

DIRETRIZES PARA
ENCAMINHAMENTO ÀS
ESPECIALIDADES DE SAÚDE DA
SECRETARIA DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL

ALERGIA E IMUNOLOGIA

Fonte: Coordenação de Alergia e Imunologia/GRMH/DIASE/SAS

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O AGENDAMENTO DE CONSULTAS NO
AMBULATÓRIO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA – SES/DF**

Fonte: Coordenação de Alergia e Imunologia/GRMH/DIASE/SAS

VERMELHO	PACIENTES COM ASMA MODERADA OU GRAVE PERSISTENTE OU COM HISTÓRIA DE INTERNAÇÕES CID: J45
	PACIENTES COM DERMATITE ATÓPICA GRAVE OU COM INFECÇÕES RECORRENTES CID: L20
	PACIENTES COM DERMATITE DE CONTATO GRAVE CID: L25
	PACIENTES COM URTICÁRIA COM INTERNAÇÕES POR ANAFILAXIA CID: L50
	PACIENTES COM ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO OU ADQUIRIDO COM INTERNAÇÕES POR ANAFILAXIA CID: D84.1/T78.3
	PACIENTES COM CONJUNTIVITE ALÉRGICA GRAVE PERSISTENTE CID: H10.4
	PACIENTES COM ALERGIA ALIMENTAR COM RISCO DE MORTE CID: T78
	PACIENTES COM ALERGIA A HIMENÓPTEROS COM RISCO DE MORTE CID: W57

Fonte: Coordenação de Alergia e Imunologia/GRMH/DIASE/SAS

	PACIENTES COM ALERGIA MEDICAMENTOSA COM RISCO DE MORTE CID: Z88
	PACIENTES COM INFECÇÕES GRAVES COM RISCO DE MORTE CID: D84.9
AMARELO	PACIENTES COM ASMA MODERADA OU GRAVE PERSISTENTE SEM HISTÓRIA DE INTERNAÇÕES CID: J45
	PACIENTES COM DERMATITE ATÓPICA MODERADA CID: L20
	PACIENTES COM DERMATITE DE CONTATO MODERADA CID: L25
	PACIENTES COM MAIS DE DOIS EPISÓDIOS DE URTICÁRIA SEM INTERNAÇÕES POR ANAFILAXIA CID: L50
	PACIENTES COM ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO OU ADQUIRIDO SEM INTERNAÇÕES POR ANAFILAXIA CID: D84.1/ T78.3
	PACIENTES COM RINITE ALÉRGICA MODERADA/GRAVE PERSISTENTE CID: J30
	PACIENTES COM CONJUNTIVITE ALÉRGICA MODERADA CID: H10.4
	PACIENTES COM MÚLTIPAS ALERGIAS ALIMENTARES OU COM REPERCUSSÃO NUTRICIONAL CID: T78
	PACIENTES COM MÚLTIPLAS ALERGIAS MEDICAMENTOSAS OU COM INTERNAÇÕES CID: Z88
	PACIENTES COM INFECÇÕES MODERADAS COM INTERNAÇÕES CID: D84.9
VERDE	PACIENTES COM ASMA LEVE PERSISTENTE SEM MELHORA COM TRATAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA CID: J45
	PACIENTES COM INFECÇÕES DE REPETIÇÃO SEM INTERNAÇÕES CID: D84.9
AZUL	PACIENTES COM ASMA LEVE INTERMITENTE SEM MELHORA COM TRATAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA CID: J45
	PACIENTES COM DERMATITE ATÓPICA LEVE CID: L20
	PACIENTES COM DERMATITE DE CONTATO LEVE CID: L25
	PACIENTES COM RINITE ALÉRGICA LEVE PERSISTENTE CID: J30
	PACIENTES COM CONJUNTIVITE ALÉRGICA LEVE PERSISTENTE CID: H10.4
	PACIENTES COM ALERGIA ALIMENTAR CID: T78
	PACIENTES COM ALERGIA MEDICAMENTOSA SEM INTERNAÇÕES CID: Z88

MASTOLOGIA

Fonte: Memo: nº75/2016 – GECAN/ DIASE/SAIS/SES - Brasília, 28 de março de 2016

Protocolo de Acesso à Especialidade Mastologia – em formulação 2018

DIRETRIZES PARA ENCAMINHAMENTO ÀS CONSULTAS ESPECIALIZADAS EM MASTOLOGIA

VERMELHO	<p>Exame clínico sugestivo de neoplasia maligna – nódulo palpável irregular com ou sem axila positiva.</p> <p>Lesão Impalpável por Mamografia - BIRADS 4 ou 5</p> <p>Lesão Impalpável por Ecografia – BIRADS 4 ou 5</p>	<p>HBDF</p> <p>E</p> <p>HUB</p>
AMARELO	<p>BIRADS 0</p> <p>Nódulos palpáveis benignos – Nódulos palpáveis móveis e fibroelásticos em pacientes jovens.</p> <p>Derrame papilar patológico–espontâneo, uniductal</p> <p>Mastites crônicas em atividade</p>	
VERDE	<p>BIRADS 3</p> <p>Nódulo impalpável de contorno regular</p> <p>Follow-up - Pacientes tratadas de câncer em outro estado ou na rede privada.</p>	<p>Demais Hospitais – Seguir a proximidade com as residências</p>
AZUL	<p>Alteração Funcional Benigna das Mamas – mastalgia e cistos</p> <p>Derrame poliductal multicolorido bilateral</p> <p>Mamas Axilares</p> <p>Ginecomastia</p> <p>Alterações congênitas</p>	

Fonte: Memo: nº75/2016 – GECAN/ DIASE/SAIS/SES - Brasília, 28 de março de 2016

Anexos

Do Quadro 1 ao 7 –Fonte: Protocolo de Acesso à Especialidade Mastologia – em formulação 2018

Quadro 1 – Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de câncer de mama

nódulo palpável endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas;
nódulo palpável com conteúdo sanguinolento na aspiração;
nódulo palpável com linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes;
descarga papilar suspeita: <ul style="list-style-type: none">- sanguínea, serossanguínea ou cristalina “água de rocha”;- qualquer descarga papilar uniductal, unilateral ou espontânea;- qualquer descarga papilar em mulher com idade superior a 50 anos.
retração ou distorção mamilar recente;
espessamento ou retração cutânea recente.

Quadro 2 – Achados em exame de imagem altamente sugestivos de neoplasia mamária.

BIRADS 4 e 5;
Nódulo sólido com características de malignidade;
Cisto complexo (conteúdo espesso, ecotextura heterogênea, vegetações ou com conteúdo sólido);
Microcalcificação suspeita: <ul style="list-style-type: none">- ramificadas, vermiformes, puntiformes.- associada a outros achados como: distorção, dilatação ductal e assimetrias.
Distorção ou assimetria focal da arquitetura.

Quadro 3 – Nódulo na mama palpável com provável indicação de PAAF/biópsia de fragmento

Nódulo sólido recente em mulher com idade superior a 35 anos;
Nódulo em mulher com história prévia de câncer de mama, hiperplasia intraductal e/ou carcinoma in situ;
História familiar de alto risco para câncer de mama: <ul style="list-style-type: none">- pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama em idade < 50 anos;- pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;- homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama.

Quadro 4 – Paciente assintomática com exame de imagem classificado como BIRADS 3 com provável indicação de PAAF/biópsia de fragmento

Lesões concomitantes suspeitas ou altamente suspeitas homo ou contralateral;
Indicação de Terapia de Reposição Hormonal;
História familiar de alto risco para câncer de mama (ver quadro 3).

Quadro 5 – História familiar sugestiva de Síndrome do Câncer de Mama e Ovário Hereditário (Critérios ASCO).

Três ou mais casos de câncer de mama + um caso de câncer de ovário em qualquer idade em familiares de primeiro grau (mãe, filha ou irmã);
Mais de três casos de câncer de mama em familiares de primeiro grau (mãe, filha ou irmãs) detectados com idade ≤ 50 anos;
par de irmãs (ou mãe e filha) com um dos seguintes critérios (≤ 50 anos): <ul style="list-style-type: none"> - dois casos de câncer de mama; ou - dois casos de câncer de ovário; ou - um caso de câncer de mama + 1 caso de câncer de ovário.

Quadro 6 – Critérios para classificação de risco

VERMELHO	BIRADS 4 e 5 - Alterações de exames complementares que necessitam investigação. Exame clínico sugestivo de neoplasia maligna. CID C50.9 e critérios do Quadro 1 e Quadro 2
AMARELO	BIRADS 0 - Patologia provavelmente benigna com indicação de tratamento cirúrgico - mastites, fibroadenomas ou outros nódulos benignos palpáveis. CID N63 Critérios do Quadro 3
VERDE	BIRADS 3 - Pacientes com história prévia pessoal de câncer de mama sem sinais de recidiva. Critérios do Quadro 4
AZUL	Patologia benigna para tratamento clínico ou seguimento - mastalgia, cistos. E para correção cirúrgica estética - mamas axilares, ginecomastia. CID N62, N64.9 Critérios do quadro 5

Fonte: Protocolo de Acesso à Especialidade Mastologia – em formulação 2018

Quadro 7 - UNIDADES DE SAÚDE EXECUTANTES

Com disponibilidade de Centro Cirúrgico com anestesista para a Mastologia	Sem disponibilidade de Centro Cirúrgico com anestesista para a Mastologia
Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF)	Hospital Regional do Paranoá (HRPa)
Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)	Hospital Regional de Planaltina (HRP)
Hospital Regional de Sobradinho (HRS)	Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)
Hospital Regional do Gama (HRG)	
Hospital Regional de Samambaia (HRSam)	
Hospital Universitário de Brasília (HUB)	
Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB)	

Hospital Regional de Taguatinga (HRT)	
Hospital Regional da Ceilândia (HRC)	

Fonte: Protocolo de Acesso à Especialidade Mastologia – em formulação 2018

ENDOCRINOLOGIA

Fonte: Protocolo de ENDOCRINOLOGIA E DIABETES, pelo RTD ALEXANDRA RUBIM CAMARA SETE - Matr.0145336-X,
Coordenador(a) Técnico(a) de Endocrinologia,
Parte integrante do Processo: 00060-00274144-2017-33

4 - TABELA DE PRIORIDADE ATENDIMENTO: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
VERMELHO	<p>C73 Câncer de tireoide</p> <p>C74 Carcinoma adrenal</p> <p>E10 DM1</p> <p>E20 Hipoparatiroidismo com hipocalcemia</p> <p>E23.0 Hipopituitarismo sem tratamento</p> <p>GESTANTE</p>	<p>E 27. Insuficiência adrenal – Crise adrenal</p> <p>C 75,1 Neoplasias da hipófise</p> <p>C 75.0 Neoplasias de paratireoide</p> <p>E 24 Síndrome de Cushing</p> <p>E05 Tireotoxicose/Oftalmopatia de Graves</p>
AMARELO	<p>E22 Macroadenoma de Hipófise > 1cm</p> <p>E28 Amenorréia primária ou secundária</p> <p>E11 - DM2 plenamente insulinizado e/ou descompensado</p> <p>Hiperprolactinemia > 100</p>	<p>E 05 Hipertireoidismo</p> <p>E26 Hiperaldosteronismo</p> <p>E21 Hiperparatiroidismo</p> <p>E66 Obesidade grau 3 (IMC > 50kg/m²)</p> <p>NÓDULOS DE TIREOIDE COM CALCIFICAÇÃO</p>
VERDE	<p>E11 - DM2 com complicações crônicas</p> <p>E22 Hiperfunção da hipófise</p> <p>E27 Incidentalomas e TUMORES BENIGNOS da adrenal</p> <p>E03 Hipotireoidismo TSH > 20 mUI/L</p>	<p>E04 Nódulo tireoidiano > 1 cm</p> <p>E66 Obesidade grau 2 com comorbidades</p> <p>E66 Obesidade grau 3 (IMC > 40kg/m²)</p> <p>E27 Outras doenças de gônadas e adrenais</p> <p>D35 Microadenoma < 1cm</p>
COMPETÊNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA:		
AZUL -	<p>E06.3 -Tireoidite autoimune sem alteração do TSH/</p> <p>E66 - Obesidade grau 1 (IMC entre 30 – 34,9 kg/m²)/</p> <p>E66 - Obesidade grau 2 (IMC entre 35 – 39,9 kg/m²)/</p> <p>Sobrepeso - (IMC entre 25 – 29,9 kg/m²)/</p>	<p>E11-DM2 tratado com medicamento oral/</p> <p>R73 - Teste de tolerância à glicose anormal/</p> <p>E04 - Bócio (aumento volume tireoidiano)/</p> <p>E03 - Hipotireoidismo compensado</p> <p>E03 - Hipotireoidismo subclínico TSH > 2 e < 10 mUI/L/</p> <p>E04 - Nódulo < 1 cm e cistos/</p>

Sugestão de exames e/ou procedimentos de acordo com hipótese diagnóstica		
DIABETES: Hemoglobina glicada, perfil lipídico, mapeamento de retina, proteinúria de 24 h ou relação albumina/ creatinina em amostra isolada, depuração de Creatinina, rastreamento do pé.	TIREÓIDE: TSH, T4 livre, Anticorpo TPO, Ecografia de tireóide.	DOENÇAS OSTEOMETABÓLICAS: Cálcio sérico e urinário, albumina, PTH, Densitometria óssea.
HIPÓFISE: Prolactina, Cortisol basal e/ou após 1mg de dexametasona às 23 hs.	GÔNADAS E SUPRA RENAL: Ecografia transvaginal ou pélvica para SOP	
OBESIDADE: Peso, Altura, Índice de Massa Corporal (IMC): Peso/Altura^2 , Circunferência abdominal (CA), Teste Oral Tolerância a Glicose (TOTG), Perfil Lipídico, Função Hepática. Circunferência abdominal (CA): * Homem= 94cm Mulher= 80 cm	DISLIPIDEMIA: Perfil Lipídico, TGO, TGP, CPK,, TSH. De acordo com Escores de Risco de Framingham (ERF)	GESTANTES: Tem porta aberta no: * HRT - 6ªM / * HRAN 2ªT / * HRAS 2ªT Na UMAS podem ser marcadas para Dra Eliziane

Fonte: Memo. 257 - Abr.2016

OTORRINOLARINGOLOGIA

Diretrizes OTORRINO de 31.out.2013



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Gerência de Recursos Médico-Hospitalares/DIASE/SAS



Encaminhamento para a Regulação
0701227 -Consulta na Otorrinolaringologia - Geral

NOME:

DATA DE NASCIMENTO: _____ Nº SES / CNS

COMENTÁRIOS:

DIAGNOSTICO:

CID (campo obrigatório): _____

HOSPITAL DE REFERENCIA: _____

Classificação de Risco para Agendamento Ambulatorial de Acordo com Sinais e Sintomas

() VERMELHO	<input type="checkbox"/> Cirurgia de ouvidos, nariz, garganta, laringe; <input type="checkbox"/> Sangramento nasal recorrente; <input type="checkbox"/> Paralisia facial; <input type="checkbox"/> Dificuldade de deglutição; <input type="checkbox"/> Secreção purulenta em orelhas acima de 03 meses; <input type="checkbox"/> Paciente acima de 60 anos e gestantes <input type="checkbox"/> Voz rouca em fumante; <input type="checkbox"/> Sinusite crônica ou recorrente; <input type="checkbox"/> Perda de audição súbita <input type="checkbox"/> Suspeita de tumor em ouvido, nariz, garganta, laringe, pescoço;
() AMARELO	<input type="checkbox"/> Voz rouca acima de 15 dias e/ou recorrente <input type="checkbox"/> Distúrbio de fala/ dificuldade de aprendizado escolar; <input type="checkbox"/> Suspeita de surdez; <input type="checkbox"/> Zumbido, tontura e otorréia; <input type="checkbox"/> Respiração bucal, roncos e apnéia; <input type="checkbox"/> Otites de repetição;
() VERDE	<input type="checkbox"/> Obstrução nasal, sem sangramento; <input type="checkbox"/> Infecção de repetição de garganta; <input type="checkbox"/> Alteração do olfato e paladar <input type="checkbox"/> Rinites (coceira nasal, espirro, secreção nasal clara);
() AZUL	<input type="checkbox"/> Tosse de longa data; <input type="checkbox"/> Engasgo, halitose, xerostomia e odinofagia crônica <input type="checkbox"/> Coceira em orelhas; <input type="checkbox"/> Remoção de cerume apos ter feito o uso de emoliente de cerume apos 05 dias;

Data do Encaminhamento: / /

Assinatura do Médico: _____

É obrigatório apresentar este encaminhamento no dia da consulta e exames complementares caso tenha realizado.

Fonte: Diretrizes OTORRINO de 31.out.2013



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Gerência de Recursos Médico-Hospitalares/DIASE/SAS

**Formulário de Encaminhamento para a Regulação - Consulta Ambulatorial
Consulta Ambulatorial de Subespecialidade em Otorrinolaringologia**

NOME: _____ TEL: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ Nº SES / CNS _____

COMENTÁRIOS: _____

DIAGNOSTICO: _____

CID (campo obrigatório): _____

Serviço de Origem (campo obrigatório): _____

Classificação de Risco para Consulta Ambulatorial de Subespecialidade em Otorrinolaringologia de Acordo com Sinais e Sintomas. Encaminhar com os critérios solicitados.

Código e Ambulatório de Subespecialidade/ Classificação de risco	[] Vermelho	[] Amarelo	[] Verde	[] Azul
0800149 [] Consulta em Rinologia (Critério - ter CT Face e/ou VEN)	<input type="checkbox"/> Complicações da patologia rinosinusal <input type="checkbox"/> Sinusite fúngica <input type="checkbox"/> Suspeita de fistula rinoliquorica <input type="checkbox"/> Lesão tumoral / pólipos nasal grau IV e V (Stamm) <input type="checkbox"/> Desvio do septo grau III de Cottle	<input type="checkbox"/> Rinosinusite em imunodeprimido sem complicação <input type="checkbox"/> Pólipos nasal grau I, II, III (Stamm) <input type="checkbox"/> Desvio do septo grau II de Cottle	<input type="checkbox"/> Sinusite recorrente <input type="checkbox"/> Ronco e apnéia <input type="checkbox"/> Desvio do septo grau I de Cottle e Esporão <input type="checkbox"/> Patologia dos Cornetos unilateral ou bilateral <input type="checkbox"/> Sinéquias	<input type="checkbox"/> Sinusite da comunidade <input type="checkbox"/> Sinusite recorrentes <input type="checkbox"/> Sinusite crônica assintomática <input type="checkbox"/> Outros
0800150 [] Consulta em Estética Facial na Otorrino	<input type="checkbox"/> Rinoplastia e blefaroplastia reparadora <input type="checkbox"/> Correção de fraturas de face	<input type="checkbox"/> Rinoplastia estética <input type="checkbox"/> Orelha de abano <input type="checkbox"/> Ritidoplastia	<input type="checkbox"/> Lobuloplastia <input type="checkbox"/> Ressecção de quelóides	<input type="checkbox"/> Ressecção e/ ou correções de lesões cutâneas de face <input type="checkbox"/> Outros
0800151 [] Consulta em Otologia (Critério: ter áudio e/ou CT de ouvido)	<input type="checkbox"/> Complicações Otológica <input type="checkbox"/> Suspeita de fistula <input type="checkbox"/> OMC colesteatomatosa	<input type="checkbox"/> OMC supurativa <input type="checkbox"/> Otoesclerose	<input type="checkbox"/> OMC simples	<input type="checkbox"/> Tubo de Ventilação <input type="checkbox"/> Outros
0800152 [] Consulta em Surdez e Paralisia Facial (Critério: ter áudio, no caso de PF ter iniciado tratamento clínico no 1º atendimento)	<input type="checkbox"/> Surdez súbita (na audiometria) há menos de 30 dias <input type="checkbox"/> Surdez em menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Crianças de risco para surdez, mas com EOA normal <input type="checkbox"/> Paralisia facial com menos 30 dias	<input type="checkbox"/> Adulto com surdez bilateral <input type="checkbox"/> Paralisia facial com mais de 30 dias	<input type="checkbox"/> Idoso com surdez (>60 anos)	<input type="checkbox"/> Surdez unilateral após linguagem <input type="checkbox"/> Outros
0800153 [] Consulta para Respirador Bucal * (Critério: Rx do cavo e/ou vídeo) * Patologia do Anel Linfático de Waldeyer	<input type="checkbox"/> Portador de síndromes, anemia falciforme, deformidades crânio faciais <input type="checkbox"/> Hipertrofia de amígdala - grau IV de Brodsky <input type="checkbox"/> HVA - obstrução do cavo > 75% <input type="checkbox"/> Rx - HVA grande (Classif. Cohen)	<input type="checkbox"/> Hipertrofia de amígdala - grau III de Brodsky <input type="checkbox"/> HVA - obstrução do cavo de 50 - 75% <input type="checkbox"/> Rx - HVA moderada (Classif. Cohen)	<input type="checkbox"/> Respirador bucal sem deformidades faciais <input type="checkbox"/> Hipertrofia de amígdala - grau II de Brodsky <input type="checkbox"/> Amigdalite recorrente <input type="checkbox"/> HVA - obstrução do cavo de 25 - 50 % <input type="checkbox"/> Rx - HVA leve	<input type="checkbox"/> Hipertrofia de amígdala - grau I de Brodsky <input type="checkbox"/> Outros
0800154 [] Consulta em Estomatologia (Critério: Refratário ao tratamento clínico ou suspeita de tumor)	<input type="checkbox"/> Lesões sangrantes <input type="checkbox"/> Ulceras com duração maior de 6 semanas <input type="checkbox"/> Lesões eritroplásicas	<input type="checkbox"/> Lesões leucoplásicas <input type="checkbox"/> Lesões verrucosas <input type="checkbox"/> Ulceras com duração de menor de 6 semana <input type="checkbox"/> Sialoadenite aguda	<input type="checkbox"/> Sialoadenite crônica <input type="checkbox"/> Sialolitíase <input type="checkbox"/> Sialorreia	<input type="checkbox"/> Rânulas <input type="checkbox"/> Lesões císticas <input type="checkbox"/> Aftas de repetição <input type="checkbox"/> Xerostomia <input type="checkbox"/> Glossodinia
2018017 [] Consulta em Otoneurologia (Critério: ausência de remissão da tontura após 03 meses de acompanhamento com Otorrino + exames de audiometria e impedância)	<input type="checkbox"/> Suspeita de tontura central <input type="checkbox"/> Vertigem em criança <input type="checkbox"/> Tontura após cirurgia otológica <input type="checkbox"/> Tontura + perda auditiva rapidamente progressiva <input type="checkbox"/> Suspeita de neurinite vestibular	<input type="checkbox"/> Idoso com tontura <input type="checkbox"/> VPPB refratária a manobra de reposicionamento	<input type="checkbox"/> Outras síndromes otoneurologica	<input type="checkbox"/> Vertigem refratária com duração maior de 06 meses.

() Contra-Fluxo	<input type="checkbox"/> Retorno para o Hospital/Unidade de origem para acompanhamento Data: / / Médico Otorrino: Comentário:
------------------	--

Data do Encaminhamento: / /

Assinatura do Médico Otorrinolaringologista: _____

É obrigatório apresentar este encaminhamento no dia da consulta, bem como os exames complementares já realizados.

