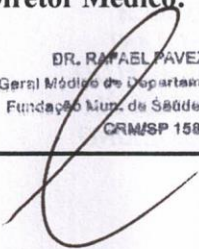


  	NR: Páginas: 89
PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS	Data de Emissão: 2026
	Revisão nº: 01
	Data desta revisão: 2028
O objetivo deste protocolo é estabelecer recomendações aos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre o funcionamento do fluxo ambulatorial do SUS ofertado pelo Município, especialmente quanto aos critérios e à forma adequada de encaminhamento para atendimento médico especializado, visando à otimização da assistência prestada aos usuários. Além disso, busca orientar a atuação dos médicos auditores, promovendo a consolidação de uma cultura em que o acesso à Atenção Especializada seja pautado em necessidades reais identificadas na Atenção Primária, após esgotadas todas as possibilidades de condução clínica nesse nível de atenção.	
Elaborado por: Alcione Alves Oliveira Buzo Camila Mothé Duarte Dr. Leandro César de Oliveira Castilho Dra. Sandra Maria Oliveira Franzin Dr. Alfredo de Oliveira Neto Débora Mota Tavares	
Aprovação – Diretor Médico:  DR. RAFAEL PAVEZI GARCIA Diretor Geral Médico do Departamento de Atenção à Saúde Fundação Munc. de Saúde de Rio Claro/SP CRM/SP 158267	Aprovação – Secretário da Saúde:  DR. MARCO AURELIO MESTRINEL Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

Prefeito Municipal de Rio Claro

Gustavo Ramos Perissinotto

Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

Dr. Marco Aurélio Mestrinel

Departamento de Atenção à Saúde

Dr. Rafael Pavezi Garcia

Departamento de Gestão do SUS

Alcione Alves Oliveira Buzo

Colaboradores:

Equipe de Auditoria
Médicos da atenção Especializada
VANILDO PRADO
GIOVANA DE MATOS
GLAUCOS RICARDO PARALUPPI
ALEXANDER ROSSIGNOLLI SALEM
JOSE BADRA NETO
CASSIO FERREIRA FONTES
CARLOS ROBERTO DE FREITAS BULL
LIGIA PARREIRA DUARTE
GUILHERME NOBREGA GARCIA
ROSANA APARECIDA SOARES
MARCIO DINIZ REIS
RICARDO GARCIA
JADER JOSE DE CASTRO BARBOSA JUNIOR
CARLOS ALBERTO ROCHA DA COSTA
ANA CAROLINA PAES WITZEL
LUCAS SASDELLI SOARES DE OLIVEIRA
KARIS DE CAMPOS AMARAL
ELISE JANE DA FONSECA
ANA CLAUDIA BERTOLANI
LEONARDO MENDES DE ARAUJO
POLIANA APARECIDA BRESCIA
JULIANA CRISTINA TANGERINO

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	5
OBJETIVOS.....	6
DIRETRIZES.....	7
AÇÃO DA REGULAÇÃO.....	8
PRINCÍPIOS E CRITÉRIOS QUE NORTEIAM A AÇÃO DE REGULAÇÃO/AUTORIZAÇÃO:.....	9
ATUAÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO AUDITOR	11
Competências do Médico Auditor	11
Critérios para Análise das Solicitações	12
Sigilo Profissional e Responsabilidade Técnica	13
SOBRE O SISTEMA INFORMATIZADO DE REGULAÇÃO	13
SOBRE A PRIORIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	14
RECLASSIFICAÇÃO PELO MÉDICO AUDITOR.....	14
ATUAÇÃO DO MÉDICO AUDITOR	15
1. NEGAR.....	15
2. DEVOLVER.....	15
3. AUTORIZAR.....	15
CONSULTAS ESPECIALIZADAS.....	16
1- ALERGOLOGIA	16
2- CARDIOLOGIA	16
3- CIRURGIA GERAL/GASTRO AMBULATORIAL.....	22
4- CIRURGIA AMBULATORIAL DERMATOLOGIA/PEQUENAS CIRURGIAS 23	
5- CIRURGIA GINECOLÓGICA	24
6- CIRURGIA VASCULAR/ANGIOLOGIA	27
7- DERMATOLOGIA	28
8- ENDOCRINOLOGIA	33
9- FISIATRIA	35
10- GASTROENTEROLOGIA.....	36

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

11- GERIATRIA	38
12 - HEMATOLOGIA	42
13- HEPATOLOGIA.....	48
14- MASTOLOGIA	49
15- NEFROLOGIA	50
16- NEUROCIRURGIA	51
17- NEUROLOGIA.....	51
18- OFTALMOLOGIA.....	54
19- ORTOPEDIA.....	60
20- OTORRINOLARINGOLOGIA	64
21- PNEUMOLOGIA	67
22- PSIQUIATRIA	68
23- PROCTOLOGIA.....	69
24- REUMATOLOGIA	70
25- UROLOGIA	74
26- INFECTOLOGIA	77
FLUXO RESUMIDO – SOLICITAÇÃO DE CONSULTA COM ESPECIALISTA....	84
FLUXO RESUMIDO – SOLICITAÇÃO DE EXAMES CONTEMPLADOS NAS OCIs	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

APRESENTAÇÃO

O presente Protocolo de Encaminhamento para Consultas Especializadas constitui um importante passo para a consolidação do processo regulatório municipal, construídos para orientação dos profissionais relacionados aos fluxos para acesso aos Serviços Especializados de Média e Alta Complexidade, não tendo a pretensão de ser um protocolo de manejo clínico.

O médico especialista deve ser compreendido como um profissional de apoio à condução dos casos que demandem avaliação ou parecer especializado, atuando como interconsultor nos casos de maior complexidade ou difícil manejo clínico. Após a avaliação especializada e a definição das condutas necessárias, o usuário deverá retornar à APS para continuidade no acompanhamento, não devendo permanecer vinculado à Atenção Secundária de forma permanente, exceto em situações específicas devidamente justificadas. Nesse contexto, reafirma-se o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e responsável pelo acompanhamento longitudinal dos usuários ao longo de toda a Rede de Atenção à Saúde.

O acesso às consultas e aos exames especializados deverá estar fundamentado em documentação adequada de referência e contrarreferência, contendo, obrigatoriamente, histórico clínico, descrição do exame físico, hipótese diagnóstica, exames complementares já realizados, respectivos resultados ou laudos, Classificação Internacional de Doenças (CID-10) compatível com a condição apresentada e classificação do grau de prioridade. Essas informações são essenciais para subsidiar o processo regulatório, permitindo a adequada estratificação de risco e a priorização dos casos de maior urgência.

A adequada qualificação dos encaminhamentos é fundamental para subsidiar a avaliação do médico especialista, favorecer a continuidade do cuidado e evitar a realização desnecessária de exames e procedimentos já executados. Além disso, contribui para reduzir retrabalhos e atrasos assistenciais frequentemente observados em situações nas quais o usuário é encaminhado sem informações clínicas suficientes ou por meio de solicitações genéricas, desprovidas dos elementos necessários à correta avaliação do caso.

Da mesma forma, busca-se minimizar inconsistências e entraves decorrentes do preenchimento inadequado dos formulários de encaminhamento, da utilização de documentos não padronizados, de registros ilegíveis ou incompletos e da ausência de identificação do profissional solicitante, data de emissão ou demais informações indispensáveis. Tais situações comprometem a qualidade da comunicação entre os pontos de atenção, dificultam a análise regulatória e pode impactar negativamente a segurança, a eficiência do acesso aos serviços especializados.

A correta classificação de risco e prioridade constitui informação indispensável para o processo regulatório, permitindo a adequada estratificação das demandas e a priorização dos casos que necessitam de atendimento mais oportuno. Além disso, o fornecimento de informações clínicas completas subsidia a avaliação do médico especialista, favorece a tomada de decisão, evita a duplicidade de exames e contribui para maior eficiência e resolutividade da assistência prestada.

Ao aprimorar a qualidade das informações encaminhadas à Regulação, pretende-se reduzir o tempo de resposta às solicitações, minimizar inconsistências documentais, evitar retrabalhos e contribuir para a definição mais ágil de diagnósticos, condutas terapêuticas e intervenções necessárias, fortalecendo a integralidade, a eficiência e a segurança do cuidado em saúde.

Os protocolos deverão ser revisados periodicamente, considerando as inovações incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as atualizações e orientações do Ministério da Saúde relacionadas à organização e ao fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde.

As Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs) constituem a estratégia assistencial do Componente Ambulatorial do Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), instituído pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de ampliar o acesso oportuno e qualificado à atenção especializada no Sistema Único de Saúde (SUS).

As OCIs compreendem um conjunto previamente definido e integrado de consultas especializadas, exames diagnósticos, procedimentos e demais tecnologias em saúde, organizados de acordo com a condição clínica do usuário e estruturados por linha de cuidado. Essa abordagem possibilita a realização das etapas necessárias ao diagnóstico, tratamento e definição da conduta terapêutica de forma coordenada, reduzindo a fragmentação da assistência e o tempo de espera entre os atendimentos.

A organização das OCIs fundamenta-se nos princípios da integralidade, da equidade e da coordenação do cuidado, promovendo a integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Especializada (AE), com definição de fluxos assistenciais, critérios de acesso e mecanismos de comunicação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde.

No âmbito deste Protocolo, as Ofertas de Cuidados Integrados deverão ser executadas em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, observando os critérios clínicos de elegibilidade, os fluxos regulatórios, os parâmetros assistenciais vigentes e os indicadores de monitoramento e avaliação, visando garantir acesso oportuno, maior resolutividade da atenção especializada, continuidade do cuidado e qualificação da assistência prestada aos usuários do SUS.

OBJETIVOS

O presente protocolo tem como objetivo estabelecer diretrizes e recomendações aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) acerca do fluxo ambulatorial do SUS ofertado pelo Município, especialmente no que se refere aos critérios e à forma adequada de encaminhamento para a Atenção Especializada, visando à qualificação da assistência, à organização do acesso e à otimização dos recursos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde.

Subsidiar a atuação dos médicos auditores, fortalecendo a compreensão de que o acesso à Atenção Especializada deve ocorrer a partir de necessidades clínicas efetivamente identificadas na Atenção Primária, após esgotadas as possibilidades diagnósticas e terapêuticas cabíveis neste nível de atenção.

Reafirmar a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, responsável pelo acompanhamento contínuo e integral dos usuários, inclusive nos casos que demandem encaminhamento para avaliação especializada, assegurando a continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes níveis de atenção.

Orientar e qualificar a assistência prestada ao usuário pelo médico assistente, promovendo maior agilidade e efetividade nos encaminhamentos aos diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde, em conformidade com as demandas clínicas identificadas e com a adequada classificação do grau de prioridade.

Aprimorar o processo regulatório, reduzindo o tempo de resposta da regulação e minimizando falhas relacionadas à ausência ou insuficiência de informações clínicas relevantes.

Qualificar os encaminhamentos, promovendo a continuidade e a integralidade do cuidado, de modo a evitar atrasos na definição diagnóstica e possibilitar a implementação oportuna de condutas terapêuticas e intervenções necessárias, contribuindo para maior resolutividade, eficiência assistencial e segurança do usuário no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ampliar o acesso da população a consultas, exames e outros procedimentos na Atenção Ambulatorial Especializada, através da criação de Oferta de Cuidados Integrados (OCI's), visando garantir um acesso mais rápido e menos burocrático, a partir do encaminhamento pela Atenção Primária à Saúde (APS).

DIRETRIZES

- O profissional responsável pela solicitação de consultas especializadas e/ou procedimentos diagnósticos deve assegurar a adequada indicação clínica, bem como a interpretação dos resultados e a definição da conduta terapêutica pertinente. Essa responsabilidade está vinculada à sua formação, especialidade e ao nível de complexidade da unidade de saúde em que atua.
- O acesso à assistência em saúde na rede pública por pacientes oriundos da rede privada é garantido pelo princípio da universalidade do SUS. Entretanto, conforme estabelece o Código de Ética Médica (Art. 82), constitui infração ética a utilização de formulários, receituários ou impressos de instituições públicas para prescrição, solicitação de exames ou registro de atendimentos realizados no âmbito privado.
- As solicitações provenientes da rede privada deverão ser emitidas em receituário ou formulário próprio do profissional ou da instituição de origem, contendo

identificação do profissional e da especialidade, hipótese diagnóstica, CID, justificativa clínica e demais informações necessárias para análise, autorização e adequado encaminhamento. O correto preenchimento da solicitação implica a responsabilização do médico assistente pelo acompanhamento clínico do paciente.

- A definição da prioridade para agendamento deverá observar critérios clínicos, incluindo grau de risco, hipótese diagnóstica, justificativa clínica e classificação de risco estabelecida nos protocolos assistenciais vigentes.
- Há exames específicos para cada especialidade. Solicitar apenas os exames previstos no protocolo correspondente.
- Agrupar em uma única jornada a consulta especializada e os exames essenciais para fechar um diagnóstico/tratamento.
- Focar em áreas de grande demanda reprimida, minimizando as filas de espera.

AÇÃO DA REGULAÇÃO

A Regulação constitui uma das três macrofunções essenciais de uma Secretaria de Saúde, ao lado do financiamento e da prestação de serviços, caracterizando-se como função estratégica de gestão governamental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Regulação foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008, estabelecendo a atuação regulatória em três dimensões complementares: Regulação dos Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

REGULAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE - tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas. É efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão.

REGULAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE - exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS. É efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial.

REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA - também denominada **REGULAÇÃO DO ACESSO** ou **REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do

SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo Complexo Regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. É efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, exames especializados, leitos e outros que se fizerem necessários.

PRINCÍPIOS E CRITÉRIOS QUE NORTEIAM A AÇÃO DE REGULAÇÃO/AUTORIZAÇÃO:

1.O sistema de assistência à saúde é composto por unidades de saúde segundo sua capacidade resolutiva para diferentes agravos da saúde. Isto significa que a atenção básica não deve tratar e pedir exames que são de competência da atenção secundária ou terciária. Por outro lado, patologias básicas não devem ser compulsoriamente encaminhadas para a atenção secundária. É indispensável que os protocolos de acesso sejam observados.

2. O profissional solicitante de um procedimento de auxílio diagnóstico deve ser aquele responsável por sua interpretação, frente ao quadro clínico e decisão terapêutica. Em outras palavras, o médico deve solicitar apenas exames que estejam dentro de sua área de competência e que sejam efetivamente necessários para a tomada de decisão clínica. Frequentemente, surgem questionamentos relacionados à demora no agendamento de consultas com especialistas. Diante dessa situação, o médico da Atenção Primária à Saúde (APS), na tentativa de agilizar o atendimento ao paciente, acaba antecipando a solicitação de exames. No entanto, essa prática, embora bem-intencionada, pode contribuir para a sobrecarga das filas de exames, especialmente daqueles com acesso mais restrito. Além disso, a solicitação de exames sem critérios específicos de indicação pode inserir pacientes da atenção básica na mesma fila de casos encaminhados por especialistas, cujas solicitações apresentam indicação clínica mais bem definida e, consequentemente, maior prioridade. Esse cenário compromete a equidade na regulação do acesso e pode aumentar o tempo de espera para os pacientes que realmente necessitam desses recursos diagnósticos.

a) Excepcionalmente, dentro de protocolos de screening e/ou encaminhamento para consulta médica, o profissional da APS poderá solicitar previamente um procedimento de auxílio diagnóstico.

b) A responsabilidade da interpretação de procedimento de auxílio diagnóstico decorre da capacidade/especialização do profissional e da vocação da unidade de saúde à qual se encontra ligado o usuário.

c) O médico da Atenção Primária à Saúde (APS) pode receber orientação de um especialista, inclusive por meio de telemedicina, para a solicitação de determinado exame. Entretanto, essa orientação deve ocorrer de forma individualizada, para cada caso específico, e estar devidamente registrada no pedido. Ressalta-se que a orientação do especialista não exime o médico assistente da responsabilidade de preencher

adequadamente a solicitação, observando todas as normas vigentes. Devem constar informações clínicas relevantes, incluindo queixas do paciente, história e tempo de evolução da doença, exames já realizados, tratamentos instituídos e respectiva evolução clínica. Dessa forma, solicitações que contenham apenas a hipótese diagnóstica acompanhada da expressão “por orientação do especialista”, sem as informações necessárias para análise, serão devolvidas ao solicitante para a devida correção.

d) O paciente oriundo da rede privada que necessitar de atendimento pelo SUS, pedidos médicos de exames, consultas ou procedimentos, sejam eles emitidos por especialistas ou não, deverão ser encaminhados às unidades de referência contendo todas as informações necessárias para os processos de regulação e auditoria. Além disso, o paciente deverá ser devidamente cadastrado e inserido nos sistemas da rede pública. Dessa forma, não é possível que o médico do setor privado simplesmente solicite diretamente ao SUS a realização de exames ou tratamentos sem que os requisitos regulatórios sejam atendidos e o paciente esteja regularmente inserido na rede pública de assistência.

