



PREFEITURA DE BENTO GONÇALVES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REGULAÇÃO AMBULATORIAL

Protocolos municipais de encaminhamento para Cirurgia Geral

Protocolo desenvolvido conforme Portaria SAS nº 423, de 09 de julho de 2002 que aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo referente ao controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS; e Política Nacional de Regulação (PNR) regulamentada pela [Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008](#).

DIRETORES TÉCNICOS

Daniel Francio - Médico Regulador
Júlia Oliari Franco - Médica Reguladora
Pedro Augusto Cavagni Ambrosi - Médico Regulador
Marcos Vinícios Cardoso Junior - Médico Cirurgião Geral

SUPERVISÃO GERAL

Daiane Piuco - Coordenadora da Central de Regulação Ambulatorial
Paula Coghetto Pertile - Médica coordenadora da Atenção Primária
Thiago Arpini Valerio - Médico coordenador

AUTORIDADES

Gilberto Santo Souza de Souza Junior - Secretário Municipal de Saúde
Diogo Segabinazzi Siqueira - Prefeito de Bento Gonçalves

Protocolos municipais de encaminhamento para Cirurgia Geral

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação do caso.

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Cirurgia Geral. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com hérnia femoral, hérnia de parede abdominal ou inguinal com complicação prévia, colelitíase com complicação prévia ou linfonodomegalia com indicação de biópsia devem ter preferência no encaminhamento para Cirurgia Geral quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado (urgência/emergência ou ambulatório de atenção especializada), conforme sua avaliação e fornecer todas as informações pertinentes solicitadas pela Regulação Ambulatorial.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Em caso de dúvida ou situação não disponível ou contemplada neste protocolo, por favor discuta qual o melhor fluxo com a Regulação Municipal através do email: regulacaomedicabentogoncalves@gmail.com ou ainda do nosso WhatsApp disponibilizado aos médicos cadastrados na Rede Municipal de Saúde de Bento Gonçalves.

| | |
|---|----------|
| Protocolos municipais de encaminhamento para Cirurgia Geral | 2 |
| Protocolo 1 - HÉRNIAS DE PAREDE ABDOMINAL | 4 |
| Protocolo 2 - DOENÇAS DA VESÍCULA BILIAR | 5 |
| Protocolo 4 - RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL OU FECHAMENTO DE COLOSTOMIA | 9 |
| Protocolo 5 - LINFONODOMEGALIA | 10 |
| Protocolo 6 - OUTRAS PATOLOGIAS | 12 |
| REFERÊNCIAS | 13 |

Protocolo 1 - HÉRNIAS DE PAREDE ABDOMINAL

CIRURGIA GERAL:

1. Hérnia de parede abdominal;
2. Hérnia umbilical;
3. Hérnia inguinal;
4. Hérnia femoral;
5. Hérnia incisional;
6. Demais hérnias de parede abdominal;
7. Diástase de retos abdominais.

Casos com suspeita ou confirmação de hérnia encarcerada/estragulada devem ser encaminhados imediatamente para UPA ou Pronto Atendimento hospitalar.

Pacientes com comorbidades como obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), diabetes ou hipertensão descompensados, tabagismo ativo apresentam contraindicação relativa ao procedimento cirúrgico. Assim que identificadas essas condições, o seu manejo na APS deve ocorrer concomitantemente ao encaminhamento ao serviço de Cirurgia Geral.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. História da doença relacionada ao encaminhamento (com descrição de sinais/sintomas e prejuízo nas funções da vida diária);
2. Exame físico direcionado;
3. Ultrassonografia de parede abdominal - deve ser solicitada e anexada ao encaminhamento nos casos de dúvida diagnóstica;
4. Encaminhar sem ultrassonografia ou outro exame complementar nos casos de alta suspeição diagnóstica.

Para uso da Regulação:

1. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. História de complicação prévia por hérnia abdominal;
 - b. Diagnóstico diferencial com neoplasias;
 - c. Casos discutidos com Regulação Médica.
2. Brevidade média:
 - a. Dor com limitação funcional.
3. Brevidade baixa:
 - a. Dor sem limitação funcional.

Protocolo 2 - DOENÇAS DA VESÍCULA BILIAR

CIRURGIA GERAL:

1. Colelitíase sintomática;
2. Colelitíase com complicação prévia em paciente não submetido à colecistectomia;
3. Colelitíase assintomática associada a fatores de risco para neoplasia do trato biliar¹;
4. Coledocolitíase sem critério para emergência;
5. Pólipos de vesícula > 5mm ou com crescimento durante acompanhamento ultrassonográfico;
6. Pólipos de vesícula de qualquer tamanho, sintomáticos.