Fonte: Acesso a Primeira Consulta Ambulatorial na Otorrinolaringologia / Proposta de Regulação / Brasília, 31 de outubro de 2013

Atualizado pelo email da Coord ORL 31.01.2018

SAÚDE AUDITIVA

Critérios de Classificação de Risco para atendimento na Unidade de Atenção em Saúde Auditiva na Média e Alta Complexidade

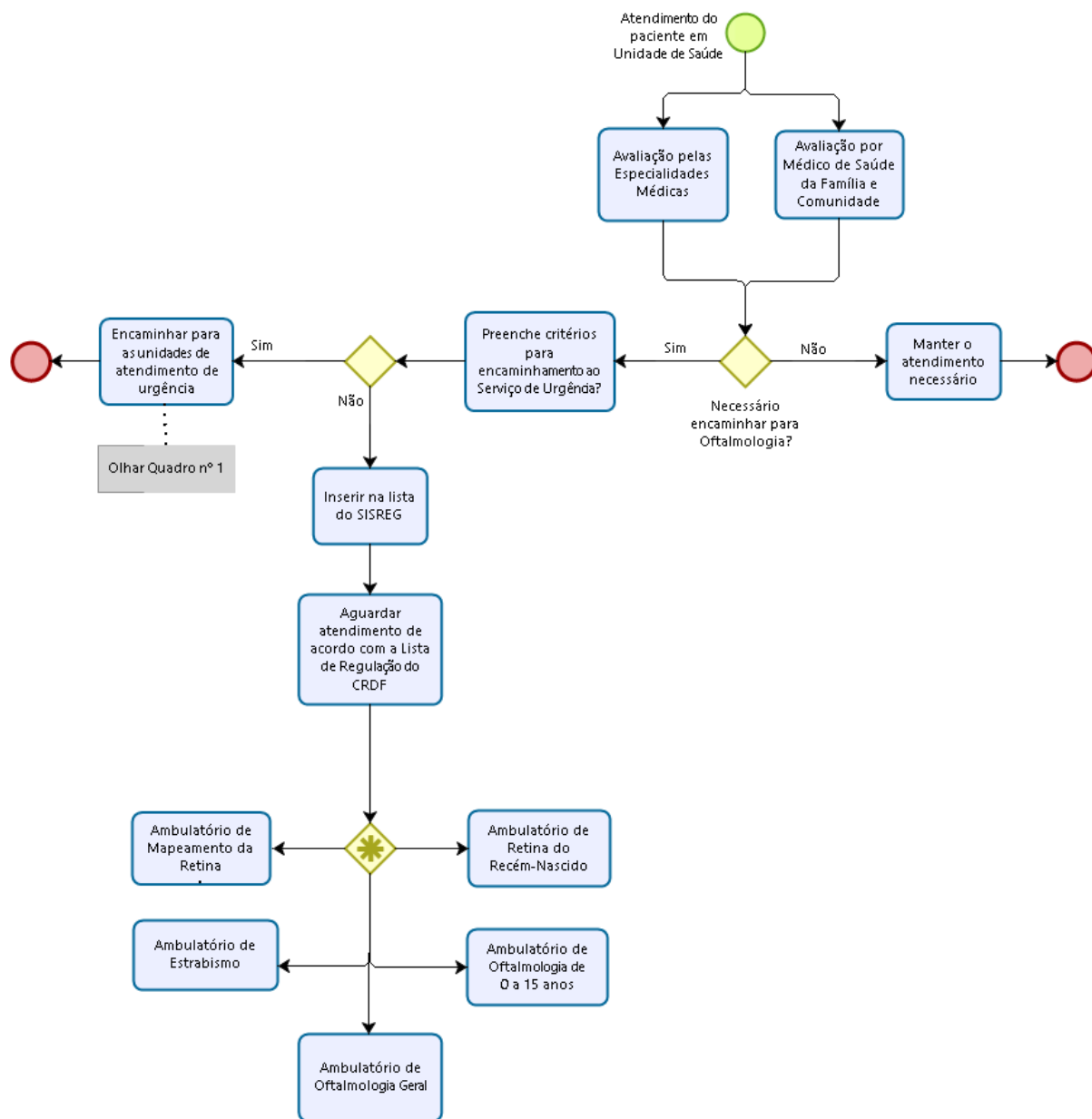
VERMELHO	Crianças que falharam na TAN – Triagem Auditiva Neonatal da SES DF (Encaminhado por fonoaudiólogos e médicos otorrinolaringologistas).
	Crianças com perda auditiva unilateral, com idade entre 0 e 3 anos.
	Crianças com perda auditiva bilateral com idade até 15 anos.
AMARELO	Adultos com perda auditiva bilateral permanente, oralizados. com atividade laboral ou escolar
VERDE	Adultos com perda auditiva bilateral permanente, oralizados.
	Crianças com perda auditiva mínima, com idade até 15 anos.
AZUL	Adultos com perda auditiva unilateral.
	Adultos com perda auditiva bilateral flutuante.
	Adultos com perda auditiva e distúrbios neuro-psicomotores graves.
	Adultos/crianças com alterações neurais ou retrococleares.
	Adultos com perda auditiva profunda unilateral e audição normal no ouvido contra-lateral.
	Adulto com perda auditiva limitada a frequências acima de 3kHz.

Fonte: Ref. Portaria SAS/MS nº 587, de 07 de outubro de 2004.

OFTALMOLOGIA

Protocolo em criação pelo RTD da Oftalmologia e SAIS

FLUXO OFTALMOLOGIA:



Quadro 1.

Hospitais da Rede SESDF com atendimento de Urgência Oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital Regional de Taguatinga - HRT; ➤ Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF; 	Atendimento de Urgência Oftalmológica 24h por dia
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital Regional da Asa Norte – HRAN; 	Atendimento de Urgência Oftalmológica 12h diurnas

Critérios de Classificação do Ambulatório de Retina do Recém-Nascido	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de retinopatia da prematuridade (prematureto com peso < 1.500g e/ou idade gestacional < ou = 32 semanas de gestação); - Prematuros menores que 2.000g também devem ser encaminhados se apresentarem curso clínico instável, especialmente com uso prolongado de oxigenioterapia, transfusões sanguíneas e sépsis; - Com epidemiologia positiva ou alterações sorológicas compatíveis com infecções congênitas; - Teste do reflexo vermelho (teste do olhinho) <u>alterado ou duvidoso</u>; - Suspeita de glaucoma congênito; 	Vermelho
	- Avaliação retiniana de bebês com suspeita de malformações congênitas ou possíveis síndromes cromossômicas;	Amarelo

Obs1: de acordo com Diário Oficial nº 180, 17/09/2009 - Portaria nº 177, de 14 setembro 2009 o teste do reflexo vermelho deve ser feito, por qualquer médico capacitado, com o auxílio da enfermagem, em todo recém-nascido, durante o primeiro exame físico. No ambulatório de retina do recém-nascido devem ser agendados somente casos com teste alterado ou duvidoso.

Obs 2: A marcação das consultas com classificação vermelha na especialidade de retina do recém-nascido deve ocorrer em prazo máximo de 7 (sete) dias.

Obs 3: O reflexo vermelho normal visto através da pupila pode ser parcial ou totalmente obstruído por: catarata, retinoblastoma, retinopatia da prematuridade em estágio avançado, persistência da vasculatura fetal, doença de Coats, toxocaríase, coloboma das estruturas oculares, glaucoma congênito, entre outras. A avaliação oftalmológica é necessária para o diagnóstico diferencial.

Obs4: Casos de glaucoma congênito devem ser encaminhados como urgência para oftalmologistas capacitados ao tratamento desta doença após o diagnóstico.

Critérios de Classificação do Ambulatório de Oftalmologia de 0 a 15 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações de segmento anterior (córnea e cristalino/catarata) associados às síndromes ou não; - Teste do reflexo vermelho alterado em maiores de 3 meses; - Suspeita clínica de diminuição da visão em crianças menores de 3 a 4 anos; - Cefaleia de forte intensidade após esforços visuais; - Perda visual crônica; 	Vermelho
	<ul style="list-style-type: none"> - Lacrimejamento e cefaleia após esforço visual; - Baixo rendimento escolar; - Diminuição da acuidade visual identificada por tabela de acuidade visual (acuidade visual \leq ou = 0,6); - Paciente com diagnóstico de catarata, previamente operados, com necessidade de revisão por queixa de diminuição de acuidade visual; - Conjuntivite alérgica não controlada e/ou de repetição; - Paciente com suspeita ou diagnóstico de pterígio sintomático (irritação ocular) ou associado à diminuição de acuidade visual; - Olho seco sem alívio com tratamento clínico (lubrificante ocular 3 a 6 vezes ao dia) por 1 mês; 	Amarelo
	<ul style="list-style-type: none"> - Outras cefaleias; - Paciente com queixa de diminuição não aguda da acuidade visual; - Paciente com distúrbio de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo) com necessidade de revisão por modificação na acuidade visual; - Paciente com erro de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo) em uso de lente corretiva: revisão anual do grau da correção; - Paciente usuário de lente de contato, sem acompanhamento com oftalmologista; - Diminuição da acuidade visual mesmo utilizando a lente corretiva (conforme AV por idade descrita acima); - Hordéolo recorrente ou calázio sem resposta ao tratamento clínico (compressa morna, massagem e pomada oftálmica de antibiótico por 14 dias); 	Verde

Critérios de Classificação do Ambulatório de Oftalmologia Geral

- Alterações de segmento anterior (córnea e cristalino) associados às síndromes ou não;
- Cefaleia de forte intensidade e após esforços visuais;
- Perda visual crônica;

Vermelho

- Lacrimejamento e cefaleia após esforço visual;
- Baixo rendimento escolar;
- Diminuição da acuidade visual identificada por tabela de acuidade visual (acuidade visual \leq ou = 0,6);
- Conjuntivite alérgica não controlada e/ou de repetição;
- Paciente com suspeita ou diagnóstico de catarata/ pterígio sintomático (irritação ocular) ou associado à diminuição de acuidade visual;
- Olho seco sem alívio com tratamento clínico (lubrificante ocular 3 a 6 vezes ao dia) por 1 mês;

Amarelo

- Outras cefaleias;
- Paciente com queixa de diminuição não aguda da acuidade visual;
- Paciente com distúrbio de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo) ou acomodação (presbiopia) com necessidade de revisão por modificação na acuidade visual;
- Paciente com erro de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo) em uso de lente corretiva: revisão anual do grau da correção;
- Paciente usuário de lente de contato, sem acompanhamento com oftalmologista;
- Diminuição da acuidade visual mesmo utilizando a lente corretiva (conforme AV por idade descrita acima);
- Paciente com diagnóstico de catarata, previamente operados, com necessidade de revisão por queixa de diminuição de acuidade visual;
- Hordéolo recorrente ou calázio sem resposta ao tratamento clínico (compressa morna, massagem e pomada oftálmica de antibiótico por 14 dias);

Verde

Mapeamento de Retina: solicitadas por profissional médico (oftalmologista ou não).

➤ Vermelho:

- Pré-operatório para cirurgia oftalmológica intra-ocular (ex: catarata);
- Solicitações de avaliação retiniana em gestantes;

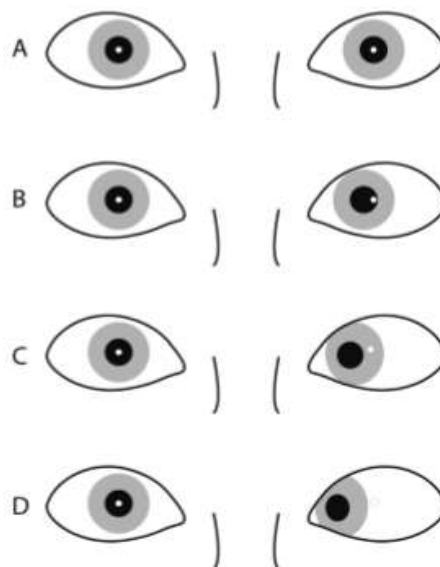
➤ Amarelo:

- Avaliação de possível alteração oftalmológica associada à comorbidades clínicas que necessitem de mapeamento, de acordo com protocolos de cada doença/especialidade (ex.: DM, HAS, anemia falciforme, nefropatia);
- Avaliação de retina em usuário de medicações potencialmente tóxicas ao olho (ex: cloroquina);
- Avaliação de possíveis alterações oftalmológicas associadas a doenças genéticas;

Critérios de Classificação do Ambulatório de Estrabismo	<ul style="list-style-type: none"> - Estrabismos diagnosticados entre o nascimento e os 2 anos incompletos; - Estrabismos paralíticos em qualquer idade; 	Vermelho
	<ul style="list-style-type: none"> - Estrabismo em crianças entre 2 anos completos e 7 anos; - Estrabismo de início recente e/ou queixa de diplopia aguda após avaliação em serviço de emergência clínica; - Estrabismo associado à diminuição de acuidade visual ou outros sintomas como torcicolo; 	Amarelo
	<ul style="list-style-type: none"> - Demais casos de suspeita ou diagnóstico de estrabismo; - Estrabismo em pessoas assintomáticas que desejam intervenção cirúrgica por motivo estético; 	Verde

Na criança, o teste auxilia a descartar o pseudostrabismo, situação em que o epicanto (prega cutânea no canto interno dos olhos, mais proeminente no neonato em função da base nasal plana) dá uma falsa impressão de estrabismo. No pseudostrabismo o teste de Hirschberg é normal.

O teste de Hirschberg é útil para definir a presença e a direção do desvio em pacientes com estrabismo constante. Coloca-se um foco de luz, como uma lanterna de bolso, a 30 cm do rosto do paciente e observa-se onde a luz reflete em ambas as córneas. O ponto de luz sobre as córneas deve estar posicionado simetricamente em ambos os olhos, aproximadamente no centro da pupila. Havendo estrabismo, o reflexo aparecerá deslocado medialmente no olho com exodesvio (estrabismo divergente), lateralmente no olho com esodesvio (estrabismo convergente), e inferior ou superiormente no olho com desvio vertical.



A – ausência de desvio (ortotropia).

B, C, D – Estrabismo convergente (esotropia) no olho esquerdo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

DERMATOLOGIA

Fonte: PROTOCOLO DERMATOLOGIA CLÍNICA SES-DF – pelo RTD ADRIANA RABELO ISAAC - Matr.0190241-5,
Coordenador(a) Técnico(a) de Dermatologia
Parte integrante do Processo: 00060-00274144-2017-33

ANEXO 2 – NOVA PROPOSTA DE FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA DERMATOLOGIA- Documento SEI 4591765

FRENTE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO À DERMATOLOGIA	
<ul style="list-style-type: none">O PREENCHIMENTO CORRETO DE TODOS OS CAMPOS ABAIXO É OBRIGATÓRIO PARA INCLUSÃO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS.É OBRIGATÓRIA A APRESENTAÇÃO DESTA FICHA PARA MARCAÇÃO DA CONSULTA/CIRURGIA.	
NOME COMPLETO: _____	
REGISTRO SES: _____	DATA DE NASCIMENTO: _____
NOME DA MÃE: _____	
TELEFONE: _____	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____
ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA OU OUTRAS ESPECIALIDADES PARA A DERMATOLOGIA CLÍNICA	
HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL: _____ _____	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____	
CID 10: _____ (TABELA PARA REFERÊNCIA NO VERSO DESTA FICHA)	
ENCAMINHAMENTO PARA A DERMATOLOGIA CIRÚRGICA/CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA	
HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL: _____ _____	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____	
BIÓPSIA PRÉVIA: () SIM () NÃO	
AVALIAÇÃO DERMATOLÓGICA PRÉVIA: () SIM () NÃO	
TOPOGRAFIA DA LESÃO: _____	
DIMENSÕES DA LESÃO (EM SEU MAIOR EIXO): _____	
COMORBIDADES: _____	
CID 10: _____ (TABELA PARA REFERÊNCIA NO VERSO DESTA FICHA)	
ENCAMINHAMENTO PARA:	
() CIRURGIA AMBULATORIAL	() BIÓPSIA INCISIONAL
() TERAPIA FOTODINÂMICA	() CRIOTERAPIA/CRIOCIRURGIA
() DERMATOSCOPIA	() MAPEAMENTO CORPORAL
DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE	
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM DF: _____	
UNIDADE SOLICITANTE: _____ DATA DA SOLICITAÇÃO: _____	

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO AO MÉDICO DERMATOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO DO ESPECIALISTA PARA MARCAÇÃO DE CIRURGIA

NATUREZA DA LESÃO: _____

PRIORIDADE DO AGENDAMENTO: _____

() VERMELHO	C44.3 CBC de face ou CEC (qualquer localização), incluídas recidivas; C43.9 Melanoma (se Breslow < 0,76mm ou para ampliação de margens) – caso Breslow >0,76 ou gânglios palpáveis / sinais de doença invasiva, encaminhar para Cirurgia Oncológica HBDF. C44.8 Neoplasia Maligna da pele com lesão invasiva – encaminhar para biópsia em caso de suspeita / em casos já confirmados, encaminhar para Cirurgia Oncológica.
() AMARELO	C44.5/ C44.6/ C44.7 CBC de outras localizações, incluídas recidivas. D22.9 Nevo Displásico L57.0 Ceratose Actínicas C44.9 Neoplasia Maligna da pele, não especificada L10 Pênfigo /L13.9 Dermatose bolhosas não especificadas – para biópsia Doenças infecciosas para biópsia: A30 Hanseníase / A18.4 Tuberculose Cutânea / B41.9 Paracoso / B43.0 Cromomicose / casos de LTA (B55) devem ser preferencialmente referenciados ao ambulatório especializado do HUB. L93 Lupus Cutâneo – casos suspeitos para biópsia
() VERDE	D22.9 Nevo melanocítico não especificado – não displásico D21.9 Neoplasias benignas L30.8 Outras dermatites especificadas
() AZUL	Desordens estéticas, como ceratose seborreicas, dermatose papulosa nigra (L82, L83)

CID 10: _____

HORÁRIOS A SEREM RESERVADOS PARA A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO: _____

JUSTIFICATIVA SE > 01 HORÁRIO: _____

CID-10 - DERMATOLOGIA			
A30	HANSENIASE	L70	ACNE
A18.4	TUBERCULOSE CUTÂNEA	L71	ROSACEA
B35	DERMATOFITOSE	L57.0	CERATOSES ACTÍNICAS
B37	CANDIDIASE	L93	LUPUS ERITEMATOSO
B55	LEISHMANIOSE	L95	VASCULITE CUTÂNEA
B85	PEDICULOSE	L97	ULCERAS DOS MEMBROS INFERIORES
B86	ESCABIOSE	L98.4	ULCERA CRÔNICA DA PELE
B00	INFECÇÕES POR HERPES SIMPLIS	L40	PSORÍASE
B02	HERPES ZOSTER	L43	LIQUEN PLANO
B07	VERRUGA VIRAL	L52	ERITEMA NODOSO
B08	OUTRAS INFECÇÕES VIRAIS	L60	AFEÇÕES DAS UNHAS
L08.9	INFECÇÕES BACTERIANAS DA PELE	L63	ALOPECIA AREATA
L10	PÊNFIGO	L64	ALOPECIA ANDROGENÉTICA
L13.9	OUTRAS DERMATOSES BOLHOSAS	L66	ALOPECIA CICATRICAL
L20	DERMATITE ATÓPICA	L80	VITILIGO
L21	DERMATITE SEBORRÉICA	L81	OUTROS TRANSTORNOS DA PIGMENTAÇÃO
L25	DERMATITE DE CONTATO	L82	CERATOSE SEBORRÉICA
L30	OUTRAS DERMATITES	D22.9	NEVO MELANOCÍTICO
L51	ERITEMA POLIMORFO / MULTIFORME	C44	NEOPLASIA MALIGNA DE PELE

MARCAÇÃO DE RETORNO NA DERMATOLOGIA

PRIORIDADE: () ALTA () MÉDIA () BAIXA			
MÊS DE RETORNO	SOLICITANTE	LOCAL	CARIMBO

Documento SEI 4719135.

ENCAMINHAMENTO À DERMATOLOGIA CLÍNICA

- O PREENCHIMENTO CORRETO DOS DADOS É ESSENCIAL PARA O AGENDAMENTO.
- CASOS LEVES REFERENCIADOS AO ESPECIALISTA SERÃO CONTRA-REFERENCIADOS PARA MANEJO NA UNIDADE BÁSICA SOLICITANTE.
- É OBRIGATÓRIA A APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO PARA A MARCAÇÃO DA CONSULTA/CIRURGIA E PARA A CONSULTA.

NOME COMPLETO: _____

REGISTRO SES: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

NOME DA MÃE: _____

TELEFONE: _____ MUNICIPIO DE RESIDENCIA: _____

ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A DERMATOLOGIA CLÍNICA

NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO E DEVEM SER ACOMPANHADAS/TRATADAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

- MICOSES SUPERFICIAIS
- DERMATITES ATÓPICA E DE CONTATO LEVE
- CASOS EMERGENCIAIS QUE SERÃO MANEJADOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, TAIS COMO, QUEIMADURAS, DRENAGEM DE ABSCESSO, SUTURA DE LACERAÇÕES;

ENCAMINHAR CASOS QUE NECESSITAM DE AVALIAÇÃO DO ESPECIALISTA, CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

()	VERMELHO	SUSPEITA DE MELANOMA SUSPEITA DE NEOPLASIAS MALIGNAS ERITRODERMIA/PSORÍASE GRAVE REAÇÕES HANSÊNICAS
()	AMARELO	RASH EXTENSO – SEM ERITRODERMIA PSORÍASE PRURIDO INTENSO REFRATÁRIO DOENÇAS BOLHOSAS SISTÊMICAS – PÊNFIGOS E PENFIGÓIDES INFECÇÕES DE PELE COMO PARACOCIDIODOMICOSE, LEISHMANIOSE, MICOSES PROFUNDAS, TUBERCULOSE CUTÂNEA. DOENÇAS INFLAMATÓRIAS AUTOIMUNES (LES, ESCLERODERMIA)
()	VERDE	DERMATITE ATÓPICA/DE CONTATO REFRATÁRIA AO TRATAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ACNE GRAUS III E IV – NÓDULOS, CISTOS E CICATRIZES VERRUGAS VIRAIS – MULTIPLAS LESÕES VITILIGO
()	AZUL	LESÕES SABIDAMENTE BENIGNAS – CERATOSE SEBORRÉICA, CISTOS. VERRUGAS VIRAIS, MOLUSCO CONTAGIOSO HIPERPIGMENTAÇÕES SEM REPERCUSSÃO FUNCIONAL. P.EX: MELASMA DEMAIS SITUAÇÕES

CID 10: _____

DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE

MEDICO SOLICITANTE: _____ CRM DF _____

UNIDADE SOLICITANTE: _____ DATA DA SOLICITAÇÃO: _____

CARDIOLOGIA

MEMO: 562/2015 – Coordenação da Cardiologia/GERMH

Brasília, 07/12/2015.

MEMO: 562/2015 – Coordenação da Cardiologia/GERMH

I - CONSULTAS CARDIOLÓGICAS:

1- Adulto:

Após avaliação da clínica médica com relato dos seguintes itens:

-Patologia de Base que justifique o encaminhamento:

Motivo:

- Refratariedade da medicação (3 ou mais drogas anti-hipertensivas).
- Complicações de Órgãos alvos.
- ICC

OBS: Atenção Primária (Clínicos):

Dor Torácica: É realizado por clínicos com auxílio de ECG e enzimas cardíacas.

ICC com classe funcional II e III com FE > 50%.

Avaliação de Saúde: Não é atribuição da cardiologia. A avaliação deve ser realizada **pelos clínicos** e se necessário, encaminhar com o fluxo regulatório específico (arritmia, coronária, arritmia, ICC etc).

2- Criança: (CARDIOPEDIATRIA):

Será realizada pela representante da cardiologia pediátrica do HBDF, Dra. Kelly Saiad.

II- EXAMES CARDIOLÓGICAS:

2.1-Ecocardiograma Transtorácico Adulto:

*Classificação de Risco para Ecocardiograma Transtorácico Adulto:

Vermelha:

Investigação diagnóstica para: ICC, Angina, IAM, Síncope, Tamponamento.
TEP ou Endocardite Infecciosa
Valvulopatias ou Prótese descompensada (Classe Funcional III e IV).

Amarela:

HAS Retratária

Miocardopatias:

* Hipertrófica, Síndrome Brugada e Displasia arritmogênica.

Verde: Sopros

2.2-Ecocardiograma Congênita (Infantil):

*Classificação de Risco para Ecocardiograma Congênita (Infantil):

Vermelha:

Cardiopatia Cianogênica

Cardiopatia Acianótica Descompensada

Amarela:

Cardiopatia Acianótica

Verde: Sopros

2.9-Holter 24 horas:

- Hipótese Diagnóstica: Bradiarritmia. **verde/amarelo ou vermelhos?**

*Classificação de Risco para Holter 24 horas:
Vermelha: Taquicardia Ventricular Morte Súbita Abortada Síncope Maligna
Amarelo: Taquicardia Supraventricular
Verde: Palpitações

2.10-MAPA 24 Horas:

*Classificação de Risco para MAPA 24 Horas
Vermelha: Refratariedade a medicação Lesões em órgãos alvos Pesquisa de HAS Secundaria (Feocromocitoma ; Renovascular)
Amarela : Controle terapêutico
Verde: Diagnóstico de HAS

2.11-Teste Ergométrico:

*Classificação de Risco para Teste Ergométrico:
Vermelha: Estratificação de Risco pós IAM Avaliação de Sintomas de Valvulopatias Morte Súbita Abortada
Amarela : DM / IRC Suspeita de DAC Avaliação de Arritmias Avaliação de HAS Refratária. Dor torácica com ECG alterado
Verde: Palpitações Dor torácica atípica com ECG normal

Edna Maria Marques de Oliveira
Coordenação da Cardiologia da SES-DF
CRM-DF 9424

CIRURGIA PLÁSTICA

Fonte: Protocolo CIRURGIA PLÁSTICA pelo RTD FERNANDO PONTES ANDRADE - Matr.0188495-6, Coordenador(a) Técnico(a) de Cirurgia Plástica
Parte integrante do Processo: 00060-00274144-2017-33

AMBULATÓRIOS :

Consulta em Cirurgia Plástica - Geral	HRAN	HRSM	HRS	HRT
---------------------------------------	------	------	-----	-----

Consulta em Cirurgia Plástica - Reconstrução Mamária pós-mastectomia	HRAN	HRSM	HRS	HRT
Consulta em Cirurgia Plástica - Fissuras Lábio Palatais	HRAN			
Consulta em Cirurgia Plástica - Reconstrução de Membros	HRAN	HRSM	HRS	HRT
Consulta em Cirurgia Plástica - Lesado Medular	HRAN			
Consulta em Cirurgia Plástica - Pós Bariátrica	HRAN			
Consulta em Cirurgia Plástica - Sequela de Trauma Crânio-facial	HRAN			
Consulta em Cirurgia Plástica - Dermato - Câncer de Pele	HRAN	HRSM	HRS	HRT

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME O GRAU DE PRIORIDADE EM CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA

VERMELHO:	são situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, em até 30 dias.
AMARELO:	são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, para próximos dias, em até 90 dias.
VERDE:	são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, podendo aguardar até 180 dias.
AZUL:	são situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, podendo aguardar mais que 180 dias.

