas e mecânicas. Se a dor acordar a criança de madrugada e demorar a passar, pode ser neoplasia.	Hemograma completo, plaquetas, VHS, PCR, EAS, EPF, MIF.	
			Dor pontual repetitiva.	Dor em alguma superfície óssea, em osso longo ou em musculatura.	RX, hemograma, VHS, PCR, LDH.	
			Febre de origem obscura.	Febre contínua ou de no mínimo três picos diários acima de 38,5° C sem infecção detectada, já tendo sido investigada por mais de 15 dias.	Hemograma completo, plaquetas, VHS, PCR, dosagem de ferritina.	
			Fraqueza muscular.	Dor em musculatura à palpação ou incapacidade para efetuar o movimento por dor naquele grupamento muscular.	Hemograma completo, PAI, CK, aldolase, TGO, TGP, LDH.	
			Valor de Aslo aumentado.	Paciente sem sopro, artrite ou história de dor intensa incapacitante aguda articular com ou sem amigdalites de repetição: colher novas amostras e referenciar sem urgência ao ambulatório. O paciente pode ter só o exame alterado, sem histórico clínico para febre reumática.	Aslo, hemograma completo, plaquetas, PAI, bioquímica.	
			Suspeita de febre reumática.	Todos os casos suspeitos (história de artrites ou dores incapacitantes nas juntas após a infecção de garganta) já deverão ser encaminhados com ou sem soprologia. Com sopro, encaminhar também à cardiopediatria.	Hemograma completo, plaquetas, Aslo, PAI (incluindo mucoproteínas ou alfa 1 glicoproteína ácida), ECG (se houver taquicardia sem febre ou sopro, pedir avaliação cardiológica).	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Edema, calor, rubor e/ou bloqueio da articulação.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência, ou será absorvido pelo serviço de reumatologia pediátrica.	-	-	X	-	-	X
	Apenas dor referida sem flogose.	Não há.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	X
	Dor em qualquer local nos membros com alteração visível ou não ao exame físico.	Dor noturna.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	X
		Sem dor noturna.	P1							
	Dependendo do sítio doloroso, fazer RX e encaminhar com o exame.	Caso haja lesão lítica, pode ser tumor e o diagnóstico será urgente.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	X
	Se houver febre de repetição e rash cutâneo, encaminhar para ambatório. Se houver prostração, irritabilidade, queda do estado geral ou hepatoesplenomegalia, encaminhar para internação.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência, ou será absorvido pelo serviço de reumatologia pediátrica ou oncopediatria.	-	-	X	-	-	X
	Se somente houver dor sem aumento de enzimas musculares, deixar com hidratação abundante no lar. Se houver febre, prostração ou CK muito alta, internar com hidratação venosa e controlar função renal.	Insuficiência renal associada.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência, ou será absorvido pelo serviço de reumatologia pediátrica.	-	-	X	-	-	X
		Episódios frequentes de fraqueza.	P1							
	Exame normal ou alguma hipertrofia amigdaliana. Pode haver amigdalite de repetição sem febre reumática e precisar de amigdalectomia.	Não há.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	X
	No momento da consulta, já pode nem haver dor ou bloqueio articular. Pode também não haver sopro. A história e a curva de Aslo ajudarão no diagnóstico. Na dúvida, se for paciente assintomático, iniciar uso regular de penicilina benzatina de 21 em 21 dias até a consulta especializada.	Todos os casos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser orientado a retornar à UBS para acompanhamento pela pediatria geral, de posse de relatório de contrarreferência, ou será absorvido pelo serviço de reumatologia pediátrica ou cardiologia pediátrica.	-	-	X	-	-	X