Solicitações identificadas como “URGENTE” ou classificadas como Grau I — muitas vezes por solicitação do próprio paciente — que não apresentem hipótese diagnóstica, justificativa para a classificação de prioridade e descrição detalhada da situação clínica não serão aceitas pela regulação. A ausência dessas informações impede que os auditores avaliem adequadamente o grau de prioridade da demanda e estabeleçam critérios de classificação compatíveis com a condição clínica apresentada.

Observa-se, ainda, que solicitações de exames ou procedimentos classificadas como urgentes sem critérios clínicos adequados podem gerar expectativas inadequadas por parte dos pacientes, resultando em insatisfação e, eventualmente, em demandas judiciais fundamentadas na alegação de demora, dificuldades de acesso ou excessiva burocracia. Tais situações podem conduzir à interpretação equivocada de que o SUS não é resolutivo, quando, na realidade, a ausência de critérios objetivos para definição de prioridades pode gerar demandas artificialmente priorizadas, comprometendo a efetividade da regulação.

Uma regulação eficiente deve estar fundamentada nos princípios do SUS, promovendo o acesso oportuno às demandas prioritárias e adequando a oferta de serviços às necessidades reais da população.

O médico possui a prerrogativa de solicitar exames e realizar encaminhamentos de acordo com as necessidades de seus pacientes, visando proporcionar atendimento oportuno, adequado e resolutivo, sempre em conformidade com os princípios técnicos e éticos aplicáveis a cada situação. Assim, embora o médico assistente seja o responsável pela condução clínica de seus pacientes, cabe a ele justificar de forma clara a necessidade e o grau de prioridade de suas solicitações, especialmente quando estas estiverem em desacordo ou fora dos protocolos estabelecidos pelas redes assistenciais do SUS.

A Central de Regulação e o Médico Auditor desempenham funções estratégicas na garantia dos princípios fundamentais do SUS — universalidade, equidade e integralidade. Nesse contexto, a Central de Regulação tem a responsabilidade de assegurar a adequada fluidez dos encaminhamentos e do acesso aos serviços de saúde, atuando com os seguintes compromissos:

- Evitar que os pacientes busquem resolutividade na rede privada em decorrência de falhas ou dificuldades de acesso na rede pública;
- Prevenir a sobrecarga e o eventual colapso da rede prestadora de serviços, bem como o crescimento da demanda reprimida;
- Coibir a geração de exames e procedimentos sem adequada indicação clínica;
- Produzir informações e indicadores que subsidiem o gestor na avaliação contínua e na adaptação da rede assistencial às necessidades da população;
- Identificar irregularidades recorrentes nos processos assistenciais e regulatórios, comunicando-as aos gestores competentes para as providências cabíveis;
- Contribuir para a redução da judicialização da saúde, especialmente em situações que possam comprometer o orçamento público e prejudicar o acesso de outros pacientes com condições clínicas semelhantes.

Para cumprir esses objetivos, a regulação deve ser exercida de forma técnica, imparcial, transparente e fundamentada em critérios clínicos e assistenciais. Da mesma forma, os médicos solicitantes devem atuar com rigor técnico, responsabilidade ética e criteriosa avaliação clínica, exercendo seu direito e dever profissional de indicar a conduta mais adequada para cada paciente e utilizando seu conhecimento para qualificar encaminhamentos, solicitações de exames e pedidos de procedimentos.

A integração entre assistência, regulação e gestão é fundamental para garantir o uso racional dos recursos disponíveis e assegurar que o acesso aos serviços de saúde ocorra de forma justa, oportuna e compatível com as necessidades reais da população.

ATUAÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO AUDITOR

O médico Auditor desempenha papel fundamental na Central de Regulação/Auditoria, sendo responsável pela organização do acesso aos serviços de saúde. Sua atuação visa equilibrar a oferta e a demanda, garantindo acesso equânime, oportuno, eficiente e de qualidade, em conformidade com a necessidade clínica e a classificação de risco dos usuários.

Ressalta-se que o médico auditor não exerce função meramente administrativa de agendamento, mas sim atividade técnica que exige conhecimento científico e observância dos protocolos de regulação vigentes. Sua atuação é baseada exclusivamente nas informações registradas na solicitação, não havendo contato direto com o paciente. Essa característica assegura a imparcialidade necessárias ao processo regulatório, conforme previsto no Código de Ética Médica (Art. 98).

Competências do Médico Auditor

Compete ao médico auditor:

1. Analisar tecnicamente cada solicitação submetida à regulação;
2. Avaliar as evidências clínicas apresentadas nos laudos e relatórios médicos, observando os critérios de prioridade e classificação de risco;
3. Autorizar, devolver para complementação ou indeferir solicitações, de acordo com os protocolos e critérios técnicos estabelecidos;
4. Garantir a adequada utilização dos recursos assistenciais disponíveis na rede de saúde.

Critérios para Análise das Solicitações

Durante a avaliação técnica, o médico auditor deverá considerar, entre outros, os seguintes aspectos:

- Se a hipótese diagnóstica está adequadamente fundamentada pela história clínica, pelos sinais e sintomas apresentados e pelos achados do exame físico e/ou complementares;
- Se o diagnóstico clínico é suficiente para a condução terapêutica do caso;
- Se o encaminhamento ao especialista está sendo solicitado para esclarecimento de dúvida diagnóstica relevante, prática de medicina defensiva ou outra finalidade não relacionada à propedêutica médica;
- Se a consulta especializada ou o exame solicitado poderia ser evitado mediante manejo adequado na atenção básica, ou substituído por método diagnóstico mais simples, menos invasivo e de menor custo, incluindo avaliação clínica por especialista quando pertinente;
- Se o encaminhamento ao especialista e/ou exame solicitado é compatível com a hipótese diagnóstica apresentada e está respaldado por protocolos clínicos, diretrizes assistenciais ou evidências científicas reconhecidas;
- Se o encaminhamento médico para especialidade possui finalidade exclusivamente estética;
- Se o motivo do encaminhamento a especialidade do médico solicitante é compatível com a indicação do exame ou procedimento;
- Se o exame ou procedimento solicitado possui validade técnica, científica e ética para a investigação da hipótese diagnóstica apresentada;
- Se a solicitação destina-se à investigação diagnóstica e ao acompanhamento clínico do paciente ou decorre de exigência pericial, administrativa ou judicial;

Solicitações ilegíveis, incompletas, sem identificação adequada do profissional solicitante, sem justificativa clínica consistente ou que apresentem dúvidas, inconsistências ou ausência de informações essenciais deverão ser devolvidas ao médico assistente para complementação ou correção.

Na impossibilidade de obtenção dos esclarecimentos necessários, ou diante da recusa injustificada do profissional solicitante em prestar informações complementares, o usuário poderá ser encaminhado para nova avaliação por outro médico da rede pública de saúde.

Sigilo Profissional e Responsabilidade Técnica

O médico auditor deverá zelar para que todos os profissionais envolvidos no processo regulatório observem rigorosamente os princípios éticos e legais relacionados ao sigilo profissional e à proteção das informações em saúde.

Cabe ao auditor realizar avaliação crítica e técnica dos laudos de solicitação/encaminhamentos, promovendo o encaminhamento adequado das consultas, exames e procedimentos, de acordo com os protocolos de regulação pactuados e a classificação de risco estabelecida.

O médico auditor deverá atuar como agente de educação permanente, orientando e intervindo sempre que identificar encaminhamentos ou solicitações inadequadas, especialmente nas seguintes situações:

- Ausência do preenchimento do código do procedimento SUS (Tabela SIGTAP) e/ou do CID correspondente aos encaminhamentos a especialidade e aos exames solicitados. Essas informações são indispensáveis, constituem exigência do SUS e fazem parte do ato médico.
- Solicitações em que o CID Z00 seja utilizado como diagnóstico para investigação de patologias, bem como pedidos ilegíveis ou excessivamente abreviados. Nesses casos, as solicitações deverão ser devolvidas para adequação.
- Registros em que hipóteses diagnósticas sejam informadas como história clínica.
- Solicitação de exames com a finalidade exclusiva de prevenção de eventuais demandas judiciais, prática conhecida como “medicina defensiva”.
- Solicitação de exames específicos antes da realização dos exames complementares ou da investigação diagnóstica inicial adequada.