VERMELHO:	Paciente com ferida extensa, exposição de ossos, tendões, nervos, vasos sanguíneos ou órgãos internos; câncer de pele;
AMARELO:	Crianças e adolescentes com deformidades congênicas (incluída as fissuras lábio-palatais e orelha em abano até os 14 anos de idade);
	Retrações cicatriciais com limitação de função;
	Pacientes com deformidades congênicas com limitação de função;
	Pacientes com deformidades adquiridas com limitação da função;
	Pacientes com entrópio, ectrópio e demais cirurgias orbitopalpebrais reparadoras;
	Úlceras de decúbito;
	Mulheres mastectomizadas para reconstrução de mama;
	Neoplasias benignas que comprometem a função;
	Mulheres com implante mamário rompido (necessária comprovação por RNM);
	Desvio septal ou laterorrínia com obstrução nasal; seqüela de paralisia facial COM lagofthalmo.
VERDE:	Pacientes com deformidades congênicas ou adquiridas sem limitação de função (incluída a orelha em abano acima de 14 anos);
	Pacientes com deformidades adquiridas sem limitação da função;
	Portadores de blefarocalaze com comprometimento do campo visual;
	Neoplasias benignas que não comprometem a função;
	Ginecomastia em adolescentes e pré-adolescentes;
AZUL:	Seqüela de paralisia facial SEM lagofthalmo;
	Lipodistrofias decorrente do uso de retrovirais;
	Cirurgias plásticas pós-bariátricas ou pós-grande perda ponderal;
	Ginecomastia em adultos;
	Mama supranumerária;
	Gigantomastia (se IMC <30);.

ATENÇÃO - CIRURGIAS NÃO REALIZADAS PELO SUS – DF E NÃO DEVEM SER ENCAMINHADAS

CIRURGIAS NÃO REALIZADAS PELO SUS – DF	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que desejam cirurgias embelezadoras; • Pacientes com desejo de lipoaspiração; • Pacientes com rugas faciais; • Pacientes com desejo de aumento ou redução do volume mamário; • Pacientes com flacidez abdominal (exceto os do item 6); 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com flacidez abdominal; • Pacientes com desejo de alterar a forma ou tamanho do nariz; • Pacientes com “mamas caídas” (exceto as do item 6).



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

FRENTE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO EM CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA

IDENTIFICAÇÃO

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SES: _____ CNS: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE(S): _____

CONSIDERAÇÕES PARA O ENCAMINHAMENTO

1. Considerando que a Cirurgia Plástica é uma especialidade essencialmente cirúrgica, os pacientes a serem encaminhados e que tiverem comorbidades (ex.: HAS, DM I e II, arritmias e etc.) deverão ser compensados antes do encaminhamento;

2. Os pacientes com sequelas de queimaduras não necessitam ser regulados, podendo ser encaminhados diretamente ao Ambulatório de Queimados – HRAN, nos dias úteis de seg. à sex., às 7:30hs. ou 13:30hs., necessitando apenas do nº SES e do CNS;

3. Paciente com “gigantomastia” só deverá ser encaminhada se IMC < 30 kg/m²;

4. Pacientes com feridas abertas, incluída a úlcera de decúbito, devem estar livres de infecção e necrose;

5. A marcação de consulta no ambulatório de câncer de pele somente por encaminhamento em formulário próprio da dermatologia;

EXAME CLÍNICO

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO: _____

HISTÓRIA PREGRESSA:

COMORBIDADES: () NÃO () SIM. QUAIS: _____

COMPENSADA: () NÃO () SIM

*OBS.: em caso de comorbidade descompensada deverá retornar ao Centro de Saúde ou Unidade de origem para compensação.

ALERGIAS: () NÃO () SIM. QUAIS _____

EXAME FÍSICO:

PESO: _____ ALTURA: _____ PA: _____ FC: _____

EXAMES COMPLEMENTARES PERTINENTES _____

JUSTIFICATIVA DE ENCAMINHAMENTO _____

1) Grupo CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA - GERAL

() VERMELHO	() T14.1 Paciente com ferida extensa na cabeça ou tronco com ou sem exposição de ossos – exceto trauma de membros (vide abaixo); Paciente com exposição de órgãos;	
() AMARELO	() Z87.7 Deformidade congênita COM limitação de função; () Q17.5 Orelha em abano até os 14 anos de idade; () T94 Sequela de traumatismos COM limitação de função – exceto traumatismo crânio-facial (vide abaixo); () Z87.7 Deformidade congênita COM limitação de função; () T90.2 Desvio septal ou laterorrínia COM obstrução nasal; () H02.0/ H02.2/ H05.3 Paciente com entropião, ectropião e demais cirurgias orbitopalpebrais reparadoras;	() D21 Neoplasia benigna que compromete a função; () T85.4 Mulher com dor associada à prótese mamária ou com prótese mamária rompida, comprovadas por RNM (apenas para a retirada do implante); () G51.0 Sequela de paralisia facial COM LAGOFTALMO ;
() VERDE	() Z87.7 Deformidades congênitas SEM limitação de função; () T94 Deformidade adquirida SEM limitação de função – exceto traumatismo crânio-facial (vide abaixo); () Q17.5 Orelha em abano acima de 14 anos de idade; () L91 Cicatriz deformante, incluindo mulher vítima de violência doméstica; () N62 Ginecomastia em adolescentes;	() G51.0 Sequela de paralisia facial SEM LAGOFTALMO ; () D21 Neoplasia benigna que NÃO compromete a função; () H02.3 Portador de blefarocalaze COM comprometimento do campo visual (necessário laudo oftalmológico comprobatório);
() AZUL	() N62 Ginecomastia em adultos; () E65 Lipodistrofias decorrente do uso de retrovirais	() N62 Gigantomastia (somente se IMC<30); () Q83.1 Mama supranumerária

2) Grupo CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA – RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PÓS-MASTECTOMIA

() AMARELO	() Z90.1 Mulher mastectomizada para reconstrução de mama;
-------------	---

3) Grupo CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA – RECONSTRUÇÃO DE MEMBROS

() VERMELHO	() T14.6 Paciente com exposição de ossos, tendões, nervos ou artérias dos membros superiores ou inferiores.
() AMARELO	() T01.2/ T01.3 Paciente com perda de substância cutânea dos membros superiores ou inferiores

4) Grupo CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA – LESÃO MEDULAR

[] AMARELO	() L89 Úlcera de decúbito
-------------	-----------------------------------

5) Grupo CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA – FISSURA LABIO-PALATAL

[] AMARELO	() Q35 / Q36 / Q37 Fissura Lábio-palatal;	() Q18.9 Malformação congênita da face;
-------------	---	---

6) Grupo CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA – PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

[] AZUL	() Z42.9 Pós cirurgia bariátrica ou pós grande perda ponderal (mamas, abdome, coxas ou braços);
----------	---

7) Grupo CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA – SEQUELA DE TRAUMA DE FACE

() AMARELO	() T90.2 Sequela de trauma crânio-facial COM limitação de função
() VERDE	() T90.2 Sequela de trauma crânio-facial SEM limitação de função

ATENÇÃO - CIRURGIAS NÃO REALIZADAS PELO SUS – DF E NÃO DEVEM SER ENCAMINHADAS

CIRURGIAS NÃO REALIZADAS PELO SUS – DF	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que desejam cirurgias embelezadoras; • Pacientes com desejo de lipoaspiração; • Pacientes com rugas faciais; • Pacientes com desejo de aumento ou redução do volume mamário; • Pacientes com flacidez abdominal (exceto os do item 6); 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com flacidez abdominal; • Pacientes com desejo de alterar a forma ou tamanho do nariz; • Pacientes com “mamas caídas” (exceto as do item 6).
---	--	--

Médico: _____ Data de solicitação: ____/____/____ CS nº _____

É obrigatório o nº SES/DF. O paciente deve apresentar este formulário no ato da consulta.



ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA – CÂNCER DE PELE

IDENTIFICAÇÃO

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ SES: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

CONSIDERAÇÕES PARA O ENCAMINHAMENTO

1. A biópsia somente é dispensável para lesões com alto grau de suspeita de malignidade, classificados como VERMELHO e que necessitem de celeridade no tratamento;
2. Pacientes com melanomas de Breslow $\geq 0,76\text{mm}$ ou com gânglios palpáveis devem ser encaminhados à Cirurgia Oncológica do HBDF com pedido de Parecer Especializado;
3. Pacientes com sarcomas de partes moles metastisantes devem ser encaminhados à Cirurgia Oncológica do HBDF com pedido de Parecer Especializado;
4. Lesões com invasão óssea, visceral, vascular ou nervosa devem ser encaminhados à Cirurgia de Cabeça e Pescoço ou Cirurgia Oncológica do HBDF, conforme a localização;
5. É obrigatória a apresentação deste documento para marcação da consulta e para a consulta.

EXAME CLÍNICO

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO: _____

EXAMES FÍSICO DERMATOLÓGICO: _____

BIÓPSIA: () NÃO () SIM.

RESULTADO: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERSO

Grupo CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA – CÂNCER DE PELE

() VERMELHO	C44.3 CBC de face ou CEC (qualquer localização), incluídas recidivas; C43.9 Melanoma (se Breslow < 0,76mm ou para ampliação de margens)
() AMARELO	C44.5/ C44.6/ C44.7 CBC de outras localizações, incluídas recidivas.
() VERDE	Z42.9 Pacientes em acompanhamento clínico, já submetidos à ressecção da lesão maligna primária, sem sinais de recidiva tumoral e que necessitem de outros procedimentos cirúrgicos reparadores decorrentes da ressecção da lesão inicial.

Médico: _____ Data de solicitação: ____ / ____ / ____

Unidade ou CS de origem: _____

CIRURGIA VASCULAR

Fonte: Coordenação de Cirurgia Vascular/GRMH/DIASE/SAS
Diretrizes 2018



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Coordenação de Cirurgia Vascular/GRMH/DIASE/SAS



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O AGENDAMENTO DE CONSULTAS
NO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA VASCULAR – SES/DF
DOENÇAS ARTERIAIS

VERMELHO	PACIENTE COM QUEIXAS DE DOR INTENSA EM MEMBROS INFERIORES MESMO EM REPOUSO E PULSOS ARTERIAIS NÃO PALPÁVEIS NO PÉ. CID I70.2/I73.1/I77.6
	PACIENTE COM HISTÓRIA DE AVC PRÉVIO COM SUSPEITA DE DOENÇA CAROTÍDEA. CID I63.2
	PACIENTE TUMORAÇÃO ABDOMINAL PULSÁTIL E EXPANSÍVEL (SUSPEITA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL). CID I71.4

	PACIENTE COM DIAGNÓSTICO FIRMADO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL AO ULTRASSOM OU À TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA. CID I71.4
	PACIENTE COM TUMORAÇÃO PULSÁTIL SINTOMÁTICA EM EXTREMIDADE OU REGIÃO CERVICAL. CID I72
AMARELO	PACIENTE COM QUEIXAS DE CLAUDICAÇÃO INTERMITENTE (DOR AO CAMINHAR) EM MEMBROS INFERIORES E PULSOS ARTERIAIS DIMINUÍDOS OU AUSENTES À PALPAÇÃO. CID I70.2/I77.6/I73.3
	PACIENTE COM QUEIXAS DE CLAUDICAÇÃO INTERMITENTE EM MEMBROS SUPERIORES E PULSOS ARTERIAIS DIMINUÍDOS OU AUSENTES À PALPAÇÃO. CID I70.2
	PACIENTES COM SUSPEITA DE HIPERTENSÃO RENOVASCULAR. CID I15.0
	PACIENTE COM SUSPEITA DE DOENÇA ARTERIAL INFLAMATÓRIA. CID I73.1 / I77.6
	PACIENTE PORTADOR DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA EM EXTREMIDADES. CID Q27.3
	PACIENTES DIABÉTICOS COM SUSPEITA DE DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA SEM LESÕES NECRÓTICAS. CID E13.5
VERDE	PACIENTE COM TUMORAÇÃO PULSÁTIL ASSINTOMÁTICA EM EXTREMIDADES OU REGIÃO CERVICAL. CID I72
AZUL	PACIENTES COM AUSÊNCIA DE PULSOS NO(S) PÉ(S) OU PUNHO(S), ASSINTOMÁTICOS. CID I99



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Coordenação de Cirurgia Vascular/GRMH/DIASE/SAS



**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O AGENDAMENTO DE CONSULTAS
NO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA VASCULAR – SES/DF
DOENÇAS VENOSAS E LINFÁTICAS**

VERMELHO	PACIENTES PORTADORES DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES COM ÚLCERA DE ESTASE ATIVA (CLASSIFICAÇÃO CEAP - C6). CID I83.0
	PACIENTES PORTADORES DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES COM ÚLCERA DE ESTASE CICATRIZADA (CLASSIFICAÇÃO CEAP-C5). CID I87.2
	PACIENTES PÓS-ATENDIMENTO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DEVIDO QUADRO DE VARICORRAGIA OU TROMBOFLEBITE SUPERFICIAL. CID I80.0

AMARELO	PACIENTES PORTADORES DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES COM ALTERAÇÕES TRÓFICAS : DERMATITE OCRE, ECZEMA, LIPODERMATOESCLEROSE (CLASSIFICAÇÃO CEAP - C4). CID I87.2
	PACIENTES PORTADORES DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES COM EDEMA (CLASSIFICAÇÃO CEAP - C3). CID I87.8
VERDE	PACIENTES PORTADORES DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES SEM SINAIS DE EDEMA E DE ALTERAÇÕES TRÓFICAS (CLASSIFICAÇÃO CEAP – C2). CID I83.9
	PACIENTE COM SUSPEITA DE EDEMA LINFÁTICO DE MEMBROS INFERIORES OU SUPERIORES. CID I89.0
AZUL	PACIENTES PORTADORES DE TELANGIECTASIAS E VARIZES RETICULARES ‘MICROVARIZES ‘ (CLASSIFICAÇÃO CEAP – C1). CID I83.9

Classificação de Risco para Agendamento de Procedimentos Endovasculares Realizados pela Cirurgia Vascular Periférica

CID	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul
C00 à D48 (Neoplasias)	<input type="checkbox"/> Neoplasia maligna ou benigna com risco eminente de morte por hemorragia ou expansão tumoral	<input type="checkbox"/> Neoplasia benigna com expansão tumoral, sem risco eminente de morte <input type="checkbox"/> Mioma uterino		
E13 à E14 (Complicações circulatórias periféricas relacionadas à DM, com pulsos distais diminuídos ou ausentes)	<input type="checkbox"/> Lesão trófica <input type="checkbox"/> Dor de repouso	<input type="checkbox"/> Claudicação intermitente		
I15.0 (Hipertensão Secundária Renovascular)		<input type="checkbox"/> Hipertensão renovascular diagnosticada por outro método complementar de imagem		
I26 (Embolia Pulmonar)	<input type="checkbox"/> Necessidade de trombólise			
I28 (Outras Doenças dos Vasos Pulmonares)	<input type="checkbox"/> Aneurisma de artéria pulmonar (I28.1)	<input type="checkbox"/> Fístula arteriovenosa dos vasos pulmonares (I28.0) <input type="checkbox"/> Outras doenças especificadas dos vasos pulmonares (I28.8) <input type="checkbox"/> Doença não especificada dos vasos pulmonares (I28.9)		
I60 (Hemorragia Subaracnóide)	<input type="checkbox"/> Proveniente de artéria extracraniana			
I63 à I64 (Infarto cerebral)	<input type="checkbox"/> Infarto cerebral devido a trombose de artérias pré-cerebrais (I63.0) <input type="checkbox"/> Infarto cerebral devido a embolia de artérias pré-cerebrais (I63.1) <input type="checkbox"/> Infarto cerebral por oclusão / estenose não especificadas de artérias pré-cerebrais (I63.2)	<input type="checkbox"/> Proveniente de artéria extracraniana	<input type="checkbox"/> Proveniente de artéria extracraniana	

I65 (Oclusão e estenose de Artérias Pré-cerebrais que Não Resultem em Infarto)	<input type="checkbox"/> Estenose de artéria carótida comum ou interna maior que 70%, sem evento isquêmico prévio	<input type="checkbox"/> Estenose de artéria carótida comum ou interna menor que 70%, sem evento isquêmico prévio		
I70 (Aterosclerose - Complicações circulatórias periféricas com pulsos distais diminuídos ou ausentes)	<input type="checkbox"/> Lesão trófica (Fontaine IV) <input type="checkbox"/> Dor de repouso (Fontaine III)	<input type="checkbox"/> Claudicação intermitente (Fontaine II)		
I71 à I72 (Aneurisma e Dissecção de Aorta e de outras artérias)	<input type="checkbox"/> Com menção à rotura <input type="checkbox"/> sem menção à rotura			
I73 (Outras Doenças Vasculares Periféricas)	<input type="checkbox"/> Tromboangeíte obliterante com lesão trófica (I73.1) <input type="checkbox"/> Tromboangeíte obliterante com dor de repouso (I73.1)	<input type="checkbox"/> Tromboangeíte obliterante com claudicação intermitente (I73.1)	<input type="checkbox"/> Síndrome de Raynaud (I73.0)	
I74 (Embolia e Trombose Arteriais -Complicações circulatórias periféricas com pulsos distais diminuídos ou ausentes)	<input type="checkbox"/> Lesão trófica <input type="checkbox"/> Dor de repouso	<input type="checkbox"/> Claudicação intermitente		
I77 (Outras Afecções Das Artérias e Arteríoloas)	<input type="checkbox"/> Estenose de artéria com lesão trófica (I77.1) <input type="checkbox"/> Estenose de artéria com dor de repouso (I77.1) <input type="checkbox"/> Ruptura de artéria (I77.2) <input type="checkbox"/> Necrose de artéria (I77.5)	<input type="checkbox"/> Estenose de artéria com claudicação intermitente (I77.1) <input type="checkbox"/> Fístula arteriovenosa adquirida (I77.0) <input type="checkbox"/> Displasia fibromuscular arterial (I77.3) <input type="checkbox"/> Síndrome da compressão da artéria celiaca (I77.4)		

I81 à I82 (Trombose de Veia Porta e Outras Tromboses Venosas)	<input type="checkbox"/> Trombose extensa, com repercussão hemodinâmica <input type="checkbox"/> Indicação de filtro de veia cava			
I86 (Varizes de Outras Localizações)			<input type="checkbox"/> Varizes sublinguais (I86.0) <input type="checkbox"/> Varizes escrotais (I86.1) <input type="checkbox"/> Varizes pélvicas (I86.2) <input type="checkbox"/> Varizes da vulva (I86.3) <input type="checkbox"/> Varizes gástricas (I86.4) <input type="checkbox"/> Varizes de outras localizações especificadas (I86.6)	
I87 (Outros Transtornos Das Veias)			<input type="checkbox"/> Compressão venosa (I87.1)	
K00 à K93 (Doenças do aparelho Digestivo)	<input type="checkbox"/> Hemorragia do aparelho digestivo <input type="checkbox"/> Transtornos vasculares dos intestinos, incluindo isquemia mesentérica (K55)			
M31 (Outras Vasculopatias Necrotizantes / arterites)	<input type="checkbox"/> Com complicações – dilatações, estenoses.	<input type="checkbox"/> Sem complicações		
N18 (Insuficiência Renal Crônica)	<input type="checkbox"/> Trombose ou outra causa de insuficiência aguda de fístula arteriovenosa <input type="checkbox"/> Inserção de cateter de longa ou curta permanência para hemodiálise		<input type="checkbox"/> Programação eletiva de confecção de fístula arteriovenosa	
N93	<input type="checkbox"/> Sangramentos anormais do útero e vagina			

(Sangramentos Ginecológicos)				
Q25 à Q28 (Malformações e outras alterações congênitas Das Grandes Artérias)	<input type="checkbox"/> Repercussão hemodinâmica	<input type="checkbox"/> Sem repercussão hemodinâmica		
R58 (Hemorragia não classificada em Outra Parte)	<input type="checkbox"/> Hemorragia			
S00 à T98 V01 à Y98 (Trauma)	<input type="checkbox"/> Trauma vascular <input type="checkbox"/> Hemorragias provenientes de traumas diversos			

Fonte: Diretrizes 2018

MAMOGRAFIA

Fonte: MEMO Nº 16/2015 - GERA/DIREG/SUPRAC - de 17 novembro de 2015

MEMO Nº 16/2015 - GERA/DIREG/SUPRAC - de 17 Novembro de 2015

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - MAMOGRAFIA

VERMELHO	<p>Paciente com alteração no exame físico: nódulo palpável ou derrame papilar patológico.</p> <p>Pacientes de risco (≥ 35 anos) - seguimento anual:</p> <ul style="list-style-type: none">- Parente de 1º grau com CA mama;- História prévia de CA mama;- Paciente com hiperplasia atípica ou neoplasia lobular.
AMARELO	<p>BIRADS 3 - Seguimento semestral só no primeiro ano, após é anual.</p> <p>Pré-operatório de Mamoplastia</p> <p>Seguimento Anual de pós mastectomia ou cirurgia conservadora independente de faixa etária</p> <p>Fibroadenoma em pacientes ≥ 35 anos</p>
VERDE	<p>Ginecomastia</p> <p>Alteração Funcional Benigna das Mamas – dor mamária e cistos</p>
AZUL	<p>Público Alvo do exame de rotina segundo o MS - Paciente Assintomático - sem nódulo, sem risco para CA mama entre 50 e 69 anos</p>

GASTROENTEROLOGIA

Fonte: Informações das carteiras de serviços das unidades SES-DF

GASTRO-GERAL

Classificação de Risco	
	Câncer do aparelho digestivo; Hemorragia digestiva de sítio obscuro; Disfagia com complicações;
	Diarréia crônica; Sintomas dispépticos recentes (menores que 06 meses) em pacientes maiores de 45 anos;
	Dispepsia;

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Classificação de Risco	
VERMELHO	Pacientes muito sintomáticos, com alta probabilidade de albergar um câncer digestivo/sinais de alarme (idade > 50 anos, perda de peso inexplicada, anemia por deficiência de ferro sem causa aparente, disfagia sem diagnóstico ou de início recente e súbito, história familiar fortemente positiva para câncer digestivo ou presença de massa digestiva)
AMARELO	Pacientes portadores de doenças digestivas sabidamente benignas, mas que necessitem de intervenção terapêutica (dilatação, mucosectomia, passagem de sonda nasoesférica, etc..) ou que tenham potencial maligno (esôfago de Barrett), ou pacientes sintomáticos, mas com menor probabilidade de albergar um câncer digestivo (Idade < 50 anos, sem perda de peso inexplicada, sem anemia por deficiência de ferro sem causa aparente, com disfagia já diagnosticada, história familiar não fortemente positiva para câncer digestivo)
VERDE	Paciente pouco sintomático necessitando diagnóstico (azia frequente, pirose mais que 3 vezes na semana por 4 semanas, dor epigástrica frequente, uso diário ou frequente de inibidor de bomba de prótons ou anti-histamínico para alívio dos sintomas)
AZUL	Paciente assintomático ou eventualmente sintomático, sem sinais de alarme, independente do teste para Helicobacter pylori.

HEPATOLOGIA

Classificação de Risco	
VERMELHO	Hepatite aguda grave; Colangite aguda grave; Hepatite fulminante; Doenças vasculares do Fígado (Budd Chiari, trombose veia porta); Cirrose hepática e suas complicações: ascite, peritonite bacteriana espontânea, síndrome hepatorenal e encefalopatia hepática; Doenças hepáticas da gravidez; Neoplasias malignas hepáticas e vias biliares; Abscesso hepático;
AMARELO	Hepatite auto-Imune; Colangite biliar primária; Hepatite alcoólica; Colangite esclerosante primária; Cirrose hepática compensada; Colestases familiares; Hepatites virais A, B e C; Hepatite medicamentosa; Hepatites por vírus hepatotrópicos; Hemocromatose; Doença de Wilson; Deficiência de alfa 1 antitripsina;

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Classificação de Risco	
VERMELHO	colite grave ou fulminante, suspeita de megacólon tóxico, quadros com anemia Hb< 10 mg/dl, instabilidade hemodinâmica
AMARELO	colite moderada, quadros com anemia Hb>10 mg/dl, emagrecimento importante (>10% do peso), sangramento intestinal, doença perianal, > 6 evacuações ao dia, albumina sérica < 3 g/dl, dor abdominal intensa ou diarréia crônica (>que 30 dias)
VERDE	colite leve, quiescente, em acompanhamento rotineiro, em rastreamento de neoplasia, doença controlada.