| Tamanho do pólio | Fatores de risco ¹ | Acompanhamento ² |
|---|-------------------------------|---|
| < 6 mm | Não | Ultrassonografia em 1, 3 e 5 anos após o diagnóstico. Caso se confirme a estabilidade com tamanho abaixo de 6 mm, pode-se encerrar o seguimento. |
| | Sim | Ultrassonografia em 6 e 12 meses. Caso se confirme a estabilidade com tamanho abaixo de 6 mm, manter seguimento ecográfico anual até completar 5 anos. |
| Entre 6 e 9 mm | Não | Ultrassonografia em 6 e 12 meses. Após, manter acompanhamento ecográfico anual até completar 5 anos. |
| | Sim | Risco aumentado de malignidade. Pode ser indicada colecistectomia, embora com menor nível de evidência. Alternativamente, pode ser realizada ultrassonografia em 6 a 12 meses e, após, a cada 12 meses. |
| ≥ 10 mm ou com crescimento ³ | Não | Encaminhar para colecistectomia. |
| | Sim | |

¹Fatores de risco para câncer de vesícula biliar em pacientes com pólio de vesícula biliar: idade maior que 50 anos, colangite esclerosante primária, espessamento focal da parede da vesícula > 4 mm.

²Se durante o acompanhamento o pólio da vesícula biliar desaparecer, sugere-se descontinuar o seguimento ecográfico, independente do risco para câncer de vesícula biliar (provável pseudopólio).

³Crescimento de 2 mm ou mais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Wiles *et al.* (2017).

¹ Fatores de risco para neoplasia do trato biliar em pacientes com colelitíase: adenoma (pólio) de vesícula biliar ≥ 6 mm ou em crescimento, vesícula biliar em porcelana, drenagem anormal do ducto pancreático.

Atentar-se à indicações de atendimento em **serviço de urgência**, por exemplo: Abdome agudo; Colecistite aguda; Pancreatite aguda.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. Quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, história de complicações - colecistite, colangite ou pancreatite aguda, comorbidades);
2. Descrever se há fatores de risco para neoplasia de vesícula biliar;
3. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se crescimento de pólipos ao longo de duas ou mais ultrassonografias, anexar/descrever os resultados dos exames com data);

Para uso da Regulação:

1. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Colelitíase sintomática com atendimento em serviço de urgência prévio;
 - b. Risco de neoplasia;
 - c. Casos previamente discutidos com regulação.
2. Brevidade média:
 - a. Colelitíase sintomática sem atendimento em serviço de urgência;
 - b. Pólipos de vesícula sintomáticos.
3. Brevidade baixa:
 - a. Pólipos de vesícula < 10mm assintomáticos

Protocolo 3 - LESÕES DE PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO

CIRURGIA GERAL:

1. Lipomas;
2. Cistos Sebáceos;
3. Cistos Epidérmicos;
4. Ceratose Seborreica;
5. Onicocriptose (com impossibilidade de cantoplastia na ESF);
6. Infecções de feridas (exceto ferida de pé diabético e insuficiência venosa).

Lesões palpebrais ou próximas à estrutura ocular devem ser encaminhada à **oftalmologia**.

Lesões de pele com necessidade de biópsia incisional diagnóstica antes da definição terapêutica (diagnóstico diferencial de lesão tumoral, inflamatória ou infecciosa; ex: lúpus, micose profunda, micobacteriose) devem ser encaminhadas para **dermatologia**.

Lesão labial ou em cavidade bucal, pequena ou superficial, passível de biópsia incisional ou remoção cirúrgica a nível ambulatorial deve ser discutida com serviço de odontologia - Bucomaxilofacial para encaminhamento à **estomatologia**.

Lesões relacionadas à insuficiência venosa/arterial e feridas de pé diabético devem ser encaminhadas à **cirurgia vascular**.

Atentar-se à indicações de atendimento em **serviço de urgência**, por exemplo: infecção de partes moles sem melhora com uso de antibiótico oral, abscesso de pele e subcutâneo (inclui cistos sebáceos/epidérmicos e pilonidal), trombose hemorroidária aguda.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. Quadro clínico (sinais e sintomas associados, tempo de evolução, manifestações de gravidade, prejuízo funcional);
2. Anexar laudo de exames complementares, se realizados, com data;
3. Tratamento atual ou realizado para a condição (descrever medicamentos, posologia e tempo de uso);
4. Anexar fotos das lesões em casos de lesões de pele.

Para uso da Regulação:

1. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Quadros discutidos com Regulação Médica.
2. Brevidade média OU baixa:
 - a. Quadros com suspeita de associação com o trabalho;

- b. Prejuízo em atividades laborais ou atividades diárias de vida.
- 3. Eletivo:
 - a. Demais situações descritas em protocolo.

Protocolo 4 - RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL OU FECHAMENTO DE COLOSTOMIA

CIRURGIA GERAL:

1. Indicação de gastrostomia;
2. Possível indicação de reversão de colostomia;

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. Quadro clínico (motivo da realização do procedimento, comorbidades, achados do exame físico considerados importantes para avaliação clínica – estado nutricional, hidratação e medicações);
2. Tratamentos prévios realizados (especialmente se procedimentos cirúrgicos: tipo, data e serviço em que foi realizado);
3. Parecer da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, nutricionista e fonoaudióloga) - de preferência documentado e anexado.

Para uso da Regulação:

4. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Indicação de gastrostomia;
 - b. Casos discutidos com Regulação Médica.
5. Brevidade média OU baixa:
 - a. Reversão de colostomia.