É importante que todos os profissionais tenham conhecimento de que os critérios, exigências e pré-requisitos para encaminhamentos às especialidades são fundamentados nas recomendações do Ministério da Saúde e do DENASUS, devendo ser observados para garantir a adequada regulação do acesso e a qualidade da assistência prestada.

SOBRE O SISTEMA INFORMATIZADO DE REGULAÇÃO

A Fundação Municipal de Saúde, por meio da Central de Regulação de Consultas e Exames Ambulatoriais, estabeleceu e padronizou critérios de classificação de prioridade e risco com o objetivo de qualificar a gestão da demanda assistencial. Esse mecanismo visa priorizar os casos de maior gravidade, de acordo com o grau de risco clínico, garantindo maior agilidade no acesso a consultas especializadas e exames complementares para pacientes que necessitam de intervenções, diagnósticos e condutas em menor intervalo de tempo.

A adoção desses critérios busca minimizar o agravamento de condições preexistentes, possibilitar intervenções em tempo oportuno e contribuir para a preservação da vida e das condições de saúde dos pacientes.

Este procedimento destina-se exclusivamente à regulação de consultas ambulatoriais especializadas e exames complementares de caráter eletivo. Ressalta-se que a oferta de vagas para esse nível de atenção é limitada; portanto, os encaminhamentos e solicitações de exames devem ser realizados de forma criteriosa, reservados a pacientes com condições clínicas estáveis e fundamentados em indicação clínica adequada, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Não se enquadram neste processo as situações de urgência e emergência, tampouco a regulação de internações hospitalares. Nesses casos, os profissionais devem acionar diretamente os serviços competentes, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Núcleo Interno de Regulação Municipal (NIRM).

SOBRE A PRIORIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

No momento da solicitação de consulta especializada ou exame complementar, o médico assistente deverá atribuir à classificação de risco ou prioridade, observando rigorosamente os critérios estabelecidos e a real necessidade clínica do paciente.

Para facilitar a compreensão dos diferentes níveis de prioridade, adota-se uma escala de graus de classificação.

- **PRIORIDADE GRAU 1-** Situações clínicas nas quais o tempo de espera para realização da consulta ou procedimento pode influenciar negativamente o desfecho clínico e a condução terapêutica. Requerem agendamento eletivo prioritário.
- **PRIORIDADE GRAU 2 -** Situações clínicas sem gravidade imediata, mas que necessitam de atendimento eletivo breve.
- **PRIORIDADE GRAU 3 -** Situações clínicas classificadas como rotina, que não demandam agendamento prioritário e podem ser inseridas no fluxo regular de atendimento.

RECLASSIFICAÇÃO PELO MÉDICO AUDITOR

O Médico Auditor poderá manter ou reclassificar a prioridade atribuída na solicitação, com base na análise das informações clínicas apresentadas e na coerência entre a classificação de risco indicada e a condição clínica descrita.

Dessa forma, solicitações inicialmente classificadas como Grau I, mas que apresentem apenas CID genérico, e não contenham informações clínicas que justifiquem a gravidade ou a prioridade atribuída, poderão ser reclassificadas como Grau III ou devolvidas à unidade de origem para complementação dos dados e adequada fundamentação clínica.

Por outro lado, também poderá ocorrer a reclassificação em sentido inverso. Solicitações inicialmente classificadas como Grau III poderão ser reavaliadas e reclassificadas para Grau II ou Grau I quando as informações clínicas registradas evidenciarem maior risco, gravidade ou potencial impacto do tempo de espera sobre o prognóstico e a condução terapêutica do paciente.

A classificação final deverá refletir, de forma fidedigna, o risco clínico e a necessidade assistencial do paciente, garantindo a adequada priorização do acesso aos recursos regulados.

ATUAÇÃO DO MÉDICO AUDITOR

O Médico Auditor poderá adotar uma das seguintes condutas durante a análise das solicitações regulatórias:

1. NEGAR

A solicitação deverá ser negada quando não houver critérios clínicos que justifiquem o encaminhamento, ou quando existir incompatibilidade entre a condição clínica apresentada e a especialidade ou exame solicitado. Nessas situações, caberá ao médico solicitante reavaliar o caso e, quando pertinente, realizar nova solicitação devidamente fundamentada, contendo informações clínicas que sustentem a indicação. Todos os encaminhamentos sem indicação clínica adequada ou incompatíveis com o quadro apresentado deverão ser indeferidos, evitando sua permanência indevida em fila de espera ou em pendência regulatória.

A justificativa da negativa deverá ser registrada obrigatoriamente no sistema de informação municipal.

2. DEVOLVER

A solicitação deverá ser devolvida ao médico solicitante quando as informações clínicas apresentadas forem insuficientes para a adequada análise regulatória ou quando a especialidade solicitada não estiver disponível na Rede SUS, exigindo reavaliação do encaminhamento ou adequação do pedido.

3. AUTORIZAR

A solicitação deverá ser autorizada quando atender aos critérios clínicos e regulatórios estabelecidos.

Após a autorização, a equipe da Central de Regulação poderá:

- a)** Havendo disponibilidade de vaga, realizar o agendamento da consulta, exame ou procedimento, definindo a unidade executante, a data e o horário de atendimento;
- b)** Na ausência de vaga disponível, incluir o paciente em fila de espera, mantendo o caso em acompanhamento pela equipe reguladora até a efetiva disponibilização da vaga.

- **Contrarreferência** - Após estabilização e compensação clínica, o paciente poderá permanecer em seguimento periódico no nível secundário de atenção, com reavaliações anuais ou em periodicidade definida pelo médico especialista, conforme relatório

especializado. O acompanhamento clínico regular deverá ser mantido na Unidade Básica de Saúde (UBS), responsável pelo monitoramento mais frequente, renovação terapêutica e manejo das condições crônicas associadas.

CONSULTAS ESPECIALIZADAS

1- ALERGOLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- Asma: Prioritariamente os quadros de Asma persistente grave com suspeita de fundo alérgico.
- IVAS: Encaminhar os casos de repetição (mais de 3 episódios no ano). Casos de suspeita de deficiências imunológicas.
- Rinites: Prioritariamente os casos de crises frequentes que prejudicam as atividades rotineiras (escola, lazer, sono). E ausência de resposta após 30 dias de tratamento prévio (especificar tratamento), outros estigmas alérgicos associados.
- Dermatites: Descrever, o exame físico e dados relevantes referentes a não resposta aos tratamentos anteriores.
- Urticária Crônica: Encaminhar os pacientes com queixas de prurido e/ou placas pelo corpo, com episódios de repetição e naqueles com quadros prolongados, sem melhora com tratamentos realizados por mais de 90 dias. Relatar medidas de prevenção adotadas.
- Conjuntivite: Encaminhar ao alergologista os casos onde houver suspeita de fundo alérgico e após avaliação do oftalmologista e após avaliação do oftalmologista.

OBSERVAÇÃO: para todos os encaminhamentos – Descrever a história clínica, exame físico, aspecto das lesões, anexar exames complementares já realizados, enumerar Hipótese Diagnóstica, tratamentos empregados previamente e os medicamentos em uso atual. Detalhar o motivo do encaminhamento ao alergologista.

2- CARDIOLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de difícil controle
- Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)
- Insuficiência Coronariana
- Dor Torácica/Precordialgia
- Sopros/Valvulopatias estabelecidas
- Parecer Cardiológico–Pré-Operatório

- Miocardiopatias
- Arritmias
- Vertigem associada a patologia

2.1- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de difícil controle - Encaminhar os pacientes com HAS moderada ou severa, sem controle clínico (após associação de 3 fármacos), associado com a presença de alterações em órgão-alvo ou aqueles com co-morbididades, devendo o médico que solicitar a avaliação, justificar com clareza o que deseja do encaminhamento.

- **Exame Físico** - Medida da pressão arterial + relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias, etc.)