PÂNCREAS

Classificação de Risco	
VERMELHO	Pancreatite aguda; Complicações de pancreatite aguda (compressão de vísceras, infecção, necrose infectada); Neoplasia de pâncreas;
AMARELO	Fibrose cística; Lesões císticas pancreáticas; Insuficiência pancreática exócrina; Pancreatites crônicas;
VERDE	Esteatorréia;

COLONOSCOPIA

Classificação de Risco	
VERMELHO	Hemorragia Digestiva baixa; Olgivie (pseudoobstrução); Volvo;
AMARELO	Neoplasia suspeita - > sinais de alarme; Doença Inflamatória Intestinal suspeita (diarréia com sinais de alarme; síndrome disabsortiva, dor abdominal sem outra causa aparente) Pesquisa de sangue oculto positivo, com EDA normal Rastreamento de displasia em paciente que têm diagnóstico estabelecido de Doença Inflamatória.
VERDE	Demais; rastreamento;

COLANGIO PANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA VIA ENDOSCÓPICA - CPRE

Classificação de Risco	
VERMELHO	Pacientes com obstrução da via biliar de qualquer etiologia e evidência clínica / laboratorial de colangite supurativa aguda (icterícia ascendente às custas de bilirrubina direta associada a deterioração clínica e piora dos parâmetros laboratoriais infecciosos)
AMARELO	Pacientes portadores de doença das vias biliares extra-hepáticas ou pancreáticas com suspeita neoplásica em exames anteriores ou com sinais de obstrução biliar sem presença de colangite supurativa aguda, mas com icterícia e prurido.
VERDE	Paciente com patologias das vias biliares extra-hepáticas ou pancreáticas benignas, sem sinais de obstrução, porém com sintomas atribuíveis a essa patologia. Também se enquadram nesse grupo os pacientes portadores de coledocolitíase com pancreatite aguda biliar, após sua resolução.
AZUL	Paciente portador de patologias das vias biliares extra-hepáticas ou pancreáticas benignas, porém assintomáticos ou eventualmente sintomáticos.

ULTRASSON DE ABDOMEM

Classificação de Risco	
VERMELHO	Suspeita de colecistite aguda, apendicite, abscesso hepático ou intra-abdominal, febre a esclarecer, suspeita de doença vascular aguda
AMARELO	Icterícia, suspeita de câncer, ascite, lesão focal hepática suspeita de CHC em observação, encefalopatia hepática, peritonite bacteriana aguda
VERDE	dispepsia, dor abdominal, rastreamento de cirróticos, hepatites e doenças hepáticas crônicas em geral, colelitíase, cistos e hemangiomas hepáticos

ELASTOGRAFIA (FIBROSCAN)

Classificação de Risco	
VERMELHO	NÃO HÁ;
AMARELO	NÃO HÁ;
VERDE	Todas as solicitações são classificadas como verde;

ECO-ENDOSCOPIA

Classificação de Risco	
VERMELHO	NÃO HÁ

AMARELO	Drenagem de pseudocisto; Lesão sólida pâncreas; Estadiamento;
VERDE	Lesão subepitelial; Cistos pancreáticos;

MANOMETRIA / PHMETRIA ESOFÁGICA

Classificação de Risco	
VERMELHO	NÃO HÁ;
AMARELO	Disfagia com achados endoscópicos negativos; Dor torácica não cardíaca; Sintoma atípico de refluxo;
VERDE	Doença do refluxo gastroesofágico;

ESÔFAGO

Classificação de Risco	
VERMELHO	Câncer de esôfago Acalásia Estenoses esofágicas
AMARELO	Esôfago de Barret Seguimento de pacientes com neoplasias de CA região cervical e pescoço; Transtornos motores de esôfago Esofagite eosinofílica
VERDE	Doença do refluxo refratário

Estomago, Má absorção, Nutrologia

Classificação de Risco	
VERMELHO	
AMARELO	
VERDE	

GASTRO-GERAL

Classificação de Risco	
	Câncer do aparelho digestivo; Hemorragia digestiva de sítio obscuro; Disfagia com complicações;
	Diarréia crônica; Sintomas dispépticos recentes (menores que 06 meses) em pacientes maiores de 45 anos;
	Dispepsia;

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Classificação de Risco	
VERMELHO	Pacientes muito sintomáticos, com alta probabilidade de albergar um câncer digestivo/sinais de alarme (idade > 50 anos, perda de peso inexplicada, anemia por deficiência de ferro sem causa aparente, disfagia sem diagnóstico ou de início recente e súbito, história familiar fortemente positiva para câncer digestivo ou presença de massa digestiva)
AMARELO	Pacientes portadores de doenças digestivas sabidamente benignas, mas que necessitem de intervenção terapêutica (dilatação, mucosectomia, passagem de sonda nasoenteral, etc..) ou que tenham potencial maligno (esôfago de Barrett), ou pacientes sintomáticos, mas com menor probabilidade de albergar um câncer digestivo (Idade < 50 anos, sem perda de peso inexplicada, sem anemia por deficiência de ferro sem causa aparente, com disfagia já diagnosticada, história familiar não fortemente positiva para câncer digestivo)
VERDE	Paciente pouco sintomático necessitando diagnóstico (azia frequente, pirose mais que 3 vezes na semana por 4 semanas, dor epigástrica frequente, uso diário ou frequente de inibidor de bomba de prótons ou anti-histamínico para alívio dos sintomas)
AZUL	Paciente assintomático ou eventualmente sintomático, sem sinais de alarme, independente do teste para Helicobacter pylori.

HEPATOLOGIA

Classificação de Risco	
VERMELHO	Hepatite aguda grave; Colangite aguda grave; Hepatite fulminante; Doenças vasculares do Fígado (Budd Chiari, trombose veia porta); Cirrose hepática e suas complicações: ascite, peritonite bacteriana espontânea, síndrome hepatorenal e encefalopatia hepática; Doenças hepáticas da gravidez; Neoplasias malignas hepáticas e vias biliares; Abscesso hepático;
AMARELO	Hepatite auto-Imune; Colangite biliar primária; Hepatite alcoólica; Colangite esclerosante primária; Cirrose hepática compensada; Colestases familiares; Hepatites virais A, B e C; Hepatite medicamentosa; Hepatites por vírus hepatotrópicos; Hemocromatose; Doença de Wilson; Deficiência de alfa 1 antitripsina;

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Classificação de Risco	
VERMELHO	colite grave ou fulminante, suspeita de megacólon tóxico, quadros com anemia Hb < 10 mg/dl, instabilidade hemodinâmica
AMARELO	colite moderada, quadros com anemia Hb > 10 mg/dl, emagrecimento importante (> 10% do peso), sangramento intestinal, doença perianal, > 6 evacuações ao dia, albumina sérica < 3 g/dl, dor abdominal intensa ou diarreia crônica (> 30 dias)
VERDE	colite leve, quiescente, em acompanhamento rotineiro, em rastreamento de neoplasia, doença controlada.

PÂNCREAS

Classificação de Risco	
VERMELHO	Pancreatite aguda; Complicações de pancreatite aguda (compressão de vísceras, infecção, necrose infectada); Neoplasia de pâncreas;
AMARELO	Fibrose cística; Lesões císticas pancreáticas; Insuficiência pancreática exócrina; Pancreatites crônicas;
VERDE	Esteatorréia;

COLONOSCOPIA

Classificação de Risco	
VERMELHO	Hemorragia Digestiva baixa; Olgívie (pseudoobstrução); Volvo;
AMARELO	Neoplasia suspeita - > sinais de alarme; Doença Inflamatória Intestinal suspeita (diarreia com sinais de alarme; síndrome disabsortiva, dor abdominal sem outra causa aparente) Pesquisa de sangue oculto positivo, com EDA normal Rastreamento de displasia em paciente que têm diagnóstico estabelecido de Doença Inflamatória.
VERDE	Demais; rastreamento;

COLANGIO PANCREATOGRRAFIA RETRÓGRADA VIA ENDOSCÓPICA - CPRE

Classificação de Risco	
VERMELHO	Pacientes com obstrução da via biliar de qualquer etiologia e evidência clínica / laboratorial de colangite supurativa aguda (icterícia ascendente às custas de bilirrubina direta associada a deterioração clínica e piora dos parâmetros laboratoriais infecciosos)
AMARELO	Pacientes portadores de doença das vias biliares extra-hepáticas ou pancreáticas com suspeita neoplásica em exames anteriores ou com sinais de obstrução biliar sem presença de colangite supurativa aguda, mas com icterícia e prurido.

VERDE	Paciente com patologias das vias biliares extra-hepáticas ou pancreáticas benignas, sem sinais de obstrução, porém com sintomas atribuíveis a essa patologia. Também se enquadram nesse grupo os pacientes portadores de coledocolitíase com pancreatite aguda biliar, após sua resolução.
AZUL	Paciente portador de patologias das vias biliares extra-hepáticas ou pancreáticas benignas, porém assintomáticos ou eventualmente sintomáticos.

ULTRASSON DE ABDOMEM

Classificação de Risco	
VERMELHO	Suspeita de colecistite aguda, apendicite, abscesso hepático ou intra-abdominal, febre a esclarecer, suspeita de doença vascular aguda
AMARELO	Icterícia, suspeita de câncer, ascite, lesão focal hepática suspeita de CHC em observação, encefalopatia hepática, peritonite bacteriana aguda
VERDE	dispepsia, dor abdominal, rastreamento de cirróticos, hepatites e doenças hepáticas crônicas em geral, colelitíase, cistos e hemangiomas hepáticos

ELASTOGRAFIA (FIBROSCAN)

Classificação de Risco	
VERMELHO	NÃO HÁ;
AMARELO	NÃO HÁ;
VERDE	Todas as solicitações são classificadas como verde;

ECO-ENDOSCOPIA

Classificação de Risco	
VERMELHO	NÃO HÁ
AMARELO	Drenagem de pseudocisto; Lesão sólida pâncreas; Estadiamento;
VERDE	Lesão subepitelial; Cistos pancreáticos;

MANOMETRIA / PHMETRIA ESOFÁGICA

Classificação de Risco	
VERMELHO	NÃO HÁ;
AMARELO	Disfagia com achados endoscópicos negativos; Dor torácica não cardíaca; Sintoma atípico de refluxo;
VERDE	Doença do refluxo gastroesofágico;

ESÔFAGO

Classificação de Risco	
VERMELHO	Câncer de esôfago Acalásia Estenoses esofágicas
AMARELO	Esôfago de Barret Seguimento de pacientes com neoplasias de CA região cervical e pescoço; Transtornos motores de esôfago Esofagite eosinofílica
VERDE	Doença do refluxo refratário

Estomago, Má absorção, Nutrologia

Classificação de Risco	
VERMELHO	
AMARELO	

PNEUMOLOGIA

Fonte: Protocolo em fase de formulação pelo RTD RICARDO BRITO CAMPOS - Matr.0154215-X,

Coordenador(a) Técnico(a) de Pneumologia,

Parte integrante do processo: 00060-00274144/2017-33

PROTOCOLOS PNEUMOLOGIA NO ADULTO

PROTOCOLO 1 – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a pneumologia:

• DPOC de difícil controle (duas ou mais internações ou idas à emergência por exacerbação da DPOC no último ano, em uso de corticosteróide inalatório e beta-2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação); **ou**

- DPOC muito grave (VEF1 menor do que 30% do previsto); **ou**
- Paciente que persiste sintomático (pontuação maior ou igual a 2 na escala de dispneia mMRC ou pontuação maior ou igual a 10 na Ferramenta de Avaliação da DPOC (CAT), ver quadro 2 e figura 1, no anexo), mesmo com tratamento otimizado (em uso de corticosteróide inalatório e beta-2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação); **ou**
- Suspeita de *cor pulmonale* (ver quadro 3, no anexo); **ou**
- Avaliação para oxigenoterapia domiciliar prolongada (saturação de oxigênio menor ou igual a 92% em repouso no ar ambiente e fora de crise), já com resultado de gasometria arterial em ar ambiente e em repouso.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever baseado nas últimas quatro semanas: frequência e intensidade das crises; pontuação na escala de dispneia mMRC ou no instrumento de avaliação da DPOC (CAT) (ver quadro 2 e figura 1, no anexo); outras alterações relevantes);
2. Tabagismo (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em maços-ano);
3. Medicações em uso para DPOC (profiláticas e de alívio);
4. Número de exacerbações com uso de corticosteroide oral e antibioticoterapia, no último ano;
5. Quantidade de internações ou atendimentos de emergência no último ano por exacerbação da DPOC;
6. Descrição da espirometria, com data;
7. Descrição da radiografia de tórax, com data;
8. Se avaliação para oxigenoterapia, descrever duas medidas de saturação de oxigênio e no mínimo uma gasometria arterial, com o paciente fora de exacerbação (paciente estável), em ar ambiente e em repouso, com data.

PROTOCOLO 2 – Asma Brônquica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a pneumologia:

- Asma de difícil controle (tratamento clínico em estágio 5, conforme Figura 2); **ou**
- Asma grave (paciente que necessita manter tratamento nos estágios 4 e 5 por mais de 6 meses para controle dos sintomas); **ou**
- Pacientes com indicadores de fatalidade (ver quadro 4, no anexo); **ou**
- Asma lábil (crises que iniciam abruptamente e de forma grave, principalmente quando o paciente não consegue reconhecer sintomas iniciais da crise).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever baseado nas últimas quatro semanas: frequência e intensidade das crises diurnas e noturnas, frequência de uso de beta-2 de curta ação por semana, limitação a atividade física devido à asma, sintomas associados à exposição ocupacional, outras alterações relevantes);
2. Tratamento para asma profilático e de alívio (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. Número de exacerbações com uso de corticosteróide oral no último ano;
4. Quantidade de internações ou procura a serviços de emergência no último ano;

5. Paciente apresenta indicadores de fatalidade (sim ou não) (ver quadro 4, no anexo). Se sim, quais;
6. Descrição da espirometria, com data;
7. Descrição da radiografia de tórax, com data.

PROTOCOLO 3 – Alterações em exames complementares

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- Alterações em exames complementares compatíveis com doença pulmonar intersticial (ver quadro 6, no anexo); **ou**
- Alterações em exames complementares que geram dúvida diagnóstica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Tabagismo atual ou passado (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em maços-ano);
3. Exposição ocupacional ou medicamentosa de risco pulmonar atual ou prévio (sim ou não). Se sim, indicar qual;
4. História prévia de neoplasia (sim ou não). Se sim, qual e se realizou radioterapia torácica;
5. História familiar de neoplasia pulmonar (sim ou não). Se sim, qual grau de parentesco;
6. Descrição do exame de imagem de tórax, com data;
7. Descrição de exame de imagem de tórax prévio, quando disponível, com data.

PROTOCOLO 4 – Tosse crônica e dispneia

Atenção: Paciente com suspeita de tuberculose deve ser avaliado, inicialmente, na ABS. Se necessário, será encaminhado para serviço de Tisiologia de referência de cada Regional de Saúde.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (tempo de evolução, atentar principalmente para anamnese e exame físico cardiológico e pneumológico);
2. Tabagismo (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em maços-ano);
3. Descrição de exame de imagem de tórax, com data;
4. Descrição de espirometria, com data;
5. Se presença de dispneia, resultado de eletrocardiograma em repouso, com data;
6. Se presença de tosse:
 - Descrever resultado do BAAR, com data (se negativo, mínimo dois exames em dias distintos);
 - Utiliza medicação anti-hipertensiva da classe dos inibidores da ECA (sim ou não). Se sim, qual;
7. Tratamentos já realizados ou em uso para o sintoma.

PROTOCOLO 5 – Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- Pacientes com suspeita de SAHOS na indisponibilidade de solicitar polissonografia na ABS; **ou**

- Diagnóstico de SAHOS moderado/grave (maior ou igual a 15 eventos por hora) determinado por polissonografia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Presença de roncos (sim ou não);
2. Presença de sonolência diurna (sim ou não). Se sim, descrever em que períodos/atividades isso ocorre e a frequência semanal;
3. Presença de pausas respiratórias durante o sono (sim ou não);
4. Comorbidades (sim ou não). Se sim, quais;
5. Profissão do paciente;
6. Resultado de polissonografia, com data (se realizado).

PROTOCOLO 6 – Tabagismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

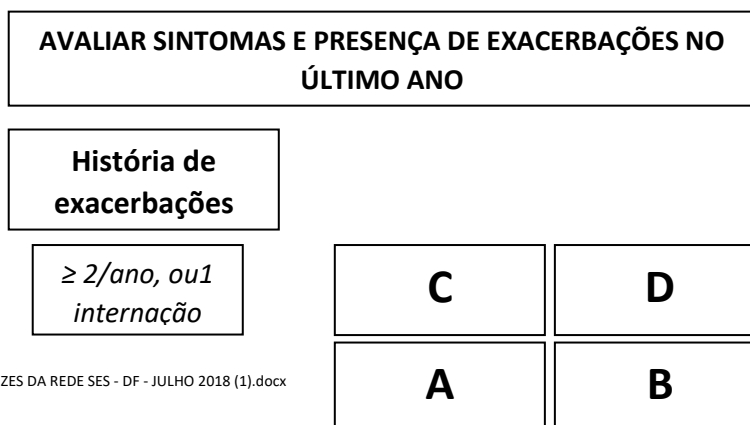
- Falência de tratamento na ABS (5 tentativas com tratamento apropriado: apoio individualizado ou grupo sistematizado e tratamento farmacológico) ou indisponibilidade deste tratamento; e
- Idade superior a 18 anos; e
- Teste Fagerström acima de 6; e
- Motivado para cessação do tabagismo (na fase de preparação); e
- Ausência de comorbidade psiquiátrica importante ou dependência de drogas (incluindo álcool).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Número de cigarros/dia e idade de início do tabagismo;
2. Pontuação no Teste de Fagerström;
3. Estágio de motivação para cessação do tabagismo;
4. Descrição das doenças relacionadas ou agravadas pelo tabagismo, se presentes, incluindo doenças não respiratórias;
5. Apresenta comorbidade psiquiátrica (sim ou não). Se sim, está controlada?
6. Tratamentos anteriormente realizados para cessação do tabagismo;
7. Relato do número de vezes que o paciente já tentou parar de fumar;

ANEXOS

QUADRO 1 –Classificação de Risco da DPOC (GOLD 2017).



0 ou
1.seminternac

mMRC 0-
1CAT < 10

mMRC ≥
2CAT ≥ 10

Sintomas

QUADRO 2– Escala modificada do Medical Research Council (mMRC) para avaliação da dispneia.

ESCALA DE DISPNEIA	
Escala de dispneia do Medical Research Council (MRC) [Adaptada]	
Grau	Atividade
0	Sinto falta de ar ao realizar exercício físico intenso
1	Sinto falta de ar quando aperto meu passo ou subo escadas ou ladeira
2	Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que as outras pessoas da minha idade
3	Preciso parar muitas vezes devido a falta de ar quando ando perto de 100m ou poucos minutos de caminhada no plano
4	Sinto falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho

QUADRO 3– Suspeita de *cor pulmonale*.

- Evidência clínica de insuficiência cardíaca direita (hiperfonese de segunda bulha em foco pulmonar, turgência jugular, refluxo hepatojugular).
- Sinais de Hipertensão Pulmonar por exame complementar:
- Ecocardiograma (aumento de ventrículo direito, PsAP acima de 35 mmHg ou outros achados ecocardiográficos); ou
 - Raio-X de tórax (aumento de ventrículo direito, artérias pulmonares alargadas); ou
 - Eletrocardiograma (sobrecarga direita).

Fonte: TelessaudeRS/UFRGS (2015).

QUADRO 4 – Indicadores de fatalidade em pacientes asmáticos.

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

Fonte: GINA, GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (2017).

QUADRO 5– Alterações em exame de imagem que sugerem acompanhamento com tomografia computadorizada de tórax sem contraste, quando disponível na ABS (ver figura 3 para periodicidade do acompanhamento)

Nódulo sólido maior ou igual a 4 mm e menor que 8 mm em pessoa com baixo risco para câncer de pulmão (ausência de todos os critérios para alto risco de câncer de pulmão) *
Nódulo sólido menor que 4 mm em pessoa com alto risco para câncer de pulmão*

Adaptado de PATEL (2013).

* Alto risco para câncer de pulmão caracterizado pela presença de um ou mais fatores: história atual/prévia de tabagismo ou exposição ocupacional a agentes carcinogênicos (asbesto, radiação ionizante, arsênio, crômio e níquel) ou história prévia de radioterapia torácica ou de neoplasia ou história familiar de neoplasia pulmonar.


QUADRO 6– Alterações em exames complementares compatíveis com doença pulmonar Intersticial

Espirometria
Padrão restritivo
Exame de Imagem (Raio x ou Tomografia Computadorizada de Tórax)
Espessamento de Septos Interlobulares
Áreas com padrão de atenuação em vidro fosco
Padrão de faveolamento
Infiltrado intersticial difuso (na ausência de insuficiência cardíaca congestiva ou infecção)
Padrão reticular/reticulonodular
Padrão em árvore em brotamento
Padrão de perfusão em mosaico
Padrão de pavimentação em mosaico
Cistos Pulmonares

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

O seu nome:

Data de hoje:



 COPD Assessment Test

Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™ –CAT)

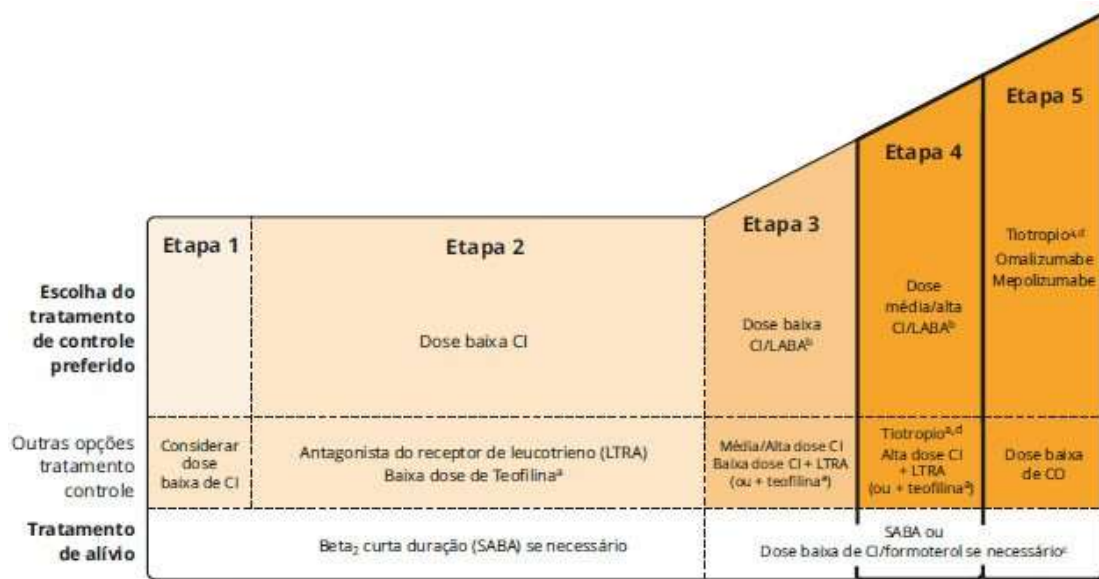
Esse questionário irá ajudá-lo e ao seu profissional da saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) causa no seu bem estar e o no seu dia a dia. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por você e pelo seu profissional da saúde para ajudar a melhorar o controle da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descrever presentemente. Certifique-se de selecionar apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Estou muito triste	PONTUAÇÃO
Nunca tenho tosse	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Tenho tosse o tempo todo	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 40px;"></div>
Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	O meu peito está cheio de catarro (secreção)	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 40px;"></div>
Não sinto nenhuma pressão no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto uma grande pressão no peito	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 40px;"></div>
Não sinto falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 40px;"></div>
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 40px;"></div>
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 40px;"></div>
Durmo profundamente	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 40px;"></div>
Tenho muita energia (disposição)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não tenho nenhuma energia (disposição)	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 40px;"></div>
PONTUAÇÃO TOTAL			<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 40px;"></div>

O teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logotipo CAT é uma marca comercial de grupo de empresas GlaxoSmithKline.
©2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

FIGURA 2 – Etapas do tratamento da Asma (GINA 2017)



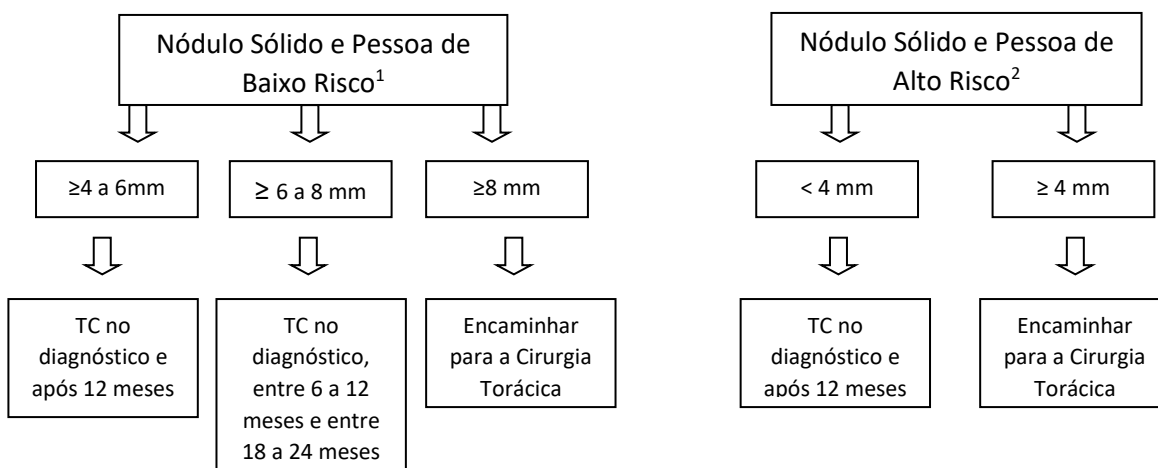
^a Acima de 12 anos de idade.