Urologia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento	HDA	Exames complementares sugeridos
UNIDADE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	UROLOGIA	UROLOGIA: PEDIATRIA	Hidronefrose.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina, USG.
			Duplicidade pieloureteral.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina, USG.
			Estenose da junção pieloureteral.	Massa palpável em loja renal e suspeita deestenose da junção pieloureteral.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina, USG de aparelho urinário ou abdome total.
			Ureterocele.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina, USG.
			Refluxo vesicoureteral.	História de infecções urinárias de repetição e suspeita de refluxo vesicoureteral.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia e creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, urocultura, bacterioscopia e USG de aparelho urinário ou abdome total.
			Extrofia de bexiga.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina, USG.
			Válvula de uretra posterior.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina, USG.
			Estenose/trauma de uretra.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina.
			Epispádia/hipospádia.	Meninos com falha na formação da uretra.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT.
			Distúrbios de diferenciação sexual.	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT.
			Hidrocolpos, metrocolpos, imperfuração himenal.	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT.
			Anomalias genitais (pênis, bolsa escrotal, vulva).	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT.
			Encurvamento peniano (chordee).	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT.
			Varicocele.	Todos os casos.	USG, hemograma, coagulograma com TAP e PTT, ecodoppler da bolsa escrotal.

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Dilatação do sistema pielocalicial.	História de infecção urinária.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Sistema urinário alto (rim e/ou ureter) duplicado.	História de infecção urinária.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Estreitamento entre a pelve renal e o ureter.	Casos com comprometimento da função renal.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Lesão cística na chegada do ureter na bexiga.	História de infecção urinária.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Retorno de urina da bexiga para o ureter e/ou o rim.	Casos descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Bexiga aberta com saída de urina na parede abdominal.	Casos descompensados.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Obstrução da uretra posterior em meninos determinando espessamento da bexiga e hidronefrose.	Crianças menores de 1 ano.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Lesão, rotura ou estreitamento da uretra, geralmente associado a trauma ou a cirurgia prévia da uretra.	Casos descompensados.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Meato uretral ectópico.	Casos descompensados.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Impossibilidade de definir sexo.	Crianças menores de 1 ano.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	N	-	X	X
	Hímen não perfurado com ou sem acúmulo de líquido e/ou pus na vagina.	Presença de massa abdominal e/ou idade a partir de 10 anos.	P0	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	N	-	X	X
	Alteração do desenvolvimento normal.	Crianças menores de 1 ano.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	N	-	X	X
	Pênis com curva para baixo, para cima ou para os lados.	Casos descompensados.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X
	Aumento de volume, dilatação venosa na bolsa escrotal.	Adolescente com dor e/ou diminuição do tamanho do testículo do lado afetado.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	-	X	X	-	X	X

Obstetrícia

Pré-natal de alto risco

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento					
					HDA	Exames complementares sugeridos		
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	OBSTETRÍCIA	OBSTETRÍCIA: ALTO RISCO	Síndromes hipertensivas da gravidez.		-	-		
			Hipertensão arterial crônica em uso de medicamentos.		-	-		
			Mau passado obstétrico.	Óbito fetal.	-	-		
				Abortamento habitual.	-	-		
			Anemias.	Falciforme (exclui traço falcêmico).	-	-		
				Talassemia.	-	-		
				Microangiopática.	-	-		
			Endocrinopatias.	Diabetes.	-	-		
				Tireoidopatias.	Hipertireoidismo.	-	-	
					Hipotireoidismo.	-	-	
					Câncer de tireoide.	-	-	
			Incompetência ístmo-cervical.		-	-		
			Malária	-	-			
			Hanseníase	-	-			

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X

continua

Pré-natal de alto risco

conclusão

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	OBSTETRÍCIA	OBSTETRÍCIA: ALTO RISCO	Hepatites B e C.	-	-	
			Infecção pelo HIV.	-	-	
			Cardiopatias.	-	-	
			Pneumopatias (exclui asma bem compensada).	-	-	
			Lúpus.	-	-	
			SAF.	-	-	
			Tromboembolismo.	-	-	
			Epilepsia com uso de medicamentos.	-	-	
			Passado de TVP/AVE isquêmico.	-	-	
			IMC maior que 35 com comorbidades.	-	-	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	X	-	-	-	X
	Citar achados significativos.	Todos os casos.	P0	A paciente deve permanecer no nível especializado até o puerpério e, em seguida, deve ser encaminhada à UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	N	-	-	-	X