-**Exames Complementares Necessários** - Hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos e creatinina, ácido úrico, sumário de urina, uréia, sódio e potássio, eletrocardiograma (ECG) e RX de tórax quando de repercussão cardíaca intensa. Caso tenha feito outros exames, ex: Ecocardiograma (ECO), espirometria, ultrassonografia de abdômen, orientar o paciente a levar para a consulta.

-**Prioridade para a Regulação** - HAS severa com sinais de doenças associadas descompensada (ICC, diabetes mellitus (DM), doenças vascular periférica, doenças cerebrovascular (acidente isquêmico e hemorrágico), coronariopatas (pós-cirurgia cardíaca), Insuficiência Renal Crônica (IRC), soropositivo para HIV, dislipidemia familiar. A priorização deverá considerar a gravidade clínica, o risco cardiovascular global e a presença de lesão em órgãos-alvo.

OBSERVAÇÃO: Pacientes com HAS de diagnóstico recente, leve, sem complicações ou doenças associadas, deverão ser acompanhados pelo clínico ou generalista em Unidade Básica de Saúde.

Paciente encaminhado para avaliação especializada permanece sob a responsabilidade assistencial do médico solicitante, devendo retornar à sua unidade de origem para continuidade do acompanhamento e condução clínica após a consulta especializada.

2.2- Insuficiência Cardíaca Congestiva – Ao encaminhar os pacientes de ICC, especificar os motivos de encaminhamento ao especialista, descrevendo os sinais e sintomas que justifiquem o encaminhamento: presença de dispnéia, visceromegalias, edema de MMII, entre outros.

-**Exame Físico** - Medida da pressão arterial + relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória.

-**Exames Complementares Necessários** - Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, creatinina, uréia, ácido úrico, urina, sódio e potássio, raio X e ECG. Caso tenha feito outros exames, tais como ECO, teste ergométrico, cateterismo, orientar o paciente a levar ao especialista.

-Prioridade para a Regulação - ICC de difícil controle e/ou presença de doenças associadas com sinais de descompensação (HAS, DM, IRC). ICC independente de classe, apresentando uma ou mais patologias associadas: DM, obesidade, arritmia, IRC.

2.3- **Insuficiência Coronariana**– Encaminhar os pacientes portadores de Doenças Coronarianas (DC) estabelecida (pós Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), pós-revascularização do miocárdio, pós-angioplastia.

-Exame Físico - Medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença visceromegalias importantes.

-Exames Complementares Necessários- Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, creatinina, uréia, ácido úrico, sódio e potássio, urina, Rx de tórax e ECG. Caso tenha feito outros exames tais como, ECO, Teste Ergométrico, Dosagem de Enzimas Cardíacas ou Cateterismo, orientar o paciente a levar ao especialista.

-Prioridade para a Regulação - paciente com queixas dor torácica recente (em esforço ou repouso), Pacientes pós-infarto, pós-revascularização e pós-angioplastia. Pacientes com Angina Estável.

OBSERVAÇÃO: Angina Instável e Insuficiência Coronária Aguda (ICO), com suspeita de IAM, são situações que requerem avaliação de urgência.

2.4- **Dor Torácica e Precordialgia (Anginas)**- Caracterizar a Dor Precordial se típica ou atípica, de acordo com os sintomas descritos pelo paciente. Descrever a presença ou não de Diabetes Mellitus, Insuficiência Renal, Pneumopatia, Obesidade, Dislipidemias e Tabagismo.

-Exame Físico - Medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença de dispnéia, visceromegalias importantes e edema de MMII.

-Exames Complementares Necessários - Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, creatinina, uréia, ácido úrico, urina, sódio e potássio, Rx de tórax e ECG. Caso tenha feito outros exames tais como ECO, Teste Ergométrico, Dosagem de Enzimas Cardíacas ou Cateterismo, orientar o paciente a levar ao especialista.

-Prioridade para a Regulação - Dor torácica com características de Angina estável.

OBSERVAÇÃO: Paciente com sinais de dor precordial grave no momento da consulta, Angina Instável Insuficiência Coronária Aguda (ICO), com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), deverão ser encaminhados a Unidade de Pronto Atendimento. Estas são situações que requerem avaliação de urgência.

2.5- **Sopros/Valvulopatias estabelecidas**- Encaminhar os pacientes com alterações de ausculta, excluindo causas clínicas como anemia. Encaminhar os pacientes com diagnóstico de valvulopatia pré-estabelecida.

- **Exame Físico** - Medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença de dispnéia, cianose e visceromegalias importantes. Informar as características do sopro.

-**Exames Complementares Necessários**– Hemograma completo e caso tenha feito exames tais como, Rx de Tórax, ECG, ECO, orientar o paciente a levar ao especialista.

-**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com sinais de descompensação cardíaca.

OBSERVAÇÃO: Em crianças, se o sopro for observado durante episódio febril, reavaliar após febre.

2.6- **Parecer Cardiológico–Pré-operatório/Avaliação do Risco Cirúrgico** - Paciente com indicação cirúrgica já confirmada será avaliado pelo cardiologista, para realização do parecer.

-**Exames Complementares Necessários** - Hemograma, coagulograma, glicemia de jejum, uréia e creatinina, TGO e TGP, ECG, e raio X de tórax. Se existirem outros exames específicos realizados (ECO, Cateterismo), orientar ao paciente a levar ao especialista.

-**Prioridade para a Regulação**- pacientes com indicação cirúrgica eletiva.

2.7- **Miocardiopatias**- Encaminhar os pacientes para esclarecimento diagnóstico ou aqueles com sinais de descompensação cardíaca. Informar a procedência do paciente e os antecedentes mórbidos importantes e o tratamento realizado.

-**Exame Físico** - Medida da pressão arterial + relatos importantes e visceromegalias importantes. Informar as características a ausculta cardíaca.

-**Exames Complementares Necessários** - Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, creatinina, uréia, ácido úrico, urina, sódio e potássio. Caso tenha feito outros exames tais como, raio X de tórax, ASLO, ECG, ECO, Sorologia para Chagas, orientar o paciente a levar ao especialista.

-**Prioridade para a Regulação** - Pacientes instáveis, com sinais clínicos de descompensação cardíaca. Pacientes Diabéticos - Dados relevantes de história clínica, dados discriminadores de exame físico, anginas estáveis, IAM prévio.

OBSERVAÇÃO: O paciente com sinais de descompensação cardíaca grave no momento da consulta deve ser encaminhado para Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

2.8- **Arritmias**- Encaminhar os pacientes com diagnóstico estabelecido de arritmia cardíaca, síncope ou pré-síncope, história de marcapasso permanente, arritmias com repercussão hemodinâmica, fibrilação atrial crônica com resposta ventricular de difícil acesso, bloqueio atrioventricular (BAV) de grau II.

-**Exame Físico** - Medida da pressão arterial + relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias, etc.).

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

-Exames Complementares Necessários - Hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, sumário de urina, uréia, sódio e potássio. O usuário deve levar a primeira consulta do especialista o ECG e RX de tórax. Caso tenha feito outros exames como Ecocardiograma (ECO), espirometria, ultrassonografia de abdômen, orientar o paciente a levar para a consulta com especialista.

-Prioridade para a Regulação - Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca ou Insuficiência Coronariana associada, BAV grau II ou grau III, bloqueio bi ou tri-fascicular.

OBSERVAÇÃO: Pacientes com sinais de Fibrilação atrial recente com risco de embolia, Instabilidade hemodinâmica deverão ser encaminhados para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

2.9- Vertigem- Encaminhar pacientes com dados relevantes da história clínica relativos à síncope e pré-síncope.

-Exame Físico - Dados discriminadores do exame físico. Alterações do pulso altamente sugestivas de arritmia significativas.

-Exames complementares Necessários - Alterações no eletrocardiograma (sugerindo arritmias ou isquemias significativas).

OBSERVAÇÃO: Excluir causas emocionais/hiperventilação.

2.10- CARDIOLOGIA INFANTIL: Criança com suspeita de cardiopatia congênita ou portadora de cardiopatia já diagnosticada, com hiperfluxo pulmonar, arritmias cardíacas diagnosticada no ECG.

-Exame Físico - Dados discriminatórios do exame físico.

-Exames Complementares Necessários: Rx de tórax e Eletrocardiograma. Caso tenha feito outros exames como Ecocardiograma (ECO), orientar o paciente a levar para a consulta com especialista.