^b Para crianças de 6-11 anos, o tratamento de escolha na etapa 3 é dose média de CI.

^c Para pacientes usando dipropionato de beclometasona/formoterol ou budesonida/formoterol terapia manutenção e resgate.

^d Tiotrópio para pacientes ≥ 12 anos, com história de exacerbações.

FIGURA 3 – Fluxograma para seguimento de nódulo de pulmão com Tomografia Computadorizada de Tórax sem contraste solicitada na Atenção Básica de Saúde (adaptado de Patel, 2013)



1 Baixo risco para câncer de pulmão caracterizado pela ausência de todos os fatores: história atual/prévia de tabagismo ou exposição ocupacional a agentes carcinogênicos (asbesto, radiação ionizante, arsênio, crômio e níquel) ou história prévia de radioterapia torácica ou de neoplasia ou história familiar de neoplasia pulmonar.

2 Alto risco para câncer de pulmão caracterizado pela presença de um ou mais fatores: história atual/prévia de tabagismo ou exposição ocupacional a agentes carcinogênicos (asbesto, radiação ionizante, arsênio, crômio e níquel) ou história prévia de radioterapia torácica ou de neoplasia ou história familiar de neoplasia pulmonar.

REUMATOLOGIA

Fonte: Protocolo preliminar de Encaminhamento - em fase de formulação pelo RTD Rodrigo Aires Corrêa Lima e Mariana Castilho Rassie - 2018

Protocolo 1 – Artrite reumatoide

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- a - diagnóstico de artrite reumatoide (ver quadro 1 no anexo); ou
- b - suspeita de artrite reumatoide (ver quadro 2 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugiram diagnóstico:
 - a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;
 - b) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;
 - c) teste do aperto das articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas (teste do squeeze) positivo (sim ou não) (ver figura 1 no anexo);
 - d) outros sinais ou sintomas;
- 2 descrição da radiografia das mãos, punhos e pés, com data (se necessário);
- 3 resultado de fator reumatoide, com data;
- 4 resultado de proteína c reativa (PCR) ou velocidade de hemossedimentação (VHS/ VSG), com data;
- 5 número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 2 – Artrite psoriásica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- diagnóstico de artrite psoriásica (ver quadro 3 no anexo); ou
- suspeita de artrite psoriásica (ver quadro 4 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico:
 - a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;
 - b) presença de distrofia ungueal psoriásica típica (onicólise, pitting, hiperqueratose) (sim ou não);
 - c) presença de dactilite ou história recente de edema e eritema de dedos (sim ou não);
 - d) presença de entesite (dor ou aumento de sensibilidade, especialmente no tendão de aquiles e/ou fáscia plantar) (sim ou não);
 - e) outros sinais ou sintomas.
2. psoríase cutânea atual (sim ou não);
3. história prévia de psoríase cutânea (sim ou não);
4. história familiar de psoríase (sim ou não);
5. resultado de fator reumatoide, com data;
6. resultado de exame de imagem da articulação acometida, com data (se necessário);
7. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 3 – Lúpus eritematoso sistêmico (LES)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- diagnóstico de LES (ver quadro 5 ou 6 no anexo); ou
- suspeita de LES (pelo menos 3 critérios clínicos/laboratoriais) (ver quadro 5 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico:
 - a) presença de exantema malar (sim ou não);
 - b) presença de fotossensibilidade (sim ou não);
 - c) presença de exantema discoide (sim ou não);
 - d) presença de úlcera oral (sim ou não);
 - e) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;
 - f) presença de serosite (pleurite ou pericardite) (sim ou não);
 - g) presença de sinais ou sintomas neurológicos (sim ou não). Se sim, descrever quais;
 - h) outros sinais ou sintomas (sintomas constitucionais, fenômeno de Raynaud);
2. resultado proteinúria em EQU/EAS/Urina Tipo 1 ou avaliação quantitativa de proteinúria (relação proteinúria/creatinúria ou microalbuminúria em amostra, conforme disponibilidade local), com data;
3. resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia quando presente), com data;
4. se anemia, resultado de exames para avaliar hemólise (reticulócitos, LDH, bilirrubinas e Coombs direto), com data;
5. resultado de fator antinuclear (FAN), com data;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 4 – Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

· dor lombar crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória (ver quadro 8 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas:

- a) descrever características da dor, presença ou não de ciatalgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
- b) presença de alterações em exame físico neurológico(sim ou não). Se sim, descreva;
- c) outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);

2. tratamento em uso ou já realizado para dor lombar (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);

3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);

4. presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual?

5. se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;

6. osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;

7. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;

8. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

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

Protocolo 5 – Artrite por deposição de cristais (Gota)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna ou reumatologia:

· diagnóstico de gota (ver quadro 9 no anexo) e crises recorrentes (3 ou mais no ano) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado (não-farmacológico e farmacológico);

· diagnóstico de gota e ácido úrico fora do alvo terapêutico (alvo = ácido úrico sérico <6mg/dL em pessoas sem tofo gotoso e < 5mg/dL em pessoas com tofo gotoso) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado (não-farmacológico e farmacológico);

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico:

- a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características (calor, rubor, edema) e tempo de evolução do quadro;
- b) presença de tofo (sim ou não);
- c) número de crises ao ano;
- d) outros sinais e sintomas relevantes;

2. resultado de ácido úrico sérico, com data;

3. resultado de creatinina sérica, com data;

4. cor da pele (para cálculo de taxa de filtração glomerular);

5. tratamentos em uso ou já realizados para gota (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia);

6. outras medicações em uso;

7. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 6 – Osteoartrite

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória como artrite reumatoide ou artrite psoriásica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico:
 - a) dor articular (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas;
 - b) hipertrofia óssea na articulação (sim ou não). Se sim, articulações acometidas;
 - c) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;
 - d) presença de crepitação, quando sintoma em articulação de joelho (sim ou não);
 - e) outros sinais e sintomas relevantes (edema da articulação, calor local, deformidade articular);
2. presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
3. resultado de exame de imagem, com data;
4. resultado de velocidade de hemossedimentação (VSG/VHS), com data;
5. índice de massa corporal (IMC);
6. tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
7. comorbidades associadas (psoríase, doença inflamatória intestinal e outras);
8. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 7 – Fibromialgia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória.

Condições

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. sinais e sintomas:
 - a) citar áreas em que o paciente sente dor, características da dor e tempo de evolução,
 - b) presença de fadiga (sim ou não). Se sim, descreva gravidade,
 - c) paciente apresenta sono reparador (sim ou não). Se não, descreva gravidade,
 - d) presença de sintomas cognitivos (sim ou não). Se sim, descreva-os e a gravidade,
 - e) outros sinais e sintomas gerais (edema articular, fraqueza, fenômeno de Raynaud, alteração hábito intestinal, sintomas constitucionais) (sim ou não). Se sim, quais.
2. paciente apresenta comorbidades psiquiátrica (sim ou não). Se sim, qual e medicamentosem uso.
3. tratamento em uso ou já realizado para fibromialgia (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).
4. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 8 – Bursite/Tendinite

Não há indicação de encaminhamento de pacientes com quadro exclusivo de Bursite/Tendinopatia mecânica para o Reumatologista.
--

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. sinais e sintomas:

- a) descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b) presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
2. resultado de exame de imagem da região envolvida, quando realizado, com data;
3. história prévia de trauma local (sim ou não). se sim, descreva;
4. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
5. tratamento não farmacológico em uso ou já realizado para a dor periarticular (tipo e duração);
6. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 9 – Dor miofascial

Não há indicação de encaminhamento de pacientes com quadro exclusivo de dor miofascial para o Reumatologista.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas:
- a) descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes;
 - b) presença de pontos gatilhos (sim ou não). Se sim, localidade e irradiação;
 - c) outros sinais ou sintomas relevantes;
2. tratamento em uso ou já realizado para dor miofascial (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).
3. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não).
4. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 10 – Doenças do espectro da Esclerose sistêmica: Esclerose sistêmica, Dermatomiosite, Miopatia inflamatória, Doença mista do tecido conectivo ou síndrome de sobreposição

Há indicação de encaminhamento de pacientes com quadro suspeito desse grupo de para o Reumatologista.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas:
- a) descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes;
 - b) presença de pontos gatilhos (sim ou não). Se sim, localidade e irradiação;
 - c) outros sinais ou sintomas relevantes;
2. tratamento em uso ou já realizado (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).
3. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não).
4. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

AValiação de Risco em Reumatologia

VERMELHO

encaminhamento à Unidade especializada de Reumatologia – qualquer paciente com colagenose (doença reumática autoimune ou autoinflamatória) com manifestação de órgão-alvo que ameaça a vida.

Atendimento prioritário em emergência que possua reumatologista ao alcance como no HBDF

- Lúpus Eritematoso Sistêmico com atividade sistêmica, doença tromboembólica alterações neuropsiquiátricas e quadros infecciosos
- Esclerose sistêmica com quadro cardiopulmonar (doença intersticial, hipertensão da arterial pulmonar) alterações vasculares como isquemia de membros inferiores e superiores ou crise renal esclerodérmica
- Vasculites: com envolvimento de vias aéreas superiores ou inferiores, renal, cardíaca, pulmonar, gastrointestinal, ocular ou neurológico
- Miopatias inflamatórias: com envolvimento fraqueza proximal significativa, dificuldade de deglutição, alteração da função renal, cardiovascular ou pulmonar

AMARELO

doenças sem risco de vida ou envolvimento de órgão-alvo com potencial de sequela se não tratada de forma prioritária.

Atendimento ambulatorial em torno 1 semana ou para os próximos 3 meses ou no pronto atendimento a depender do julgamento pelo reumatologista.

- Lúpus Eritematoso Sistêmico
- Esclerose Sistêmica
- Miopatias inflamatórias
- Vasculites
- Febre Reumática em crianças <18 anos Febre Reumática em crianças <18 anos
- Artrite Idiopática Juvenil
- Síndrome do Anticorpo Antifosfolípideo Espondiloartrites
- Artrite reumatoide
- Espondiloartrite
- Gota (casos de gota em pacientes abaixo de 30 anos, gota não responsiva ao tratamento, gota tofácea, gota associada à insuficiência renal)
- Artrite sem diagnóstico definitivo
- Fenômeno de Raynaud com suspeita de Raynaud secundário

VERDE

Osteoartrite
Outras artrites
Osteoporose
Fibromialgia
Tendinite e bursite
Adultos >30 anos que apresentem somente ASLO (+)

Fonte: Protocolo preliminar de Encaminhamento - em fase de formulação pelo RTD e equipe - 2018

PEDIATRIA

Fonte: Protocolo em formulação – versão 13.04.2018

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA	Anafilaxia	<p>Sempre quando houver suspeita do diagnóstico:</p> <p>1) Início agudo de sintomas cutâneos e/ou mucoso e de pelo menos 1 dos achados: sintomas respiratórios e/ou cardiovascular;</p> <p>2) Dois ou mais dos seguintes achados após exposição (minutos a horas) a provável alérgeno: sintomas cutâneos e/ou mucosos, cardiovasculares, respiratórios, gastrointestinais (persistentes)</p> <p>3) Hipotensão* após exposição a alérgeno sabidamente conhecido pelo paciente.</p> <p>*Hipotensão: - Queda da PA > 30% abaixo de sua linha basal, ou - Crianças: PA sistólica abaixo da específica para a idade. - Adultos: PA < 90 mmHg</p>	<p>T78.4</p> <p>T78.2</p>	P0	X	X	X

Urticária	<p>Toda urticária aguda com sintomas de anafilaxia:</p> <p>(< 6 semanas)</p> <p>Presença de urticas</p> <p>(Lesões com edema central de tamanho variado);</p> <p>Prurido intenso, e/ou sensação de ardor/queimação; Pode estar associada ou não ao angioedema.</p> <p>Lesões duram até 24h.</p>	<p>L50.0</p> <p>L50.9</p> <p>Q82.2</p>	P0	X	Não se aplica	Não se aplica
	<p>Toda urticária crônica com sintomas de anafilaxia:</p> <p>(> 6 semanas):</p> <p>Presença de urticas</p> <p>(Lesões com edema central de tamanho variado);</p> <p>Prurido intenso, e/ou sensação de ardor/queimação; Pode estar associada ou não ao angioedema.</p> <p>Lesões duram até 24h.</p>	<p>L50.1</p> <p>L50.2</p> <p>L50.3</p> <p>L50.4</p> <p>L50.5</p> <p>L50.6</p> <p>L50.8</p> <p>L50.9</p>	P0	X	X	Não se aplica
	<p>Toda urticária vasculítica.</p>	L95.0	P0	X	X	X

	Angioedema	Se presença de angioedema com presença de edema da derme profunda que pode durar até 72 horas ou presença de angioedema hereditário (Angioedema recorrente de pele e de submucosa, não pruriginoso, que acomete vários órgãos).	D84.1 J38.4	P0	X	X	X
	Dermatite atópica	Se dermatite moderada a grave com: áreas com de xerose e/ou xerose difusa; Se prurido frequente/constante associado a inflamação (com ou sem sinais de escoriações e áreas localizadas de espessamento da pele com ou sem sangramentos, liquenificações ou alteração de pigmentação); Se impacto moderado nas atividades diárias e psicossociais; Se distúrbios do sono frequentes;	L20.0	P3 (Dermatite Atópica Leve)	X	X	Não se aplica
				P1 (Dermatite Atópica Moderada)	X	X	X
				P0 (Dermatite Atópica Grave ou com infecções recorrente)	X	X	X
	Rinite alérgica	Em casos de falha no tratamento; se suspeita de outros diagnósticos; se não conseguir retirar os fatores desencadeantes; se rinite persistente moderada a grave; se intolerância ao tratamento; se presença de comorbidades tais como: Rinoconjuntivite, Respirador oral, Síndrome da Apneia, hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS), otite com efusão, rinossinusite, asma.	J30.4 H10.1 R06.5 G47 H65 J01.9 J32 J45.0	P3 (Rinite leve/persistente)	X	X	Não se aplica
				P1 (Rinite Alérgica Moderada a Grave Persistente)	X	X	X

	Alergia alimentar	Se reações Imediatas (IgE mediadas), Mistas, Não IgE mediadas com: Risco de morte; Repercussão nutricional; alergias a vários alimentos; Manifestações clínicas minutos a horas após ingestão de alimentos; Urticária, angioedema, eczema; Síndrome da alergia oral (coceira e inchaço nos lábios, palato e faringe. O edema de glote não é freqüente); rinoconjuntivite; tosse, roquidão, estridor, dispneia; diarreia, dor abdominal, vômitos; reação sistêmica grave (anafilaxia);	T78.0	P3 (Alergia Alimentar)	X	X	X
				P1 (Múltiplas alergias alimentares ou com repercussão nutricional)	X	X	X
				P0 (Alergia Alimentar com Risco de Morte)	X	X	X
	Alergia a Medicamentos	Se pacientes com alergia a medicamentos apresentando: internações; múltiplas medicações; reações cutâneas severas, risco de Morte; impossibilidade de suspender o medicamentos; falta de medicamento substituto.	T78.0	P3 (Alergia medicamentosa sem internação)	X	X	X
				P1 (Múltiplas alergias a medicamentos ou com internação)	X	X	X
				P0 (Alergia medicamentosa com risco de morte)	X	X	X

	Imunodeficiência (ID)	Se suspeita de ID de acordo com os critérios: 1. ≥ 2 pneumonias no último ano. 2. ≥ 8 novas otites no último ano. 3. Estomatites de repetição ou Monilíase por mais de dois meses 4. Abscessos de repetição ou ectima 5. Um episódio de infecção sistêmica grave (meningite, osteoartrite, septicemia) 6. Infecções intestinais de repetição / diarreia crônica. 7. Asma grave, doença do colágeno ou doença auto-imune. 8. Efeito adverso ao BCG e/ou infecção por Micobactéria. 9. Fenótipo clínico sugestivo de síndrome associada a Imunodeficiência. 10. História familiar de imunodeficiência.	D80.9	P2 (Infecções de repetição sem internações)	X	X	X
				P1 (Infecções Moderadas com internações)	X	X	X
				P0 (Infecções Graves com risco de morte)	X e	X	X

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	Sopro Cardíaco	Se paciente assintomático e ainda sem investigação	R01	P2	X	X	Não se aplica
		Se paciente assintomático com exames complementares alterados (Rx tórax, eletrocardiograma, ecocardiograma), mas sem repercussão clínica.	R01	P1	X	X	Não se aplica
		Se paciente sintomático com exames complementares alterados (Rx tórax, eletrocardiograma, ecocardiograma) demonstrando repercussão clínica	R01	P0	X	Não se aplica	X
		Todos os casos de recém-nascidos com sopro e/ou teste do coraçãozinho alterado	R01	P0	X	Não se aplica	X
	Suspeita de cianose	Se paciente cianótico ou com alteração na oximetria	R23	P0	X	Não se aplica	X

	Hipertensão arterial	Se paciente com pressão arterial alterada em pelo menos 3 consultas distintas (PAS/ PAD \geq p95) e/ou presença de alterações/ assimetria de pulsos em membros e/ou cefaléia.	I10 I15.8	P1	X	X	Não se aplica
	Dor torácica	Se paciente com dor torácica aos esforços, acompanhada de sinais de baixo débito cardíaco (sudorese, palidez, palpitações, vômitos, síncope) ou história familiar de cardiomiopatia ou morte súbita.	R07.4	P0	X	X	Não se aplica
	Cardiomiopatia	Se paciente com quadro de miocardite ou evidências de disfunção miocárdica, com dispnéia aos esforços e cardiomegalia	I42.0 I42.1 I42.2 I42.5 I42.9 I43.1 I43.2	P0	X	Não se aplica	X
	Cardite reumática Crônica	Diagnóstico de febre reumática suspeito ou confirmado com evidências de cardite ao ecocardiograma. Sinal de dispnéia aos esforços, sopro cardíaco de insuficiência mitral ou aórtica.	I01.1 I01.9 I02.0 I05.1 I06.1 I09.0 I09.1	P0	X	Não se aplica	X
	Suspeita de síndrome genética	Se recém nascido com características fenotípicas sugestivas de síndromes genéticas, como dismorfismo facial, outros dismorfismos, sopros cardíacos, alterações de pulsos periféricos e hipertensão (Prioridades: síndromes de Down, Noonan, Turner, Williams e Marfan).	Q90.9 I42.1 I42.2 I42.9 Q96.9 Q87.4	P0	X	Não se aplica	X

	Arritmia	Se paciente com arritmias comprovadas por exames complementares ou com clínica sugestiva como palpitações, taquicardia paroxística ou bradicardia, associados à tontura, escurecimento visual, síncope.	I47 R00 R55	P0	X	Não se aplica	X
	Risco cirúrgico	Criança cardiopata	Específico do diagnóstico da cardiopatia.	P2	X	X	Não se aplica
		Criança não cardiopata	Z01.8	P3	X	Não se aplica	Não se aplica
	Avaliação para esporte	Pacientes sabidamente portadores de cardiopatias, ou com alterações em exames complementares, ou com história familiar de cardiomiopatia ou morte súbita.	Específico do diagnóstico da cardiopatia	P2	X	X	Não se aplica
		Criança não cardiopata	Z02.5	P3	X	Não se aplica	Não se aplica

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
CIRURGIA PEDIÁTRICA	Hérnia Inguinal	Todos os pacientes com abaulamentos inguinais ou inguinoescrotais, com ou sem esforços.	K40	P0	X	Não se aplica	X
	Fimose	Se paciente com mais de 4 anos de idade com impossibilidade de exteriorização da glândula	N47	P2	X	Não se aplica	X
		Se paciente com qualquer idade, em caso de balanopostite de repetição ou história de parafimose ou estenose de meato prepucial	N47	P0	X	Não se aplica	X
	Distopia Testicular (criptorquidia)	Se paciente após 6 meses de idade com ausência de um ou dois testículos na bolsa testicular.	Q53	P0 (Até 2 anos)	X	Não se aplica	X
				P1 (Após 2 anos)	X	Não se aplica	X
	Hidrocele	Se paciente maior de 1 ano de idade com coleção líquida ao redor do testículo e/ou aumento do volume do escroto.	N43	P2 (Sem dor)	X	Não se aplica	X
				P1 (Com dor)	X	Não se aplica	X
	Hipospádia e epispádia	Todos os casos com falha na formação da uretra (meato uretral em posição anormal).	Q59 Q64	P2 (Até 1 ano)	X	Não se aplica	X
				P3 (Após 1 ano)	X	Não se aplica	X
				P0 (Com dificuldade para urinar em qualquer idade)	X	Não se aplica	X

	Hérnia umbilical	Todos os casos com abaulamento na região umbilical	K42	P1 (Com dor em região umbilical)	X	Não se aplica	X
				P2 (Sem dor em região umbilical)	X	Não se aplica	X
	Hérniaventral ou epigástrica	Todos os casos de nódulo na linha média da parede abdominal – acima do umbigo	K43	P0 (Com dor)	X	Não se aplica	X
				P1 (Sem dor)	X	Não se aplica	X
	Pavilhão supra-numerário (apêndice auricular)	Todos os casos de apêndice (s) cartilaginoso (s) à(s) orelha (s) em criança maior de 1 ano	Q17.0	P3	X	Não se aplica	X
	Más formações do aparelho braquial	Todos os casos de orifícios fistulosos com ou sem secreção e cistos em região cervical lateral e próximo à clavícula em criança maior de 1 ano	Q18.0	P0 (Após quadro infeccioso)	X	Não se aplica	X
				P1 (Acima de 3 anos)	X	Não se aplica	X
				P3 (Entre 1 e 3 anos)	X	Não se aplica	X
	Cisto de ducto tireoglosso	Todos os casos de lesão cística em região cervical média anterior em crianças maior de 1 ano	Q18.9	P0 (Após quadro infeccioso)	X	Não se aplica	X
				P1 (Acima de 3 anos)	X	Não se aplica	X
				P3 (Entre 1 e 3 anos)	X	Não se aplica	X

	Anquiloglossia (língua presa)	Todos os casos de membrana encurtada da língua com dificuldade para falar	Q38	P2	X	Não se aplica	X
	Suspeita de tumores de partes moles, incluindo cisto de cauda de supercílio	Todos os casos de nódulos ou tumores da pele e anexos,(excluir linfonodos) em crianças maiores que 1 ano ou menores de 1 ano em caso de história de inflamação/infecção/complicação).	D17 D21	P2	X	Não se aplica	X
	Dedo supra-numerário não articulado (polidactilia)	Todos os casos de dedos extranumerários sem articulação em mãos e/ou pés.	Q69	P0	X	Não se aplica	X

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
DERMATOLOGIA	Prurido/ Eczema	Todos os casos de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico.	L30	P1	X	X	Não se aplica
	Farmacodermias	Todos os casos de lesões de pele associadas ao uso de medicações. Observar a frequência e a intensidade das crises, descrevendo todos os medicamentos	T78	P1	X	X	Não se aplica
	Acne	Todos os casos de acne nódulo-cística, mostrando lesões nodulares, podendo também ter no seu interior a presença de material purulento e fétido.	L70	P2	X	X	Não se aplica
	Micoses profundas	Se paciente com quadro clínico sugestivo, extensos e que não respondem ao tratamento	B35 B49	P1	X	X	Não se aplica