Outras Especialidades

Fisioterapia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE REABILITAÇÃO	FISIOTERAPIA	GERAL	Pós-operatório em membros inferiores (artroplastias, artroscopias, osteotomias, osteossínteses e reconstruções ligamentares).	Paciente pós-operatório ortopédico recente que, após consulta de revisão médica, tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico.	RX e demais exames de imagem realizados antes e após a cirurgia, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	
			Pós-operatório de cirurgias ortopédicas das cinturas escapulares e pélvicas.	Paciente pós-operatório ortopédico recente que, após consulta de revisão médica, tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico.	RX e demais exames de imagem realizados antes e após a cirurgia, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	
			Pós-operatório de cirurgia plástica, geral e dermatológica.	Paciente pós-operatório ortopédico recente que, após consulta de revisão médica, tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico.	RX e demais exames de imagem realizados antes e após a cirurgia, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	
			Pós-operatórios de coluna vertebral (laminectomias descompressivas e artrodeses).	Paciente pós-operatório ortopédico recente que, após consulta de revisão médica, tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico.	RX e demais exames de imagem realizados antes e após a cirurgia, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	
			Algias da coluna vertebral.	Pacientes com queixas algicas e/ou alterações posturais da coluna vertebral (lombalgias, cervicalgias) que, após consulta médica, tenham indicação para tratamento fisioterapêutico.	RX e demais exames de imagem que o paciente já possuir, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	
			Tratamento conservador de traumas não cirúrgicos dos sistemas osteomioarticulares.	Traumas não cirúrgicos dos sistemas osteomioarticulares.	RX e demais exames de imagem que o paciente já possuir, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	
			Paralisia facial.	Paciente com diagnóstico clínico de paralisia facial que, após avaliação médica, tenha sido encaminhado para tratamento fisioterapêutico.	Exames de imagem e/ou eletroneuromiografia, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	
			Acidente Vascular Encefálico (AVE).	Paciente com acidente vascular encefálico recente que, após avaliação médica, tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico.	Exames de imagem, TC e RNM de crânio, relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	
			Múltiplas quedas em idosos.	Pacientes acima de 65 anos com histórico de múltiplas quedas nos últimos 6 meses que, após consulta geriátrica, tenham sido liberados para tratamento fisioterapêutico de prevenção de quedas.	Relato médico com diagnóstico clínico e CID da doença.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial				Unidades					
Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
Alteração da capacidade funcional do membro inferior (redução da amplitude de movimento e/ou da força muscular), com ou sem restrição de carga.	Priorizar pacientes com período de pós-operatório de no máximo 3 meses.	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	-
Alteração da capacidade funcional do membro inferior (redução da amplitude de movimento e/ou da força muscular), com ou sem restrição de carga.	Priorizar pacientes com período de pós-operatório de no máximo 3 meses.	P3	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	-
Alteração da capacidade funcional para realização das atividades da vida diária (redução da amplitude de movimento e/ou da força muscular), com ou sem queixas algícas.	Priorizar pacientes com período de pós-operatório de no máximo 3 meses.	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	-
Alteração da capacidade funcional para realização das atividades da vida diária (redução da amplitude de movimento e/ou da força muscular), com ou sem queixas algícas.	Priorizar pacientes com período de pós-operatório de no máximo 3 meses.	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	-
Alteração da capacidade funcional (redução da amplitude de movimento e/ou da força muscular), com ou sem algia associada.	Pacientes que mantenham acompanhamento médico regular. Pacientes com queixas algícas de grande intensidade e com características incapacitantes serão encaminhados para clínica da dor e/ou clínicas de referência no tratamento dos males da coluna.	P3	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	-
Alteração da capacidade funcional para realização das atividades da vida diária (redução da amplitude de movimento e/ou da força muscular), com ou sem queixas algícas.	-	P3	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	-
Assimetrias faciais por alterações da função motora dos músculos da face, associadas ou não a distúrbios sensoriais.	Priorizar pacientes com período de instalação da doença de no máximo 1 mês.	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	-
Hemiplegia e/ou hemiparesia com alterações da capacidade funcional.	Priorizar pacientes com diagnóstico de AVE há no máximo 3 meses e com capacidade para que se mantenham na postura sentada e para que sejam transferidos para atendimento ambulatorial.	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	-
Time Get Up and Go acima de 12 segundos.	Priorizar pacientes com acompanhamento geriátrico frequente e que tenham capacidade funcional para marcha e transferência para atendimento ambulatorial.	P3	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	-