Procedimentos para Ofertas de Cuidados Integrados - OCI

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutive	Idade Mínima	CID
09.02.01.001-8 OCI AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA	02.04.03.015-3- RADIOGRAFIA DE TORAX	18 anos	Z136, Z848
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA OU	(PA E PERFIL); EXAMES LABORATORIAIS		
	03.01.01.030-7 - TELECONSULTA			
	MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.11.02.003-6 -			

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutive	Idade Mínima	CID
	ELETROCARDIOGRAMA			
09.02.01.002-6 OCI AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA	02.05.01.003-2- ECOCARDIOGRAFIA	18 anos	Z136, Z848
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA OU	TRANSTORACICA; EXAMES LABORATORIAIS		
	03.01.01.030-7 - TELECONSULTA	02.04.03.015-3- RADIOGRAFIA DE		
	MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	TÓRAX (PA E PERFIL)		
	02.11.02.003-6 - ELETROCARDIOGRAMA			
09.02.01.003-4 OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL - SINDROME CORONARIANA CRÔNICA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA	02.05.01.003-2- ECOCARDIOGRAFIA	18 anos	I00 a I02, I05 a I13,I15, I20 a I28, I30 a I52, I60 a I74, I77 a I89, I95, I97 a I99
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA OU	TRANSTORACICA; EXAMES LABORATORIAIS		
	03.01.01.030-7 - TELECONSULTA			
	MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.11.02.003-6 - ELETROCARDIOGRAMA			
	02.11.02.006-0 - TESTE DE ESFORÇO			
	/ TESTE ERGOMÉTRICO			
09.02.01.004-2 OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA I - SINDROME CORONARIANA CRÔNICA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA		18 anos	I20 a I25
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA OU			
	03.01.01.030-7 - TELECONSULTA			
	MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.05.01.001-6 - ECOCARDIOGRAFIA			
	DE ESTRESSE			
09.02.01.005-0 OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA II - SINDROME CORONARIANA CRÔNICA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA		18 anos	I20 a I25
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA OU			
	03.01.01.030-7 - TELECONSULTA			
	MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA			

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutive	Idade Mínima	CID
	02.08.01.003-3 - CINTILOGRAFIA DE			
	MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA			
	PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE			
	REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)			
	02.08.01.002-5 - CINTILOGRAFIA DE			
	MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DA			
	PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE			
	ESTRESSE			
	(MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)			
09.02.01.006-9 OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA	02.05.01.003-2- ECOCARDIOGRAFIA	18 anos	I00 a I02, I05 a I13, I15, I20 a I28, I30 a I52, I60 a I74, I77 a I89, I95, I97 a I99
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA OU	TRANSTORÁCICA; EXAMES LABORATORIAIS		
	03.01.01.030-7 - TELECONSULTA			
	MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.11.02.003-6 -			
	ELETROCARDIOGRAMA			
	02.11.02.006-0 - TESTE DE ESFORÇO			
	/ TESTE ERGOMÉTRICO			
	02.11.02.004-4 - MONITORAMENTO			
	PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANALIS)			
	02.02.01.079-1 - DOSAGEM DE			
	PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B			
	(BNP E NT-PROBNP)			

3- CIRURGIA GERAL/GASTRO ELETIVA/AMBULATORIAL

Critérios gerais para encaminhamento

3.1- **Cálculo em Vesícula (Colecistectomia)** –Encaminhar pacientes com cálculos biliares já identificados por exame de imagem, com história clínica detalhada e exames complementares realizados.

-Exames pré-operatórios necessários: Hemograma completo, glicose, uréia, creatinina, TAP e TTPA, ECG.

3.2- **Hernias de parede abdominal (Herniorrafia)** – Encaminhar pacientes com história clínica e exame clínico detalhados constatando a existência de hérnias. Exame de imagem e exames complementares realizados.

-Exames pré-operatórios necessários: Hemograma completo, glicose, uréia, creatinina, TAP e TPA, ECG a critério do cirurgião.

4- CIRURGIA AMBULATORIAL DERMATOLOGIA/PEQUENAS CIRURGIAS

Critérios gerais para encaminhamento

4.1- **Nevus**: encaminhar pacientes que apresentam nevus com aumento de tamanho, mudança da cor, sangramento, ulceração, com comprometimento funcional, com lesões pigmentares palmoplantar e congênitos > 6 cm.

4.2- **Verruga Vulgar**: encaminhar pacientes com resistência ao tratamento clínico usual, com limitação funcional, prejuízo cosmético e risco de malignidade.

4.3- **Câncer de pele** (Carcinoma Baso e espinocelular): encaminhar pacientes com qualquer lesão sugestiva.

4.4- **Melanoma**: encaminhar todo caso suspeito.

4.5- **Lipoma**: encaminhar pacientes com lipomas dolorosos e com tamanho de até 5 cm.

4.6- **Cistos sebáceos**: Não encaminhar cisto com processo inflamatório, tratar antes.

4.7- **Fibromas moles**: encaminhar pacientes com fibromas localizados em áreas de trauma.

4.8- **Onicocriptose**: encaminhar casos recidivantes de unhas encravadas.

4.9- **Quelóides**: encaminhar todos os casos.

4.10- **Molusco contagioso**: encaminhar pacientes (adultos) que não respondem a tratamento ou impossibilidade de tratamento no local (especificar tratamento), acometimento de áreas extensas com prejuízos estéticos, e áreas de genitálias, recidivas constantes e pacientes imunodeprimidos.

4.11- **Unha Encravada**: Encaminhar a Podologia, com dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico (descrição da lesão) Tipo II–Unha encravada associada a dor e processo infeccioso com drenagem de secreção purulenta, com antibioticoterapia iniciada. Tipo III–As características acima e tecido de granulação presente no canto da unha, com antibioticoterapia iniciada.

-Prioridade para a Regulação - Pacientes cuja lesão causa comprometimento importante da atividade diária.

OBSERVAÇÃO: Os pacientes encaminhados para realização de cirurgia ambulatorial devem estar clinicamente estáveis para execução do procedimento proposto, em virtude do risco potencial de complicações principalmente infecciosas. Condições como Hipertensão, Diabetes e outras doenças devem ser previamente controladas, com relatório do médico que o assiste.

5- CIRURGIA GINECOLÓGICA

Critérios gerais para encaminhamento:

5.1- Indicação cirúrgica após consulta ginecológica, com CID indicado.

5.2- Enumerar: Hipótese Diagnóstica, tratamentos empregados previamente e os medicamentos em uso atual.

5.3- Exame Físico: descrever o exame ginecológico detalhadamente.

5.4- Idade acima de 14 anos.

5.5- Apresentar os seguintes exames:

- Hemograma Completo, BHCG/ Uréia/Creatinina/ Glicemia de Jejum
- Sorologias: HBSAG/Hepatite C/HIV/ Coagulograma
- Urina Tipo I (EAS)
- Colpocitologia Oncótica (Papanicolaou) – com validade de 12 meses
- Exame de imagem (ultrassonografia, tomografia, ressonância).

Procedimentos Cirúrgicos	Condições Necessárias Para A Indicação Cirúrgica Além Dos Critérios Gerais
Biópsia de Vulva/Vagina Drenagem e Exérese de Glândula Bartholin/Sken	
Marsupialização de Glândula de Bartolin	
Colpocleise/Ressecção de septo ou ressutura de parede vaginal Colpotomia/Himenotomia ou culdocentese Exérese de cisto vaginal, Extração de corpo estranho com anestesia geral ou bloqueio Tratamento Cirúrgico de Fistulas Ginecológicas (VesicoVaginal, Vesico-Uterinas, Reto-Vaginal)	
Tratamento Cirúrgico de Hipertrofia de pequenos lábios (Ninfoplastia)	
Colpoperíneoplastia anterior e posterior	
Colpoperíneoplastia anterior e posterior com amputação de colo	
Correção Cirúrgica de Enterocoele, Ruptura Perineal de III Grau com lesão de esfíncter Prolapso Vaginal (Elitrocele) e Prolapso Genital	
Correção Cirúrgica de Incontinência Urinária de Esforço por Via Transobturatória Cirurgia de Sling	