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	Criança com baixa estatura	Se paciente com Z estatura < -3SD ou < P3 da curva de crescimento; ou estatura entre -3SD e -2SD com velocidade de crescimento abaixo do esperado para idade; ou recém nascido pequeno para idade gestacional sem recuperação do crescimento até 2 anos.	E23.0 E34.3	P0	X	X	X
	Criança com alta estatura	Se paciente com Z estatura > 3SD ou > P 97 da curva de crescimento ou com velocidade de crescimento acima do esperado para a faixa etária.	E34.4	P0	X	X	X
	Distúrbio de diferenciação sexual	Se recém nascido com ambiguidade genital, e ou 17 hidroxiprogesterona alterada no teste do pezinho; ou crianças com criptorquidia bilateral e/ou hipospádia penoescrotal	Q53.2 Q 54.2	P0	X	Não se aplica	X
	Distúrbio da puberdade	Se meninas com relato de broto mamário e/ou presença de pêlos pubianos em <de 8 anos de idade, com ou sem aumento da velocidade de crescimento; relato de progressão rápida da puberdade em meninas que iniciaram a puberdade após 8 anos de idade. Se meninos < 9 anos com aumento testicular ou peniano, presença de pêlos pubianos ou axilares, ou odor axilar.	E22.8	P0	X	X	Não se aplica

	Diabetes insipidus	Se paciente com diurese aumentada, desidratação, sede exacerbada, dificuldade de ganhar peso.	E23.2	P0	X	Não se aplica	X
	Hipotireoidismo congênito	Se recém nascido com teste do pezinho alterado (TSH elevado e T4 baixo) e/ou recém nascidos de mãe com doença tireoidiana autoimune;	E03.1	P0	X	Não se aplica	X
	Distúrbio da tireóide (hipo ou hiper)	Se suspeita de hipo ou hipertireoidismo adquirido, bócio, nódulo tireoidiano.	E05.0 E04.9 C73	P0	X	X	Não se aplica
	Distúrbios do cálcio	Se paciente com baixa estatura ou redução da velocidade de crescimento; alterações esqueléticas; fraturas de repetição; e relato de convulsão.	E20 E21	P0	X	Não se aplica	X
	Dislipidemia	Se paciente com hiperlipidemia com LDL > 160 ou triglicerídeos > 500mg/dL	E78.4	P1	X	X	Não se aplica
	Obesidade	Se paciente com obesidade Z IMC > +3SD para idade com ou sem comorbidades; se paciente com obesidade Z IMC entre +2 e +3SD com comorbidades;	E66	P0	X	X	Não se aplica

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA	Alergia alimentar	Se suspeita de alergia alimentar com sintomas digestivos como vômitos e/ou diarreia e/ou sangramento nas fezes; alergias múltiplas associada a síndrome de má absorção com desnutrição.	K52	P1	X	X	X
	Constipação crônica	Se história de retenção fecal excessiva e/ou evacuações dolorosas ou difíceis; Incontinência fecal após aquisição de continência esfinteriana e/ou encompresse.	K59	P1	X	X	X
	Dor abdominal	Se dor abdominal de duração superior a 2 meses e/ou pelo menos três episódios recorrentes em um período de dois meses; dor epigátrica ou gastrite não responsiva ao tratamento com antagonista H2. Todos os casos com EPF negativo.	R10	P1	X	X	X
	Refluxo gastroesofágico	Encaminhar todas as crianças acima de 2 anos com suspeita de refluxo gastroesofágico; E as menores de 2 anos com sintomas como anemia não responsiva à reposição de ferro, déficit ponderal, irritabilidade, hemorragia digestiva; sintomas respiratórios recorrentes, recusa alimentar.	K21	P1	X	X	X
	Sangramento digestivo	Se paciente com sangramento digestivo alto ou fezes escuras;	R83.1	P1	X	X	X
	Náuseas e vômitos	Vômitos persistentes por mais de 10 dias e/ou vômitos recorrentes; Perda de peso, desnutrição; hematêmese	R11	P1	X	X	X
	Icterícia	Todos os pacientes com aumento de bilirrubina direta e crianças com idade superior a 2 anos com aumento de bilirrubina indireta.	R17 P59.9 P59	P0	X	X	X

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	Convulsão	Se crises convulsivas recorrentes (com ou sem acompanhamento; se quadro epiléptico; se convulsão com febre.	G40 R56	P0	X	X	Não se aplica
	Criança com movimentos anormais	Se transtorno paroxístico não epileptiformes com alteração do padrão do sono.	G 47	P1	X	X	Não se aplica
	Cefaléia	Se dor de cabeça com sinais focais (afastar tumores);	G 93 G 93.2 R51 G 47	P0	X	Não se aplica	X
		Se dor de cabeça com quadro sugestivo de enxaqueca;	R51 G43 F81	P1	X	X	Não se aplica
	Dificuldade escolar	Se transtornos do aprendizado sem alteração motora; se histórico do desenvolvimento e/ou atraso;	F 81	P1	X	X	Não se aplica
	Atraso no desenvolvimento	Se atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com déficits motores e dismorfias faciais.	F 84.0 F 84.5	P1	X	Não se aplica	X
		Se crianças maiores de 6 anos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); se alterações motoras; pode apresentar dismorfias faciais e/ou déficit cognitivo	F 84	P3	X	Não se aplica	Não se aplica

	Fraqueza muscular	Se bebê ou lactente hipotônico, com dificuldade respiratória, crises convulsivas, histórico de “engasgos”, e deformidades ortopédicas ou dismorfias faciais.	M 62 M 63 M 63.8 G 80	P0	X	Não se aplica	X
	Alteração de marcha	Se início súbito com outras alterações motoras; com febre, com dor, com alterações de esfíncter vesical	R26 R 26.8	P0	X	Não se aplica	X
		Se atraso do desenvolvimento, outras alterações motoras, sem febre, sem dor, sem alterações de esfíncter vesical	R26 R 26.8	P0	X	Não se aplica	X
	Criança com cabeça pequena ou deformada	Se cabeça deformada e/ou pequena; com desaceleração do perímetro cefálico ou PC < P2.	Q02	P1	X	X	Não se aplica
		Se cabeça deformada e/ou pequena sem sinais de hipertensão intracraniana ou alteração do desenvolvimento	Q75	P1	X	X	Não se aplica
	Alteração do comportamento	Se transtorno de comportamento, Autismo	F 84.0 F 84.5	P1	X	Não se aplica	X
		Se crianças maiores de 6 anos com transtorno de Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade (TDAH) Sem alterações motoras; Pode apresentar dismorfias faciais e/ou déficit cognitivo	F 84	P3	X	Não se aplica	X

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	Fibrose Cística	Todos os casos com suspeita diagnóstica no teste do pezinho OU Teste do suor positivo em qualquer idade, com infecções respiratórias recorrentes.	E84	P0	X	Não se aplica	X
	Pneumonia recorrente	Se paciente com 3 ou mais episódios no ano e radiografias normais nos intervalos.	J15 J18	P2	X	X	Não se aplica
		Se imagem radiológica inalterada por > 3 meses episódio com duração com > 30 dias.Obs: contactar Programa de Tuberculose	A15 A16 A19	P0	X	Não se aplica	Não se aplica
	Rouquidão ou estridor	Se estridor e respiração ruidosa.	J37 R06.1	P2	X	Não se aplica	Não se aplica
		Se estridor agudo com sinais de insuficiência respiratória aguda alta, e dispneia. OU Se estridor com dificuldade respiratória progressiva, acompanhada de cianose,tiragem sibilos e gemido	J 38.6 Q31.1 Q32.3	P0	X	Não se aplica	X
	Tosse crônica	Se tosse crônica,quadros recorrentes de infecção de vias aéreas inferiores, prejuízo pondero-estatural e das atividades diárias, com internações frequentes.		P1	X	X	Não se aplica

Criança ou lactente com sibilância	<p><u>ASMA LEVE</u></p> <p>Presença de sintomas de tosse, chiado no peito, cansaço, < duas vezes na semana, sem limitação a atividade física mesmo na intercrise.</p> <p>Em tratamento no STEP 1 ou 2 da Diretriz de Asma com corticóide inalatório baixa dose associada ou não ao antileucotrieno, por > 3 meses.</p>	<p>J45</p> <p>J45.0</p> <p>J45.1</p> <p>J45.8</p> <p>J45.9</p>	P3	X	Não se aplica	Não se aplica
	<p><u>ASMA MODERADA</u></p> <p>Presença de sintomas de tosse, chiado no peito, cansaço, > duas vezes na semana, com limitação a atividade física diariamente, porém não continua ao longo do dia.</p> <p>Em tratamento no STEP 3 da Diretriz de Asma com corticóide inalatório média dose associada ao LABA, ou ao Antileucotrieno, OU Corticóide inalatório alta dose por > 3 meses</p>	<p>J45</p> <p>J45.0</p> <p>J45.1</p> <p>J45.8</p> <p>J45.9</p>	P2	X	X	Não se aplica
	<p><u>ASMA GRAVE</u></p> <p>Cansaço, chiado no peito, tosse crônica, falta de ar e despertar noturno, diários ou quase diários, com limitação a atividade física diária e contínua, Exacerbações e internações frequentes e internações frequentes, associados ou não a quadros de infecção pulmonar. Relato de intubação, ventilação mecânica e internação em UTI pela doença.</p> <p>Em tratamento no STEP 4 OU 5 da Diretriz de Asma com corticóide inalatório alta dose associada ao LABA, e/ ou ao antileucotrieno, e/ou associado ao Tiotrópio ou Teofilina (pacientes >12 anos), ou ainda, associado a corticóide oral baixa dose diária, por > 3 meses</p>	<p>J45</p> <p>J45.</p> <p>J45.1</p> <p>J45.8</p> <p>J45.9</p>	P0	X	Não se aplica	X

		BEBÊ CHIADOR Lactente com 3 ou mais episódios de chiado no peito, ou sibilância, ao longo de 2 meses, ou chiado no peito que dura pelo menos 1 mes.	J45.9	P0	X	X	Não se aplica
	Dispneia crônica	Dispneia que afeta atividades diárias e com baqueteamento digital.	J84.9	P1	X	X	Não se aplica
	Alterações em exame de imagem Atelectasia	Assintomático respiratório	R91 J94	P1	X	Não se aplica	Não se aplica
		Com repercussões e/ ou sintomatologia respiratória.	J98.1 J98.6	P2	X	X	Não se aplica
	Criança com traqueostomia	Traqueostomia mal posicionada ou obstruída, com saída de secreção traqueal espessa e esverdeada.	J95 J95.5 Z93.0	P0	X	Não se aplica	X
	Doença respiratória originada no período perinatal (com uso de O2 por mais de 28 dias).	Relato de uso de O2 por mais de 28 dias. Doença LEVE: sintomas respiratórios leves sem necessidade de oxigenoterapia, ou seu uso somente durante o sono.	P27	P1	X	X	Não se aplica
		Relato de uso de O2 por mais de 28 dias. Doença MODERADA OU GRAVE: sintomas respiratórios moderados a grave com necessidade de oxigenoterapia na vigília e noturna	P27	P1	X	Não se aplica	Não se aplica
	Outras afecções ou malformações originadas no período neonatal	ATELECTASIAS Tosse e imagens persistentes na Radiografia de tórax	P28.1	P0	X	X	Não se aplica
		HIPOPLASIA E AGENESIA DO PULMÃO Graus variados de dificuldade respiratória dependendo da quantidade de parênquima pulmonar funcional	Q33.6	P0	X	Não se aplica	X

Fonte: Protocolo em formulação – versão 13.04.2018

SITUAÇÕES ESPECIAIS – VIOLÊNCIA – AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	EXAME FÍSICO	CID PROVÁVEL	EXAMES COMPLEMENTARES SUGERIDOS	Atenção Primária	Ambulatório de especialidade no nível secundário	Ambulatório de especialidade no nível terciário
	<p>Choro sem motivo aparente; irritabilidade frequente e sem causa aparente; olhar indiferente e apatia; tristeza constante; demonstrações de desconforto no colo.</p> <p>Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites</p>	<p>* cutting * automutilação * histórias conflitantes * lesões “acidentais” não compatíveis com a idade ou desenvolvimento do psicomotor da criança * lesões que não podem ser explicadas pelo acidente relatado * lesões em vários estágios de cicatrização ou cura * lesões bilaterais ou simétricas * lesões em áreas habitualmente cobertas ou protegidas do corpo * história ou suspeita de violência sexual * gestação ou aborto em menores de idade / adolescentes * violência sexual com laceração de vulva, períneo e/ou canal anal</p>	<p>1. Violência psicológica: Depressão, ansiedade e agressividade, medo intenso, ou horror, fuga da realidade. (Prioridade de regulação: P0)</p> <p>2. Violência física: Diferenciar de lesões não intencionais como fronte, nariz e queixo, palma de mãos, área de extensão de braço e cotovelo, região anterior de perna, ponta de pé) o atraso na procura de atendimento pode ser interpretado como negligência ou tentativa de ocultação da lesão. a) Lesões de pele: lacerações, eritemas, hematomas ou queimaduras que reproduzem o instrumento agressor (marcas de fios, cinto, mãos, cigarro); lesões circulares, como em pulseira, tornozela ou colar, indicando possíveis amarras; Queimaduras por líquidos quentes cuja distribuição na pele não respeita a ação da gravidade; Queimaduras em forma de luvas (nas mãos) ou meias (nos pés); Queimaduras em região de nádegas ou períneo: castigo aplicado em crianças que não conseguem controlar esfíncteres. b) Fraturas: fraturas em região próximas às articulações; fraturas em alça de balde, que são fraturas metafisárias por arrancamento em ossos longos; fraturas em espiral; fraturas de costela em crianças abaixo de 2 anos;</p>	<p>De: X60 a X99</p> <p>De: Y00 a Y08</p> <p>Z61</p>	<p>Radiografia de crânio, coluna, tórax, abdome, membros superiores, inferiores e/ou extremidades. (Violência física)</p> <p>Tomografia de tórax, abdome e/ou crânio (Violência física)</p> <p>Fundo de olho (Violência física)</p> <p>Otoscopia (Violência física)</p> <p>Inspeção de cavidade oral (Violência sexual e/ou violência física)</p> <p>Endoscopia (Violência física)</p> <p>Radiografia</p>	X	PAV	X

	<p>Atraso de desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas;</p> <p>Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes.</p> <p>Distúrbios de alimentação;</p> <p>Enurese e encoprese;</p> <p>Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala;</p> <p>Distúrbios do sono;</p> <p>Dificuldades de socialização e</p>	<p>* ideação suicida * tentativa de suicídio</p>	<p>fraturas de arcos costais posteriores; fraturas bilaterais de clavícula; fraturas de escápula e esterno; fraturas de vértebras, sem história de trauma não intencional de alto impacto; fraturas diversas em estágios diferentes de cicatrização ou cura.</p> <p>c) Lesões cranioencefálicas: Síndrome do bebê sacudido.</p> <p>d) Lesões de face: lesão biocular, especialmente quando sem lesão de nariz, indicando dois momentos de trauma; hemorragia de conduto auditivo, sem sinais de corpo estranho ou otites perforadas, indicando barotraumas por socos ou fortes pancadas, com possível fratura de osso esfenóide; Lesões de orelha, por torções ou grandes puxões, levando desde a lacerações até arrancamentos a fraturas da cartilagem (orelha em couve flor); Lesões dentárias, como quebras ou arrancamentos.</p> <p>e) Lesões abdominais: Sangramentos e rupturas de vísceras maciças; Hemorragia digestiva; Hematoma de parede de intestino delgado, levando a síndromes de oclusão intestinal; hemorragias de pâncreas, podendo desencadear a insuficiência do órgão e diabetes.</p> <p>f) Envenenamentos intoxicações: imposição ou administração à criança ou ao adolescente de substâncias tóxicas, causticas, acidas, acidas ou medicamentosas, na tentativa de controlá-la, maltratá-la, ou mesmo levá-la à morte.</p> <p>Sinais de envenenamento ou de intoxicações intencionais # indícios de grande ingestão de produto tóxico ou cáustico, que, em casos de ingestão acidental, não seriam tomados em grandes volumes pela criança devido ao gosto / sabor ser ruim ou pela dor que provoca; # caso agudo ou crônico de origem obscura e sintomas complexos, que envolve comprometimento de vários órgãos ou sistemas, como sistema nervoso central, dos mecanismos de coagulação, digestório, ou acompanhado de sinais de depressão respiratória, sem que se possa enquadrá-los em doença conhecida; # criança trazida pelos responsáveis</p>		<p>simples e ortostática de abdome (Violência física)</p> <p>Colonoscopia (Violência física)</p> <p>Sorologias HIV, Hep B, Hep C e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Violência sexual)</p> <p>Beta hcg (Violência sexual)</p> <p>Ferro / ferritina / hemograma (negligência)</p> <p>EAS (violencia sexual)</p> <p>A indicação de exames depende da metodologia utilizada para a tentativa de auto extermínio (na autoprovocada quando a causa primária não é violencia)</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

	<p>tenden- cia ao isolamen- to;</p> <p>Aumento da incidencia de doenças injustifica- véis, por causas orgânicas, especial- mente as de fundo alergico;</p> <p>Afecções de pele frequente semcausa aparente</p> <p>Distúrbios de aprendiza- gem até o fracasso na escola;</p> <p>Comporta- mentos extremos de agressivi- dade ou destrutivi- dade;</p> <p>Ansiedade ou medo ligado a determina- das pessoas, sexo, objetos ou situações;</p>	<p>com queixa de envenenamento acidental, mas com relato do acidente confuso e discordante entre os pais habitualmente associado à ausência de preocupação pela identificação do agente tóxico, sinais de uso de grandes quantidades; # demora na procura do atendimento após envenenamento dito como “acidental”, sem demonstração de preocupação dos responsáveis pelo tempo perdido para tratamento; # criança com sintomas crônicos de “doença desconhecida”, sem diagnóstico, caracterizando a <i>síndrome de munchausen por procuração</i> provocada por envenenamento ou intoxicação de violencia; # sinais de negligencia ou outras formas de violencia; # crianças que ficam a maior parte do tempo sozinhas com um cuidador, que, para mantê-las quietas, pode oferecer analgésicos, bebidas alcoólicas ou outras substâncias ou drogas. Síndrome de munchausen por procuração: * queixas de doença redicivante, de diagnóstico obscuro, que não responde aos tratamentos habituais; * discordância entre os achados de exame físico e as queixas dos responsáveis; * incoerência entre os sinais e sintomas relatados com os exames laboratoriais; * sinais e sintomas que são percebidos sempre pela mesma pessoa, que demonstra preocupação exagerada diante da gravidade dos possíveis sintomas, ou mesmo certo prazer em relatá-los, mesmo que repetidas vezes; * insatisfação quanto aos tratamentos oferecidos, com insistência quanto à gravidade do caso e a necessidade de novas investigações; * limitação de várias atividades de lazer da criança ou adolescente, com a desculpa de protegê-los do agravamento da “doença”;</p> <p>* comportamento conformado ou até mesmo apático da criança ou adolescente diante da investigações e limitações impostas, assumindo o papel de doença incurável e em risco de vida constante. (Prioridade de regulação: P1)</p>					
--	---	--	--	--	--	--	--

	<p>Pesadelos frequentes, terror noturno;</p> <p>Tiques ou manias;</p> <p>Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas.</p> <p>Baixa autoestima e autoconfiança;</p> <p>Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio.</p> <p>Problemas ou déficit de atenção;</p> <p>Sintomas de hiperatividade;</p>		<p>3. Negligência: Comportamentos dos pais/responsáveis</p> <ul style="list-style-type: none"> * descaso com a higiene e o aspecto pessoal da criança; * descuido na guarda, no preparo ou na oferta dos alimentos à criança; * ausência de acompanhamento ou preocupação dos responsáveis com o rendimento escolar; * culpabilização da criança e do adolescente ou ainda da unidade educacional quanto às dificuldades apresentadas por ela; * descuido com a segurança da criança e ocasionalmente do adolescente e ausência de medidas na prevenção de acidentes; * descaso no acompanhamento e seguimento do calendário vacinal, de higiene e nutrição; * demora inexplicável na procura de recursos médicos diante de sinais de doença, não seguimento de recomendações ou escolha por tratamentos inadequados para a criança e o adolescente; * falta ou acompanhamento irregular dos tratamentos medicamentosos ou de habilitação ou reabilitação da doença crônica ou da deficiência; * falta de proteção ou defesa contra acidentes e/ou violência praticada por outros; * ausência de preocupação na escolha ou com a segurança dos locais onde a criança e/ou o adolescente é deixado ou com os escolhidos como seus cuidadores – terceirização do cuidado. <p>Sinais de ausência de cuidados que podem ser identificados na criança e, ocasionalmente, em adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> * doenças parasitárias ou infecciosas frequentes; * lesões de pele frequentes ou dermatite de fraldas de repetição (sem tentativas eficientes de tratamento); * cáries dentárias (sem procura ou persistência no tratamento); * déficits de crescimento e desenvolvimento sem problema de saúde que os justifiquem; * desnutrição sem doença básica aparente; * obesidade por descuido ou imposição nutricional; * atraso no desenvolvimento psicomotor e ou relacional; * faltas frequentes à unidade de 					
--	---	--	---	--	--	--	--	--

	<p>Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes;</p> <p>Uso abusivo de drogas.</p>		<p>educação infantil, ensino fundamental e médio;</p> <ul style="list-style-type: none"> * dificuldade de aprendizagem, sem demonstração de apreensão dos responsáveis em encontrar causa e/ou soluções; * atraso na escolaridade, por não procura ou fracasso; * problemas de adaptação social; * uso de roupas inadequadas à idade, ao sexo, ao clima ou à condição social. <p>(Prioridade de regulação: P0)</p> <p>4. Violência sexual:</p> <p>Sinais indiretos mais frequentes de violência sexual em crianças e adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> * atitudes sexuais impróprias para a idade; * demonstração de conhecimento sobre atividades sexuais superiores à sua fase de desenvolvimento, através de falas, gestos ou atitudes; * masturbação frequente e compulsiva, independente do ambiente em que se encontre; * tentativas frequentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades, a manipulação genital, ou ainda que reproduzem as atitudes do abusador com ela; * mudanças de comportamento; * infecções urinárias de repetição. <p>Sinais da violência sexual em crianças e adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> * edema ou lesões em área genital: sem outras doenças que os justifiquem, como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis; * lesões de palato ou de dentes anteriores, decorrentes de sexo oral; * sangramento vaginal em pré-púberes, excluindo a introdução pela criança de corpo estranho; * sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal sem presença de doença que o justifique, como constipação intestinal grave e crônica; * rompimento himenal; * infecções sexualmente transmissíveis; * gravidez; * aborto. <p>(Prioridade de regulação: P0)</p>					
--	---	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: Protocolo em formulação – versão 13.04.2018

ODONTOLOGIA

Fonte: Protocolo Odontologia – versão final – 27.06.2018

Condições Especiais de Priorização do Atendimento

O acesso a assistência especializada deve ser realizado por meio da priorização das demandas nas diversas especialidades.

Partindo desse pressuposto, consideramos o conceito de RED FLAGS - pacientes que, por alguma condição sistêmica ou social, necessitam de atendimento prioritário em todas as especialidades, sendo eles:

SAD-AC (Usuários Elegíveis ao Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade);

Adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas ou população carcerária;

CARDIOPATIA: pacientes com risco mínimo (VIDE QUADRO I); pacientes com risco moderado e alto deverão ser referenciados a atenção terciária.

PACIENTE IMUNODEPRIMIDO: pacientes que serão submetidos a tratamentos de radioterapia e/ou quimioterapia; pacientes apresentando Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

TRANSPLANTE: pacientes que serão submetidos a transplante de órgãos;

INSUFICIÊNCIA RENAL: pacientes em Hemodiálise;

GESTANTES: gestação com complicações sistêmicas ou que determinem o alto risco da gestação (ALTO e MUITO ALTO RISCO);

Cardiopatias

Dentre os vários tipos de cardiopatia temos a angina pectoris, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, arritmias e endocardites bacterianas que são as que apresentam maior grau de comprometimento cardiovascular.

O quadro I apresenta alguns aspectos predisponentes de risco cardíaco em pessoas com antecedentes de alterações cardiovasculares, a fim de auxiliar na classificação do risco que os pacientes correm em elevado, moderado ou baixo:

Os procedimentos mais invasivos, em casos de risco moderado e risco elevado, deverão ser efetuados com sedação e em ambiente hospitalar.

Pacientes Imunodeprimidos e Transplantados

As infecções bucais em pacientes com baixas defesas (imunocomprometidos) tendem a ser mais fortes e recorrentes, algumas vezes, resistentes aos tratamentos local e sistêmico.