Fisioterapia pediátrica

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE REABILITAÇÃO	FISIOTERAPIA	FISIO-TERAPIA: PEDIATRIA	Atraso no desenvolvimento neuromotor.	História de prematuridade, diagnóstico de disfunção neuromotora (paralisia cerebral), disrafismo espinhal (mielomeningocele, lipomeningocele, espinha bífida oculta), amiotrofias espinhais, lesão medular, paralisia obstétrica, paciente com síndrome de Down que, após avaliação médica, tenha sido encaminhado para tratamento fisioterapêutico.	Exames de imagem previamente realizados. É fundamental que o usuário/responsável tenha em mãos relato médico com diagnóstico clínico e a CID da doença.	
			Alterações da capacidade pneumofuncional em pediatria.	História de doenças crônicas (DPOC, asma, bronquiectasia, broncodisplasia, enfisema) e/ou agudas (bronquite, bronquiolite, derrame pleural, atelectasia, pneumonias) do trato respiratório inferior, pacientes portadores de doença neuromuscular, lesão medular ou doenças neurológicas com consequente déficit das funções ventilatória e respiratória.	Exames de imagem previamente realizados. É fundamental que o usuário/responsável tenha em mãos relato médico com diagnóstico clínico e a CID da doença.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Retardo no desenvolvimento neuromotor.	Crianças com idades cronológicas de 0 a 3 anos com comprometimento predominantemente motor e acompanhamento médico regular. Obs.: crianças maiores de 3 anos serão acompanhadas em orientação, sendo encaminhadas para outros serviços de fisioterapia especializados.	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	-
	Disfunções ventilatória e respiratória, necessidade de higiene brônquica.	Crianças com idades cronológicas de 0 a 6 anos com comprometimento respiratório de moderado a severo e acompanhamento médico regular. Obs.: casos com menos gravidade podem ser acompanhados com orientação e revisão periódica.	P2	Dependendo da avaliação fisioterapêutica, o usuário poderá ser encaminhado para reavaliação médica e/ou para UBS, de posse do relatório de contrarreferência.	-	-	X	-	-	-

Fonoaudiologia

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	
UNIDADE DE REABILITAÇÃO	FONOAUDIOLOGIA	GERAL HFI: somente pacientes acima de 16 anos.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial							
	Motivo de encaminhamento	Unidades					
		HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Alterações da mastigação e deglutição.	-	-	-	X	X	X
	Alterações estruturais mínimas da cobertura das pregas vocais.	-	-	-	X	X	X
	Cisto epidermoide.	-	-	-	X	X	X
	Microdiafragma laríngeo.	-	-	-	X	X	X
	Ponte de mucosa.	-	-	-	X	X	X
	Sulco vocal.	-	-	-	X	X	X
	Vasculodisgenesia.	-	-	-	X	X	X
	Desordens articulatórias e de fala em geral.	-	-	-	X	X	X
	Desordens fonoaudiológicas por sequelas neurológicas.	-	-	-	X	X	X
	Afasia.	-	-	-	X	X	X
	Disartrofonias.	-	-	-	X	X	X
	Disfagia orofaríngea.	-	-	-	X	X	X
	Desvios fonológicos.	-	-	-	X	X	X
	Dificuldade para falar em público.	-	-	-	X	X	N
	Dificuldade de memória.	-	-	-	X	X	X
	Disfonias em geral.	-	-	-	X	X	X
	Fendas glóticas.	-	-	-	X	X	X
	Orientação e prevenção de patologias da voz.	-	-	-	X	X	X
	Paralisias de pregas vocais.	-	-	-	X	X	X
	Paralisia facial periférica e central.	-	-	-	X	X	X
	Patologias organofuncionais da voz.	-	-	-	X	X	X
	Edema de Reinke.	-	-	-	X	X	X
	Granuloma.	-	-	-	X	X	X
	Leucoplasia.	-	-	-	X	X	X
	Nódulo vocal.	-	-	-	X	X	X
	Pólipo vocal.	-	-	-	X	X	X
	Úlcera de contato.	-	-	-	X	X	X
	Pré e pós-operatório de bucomaxilo, laringectomias, pregas vocais, tireoidectomia, respiradores faciais.	-	-	-	X	X	X
	Transtornos da fluência: gagueira, taquifemia, taquilalia.	-	-	-	X	X	N
	Tratamento de labirintopatias.	-	-	-	X	X	N
	Avaliação vestibular.	-	-	-	-	-	X
	Distúrbios de aprendizagem.	-	-	-	-	-	X
	Avaliação audiológica: audiometria, impedanciometria e emissões otoacústicas.	-	-	-	-	-	X
	Malformações congênicas do sistema estomatognático.	-	-	-	-	-	X