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

Procedimentos Cirúrgicos	Condições Necessárias Para A Indicação Cirúrgica Além Dos Critérios Gerais
Exérese de Pólipo Endocervical / Endometrial Curetagem semiótica com ou sem dilatação do colo uterino	-USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem)
Implante de DIU não hormonal / hormonal Metroplastia(Strassman ou outra técnica)	-USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem)
Traquelectomia-Amputação, Conização (com ou sem cirurgia de alta frequência/CAF)	-USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem)
Miomectomia	- USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem) - Histeroscopia ou Histerossalpingografia (Apenas no caso de suspeita de mioma submucoso, obstrução tubária ou espessamento endometrial em exame de Imagem prévio)
Histerectomia total	-USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem)
Histerectomia com anexectomia(uni/bilateral) Histerectomia Total Ampliada com ou sem Linfadenectomia	- USGTransvaginal ou Pélvico (paciente virgem) - USG Transvaginal com Doppler Colorido (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido) - Marcadores tumorais CA 125 / CEA / Alfafeito / BHCG (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido)
Salpingectomia uni/bilateral	- Casos de Esterilização Prevista na Legislação (Protocolo Institucional) - USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem) - USG Transvaginal com Doppler Colorido (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido) - Marcadores tumorais CA125/ CEA/Alfafeto/BHCG (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido)
Ooforectomia/ooforoplastia	- USGTransvaginal ou Pélvico (paciente virgem) - USG Transvaginal com Doppler Colorido (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido) Marcadores tumorais CA 125 / CEA / Alfafeito proteína /BHCG (Apenas para tumores sólidos de ovário ou Complexos ou miomas de crescimento rápido)

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

Procedimentos para Ofertas de Cuidados Integrados - OCI

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutiva	Idade Mínima	CID
09.01.01.001-4 OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE CÂNCER DE MAMA	03.01.01.007-2 CONSULTA E/OU	02.05.02.009-7 - ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	10 anos	D486, N60, N61, N62 N63, N64, C50, D05, D24
	03.01.01.030-7 TELECONSULTA			
	MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.04.03.003-0- MAMOGRAFIA			
09.06.01.001-2 - OCI - GIN1 - AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA) I	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL, CONSULTA OU TELECONSULTA DE RETORNO.		9 anos	C51,C52,C53,C54,C55, C56,C57 C58D25N70,N71,N72, N73,N74,N75,N76 e N77N80,N81,N82,N83, N84,N85,N86,N87,N88 ,N89,N90,N91,N92,N9 3,N94,N95,N96,N97,N 98 e N99
09.06.01.002-0 - OCI - GIN1 - AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA) II	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA,CONSULTA OU TELECONSULTA DE RETORNO.		9 anos	C51, C52, C53, C54, C55, C56, C57, C58D25N70, N71, N72, N73, N74, N75, N76, N77N80, N81, N82, N83, N84, N85, N86, N87, N88, N89, N90, N91, N92, N93, N94, N95, N96, N97, N98, N99
09.06.01.003-9 - OCI - GIN2 - PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DESAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA) - SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL I	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA,HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA - COM BIÓPSIA, SEDAÇÃO, EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA), TELEDIAGNÓSTICO, CONSULTA OU TELECONSULTA DE RETORNO.		9 anos	C51, C52, C53, C54, C55, C56, C57, C58D25N70, N71, N72, N73, N74, N75, N76, N77, N80, N81, N82, N83, N84, N85, N86, N87, N88, N89, N90, N91, N92, N93, N94, N95, N96, N97, N98, N99

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutiva	Idade Mínima	CID
09.06.01.005-5 - OCI - GIN3 - PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA) - ENDOMETRIOSE PROFUNDA- CASOS COMPLEXOS E PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA 09.01.01.005-7 OCI INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/ Pelve/ ABDÔMEN INFERIOR, CONSULTA OU TELECONSULTA DE RETORNO. 03.01.01.007-2- CONSULTA MÉDICA	 02.11.04.002-9 - COLPOSCOPIA	9 anos	C51, C52, C53, C54, C55, C56, C57, C58D25N70, N71, N72, N73, N74, N75, N76, N77N80, N81, N82, N83, N84, N85, N86, N87, N88, N89, N90, N91, N92, N93, N94,

6- CIRURGIA VASCULAR/ANGIOLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

6.1- Diabéticos - Dados relevantes da história clínica, dados discriminantes de exame físico, lesões ou sintomas vasculares das extremidades (DAOP, úlcera de estase, entre outros).

6.2- Hipertensos - Dados relevantes da história clínica, dados discriminantes de exame físico, lesões ou sintomas vasculares das extremidades (DAOP entre outros).

6.3- Suspeita de Aneurisma de Aorta Abdominal - Dados relevantes da história clínica, dados discriminantes de exame físico.

-Exames Complementares Necessários: ultrassom abdominal ou outro exame de imagem compatível + Exames de rotina já realizados.

6.4- Varizes- Dados relevantes da história clínica, dados discriminantes de exame físico.

Insuficiência venosa crônica sem melhora, com terapêutica conservadora com vistas a procedimento cirúrgico.

6.5- Úlcera Varicosa - Dados relevantes da história clínica, dados discriminantes de exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos prévios.

Exames Complementares Necessários: Cultura e antibiograma de secreção da ferida. Glicemia, hemograma, VDRL, triglicérides, colesterol, creatinina e uréia. Orientar o paciente a levar até o especialista demais exames já realizados. Citar o motivo do encaminhamento.

6.6- Insuficiência Circulatória arterial - História clínica sucinta contendo características do quadro, presença de claudicação intermitente, alterações da perfusão periférica, patologias associadas. Dados discriminantes de exame físico tais como referentes à palpação dos pulsos. Relatar os tratamentos até então empregados e hipótese diagnóstica e o motivo do encaminhamento.

Exames Complementares Necessários: Glicemia, colesterol, triglicérides, hemograma e VDRL. Demais exames realizados compatíveis.

Prioridade para Regulação: tromboflebite superficial localizada próximo à junção safeno femoral ou safeno-poplítea, varizes de grosso calibre com sinais de insuficiência venosa grave e com dermatite ocre e/ou úlceras varicosas.

Outros motivos frequentes de encaminhamento, com comentários importantes para melhor estabelecer a relação referência-contrarreferência:

Dor e edema em membros inferiores: antes de encaminhar ao angiologista, excluir causas sistêmicas para edema. Para o encaminhamento, solicitar RX de coluna lombo-sacro, glicemia, hemograma, colesterol, triglicérides, anti-estreptolisina O, PCR. Informar a presença de doenças associadas, principalmente Hipertensão e Diabetes, especificando o estado atual de controle das mesmas.

7- DERMATOLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- 1- Micose
- 2- Prurido/Eczema

- 3- Dermatite de Contato
- 4- Neoplasias Cutâneas / Diagnóstico Diferencial de Lesões Infiltradas
- 5- Herpes Zoster
- 6- Discromias (Vitiligo, Melasma)
- 7- Hanseníase
- 8- Dermatoses Eritemato-Escamosas (Psoríase, Líquen-Plano, Pitiríase Rosa)
- 9- Farmacodermias
- 10- Buloses (Pênfigo, Penfigóide, Dermatite Herpetiforme)
- 11- Lesões ulceradas (Leshimaniose)
- 12- Acne
- 13- Alopecia
- 14- Cisto Cutâneo
- 15- Dermatite Seborréicas
- 16- Micoses profundas (lobomicoses, cromomicoses, Jorge-lobo, esporomicoses, paracoccidioidomicose e tuberculose cutânea)

Observações:

- Os pacientes com lesões dermatológicas previamente tratadas, sem resposta satisfatória, deverão suspender o uso de medicações tópicas antes da consulta com o especialista.
- O encaminhamento ao especialista não transfere a responsabilidade pelo acompanhamento do paciente. Assim, o paciente permanece sob os cuidados do médico solicitante, devendo retornar a ele para continuidade da assistência e do seguimento clínico.

7.1- Micoses

Encaminhar os pacientes tratados clinicamente sem melhora das queixas ou em casos de suspeita de micose profunda (onicomicose, cromomicose, lobomicose, etc), descrevendo a história sucinta constando data do início, evolução e tratamento instituído.

Exame Físico- Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.

Exames Complementares Necessários: Micológico.

Prioridade para a Regulação - Pacientes com queixas, lesões sugestivas e com resistência ao tratamento.

Contra-referência- retorno à UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.

7.2- Prurido/Eczema

Encaminhar os pacientes com queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico. Ex: icterícia, causa medicamentosa,

escabiose etc. Encaminhar paciente com história sucinta constando início dos sinais e sintomas, localização, fatores desencadeantes, tratamentos instituídos e exames complementares (se houver).