É grande o número de pacientes transplantados com alterações bucais como cárie, doenças nas gengivas (periodontal) e outras afecções causadas por bactérias, fungos ou vírus. Tais condições dificultam a alimentação por via oral e apresentam risco de disseminação por todo o organismo (sistêmica).

Insuficiência Renal

A condição bucal dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) e candidatos a transplante renal devem estar controlados durante a hemodiálise, períodos pré-transplante e pós-transplante (PUPO et al., 2009).

O tratamento odontológico de pacientes descompensados deve ser adiado até que estejam estabilizados (MEDEIROS et al., 2014).

O tratamento odontológico deve ser realizado no primeiro dia após a diálise, quando a ação anticoagulante é mínima e os benefícios da diálise estão presentes (MEDEIROS et al., 2014). Os procedimentos cirúrgicos devem ser realizados no intervalo entre uma sessão de diálise e outra, quando o sangue está livre de heparina e há tempo suficiente para que ocorra estabilização do coágulo e início do processo de cicatrização.

Gestantes

Abaixo quadro de estratificação de risco para gestantes, sendo que as gestantes de médio e alto risco devem ser priorizadas sobre as demais.

CIRURGIA ORAL MENOR				
Quadro Clínico	Prioridade de Regulação			
	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul
Doenças de Glândulas Salivares	Inflamatórias agudas, obstrutivas e tumorais	Sialolitíase; Fenômeno de Extravasamento de Muco; Parotidite Crônica; Parotidite Recorrente; Sialometaplasia Necrosante	Adenoma Pleomórfico; Síndrome de Sjögren.	Demais casos
Cirurgias no crânio e nos ossos da face	Fraturas alvéolo-dentárias; luxação temporomandibular.	Lesões em tecido ósseo; Presença de corpo estranho dos ossos da face		Demais casos
Cisto e Tumores da região bucal		Cirurgias de Pequenos Tumores Benignos de Tecidos Moles; Cirurgias de Pequenos Tumores Benignos Intraósseo.	Cirurgias de Pequenos Cistos de Tecidos Moles; Cirurgias de Pequenos Cistos Intraósseo.	Demais casos
Infecções de origem odontogênicas	Abscesso agudo; Fístula Oro-sinusal/ oronasal; Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos dos tecidos moles da face.	Fístula intra e extra-oral. Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos dos tecidos moles da face.	Cirurgias parendodônticas ou periapicais: Lesão endodôntica persistente após retratamento endodôntico	Demais casos
Cirurgias no lábio e na cavidade oral	Lesões nos tecidos moles da boca > 14 dias Lesões pós trauma em face	Ulotomia/ulectomia	Lesões nos tecidos moles da boca < 14 dias Cirurgias com finalidade protética ou reabilitadora: Necessidade de enxerto ósseo nos Maxilares; Tórus palatino e mandibular; Irregularidades de rebordo alveolar; Cirurgias mucogengivais: Aprofundamento de vestibulo oral; Bridas musculares que impeçam adaptação de prótese dentária; tuberosidade do maxilar	Demais casos
Cirurgias dentárias	Dentes que necessitem splintagem pós trauma em face. Remoção de dentes associados a infecções de origem dentária.	Retenções, inclusões ou impactações dentárias; Exodontias complexas que necessitem de osteotomia e/ou odontosseção ou próximas às estruturas nobres com risco iminente de lesões adjacentes;	Exodontias múltiplas; Necessidade de tracionamento dental; Dentes que necessitem de splintagem;	Demais casos
Complicações Pós-cirúrgicas	Hemorragia bucodental; Alveolite.	Dor; Supuração.		

ENDODONTIA				
Quadro Clínico	Prioridade de regulação			
	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul
Traumatismo dentário	Avulsão dentária.	Traumatismo de dentes permanentes anteriores com exposição pulpar.		Demais casos
Tratamento e Retratamento endodôntico	<p>Pulpite irreversível com persistência da sintomatologia após atendimento na APS;</p> <p>Lesões endoperio;</p>	<p>Hipersensibilidade dentinária com indicação endodôntica, após conduta na APS.</p> <p>Cirurgia parendodôntica.</p>	<p>Molares de usuários, de qualquer idade, sem perdas dentárias no arco em que se localiza o dente a ser tratado, visando evitar a indicação de prótese;</p> <p>Molares que sejam suporte de prótese parcial removível já existente;</p> <p>Dianósticos de pulpite crônica, necrose pulpar, granuloma, cisto, após conduta na APS.</p>	Demais casos
PERIODONTIA				
Quadro Clínico	Prioridade de regulação			
	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul
Tratamento periodontal	<p>Periodontite crônica ou agressiva, em fase ativa, com presença de bolsas acima de 6 mm ou perdas ósseas associadas;</p> <p>Abcessos Periodontais ou Doenças Necrosantes;</p>			Demais casos
Tratamento cirúrgico periodontal	<p>Aumento de coroa clínica necessário ao tratamento endodôntico.</p> <p>Necessidades de Cirurgias de acesso para raspagem.</p>	Aumento de coroa clínica necessário ao tratamento restaurador.	Enxertos conjuntivos ou Gengivais Livres. Aumento de volume gengival, que necessitem de gengivectomia ou gengivoplastia	Demais casos

ESTOMATOLOGIA				
Quadro Clínico	Prioridade de regulação			
	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul
Tratamento periodontal	Periodontite crônica ou agressiva, em fase ativa, com presença de bolsas acima de 6 mm ou perdas ósseas associadas; Abscessos Periodontais ou Doenças Necrosantes;			Demais casos
Tratamento cirúrgico periodontal	Aumento de coroa clínica necessário ao tratamento endodôntico. Necessidades de Cirurgias de acesso para raspagem.	Aumento de coroa clínica necessário ao tratamento restaurador.	Enxertos conjuntivos ou Gengivais Livres. Aumento de volume gengival, que necessitem de gengivectomia ou gengivoplastia	Demais casos
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA				
Quadro clínico	Prioridade de regulação			
	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul
Tratamento restaurador, periodontal, endodôntico e cirúrgico	Usuários COM DOR decorrente de alterações na cavidade bucal, não cooperativo, acompanhado de alterações sistêmicas graves, tais como: Doenças neurológicas graves; Deficiência mental que não responde a comandos; Deficiências sensoriais e físicos, quando associados a distúrbios de comportamento; Doenças degenerativas do SNC; Autista que não responde a comandos.	Usuários COM DOR decorrente de alterações na cavidade bucal, não cooperativo, sem alterações sistêmicas graves.	Pacientes (PCD) SEM SINTOMATOLOGIA NÃO COOPERATIVOS	Demais casos

PRÓTESE

Quadro Clínico	Prioridade de regulação			
	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul
	Casos complexos de usuários com indicação de PPR.	Dentes tratados endodonticamente com indicação de prótese fixa ACIMA DE 20 ANOS.		
Prótese dentária total, parcial removível e fixa	Dentes tratados endodonticamente com indicação de prótese fixa DE PACIENTES DE ATÉ 20 ANOS DE IDADE.	Necessidade de PPR em área não estética superior e/ou inferior	Reabilitações orais com necessidade de aumento de DVO	Demais casos
	Necessidade de PPR em área estética superior e/ou inferior			

ODONTOPEDIATRIA - Crianças de até 6 (seis) anos que apresentaram resistência ao tratamento no centro de saúde APS

Quadro Clínico	Prioridade de regulação			
	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul
Tratamento restaurador	Cárie severa na infância (rampante) em crianças de difícil abordagem.			Demais casos
Tratamento cirúrgico		Tratamento cirúrgico de dentes decíduos que não puderam ser feitos na APS.		Demais casos
Tratamento periodontal			Tratamento periodontal de dentes decíduos que não puderam ser feitos na APS.	Demais casos
Tratamento endodôntico	Traumatismo* de dentes decíduos anteriores com comprometimento pulpar;	Tratamento endodôntico de dentes decíduos que não puderam ser feitos na APS.		Demais casos

CIRURGIA ORAL MAIOR				
Quadro Clínico	Prioridade de Regulação			
	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul
Cirurgias no crânio e nos ossos da face		Reconstrução parcial de mandíbula / maxila	Osteotomia da maxila alta complexidade	Osteotomia da maxila (cosmética) Osteotomia da mandíbula (cosmética) Demais casos
	Fraturas panfaciais (fraturas múltiplas envolvendo ossos da face)	Reconstrução total de mandíbula/maxila	Osteotomia da mandíbula alta complexidade	
	Osteossíntese de fratura do complexo naso-órbito-etmoidal	Reconstrução total de cavidade orbitária	Elevação do assoalho do seio maxilar alta complexidade	
	Osteossíntese de fratura bilateral do côndilo mandibular	Tratamento cirúrgico de anquilose da articulação têmporo-mandibular		
	Osteossíntese de fratura unilateral do côndilo mandibular (<i>sequela</i>)	Retirada de corpo estranho dos ossos da face		
	Osteossíntese de fratura complexa da maxila (<i>sequela</i>)	Retirada de material de síntese óssea / dentária		
	Osteossíntese de fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar (<i>sequela</i>)	Tratamento cirúrgico do soalho da órbita (sequela ou não)		
	Osteossíntese da fratura complexa da mandíbula (<i>sequela</i>)	Exerese de cisto odontogênico e não-odontogênico		
	Osteossíntese de fratura simples de mandíbula. (<i>sequela</i>)	Artroplastia da articulação têmporo-mandibular (recidivante ou não)		
Cisto e Tumores da região bucal		Tratamento cirúrgico de osteoma, odontoma /outras lesões especificadas		Demais casos
		Tratamento cirúrgico de cisto do complexo maxilo mandibular		
Infecções de origem odontogênicas	Tratamento cirúrgico de osteomielite de ossos da face	Tratamento cirúrgico de fístula oro-sinusal / oro-nasal		Demais casos
		Tratamento cirúrgico de fístula intra / extraoral		
Cirurgias no lábio e na cavidade oral			Glossectomia parcial Ressecção de lesão da boca	Demais casos

Atendimento Odontológico A Pessoa com Deficiência sob Anestesia Geral

Prioridade de regulação

Vermelho (A1 e A2)	Amarelo (B)	Verde (C)	Azul (D)
<p>- Paciente com severo comprometimento físico, distúrbio neuromotor, neuropsicomotor, deficiência mental do tipo severa ou profunda e paciente oncológico que necessite de um preparo pré-tratamento antineoplásico e ou pré-transplante;</p> <p>- Pacientes hemofílicos ou portadores de outros transtornos de hemostasia, e nos quais a anestesia local deve ser evitada, pois há o risco de provocar hemorragia nos espaços faríngeos laterais, onde é difícil aplicar medidas de controle;</p> <p>- Trauma extenso buco facial, geralmente tratado em conjunto com consultores da cirurgia oral e maxilofacial, neurocirurgia e serviços ortopédicos;</p>	<p>- Tratamentos extensos em pacientes com doenças sistêmicas.</p> <p>- Procedimentos cirúrgicos em crianças muito novas onde há necessidade de tratamento extenso.</p>	<p>- Pacientes com intolerância aos anestésicos locais.</p> <p>- Necessidade de tratamento acumuladas em pacientes que residem em áreas afastadas, onde não há recursos para a realização do tratamento odontológico ou com problemas de transporte.</p> <p>- Tratamento odontológico muito extenso, extração de dente não irrompido, extrações múltiplas, hiperplasias, cistos, tumores e cirurgias de porte maior.</p>	<p>- Crianças rebeldes para as quais não foi possível o tratamento, mesmo com o auxílio do protocolo de controle de ansiedade e anestesia local.</p> <p>- Pessoas com deficiência que estejam classificadas como ASA I, II;</p>

CUIDADOS PALIATIVOS

Fonte: PROTOCOLO CUIDADOS PALIATIVOS - pelo RTD THAYANA LOUIZE VICENTINI ZOCCOLI –
Matr.1674997-9, Referência Técnica Distrital - Cuidados Paliativos
Parte integrante do Processo: 00060-00274144-2017-33

Critérios de Inclusão

- Pacientes adultos (≥ 18 anos),
- portadores de câncer E
- que apresentem sintomas físicos não controlados, como dor.

Classificação de prioridade para primeira consulta:

Prioridade 1	Paciente com dor intensa (Escala Visual ou Verbal Numérica ≥ 7 , numa escala de 0 a 10 – figura 1), mesmo após ser medicado pela equipe assistente; ou com outro sintoma de difícil controle pela equipe assistente.
Prioridade 2	Paciente com restrição de mobilidade (em cadeira de rodas ou maca) ou com Escala de Performance Paliativa (PPS) $\leq 40\%$ (tabela 1).
Prioridade 3	Paciente com dor leve a moderada (Escala Visual ou Verbal Numérica ≤ 6 , numa escala de 0 a 10 – figura 1).
Prioridade 4	Paciente em Cuidados Paliativos oncológicos exclusivos (sem possibilidade de tratamento modificador da doença).
Prioridade 5	Paciente assintomático ou sem demanda especificada.

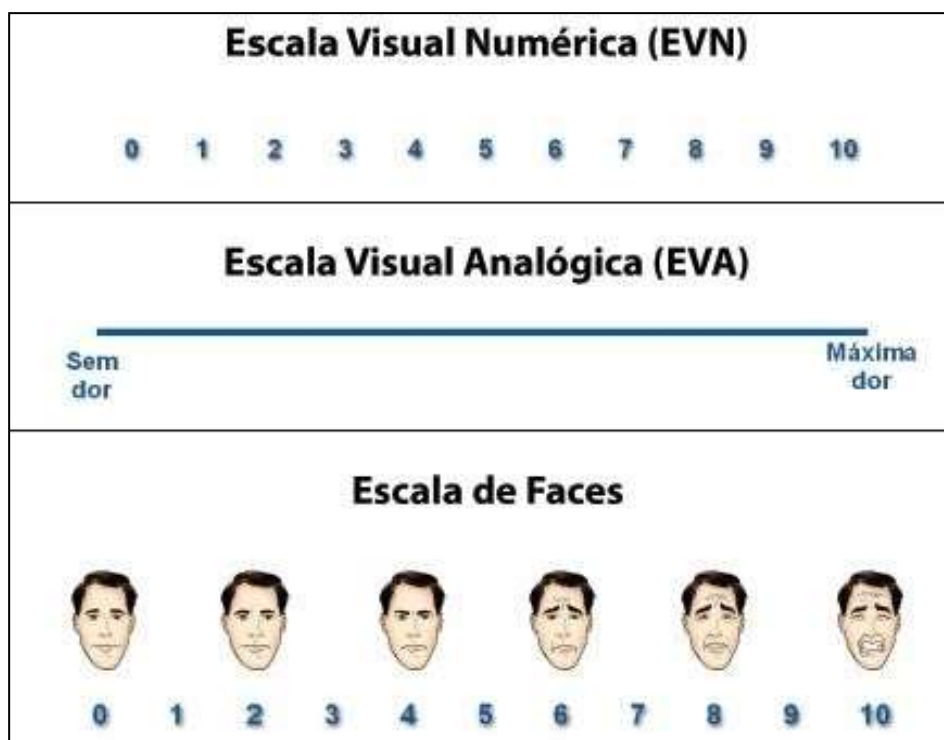


Figura 1: Escalas para avaliação da dor^{6,7}.

Tabela 1: Escala de Performance Paliativa (Palliative Performance Scale) – PPS.					
%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para os hobbies/ trabalho doméstico.	Assistência ocasional	Normal	Completa ou períodos de confusão
		Doença significativa		ou reduzida	
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho.	Assistência considerável	Normal	Completa ou períodos de confusão
		Doença extensa		ou reduzida	
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa	Assistência quase completa	Normal	Completa
				ou reduzida	ou sonolência. +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Normal	Completa
				ou reduzida	ou sonolência. +/- confusão
20	Totalmente Acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência Completa	Mínima a pequenos goles	Completa
					ou sonolência. +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma. +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Maciel MGS. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 31-41⁸

NEUROCIRURGIA

Fonte: Protocolo NEUROCIRURGIA pelo RTD MARCUS VINICIUS CARDOSO DOS SANTOS - Matr.0198983-9,
Coordenador(a) Técnico(a) de Neurocirurgia
Parte integrante do Processo: 00060-00274144-2017-33

ATENÇÃO: Paciente pediátricos (até os 18 anos completos) serão encaminhados para o ambulatório de Neurocirurgia Pediátrica. Exceto lesão do plexo braquial obstétrica, que deverá ser encaminhada a Neurocirurgia do plexo braquial entre a 8ª e 10ª semana de vida após o parto.

Protocolo 1 - Malformações vasculares cerebrais/aneurismas cerebrais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial para neurocirurgia:

- a - paciente com exame de imagem evidenciando aneurisma intracraniano não roto ; ou
- b - paciente com história prévia de malformações vasculares cerebrais rotas/aneurismas rotos (incluindo hemorragia subaracnóide), não tratados; ou
- c - paciente com malformações vasculares cerebrais não rotas; ou
- d - paciente com história familiar de aneurisma intracraniano (dois ou mais parentes de primeiro grau).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- a - sinais e sintomas (descrever presença de sintomas neurológicos focais, exame físico neurológico, outros achados relevantes);
- b - presença de história prévia de aneurisma e/ou malformação vascular rota (sim ou não). se sim, descrever quando, se realizou e qual modalidade de tratamento;
- c - Laudo do exame de imagem e data (preferencialmente angiotomografia arterial cerebral, angioressonância arterial cerebral ou angiografia cerebral por subtração digital. Na impossibilidade destes, tomografia computadorizada de crânio sem contraste ou ressonância magnética de crânio)

Protocolo 2 - Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o ambulatório de neurocirurgia:

- 1 - AVC isquêmico ou AIT em paciente **já avaliado por serviço de Neurologia**, com obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70% que não foi submetida a procedimento cirúrgico ou endovascular emergencial no momento do diagnóstico.
- 2 - AVC isquêmico ou AIT em paciente **já avaliado por serviço de Neurologia**, com obstrução de artéria vertebral, no território vascular correspondente à lesão cerebral, que não foi submetida a procedimento cirúrgico ou endovascular emergencial no momento do diagnóstico.
- 3 - AVC isquêmico ou AIT em paciente **já avaliado por serviço de Neurologia**, com obstrução ou estenose de artéria intracraniana, que não foi submetida a procedimento endovascular emergencial no momento do diagnóstico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1. descrição do tipo de AVC (hemorrágico ou isquêmico), data do evento e etiologia;
- 2. laudo de exame de imagem (tomografia computadorizada de crânio sem contraste ou ressonância magnética de crânio sem contraste) com data;
- 3. resultado de ecocardiograma com data, quando realizado;
- 4. resultado de ecodoppler de carótidas e/ou vertebrais;
- 5. comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais;
- 4. Além do descritivo do encaminhamento, é necessário que o paciente compareça à consulta **acompanhado dos exames de imagem descritos no encaminhamento**, preferencialmente com laudo.

Protocolo 3 - Hidrocefalia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ambulatório de neurocirurgia:

- 1 - paciente com alteração em exame de imagem sugestiva de hidrocefalia; ou
- 2 - paciente com derivação ventricular – derivação ventrículo-peritoneal (DVP), ventrículo-atrial ou outras, sem acompanhamento na rede.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever presença de sintomas neurológicos focais, exame físico neurológico, outros achados relevantes);
2. paciente apresenta DVP ou outro tipo de derivação ou tratamento (sim ou não). Se sim, quando foi realizado;
3. laudo do exame de imagem, com data (tomografia computadorizada de crânio, ressonância magnética de crânio ou, na população pediátrica, ultrassom transfontanela);
4. Além do descritivo do encaminhamento, é necessário que o paciente compareça à consulta **acompanhado dos exames de imagem descritos no encaminhamento**, preferencialmente com laudo.

Protocolo 4 - Neoplasia do sistema nervoso central

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ambulatório de neurocirurgia:

- 1 - paciente com alteração em exame de imagem sugestiva de neoplasia encefálica/craniana ou raquidiana, sem critérios para avaliação na emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever presença de sintomas neurológicos focais, exame físico neurológico, outros achados relevantes);
2. História prévia de neoplasia maligna em outros órgãos e sistemas
3. laudo do exame de imagem, com data (conforme a localização, tomografia computadorizada de crânio, ressonância magnética de crânio, tomografia computadorizada de coluna e/ou ressonância magnética de coluna, nos segmentos afetados, preferencialmente contrastados).
4. Além do descritivo do encaminhamento, é necessário que o paciente compareça à consulta **acompanhado dos exames de imagem descritos no encaminhamento**, preferencialmente com laudo.
5. Os pacientes com lesão sugestiva de neoplasia supra-tentorial serão encaminhados para o ambulatório de **Neurocirurgia, agenda geral**.

Protocolo 5 - Síndrome do túnel do carpo e outras lesões compressivas de nervos periféricos.

A - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ambulatório de neurocirurgia ou ambulatório de cirurgia da mão:

- 1 - síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar; ou
- 2 - síndrome do túnel do carpo com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos); ou
- 3 - síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever características da dor, tempo de evolução, manobras de Tinel e Phalen, fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes);
2. tratamento em uso ou já realizado para síndrome do túnel do carpo (não-farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. conclusão da eletroneuromiografia, com data;
4. associação do sintomas com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
5. Além do descritivo do encaminhamento, é necessário que o paciente compareça à consulta **acompanhado dos exames descritos no encaminhamento**, preferencialmente com laudo.

B - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ambulatório de neurocirurgia, em lesões compressivas de nervos periféricos:

- 1 - síndrome compressiva com déficit de força objetivo e/ou atrofia muscular; ou
- 2 - síndrome compressiva com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos); ou
- 3 - síndrome compressiva há mais de 3 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes);
2. tratamento em uso ou já realizado para síndrome compressiva não-farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. conclusão da eletroneuromiografia, com data;
4. associação do sintomas com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
5. Além do descritivo do encaminhamento, é necessário que o paciente compareça à consulta **acompanhado dos exames descritos no encaminhamento**, preferencialmente com laudo.

Obs: Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, uso de órtese, exercícios e/ou acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Protocolo 6 – Lesões de nervos e do plexo braquial**Informações importantes:**

1. A maioria das lesões traumáticas do plexo braquial em adultos é fechada.
2. A avaliação clínica precoce permite o estabelecimento do quadro inicial da lesão para comparação com exames subsequentes.
3. O tratamento fisioterápico deve ser instituído de imediato para evitar contraturas e fixações articulares, bem como para retardar o processo de atrofia muscular.
4. A ENMG (eletroneuromiografia) deve ser realizada somente após a terceira semana, quando a degeneração walleriana já se completou.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA, DIRETRIZES, DEPARTAMENTO DE NERVOS PERIFÉRICOS. Dr. Mario G. Siqueira e Dr. Roberto S. Martins

A - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial para neurocirurgia, em lesão traumática fechada do plexo braquial em adultos:

- 1 - Pacientes com **casos agudos** de lesão fechada do plexo braquial em adultos:
- 2 - Pacientes com **casos não agudos (após três meses de ocorrência a lesão)**, de lesão fechada do plexo braquial em adultos:

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever características da lesão, tempo de evolução, outros sinais e sintomas relevantes);
2. tratamento em uso ou já realizado;
3. conclusão da eletroneuromiografia, com data;
4. mecanismo do trauma;
5. Além do descritivo do encaminhamento, é necessário que o paciente compareça à consulta acompanhado dos exames descritos no encaminhamento, preferencialmente com laudo.

B - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial para neurocirurgia, em lesão traumática aberta do plexo braquial ou nervos em adultos:

- 1 - Pacientes com laceração aguda, exceto arma de fogo
- 2 - Pacientes com laceração aguda, por projétil de arma de fogo, sem lesão vascular concomitante
- 3 - Pacientes com laceração aguda, por projétil de arma de fogo, com lesão vascular concomitante

C - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial para neurocirurgia nos casos de tumores do plexo braquial e nervos periféricos:

- 1 - ?

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever presença de sintomas neurológicos focais, exame físico neurológico, outros achados relevantes);
2. História prévia de neoplasia maligna em outros órgãos e sistemas
3. laudo do exame de imagem, com data (conforme a localização, tomografia computadorizada de crânio, ressonância magnética de crânio, tomografia computadorizada de coluna e/ou ressonância magnética de coluna, nos segmentos afetados, preferencialmente contrastados).
4. Além do descritivo do encaminhamento, é necessário que o paciente compareça à consulta acompanhado dos exames de imagem descritos no encaminhamento, preferencialmente com laudo.