Protocolo 5 - LINFONODOMEGALIA

CIRURGIA GERAL:

1. Linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderido a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados);
2. Linfonodomegalia persistente (≥ 2 cm) após 4 semanas sem causa definida após investigação na APS;
3. Linfonodomegalia supraclavicular.
4. Linfonodomegalia mediastinal.

Há diversas causas para linfonodomegalias e, portanto, as características clínicas, exame físico e exames complementares são fundamentais para orientar o encaminhamento para o serviço especializado mais apropriado.

Sugerimos consultar o material: Quais as causas e qual a investigação inicial de linfonodomegalia periférica? - Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/linfonodos/>, bem como Protocolo de Encaminhamento à Cirurgia Geral do TelessaúdeRS.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. Sinais e sintomas (exame físico abdominal, sintomas constitucionais e outras alterações relevantes);
2. Presença de sintomas B (febre, sudorese noturna, emagrecimento);
3. Características do(s) linfonodo(s) (tamanho, localização, consistência, fixação a planos profundos e tempo de evolução do quadro);
4. Anexar resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia, quando presente), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
5. Anexar resultado dos exames complementares, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, quando investigação de linfonodomegalia periférica, com data, se realizados: raio-X de tórax, sorologias anti-HIV, HBsAg, anti-HCV, VDRL (ou testes rápidos), monoteste ou EBV IgM e IgG, prova tuberculínica. Se linfonodomegalia cervical, também toxoplasmose IgG e IgM e citomegalovírus IgG e IgM;
6. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
7. Encaminhar sem solicitar ultrassonografia nos casos de alta suspeição diagnóstica.

Importante: A solicitação de exames complementares NÃO DEVE atrasar a investigação ou encaminhamento em caso de alta suspeição diagnóstica.

Para uso da Regulação:

1. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Quadros com suspeita de neoplasia;
 - b. Achados com indicativo de biópsia.

Protocolo 6 - OUTRAS PATOLOGIAS

Importante: Temporariamente, outras patologias serão avaliadas pelo Cirurgião Geral do município, até que se estabeleçam fluxos adequados para tais. Além dos exemplos citados à seguir, entende-se que há diversos quadros que beneficiam-se da avaliação cirúrgica, portanto, podem ser encaminhados para a especialidade, fornecendo o máximo de informações possíveis para adequado seguimento.

CIRURGIA GERAL:

1. Fimose;
2. Hipospádia;
3. Criptorquidia;
4. Hidrocele;
5. Varicocele;
6. Suspeita de neoplasias penianas, cabeça e pescoço;
7. Avaliações cirúrgicas pediátricas (infantis e neonatais).

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. Sinais e sintomas;
2. Exame físico;
3. Comorbidades;
4. Medicamentos de uso contínuo;
5. Alergias medicamentosas;
6. Cirurgias anteriores;
7. Anexo de exames complementares;
8. Demais informações clínicas que mereçam destaque.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas ub's:

1. Colelitíase assintomática, exceto por microcálculos que deve ser encaminhada;
2. Pólipo único de vesícula biliar menor que 5 mm sem antecedentes de neoplasias malignas.(Iniciar acompanhamento ultrassonográfico, em caso de alteração e dúvidas fazer o encaminhamento)
3. Decanulação de traqueostomia (deve haver acompanhamento com fisioterapia respiratória e fonoaudiologia)
4. Troca de sonda vesical de demora e sonda de gastrostomia
5. Swab de ferida para cultural e antibiograma
6. Encaminhamentos para a Cirurgia Plástica - Realizados via Telessaúde pelo médico do posto de saúde, atentar para protocolo específico do Telessaúde.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Reumatologia e Ortopedia Adulto [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 23 p.: il. (**Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada**; v. 3).

DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FERRER, R. L. **Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2024. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-peripheral-lymphadenopathy-in-adults>. Acesso em 25 fev. 2024.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HERNIASURGE GROUP. International guidelines for groin hernia management. **Hernia**, Paris, v. 22, n. 1, p. 1-165, Jan. 2018. Doi 10.1007/s10029-017-1668-x.

ROHDE, L.; OSVALDT, A.B. (ed.). **Rotinas em cirurgia digestiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Qual a conduta frente a um paciente com pólipos de vesícula biliar em ecografia abdominal total?** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 20 maio 2019. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-conduta-frente-um-paciente-com-polipo-de-vesicula-biliar-em-ecografia-abdominal-total>. Acesso em: 25 fev. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para cirurgia geral adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 07 dez. 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Protocolo_Cirurgia_geral.pdf. Acesso em: 25 fev. 2024.

ASSINATURAS

Diogo Segabinazzi Siqueira
Prefeito de Bento Gonçalves

Gilberto Santo Souza de Souza Junior
Secretário Municipal de Saúde

Daniel Francio
Médico Regulador

Júlia Oliari Franco
Médica Reguladora

Pedro Augusto Cavagni Ambrosi
Médico Regulador

Marcos Vinícios Cardoso Junior
Médico Regulador

Daiane Piuco
Coordenadora da Central de Regulação Ambulatorial

Paula Coghetto Pertile
Médica coordenadora da Atenção Primária

Thiago Arpini Valerio
Médico coordenador