Nutrição

Linha de cuidado	Especialidade	Consulta	Motivo de encaminhamento			
				HDA	Exames complementares sugeridos	
UNIDADE DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	NUTRIÇÃO	Pacientes oncológicos.	História de câncer associado a comorbidades: baixo peso, obesidade, distúrbios gastrointestinais, ostomizados, suporte nutricional enteral (gastrostomia, nasoenteral, nasojejunal), deficiências nutricionais, diabetes, hipertensão arterial.	Encaminhamento médico com diagnóstico clínico e CID da doença. Exames laboratoriais recentes.	

Fonte: Hospitais Federais no Rio de Janeiro.

Protocolo de Acesso Ambulatorial					Unidades					
	Exame físico	Prioridade da regulação	Critério	Contrarreferência	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
	Citar achados significativos.	Pacientes oncológicos adultos e idosos.	P0	Permanecer na atenção especializada.	-	-	X	-	-	-

Colaboradores HFRJ

Aderbal de Albuquerque Alves Júnior
Adriana Azevedo
Adriana Guerra Machado Vieira
Adriana Rodrigues Fonseca
Adriana Rodrigues M de Azevedo
Adriane Batista Fonseca Poubel
Aguinaldo Ferreira Leite Filho
Alessandra Nunes da Fonseca
Alexander Edwin Teixeira Dias
Alexandra Torres Cordeiro Lopes de Souza
Alfredo Brasil Teixeira
Alice Mota Buçard
Ana Beatriz Lesqueves Barra
Ana Carla Wanderley Costa
Ana Cristina Baptista da Silva Figueiredo
Ana Lúcia Munhoz C. de Albuquerque
Ana Maria da Silva Simões
Ana Rosa Airão
Ana Tereza Antunes M. de Souza Duque
André Accioly Guasti
André Luis Freire Portes
André Maciel da Silva
Andréia Cunha Ávila
Aniela Bonorino X. Castelo Branco
Antonio Claudio Ahouagi Cunha
Antonio Joaquim Gabriel Neto
Antonio José de Souza Cypriano Neves
Antônio José Gonçalo Nunes
Antônio Marcílio Ferreira Neves
Arisa Ikeda
Arnauld Kaufman
Artur Carvalho de Gouvea
Baltazar de Araújo Fernandes
Benjamin Franklin Silva
Bernardo Cacciari Peryassu
Bruna Duarte Areas
Bruna Santiago Pugliese
Bruno Joffily