Protocolo 7 - Neurocirurgia Funcional

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ambulatorial para neurocirurgia funcional:

- 1 - Pacientes para tratamento cirúrgico da doença de Parkinson e dos distúrbios dos movimentos, após avaliação pelo serviço de neurologia
- 2 - Pacientes para tratamento cirúrgico da espasticidade, após acompanhamento nos ambulatórios de neurocirurgia, neurologia ou fisioterapia.
- 3 - Pacientes para o tratamento cirúrgico da dor, após indicação pelos serviços de neurocirurgia, cirurgia da coluna – HRL, Paranoá, Ambulatório de dor, cuidados paliativos, neurologia, oncologia clínica.

COLPOSCOPIA

Fonte: Protocolo COLPOSCOPIA pelo RTD INDARA FERREIRA BRAZ DE QUEIROZ - Matr.1440376-5,
Coordenador(a) Técnico(a) de Ginecologia Oncológica
Parte integrante do Processo: 00060-00274144-2017-33

CLASSIFICAÇÃO DAS PRIORIDADES DAS COLPOSCOPIAS

Casos com CID: N87 / C53 / D06.9

VERMELHO	- CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASOR - ADENOCARCINOMA INVASOR - ADENOCARCINOMA IN SITU - LIEAG NÃO PODENDO EXLUIR MICRO-INVASÃO - LESÃO VEGETANTE FRIÁVEL DO COLO UTERINO, INDEPENDENTE DO RESULTADO DA COLPOCITOLOGIA
AMARELO	- LIEAG (NIC II OU III, NIVA II OU III) - ASC-H -AGC
VERDE	- LIEBG – 2 LAUDOS POSITIVOS CONSECUTIVOS EM INTERVALO MÍNIMO DE 6 MESES.
AZUL	- INEXISTE

Ginecologia Oncológica

Fonte: Protocolo COLPOSCOPIA pelo RTD INDARA FERREIRA BRAZ DE QUEIROZ - Matr.1440376-5,
Coordenador(a) Técnico(a) de Ginecologia Oncológica
Parte integrante do Processo: 00060-00274144-2017-33

CLASSIFICAÇÃO DAS PRIORIDADES DA GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

CID: C56 / D39.1

VERMELHO	* Neoplasia de Ovário confirmada por biópsia
AMARELO	* Massas anexiais suspeitas
	<p>Tamanho ≥ 10 cm, septação espessa, multilocular, ecogenicidade aumentada e/ou mista e/ou componente sólido, excrescências papilares presentes.</p> <p>Associado a presença de 1 das características abaixo:</p> <p>#Pós-menopausa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elevação dos níveis de CA-125; - Ascite; - Massa fixa ou nodular; - Evidência de metástases abdominais ou à distância; - História familiar de um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de ovário ou mama. <p>#Pré-menopausa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Níveis de CA-125 muito elevados (>200 U/ mL); - Ascite; - Evidência de metástase abdominal ou à distância; - História familiar de um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de ovário ou mama. - Evidência de metástase abdominal ou à distância; - História familiar de um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de ovário ou mama.

CID: C54

VERMELHO	<p>Independente da idade:</p> <ul style="list-style-type: none">* Neoplasia do endométrio evidenciada em biópsia;* Exame de imagem com lesão tumoral suspeita de neoplasia de endométrio.
AMARELO	<p>Pré-menopausa:</p> <ul style="list-style-type: none">* Sangramento uterino anormal associado a pólipos ou hiperplasia de endométrio (espessura endometrial maior ou igual a 12 mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual);* Sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e ao menos mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno).
	<p>Menopausa:</p> <ul style="list-style-type: none">* Espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada na ecografia pélvica transvaginal em pacientes sem terapia de reposição hormonal, e 10mm naquelas usuárias de terapia de reposição hormonal, com presença de ao menos um fator de risco (história familiar ou pessoal de anovulação crônica, obesidade, estrogênioterapia sem associação com progestagênios, hiperplasia endometrial já diagnosticada ou diabetes);* Sangramento uterino anormal;* Descrição de endométrio heterogêneo e irregular na ecografia.

GERIATRIA

Fonte: Protocolo GERIATRIA pelo RTD LARISSA DE FREITAS OLIVEIRA - Matr.1442230-1,

Coordenador(a) Técnico(a) de Geriatria

Parte integrante do Processo: 00060-00274144-2017-33

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA GERIATRIA

Critério Geral: ter mais de 60 anos e estar de acordo com os critérios abaixo

Protocolo 1 – Fragilidade

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para geriatria:

- VES 13 \geq 3 pontos (instrumento presente na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa)
- Ter pontuação \geq 1 pelos critérios de fragilidade de FRIED (ANEXO 1)

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever idade e modo de início, tempo de evolução, situações e tarefas que o paciente apresenta prejuízo, exame físico, circunferência de panturrilha, peso, altura, outros sinais e sintomas associados);
- Descrever resultado de pontuação do VES 13 e critérios de FRIED;
- Listar todos os medicamentos em uso pelo paciente;
- Resultado dos exames realizados recentemente;
- Outras informações de importância para o caso segundo avaliação do médico assistente.

Protocolo 2 – Incapacidade Cognitiva (*Delirium*, Depressão e Demência)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para geriatria:

- Declínio cognitivo progressivo (limitação da funcionalidade, alteração cognitiva, transtorno comportamental associado)
- Excluir causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados
- Deve ser excluído aquele paciente que já se encontra em tratamento com neurologista ou psiquiatra na SES-SF

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Funcionalidade do paciente
- Escolaridade (anos concluídos de educação formal);
- Sinais e sintomas (descrever idade e modo de início, tempo de evolução, situações e tarefas que o paciente apresenta prejuízo, exame físico, outros sinais e sintomas associados);
- Informar presença de sinais e sintomas de transtorno de humor (depressão, ansiedade). Se presentes, qual o tratamento em uso;
- Relato do atendimento inicial com medicamentos prescritos e resultado dos exames realizados (incluindo os realizados para investigação da etiologia do quadro confusional agudo);
- Na suspeita de *Delirium* paciente necessita atendimento prévio em serviço de emergência e descrição de sinais e sintomas de início recente (menos de 02 semanas de início);
- Listar detalhadamente todos os medicamentos em uso pelo paciente, incluindo os de uso recente, com receita médica ou não;
- Pontuação em testes de rastreio (se realizados), por exemplo, o Mini Exame do Estado Mental;
- Pontuação \geq 5 na Escala Geriátrica de Depressão;

Protocolo 3 – Instabilidade Postural e Quedas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para geriatria:

- Risco aumentado de quedas com alteração de marcha e equilíbrio
- Quedas recorrentes (2 ou mais nos últimos 12 meses) com ou sem fraturas

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever número de quedas no último ano, local da queda, se houve comprometimento funcional ou não);
- Resultado dos exames realizados;
- Listar todos os medicamentos em uso pelo paciente;

Protocolo 4 – Polifarmácia e Multimorbidades

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para geriatria

- Resultado de exames laboratoriais (quando realizados): hemograma, sódio, potássio, uréia, creatinina, TGO, TGP, TSH, vitamina B12, ácido fólico, glicemia, VDRL, vitamina D, EAS e outros que forem julgados necessários pelo médico assistente;
- Resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio) com data (se realizado);

- Paciente portador de cinco ou mais patologias e/ou em uso de cinco ou mais classes farmacológicas ao dia
- Internações recentes (mais de 2 internações nos últimos 6 meses)

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrição detalhada de intercorrências, histórico de internações, condutas tomadas até o momento);
- Resultado de exames realizados;
- Listar todos os medicamentos em uso detalhando posologia, dose e tempo de uso.

ANEXO 1

Critérios de Fried (CHS) (Fried et al., 2001)

1. Perda de peso não intencional (mínimo 4,5 kg ou 5% do seu peso corporal) no último ano
2. Redução na força de preensão palmar
3. Exaustão referida
4. Lentificação na velocidade da marcha
5. Baixo gasto calórico semanal

0 - Não frágil

1 ou 2 - Pré frágil

≥ 3 Frágil

NEFROLOGIA

Fonte: Protocolo pelo RTD ,

Documento SEI 5190347 e 5190432

Parte integrante do Processo: 00060-00274144-2017-33



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Gerência de Recursos Médico-Hospitalares/DIASE/SAS
Coordenação de Nefrologia

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA NEFROLOGIA ADULTO (> 18 anos)

Nome completo: _____

Data nasc: _____ CNES: _____ Unidade de origem: _____

1 - Motivo do encaminhamento (história clínica e/ou resultado de exames)

2 - Hipótese diagnóstica: _____

3- Tabela de prioridade para atendimento

() VERMELHO	<input type="checkbox"/> DRC com TFG < 30 ml/min ¹ <input type="checkbox"/> Proteinúria (proteinúria > 1g/24h) ² <input type="checkbox"/> Transplantado renal ⁶	<input type="checkbox"/> Perda rápida da função renal (> 5 ml/min/1,73 m ² em um período de seis meses, com uma TFG < 60 /min/1,73 m ² , confirmado em dois exames) ³
() AMARELO	<input type="checkbox"/> Macroalbuminúria, em não diabéticos (RAC ≥ 300mg/g) ³ <input type="checkbox"/> Alterações eletrolíticas crônicas (descartado medicamento e distúrbio gastrointestinal) ³ <input type="checkbox"/> Acidose Metabólica refratária ³	<input type="checkbox"/> Suspeita de HAS secundária ⁴ <input type="checkbox"/> Hipertensão resistente – pressão acima das metas com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão ⁴
() VERDE	<input type="checkbox"/> Hematúria persistente (em mais de 1 exame, com presença de dismorfismo eritrocitário ou tendo descartado cálculo/ITU) ³ <input type="checkbox"/> Nefrolitíase bilateral e/ou recorrente ⁵ <input type="checkbox"/> Infecção de trato urinário recorrente, mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas, e na presença de urocultura positiva ³	<input type="checkbox"/> Presença de cilindros com potencial patológico em dois EAS (graxos, hemáticos, céreos ou leucocitários) ³ <input type="checkbox"/> Alterações anatômicas que provoquem perda da função (doença renal policística, estenose da artéria renal, assimetria renal > 1,5cm entre os rins) ³
() AZUL Competência da ATENÇÃO BÁSICA	<input type="checkbox"/> DRC de etiologia conhecida com TFG > 30 ml/min <input type="checkbox"/> ITU não recorrente	<input type="checkbox"/> Cisto renal simples <input type="checkbox"/> Nefrolitíase (episódio único)

DRC - doença renal crônica; TFG - taxa de filtração glomerular; RAC - relação albuminúria/creatininúria; EAS - elementos e sedimentos anormais da urina; HAS - hipertensão arterial sistêmica

4- Sugestão de exames mínimos para encaminhamento

- Ureia, creatinina e EAS
- Ecografia de aparelho urinário
- Albuminúria de 24h ou relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina

Data: _____

Assinatura e carimbo do médico

() VERMELHO	<input type="checkbox"/> DRC com TFG < 30 ml/min ¹ <input type="checkbox"/> Proteinúria (proteinúria > 1g/24h) ² <input type="checkbox"/> Transplantado renal ⁶	<input type="checkbox"/> Perda rápida da função renal (> 5 ml/min/1,73 m ² em um período de seis meses, com uma TFG < 60 /min/1,73 m ² , confirmado em dois exames) ³
() AMARELO	<input type="checkbox"/> Macroalbuminúria, em não diabéticos (RAC _≥ 300mg/g) ³ <input type="checkbox"/> Alterações eletrolíticas crônicas (descartado medicamento e distúrbio gastrointestinal) ³ <input type="checkbox"/> Acidose Metabólica refratária ³	<input type="checkbox"/> Suspeita de HAS secundária ⁴ <input type="checkbox"/> Hipertensão resistente – pressão acima das metas com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão ⁴
() VERDE	<input type="checkbox"/> Hematuria persistente (em mais de 1 exame, com presença de dismorfismo eritrocitário ou tendo descartado cálculo/ITU) ³ <input type="checkbox"/> Nefrolitíase bilateral e/ou recorrentes ⁵ <input type="checkbox"/> Infecção de trato urinário recorrente, mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas, e na presença de urocultura positiva ³	<input type="checkbox"/> Presença de cilindros com potencial patológico em dois EAS (graxos, hemáticos, céreos ou leucocitários) ³ <input type="checkbox"/> Alterações anatômicas que provoquem perda da função (doença renal policística, estenose da artéria renal, assimetria renal > 1,5cm entre os rins) ³
() AZUL Competência da ATENÇÃO BÁSICA	<input type="checkbox"/> DRC de etiologia conhecida com TFG > 30 ml/min <input type="checkbox"/> ITU não recorrente	<input type="checkbox"/> Cisto renal simples <input type="checkbox"/> Nefrolitíase (episódio único)

Protocolo 1 – DOENÇA RENAL CRÔNICA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73 m² (estágios 4 e 5) (ver quadro 1 no anexo); ou
- Proteinúria (ver quadro 2 no anexo); ou
- Hematuria persistente (confirmada em dois exames de EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre eles e pesquisa de hemácias dismórficas positiva); ou
- Alterações anatômicas que provoquem lesão ou perda de função renal (ver quadro 3 no anexo); ou
- Perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73 m² em 6 meses, com uma TFG <60 ml/min/1,73m², confirmado em dois exames); ou
- Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, hemáticos ou leucocitários);
- Acidose metabólica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados de creatinina sérica com no mínimo seis meses de intervalo entre eles);
2. Resultado de microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
3. Resultado EAS/Urina Tipo 1 (se hematúria, descreva 2 exames com 8 semanas de intervalo entre eles e pesquisa de hemácias dismórficas), com data*;
4. Resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;

* A pesquisa de hemácias dismórficas é importante para definir se a origem é glomerular. Hematúria cuja origem não é glomerular deve ser avaliada por Urologista.

Protocolo 2 – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RECORRENTE

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;
2. Resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados de creatinina sérica com no mínimo 6 meses de intervalo entre eles);
3. Resultado de ecografia das vias urinárias, com data;
4. Descrever se foi realizado profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita (medicamento, dose e posologia);

Protocolo 3– NEFROLITÍASE

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

Nefrolitíase bilateral e recorrente;

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Resultado de ecografia urinária ou Raio X, com data (para cálculos ureterais menores ou iguais a 10 mm são necessários dois exames, com no mínimo 6 semanas de intervalo entre eles);
3. Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
4. Tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;

Protocolo 4 – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia ou cardiologia ou endocrinologia (conforme a principal suspeita clínica da hipertensão secundária):

- Suspeita de hipertensão secundária (ver quadro 4, no anexo); ou
- Falta de controle da pressão com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Medicações em uso, com dose e posologia;
3. Duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;
4. Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes, com data;
5. Avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não).

Protocolo 5 – CISTOS E DOENÇA RENAL POLICÍSTICA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- Suspeita de doença policística renal (ver quadro 5, no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outros achados relevantes);
2. Resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização;
3. Resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo 6 meses de intervalo entre eles);
4. Resultado EAS/Urina Tipo 1, com data (se hematúria, 2 exames com 8 semanas de intervalo entre eles e pesquisa de hemácias dismórficas);
5. Presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não) e grau de parentesco.

Protocolo 6 – DIABETES MELLITUS

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- Pacientes com taxa de filtração glomerular $< 30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ (estágios 4 e 5) (ver quadro 1, no anexo); ou
- RAC maior que 1 g/g ; ou
- Perda rápida da função renal ($> 5 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ em um período de 6 meses, com uma TFG $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$, confirmado em dois exames).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo 6 meses de intervalo entre eles);
2. Resultado microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
3. Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes;

Protocolo 7 – TRANSPLANTADO RENAL

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- Todo paciente que possui um enxerto renal funcionando

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
2. Resultado EAS/Urina Tipo 1, com data;
3. Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes;
4. Medicações em uso, com dose e posologia.

Quadro 4 – Características que sugerem hipertensão secundária:

Suspeita Clínica	Alteração
Hipertensão grave ou com lesão em órgão alvo de evolução rápida ou resistente ao tratamento (mal controle pressórico a despeito de uso adequado de três medicamentos anti-hipertensivos de classes diferentes, incluindo uso de diurético)	
Elevação súbita persistente da pressão em pessoas com idade superior a 50 anos.	
Início antes dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco (obesidade, história familiar)	
Doença renovascular	Sopro abdominal, alteração da função renal por medicamentos que bloqueiam o sistema renina-angiotensina (inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor da angiotensina). Suspeita-se quando houver diminuição de 30% da taxa de filtração glomerular após iniciar a medicação ou incremento na creatinina basal em 0,5 a 1 mg/dL.
Doença do parênquima renal	Elevação da creatinina, ureia, proteinúria, hematúria
Coarctação da aorta	Pulsos femorais reduzidos ou retardados, pressão sistólica em membros superiores pelo menos 10 mmHg maior que nos membros inferiores, sopro sistólico interescapular ou sopro sistólico amplo em crescendo-decrescendo em toda parede torácica
Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono	Ronco, sonolência diurna, apneia noturna
Hipertireoidismo	Intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, hipertensão sistólica, exoftalmia, tremores, taquicardia
Hiperparatireoidismo	Litíase urinária, osteoporose, depressão, letargia, fraqueza muscular
Hiperaldosteronismo	Hipocalemia e/ou com nódulo adrenal
Feocromocitoma	Hipertensão paroxística com cefaleia, sudorese e palpitações
Síndrome de Cushing	Face em “lua cheia”, “corcova” dorsal, estrias purpúricas, obesidade central

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010).

Quadro 5 – Suspeita de doença policística renal:

História familiar positiva e
Pacientes com idade entre 15 e 39 anos com três ou mais cistos uni ou bilaterais
Pacientes com idade entre 40 e 59 anos com dois ou mais cistos em cada rim
Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos com quatro ou mais cistos em cada rim
História familiar negativa e 10 ou mais cistos em cada rim, na ausência de achados sugestivos de outra doença renal cística, principalmente se rins aumentados bilateralmente ou presença concomitante de cistos hepáticos, pancreáticos ou esplênicos.
Fonte: BARROS (2013)

NEUROLOGIA

Fonte: Protocolo MS/UFRS ,

Documento SEI 10416528

Parte integrante do Processo: 00060-00346712-2018-96

Protocolo 1 – Cefaleia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- ✓ migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na APS (tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento diferentes para migrânea (enxaqueca) ou com tricíclico para cefaleia tipo tensão, por um período mínimo de 3 meses); **ou**
- ✓ outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou tipo tensão; **ou**
- ✓ paciente com necessidade de investigação com exame de imagem (ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada de crânio), quando exame não for disponível na APS:
 - padrão novo ou mudança recente no padrão da cefaleia; **ou**
 - início da cefaleia em pessoa com mais de 50 anos; **ou**

- evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucas semanas ou meses; **ou**
- dor que acorda durante o sono; **ou**
- dor desencadeada pelo esforço, coito, tosse, atividade física ou manobra de Valsalva.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade de início da cefaleia, tempo de evolução, características da dor, frequência das crises, mudança no padrão, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);
2. tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 2 – Demência

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- ✓ declínio cognitivo rapidamente progressivo (limitação funcional, cognitiva, comportamental ou motora significativas com evolução menor que dois anos); **ou**
- ✓ declínio cognitivo em que foram excluídas causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade e modo de início, tempo de evolução, situações e tarefas que o paciente apresenta prejuízo, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);
2. pontuação no mini exame do estado mental e escolaridade (anos concluídos de educação formal);
3. sintomas depressivos (sim ou não). Se sim, qual o tratamento em uso e resposta;
4. resultado dos exames: TSH, vitamina B12, FTA-abs e VDRL (com data);
5. resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado)
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 3 – Convulsão/ Epilepsia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- ✓ pelo menos um episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva (quadro 3), sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS; **ou**
- ✓ diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises com tratamento otimizado e descartada má adesão; **ou**
- ✓ paciente com epilepsia controlada há pelo menos 2 anos que deseja avaliação para retirada da medicação; **ou**
- ✓ mulheres com epilepsia que estão gestantes ou que desejam planejar gravidez.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever as características e a frequência das crises convulsivas, idade de início, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas fora das crises convulsivas);
2. diagnóstico prévio de epilepsia (sim ou não). Se sim, descreva o tipo;
3. tratamentos em uso ou já realizados para epilepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. medicamentos em uso que interferem no limiar convulsivo (sim ou não). Se sim, quais;
5. avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 4 – Síncope ou perda transitória da consciência

Atenção: Paciente com síncope vasovagal usualmente não necessita avaliação em serviço especializado. As características comuns da síncope vasovagal são:

- o síncope desencadeada por postura ortostática prolongada; ou
- o síncope situacional, desencadeada por fatores definidos (dor, medo, fobia de sangue ou procedimentos médicos) ou situações específicas (tosse, espirro, estimulação gastrointestinal, pós-miccional); ou
- o que apresenta sintomas prodrômicos típicos como sudorese, calor e escurecimento da visão.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- ✓ episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva (quadro 3 e consultar protocolo de convulsão/epilepsia).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever episódio com sua frequência e duração, associação com outros sintomas de provável origem cardiológica (palpitação, dispneia, desconforto precordial), relação com exercício ou outros fatores desencadeantes e exame físico neurológico e cardiológico);
2. presença de cardiopatia (sim ou não). Se sim, qual;
3. história familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco;
4. resultado de eletrocardiograma com data, se realizado;
5. medicamentos que podem causar síncope (antiarrítmicos, anti-hipertensivos) (sim/não). Se sim, descreva.
6. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 5 – Tremor e síndromes parkinsonianas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- ✓ suspeita de doença de Parkinson sem uso de medicamentos potencialmente indutores (quadro 5); ou
- ✓ suspeita de tremor essencial sem resposta ao tratamento clínico otimizado.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade de início e tempo de evolução dos sintomas, características do tremor, bradicinesia, rigidez muscular do tipo plástica, alteração da marcha, instabilidade postural e demais exames neurológicos);
2. tratamentos em uso ou já realizados para tremor e/ou síndrome parkinsoniana (medicamentos utilizados com dose e duração do tratamento);
3. outros medicamentos em uso (com dose e posologia);
4. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 6 – Acidente vascular cerebral

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- ✓ AVC hemorrágico sem etiologia definida; ou

- ✓ AVC isquêmico em paciente com menos de 45 anos; **ou**
- ✓ AVC isquêmico com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma); **ou**
- ✓ AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%; **ou**
- ✓ Paciente com estenose de carótida assintomática¹ maior que 70%.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do tipo de AVC (hemorrágico ou isquêmico), data do evento e etiologia, quando conhecida;
2. resultado de exame de imagem (TC de crânio) com data (se realizado);
3. resultado de ecocardiograma com data (se realizado);
4. resultado de ecodoppler de carótidas (se realizado);
5. comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

¹ Não se recomenda realizar ecografia de carótidas de rotina como método de rastreamento para doença cardiovascular. Em pacientes que realizar o exame, considerar paciente assintomático quando não apresentou AVC/AIT ou quando o evento foi há mais de 6 meses.

Protocolo 7 – Distúrbios do movimento (ataxias e coreias)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- ✓ suspeita ou diagnóstico de ataxia (quadro 6); **ou**
- ✓ suspeita ou diagnóstico de coreia (quadro 7).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. história familiar de ataxia ou coreia hereditária (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
3. história de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco;
4. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 8 – Polineuropatia

Pacientes com sintomas de polineuropatia com características típicas e etiologia definida (como DM, abuso de álcool, quimioterapia, entre outros) devem inicialmente ser manejados na APS. Encaminhar pacientes ao neurologista que apresentam sintomas atípicos, refratários ou sem etiologia definida.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- ✓ polineuropatia desmielinizante; **ou**
- ✓ polineuropatia com características atípicas (quadro 8); **ou**

polineuropatia com etiologia definida porém com sintomas progressivos ou refratários ao tratamento clínico otimizado (tratamento da causa base e uso de medicamentos como tricíclicos ou gabapentina); **ou**.

- ✓ sintomas de polineuropatia (perda de sensibilidade, sensação de queimação, formigamento, perda de força) sem etiologia definida após investigação inicial na APS (quadro 9).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (evolução dos sintomas no tempo, características dos sintomas sensitivos, motores, reflexos miotáticos profundos, entre outros);
2. resultado de eletroneuromiografia, com data (se realizado);
3. descrever resultado de exames realizados na investigação, com data;
4. paciente tem outras comorbidades? (sim ou não) Se sim, quais?
5. tratamento em uso ou já realizado para polineuropatia (descreva medicamento e posologia);
6. outros medicamentos em uso;
7. história familiar de neuropatia hereditária (sim ou não)? Se sim, descreva a doença e grau de parentesco;
8. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 9 – Vertigem

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- ✓ Vertigem com suspeita de origem central (quadro 10) após avaliação em serviço de emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (duração, tempo de evolução e frequência dos episódios de vertigem; fatores desencadeantes; outros sintomas associados, exame físico neurológico e otoscopia);
2. tratamento em uso ou já realizados para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. resultado de TSH e glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, com data;
4. medicamentos que cursam com vertigem (quadro 13);
5. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.