Carina Pereira Coelho
Carlo Sassi
Carlos Augusto Pinheiro de Moraes
Carlos Eduardo de Brito Beitel
Carlos Fernando da Silva Saraiva
Carlos Roberto Carvalho Cordeiro
Cassia de Araujo Stanisk
Celestino Esteves Pereira
Cesar de Paiva Barros
César Tavares Atherino
Christian Naurath
Christiane de Sousa Lopes
Cícero Luiz Souza Braga
Clarice Borschiver de Medeiros
Claudia Terezinha Schwanz Orfalais
Claudio Fernando Cavalcanti de Souza
Claudio Freitas Siqueira Mendes
Clinete Lacativa
Cristiane Soares
Cristina Teixeira da Fonseca
Daniela de Souza Paiva Borgli
Denis Muniz Ferraz
Denise Salles Coelho da Mota
Diana Israel
Edson Luiz Atallah de Mattos
Eduardo Laboissiere da Silva
Eduardo Viana de Carvalho
Eliane Lucas
Emanuel Leal Chaves
Ernest Tapia Rojas
Eugênia Figueiredo Costa de Lacerda
Evandro Gomes Vieira
Fabiana da Costa Saldanha
Fabiana Rocha Ferraz
Fábio Madureira
Fabio Martins
Fabiola Alves Aarão Reis
Felipe Francescutti Murad
Fernanda Aguiar Santos Vilela
Fernando Cesar David Silva
Fernando de Almeida Werneck

Fernando Furst
Fernando Monteiro Correia Pinto
Flávia Maria de Souza Clímaco
Flávia Pinto Cardozo
Flávio Ferreira de Andrade
Flavio Luis Camara Coutinho
Flavio Moutinho Souza
Flavio Tavares Rothfuchs
Gabriela Alves Rochedo
Gil Simões Batista
Giovanni Antonio Marsico
Giselle Baptista Maretti
Gloria da Costa Cavaleiro dos Reis Velloso
Guilherme Nahoum Pinheiro
Guilherme Pereira dos Santos Filho
Guiseppe Maria Santalucia
Gustavo Adolfo Rodrigues Valle
Gustavo Fernandes
Gustavo Modesto Leal
Haroldo Antônio Silva Chagas
Helder Silveira Maia
Henrique de Barros Pinto Netto
Heráclio Villar Ramalho Cavalcanti
Ida Sidi Algamis
Isa Cristina Neves de Paula e Silva
Isttayner Martins Magalhães
Ivany Terezinha Rocha de Yparraguirre
Jacqueline Sampaio da Costa Figueiredo
Jaime da Cunha Barros
Jaqueline Coser Vianna
Jefferson Vilasboas de Andrade
João Carlos Regassi Avelleira
Joao Ricardo Ferreira Cerqueira
Joaquim Ferreira Pereira
Jorge Benjamin Fayad
Jorge Sabaneeff
José Anacleto Dutra de Resende Junior
José Antônio Damian Guasti
José Eduardo da Silva
José Guilherme Barbosa Leite
Julienne Cruz Martins
Julienne Martins

Julio Cesar Thomé de Souza Silva
Karen Rosental Goldsztajn
Klezer Gaspar Carvalho da Silva
Leandro Kasuki Pinho
Leila Senna Maia
Lia Aguiar Cordeiro
Lígia Braglia Mazzolenis
Lucia Tomoko Fukuyama
Luciane Fernandes Vieira
Luciano Lucio Ses
Luciano Telles Gomes
Luis Montellano
Luiz Antônio Eberienos
Luiz Fernando Cabral Passoni
Luiz Fernando Christiani
Luiz Fernando Ponciano de Jesus
Luiz Filipe Cruz Mascarenhas
Luiz Mauricio Fogel
Luiz Maurino Abreu
Luiz Zamagna
Lutegarde Vieira de Freitas
Luzia Abrão El Hadj
Mara Morelo Rocha Félix
Marcela Rodrigues de Freitas
Marcelo Alves Raposo da Camara
Marcelo Bravo Carneiro
Marcelo Cagy
Marcelo Erthal Moreira de Azeredo
Marcelo Gomes dos Santos
Márcia Galdino Sampaio
Márcio Santos Rutowitsch
Marco Antonio Rodrigues Torres
Marcus André Acioly de Souza
Marcus Valério Frohe de Oliveira
Maria Aparecida Siqueira de Andrade
Maria Christina Jorge Pereira
Maria Cristina Bragança Garcia
Maria da Gloria Morais O. Mello
Maria da Gloria Pereira Fernandes
Maria Elisa Paiva Pires
Maria Elisa Ribeiro Lenzi

Mariana Spitz
Marilena de Menezes Cordeiro
Mario Henrique Loureiro
Marise Elia de Marssillac
Mauricio de Barros Cursino
Mauro Araújo
Mauro Goldfarb
Melissa Gama de Mesquita
Miguel Madeira
Milber Fernandes Guedes Junior
Miriam Thereza Miranda Vieira
Mizael Augusto Pinto
Monica Barros Pereira
Monica Hermida C. F. de Oliveira
Monica Soares de Souza
Mylene Santos Oliveira
Nadjane Pereira da Silva
Napoleão Teixeira Leão Júnior
Neuza Braga Campos de Araújo
Neuza Barros
Nilson Correa Duarte
Odilon Cesar da Cruz Santos
Patricia Santana Correia
Paula Penna Chaves
Paulo Antonio Oldani Félix
Paulo de Tarso Aparecida Pinto
Paulo Roberto Correa de Brito
Paulo Roberto Cotrim de Souza
Pedro Ricardo B. Milet Caldas Pereira
Pedro Ricardo Garcia Jasbik
Pylyp Nakonechnyj Neto
Rafael do Prado
Rafael Pottes Soeiro Pinto
Rafael Zdanowski
Raquel Grinapel
Renata Alves Sarkis
Renata Kanomata
Renata Pereira de Souza Barros
Renata Szundy Berardo
Renato Ponte Portela Aguiar
Roberto Jamil Muharre

Rodrigo Augusto Raymundo Silva
Rogerio Naylor
Ronaldo Hugo Petrosemolo
Sabrina Cavalcanti de B. Fonseca
Sandra de Jesus Pereira
Sandra Possato de Oliveira
Sarah Aparecida Ferreira Antero
Sergio Silveira Leal de Meirelles
Sidney de Oliva Magaldi Ferreira
Silvio da Cruz Brandão
Silvio Mandelbaum Voscaboinik
Silvio Pitkowski
Simone Rodrigues dos Santos
Simonides Rodrigues Carriço
Solange Camargo
Solange Leal Araujo Nunes
Soraia Taveira Rouxinol
Suyanne Camille Caldeira Monteiro
Sylvio Luiz Borges Diegues Furtado
Tamara Checcacci
Tatiana Soria Rosa
Thiago Boechat de Abreu
Valquíria da Silva
Valter José Fernandes Müller
Vanessa da S. Pacheco
Vasco Lauria da Fonseca Filho
Vera Aleta de Rooij Mansur
Victor Manoel de Mendonça Abreu
Vinícius Castro Souza
Vitor Monteiro Novaes Junior
Wagner Teixeira
Wellington Gouvea
Yolanda Schran

Relação de Serviços Ambulatoriais Especializados:

Hospitais Federais no Rio de Janeiro sob competência do DGH/MS

Hospital Federal do Andaraí (HFA)

Endereço: Rua Leopoldo, n.º 280 – Andaraí.

CEP: 20540-220

Telefone: +55(21) 2575-7144

Hospital Federal de Bonsucesso (HFB)

Endereço: Avenida Londres, n.º 616 – Bonsucesso.

CEP: 21041-030

Telefone: +55(21) 3977-9500

Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF)

Endereço: Avenida Menezes Cortes, n.º 3.245 – Freguesia de Jacarepaguá.

CEP: 22745-130

Telefone: +55(21) 2425-2255

Hospital Federal de Ipanema (HFI)

Endereço: Rua Antônio Parreiras, n.º 67/69 – Ipanema.

CEP: 22411-020

Telefone: +55(21) 3111-2303

Hospital Federal da Lagoa (HFL)

Endereço: Rua Jardim Botânico, n.º 501 – Lagoa.

CEP: 22470-050

Telefone: +55(21) 3111-5306

Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE)

Endereço: Rua Sacadura Cabral, n.º 178 – Saúde.

CEP: 20221-903

Telefone: +55(21) 2291-3131



DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