Exame Físico- Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.

Prioridade para a Regulação – Pacientes com quadros extensos e/ou graves.

Contra-referência- permanecer no nível secundário ou retorno à UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.

7.3- Dermatite de Contato

Encaminhar somente casos sem causas definidas. Referir data do início dos sintomas, localização, fatores desencadeantes, frequência, intensidade das crises, medidas de prevenção adotadas e tratamentos instituídos.

Exame físico-Descrever aspecto e localização da lesão.

Prioridade para a Regulação- Pacientes com queixas e com lesões extensas e/ou graves.

Contra-referência- Retornar à UBS para acompanhamento com relatório do especialista.

7.4- Neoplasias Cutâneas/Diagnóstico Diferencial de Lesões Infiltradas

Encaminhar os pacientes com lesões sugestivas. Ex: lesões com história de aumento progressivo, alteração das características iniciais (cor, aumento de espessura, bordas irregulares), presença de prurido e /ou sangramento.

Exame Físico- Descrever o aspecto, localização das lesões e presença de linfonodos.

Prioridade para a Regulação – Pacientes com suspeita de melanoma e enfartamento ganglionar.

7.5- Herpes Zoster

Encaminhar somente casos graves com comprometimento do estado geral ou pacientes imunodeprimidos. Informar tratamentos instituídos.

Exame Físico-Descrever o aspecto das lesões.

7.6- Discromias, Vitiligo

Prioridade para a Regulação – Pacientes com suspeita clínica sem diagnóstico assertivo e com áreas extensas de acometimento.

7.7- Hanseníase

Encaminhar todos os casos suspeitos ao CEAD. Informar o tratamento instituído, reações ou complicações (comprometimento neurológico e reações hansênicas).

Obs: Lembrar que o paciente portador de Hanseníase é um paciente com necessidades de acompanhamento multidisciplinar, devendo ser encaminhado a outras especialidades diante da necessidade, como cirurgião plástico, oftalmologista, neurologista, psicólogo, entre outros.

Exame Físico - Descrever o aspecto das lesões (tamanho, características e localização) e exame dermatoneurológico (palpação, teste de sensibilidade).

Prioridade para a Regulação-Pacientes com reação hansênica.

7.8- Dermatoses Eritêmato-Escamosas (Psoríase. Líquen-Plano, Pitiríase Rosa, Ictioses)

Encaminhar paciente com quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.

Prioridade para a Regulação –Pacientes com quadros extensos.

7.9- Farmacodermias

Encaminhar os pacientes com queixas de lesões de pele, associadas ao uso de medicações. Relatar frequência e intensidade das crises, descrevendo todos os medicamentos usados e o tempo de uso.

Exame Físico-Descrever o aspecto das lesões.

Prioridade para a Regulação – Pacientes com queixas de lesões na mucosa e sintomas sistêmicos.

7.10- Buloses (Pênfigo, Penfigóide, Dermatite Herpetiforme)

Prioridade para a Regulação- Pacientes com quadro extenso e/ou com comprometimento de mucosas.

OBS: Em casos extensos e/ou com comprometimento de mucosas priorizar atendimento.

7.11- Lesões Ulceradas (Leshimaniose)

Encaminhar os pacientes com suspeita de lesões típicas de leishmaniose (com bordas elevadas, endurecidas que não cicatrizam há mais de 30 dias, mesmo instituído

tratamento com antibioticoterapia).

Exame Físico- Descrever o aspecto das lesões e evolução.

Prioridade para a Regulação – Pacientes com queixas, sintomáticos.

7.12- **Acne**

Encaminhar pacientes com Acne grau II sem resposta a tratamento medicamentoso e orientações de higiene, com história sucinta, relatando os medicamentos empregados, se for o caso, enumerar as doenças de base.

Pacientes com Acne grau III, IV e V Pacientes com suspeita de rosácea.

Priorizar: pacientes com Acne grau IV e V e rosácea.

7.13- **Alopécia**

Encaminhar pacientes com história clínica e dados relevantes do exame físico.

Formas simples de alopecia areata resistentes a tratamento (Especificar o tratamento) Alopécia areata universal.

Excluir diagnóstico de micose, dermatite seborréica, causas sistêmicas, uso de substâncias químicas que causam alopecia, causas psicogênicas (tricotilomania).

Exames Complementares Necessários: Hemograma, Glicemia, TGO, TGP, Ferritina, TSH.

7.14- **Cisto Cutâneo**

Encaminhar pacientes com História clínica e dados relevantes do exame físico.

Presença de múltiplas lesões, dificuldade de definir o tipo de lesão, excluir diagnóstico de cisto sinovial.

Obs: Em casos de Cisto pilonidal (cisto na região perianal/região do cóccix), encaminhar à especialidade **proctologia/Gastro**, por se tratar de patologia cirúrgica relacionada à proctologia.

7.15- **Dermatite Seborréica**

Encaminhar pacientes com história clínica e dados relevantes do exame físico, ausência de melhora com tratamento prévio (descrever tratamento realizado).

Prioridade: generalização do quadro (eritoderma) , pacientes imunocomprometidos.

Observação: Não encaminhar para a especialidade de Dermatologia problemas relacionados a estética (melasma, cicatrizes de acne, blefaroplastia).

Exame de pele para fins de prática de atividades aquáticas- encaminhar ao especialista somente casos que estejam estabelecidos no protocolo.

8- ENDOCRINOLGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

8.1- Cisto de tireóide

Encaminhar o paciente descrevendo a história clínica, dados discriminados dos exames clínico/físico (descrição do cisto), casos de crescimento do cisto ou acometimento ganglionar ou vascular.

Exames Complementares Necessários: TSH e T4 livre e Anticorpos tireiodianos (especialista), ultrassonografia de tireóide nos casos de nódulos palpáveis.

8.2- Nódulos Tireoideanos

Encaminhar o paciente descrevendo a história clínica, dados discriminados dos exames clínicos/físico (descrição do nódulo), casos de crescimento do nódulo ou acometimento ganglionar ou vascular.

Exames Complementares Necessários: TSH e T4 livre e anticorpos tireoideanos (especialista), ultrassonografia de tireóide nos casos de nódulos palpáveis.

Prioridade de encaminhamento: Nódulos únicos, história prévia de radioterapia cervical, aumento ganglionar com sinais de malignidade.

8.3- Diabetes Melitus

Encaminhar os pacientes diabéticos de difícil controle terapêutico ou com comorbidades, descrevendo os dados relevantes da história clínica incluindo dieta prescrita, dados discriminantes de exame físico incluindo circunferência abdominal e índice de IMC.

Encaminhar todos os pacientes com Diabetes tipo 1, sem exceção. Pacientes com Diabetes tipo 2 que não respondem às medidas empregadas com associação de dois medicamentos hipoglicemicantes orais nas doses plenas por 6 meses consecutivos e/ou com indicação de insulino terapia plena (especificar tratamento realizado).

Exames Prévios Necessários: glicemia de jejum, glicemia pós prandial, hemoglobina glicada recente, colesterol total e frações recentes, triglicerídeos e creatinina sérica,

microalbuminúria e outros exames realizados anteriormente. Nos casos de Diabetes tipo 2, são necessários também TGO, TGP, creatinina e albumina.

Prioridade - Complicações crônicas avançadas, diabetes tipo 1 recém diagnosticada (com resumo de alta hospitalar).

8.4- Hipertireoidismo

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes da história clínica. Dados discriminantes de exame físico. Hipertireoidismo confirmado por exame laboratorial.

Exames Complementares Necessários: TSH e T4 livre com resultados alterados recentes. Em casos onde o resultado não é definitivo, repetir o exame uma segunda vez; Ultrassonografia de tireóide solicitada nos casos de nódulo palpável.

Prioridade de encaminhamento: Hipertireoidismo com sinais clínicos evidentes de descompensação, cardiopatias associada, suspeita de tumor, gestante (ambatório de pré-natal de alto risco).

8.5- Hipotireoidismo

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes da história clínica. Dados discriminantes do exame físico, diante da ausência de melhora com tratamento em doses terapêuticas. Em casos de hipotireoidismo subclínico (alteração dos níveis de hormônios tireoidianos assintomática ou com sintomas leves), não iniciar o tratamento, mas encaminhar à especialidade para confirmação da necessidade do tratamento. Pessoas com hipotireoidismo subclínico, isto é, TSH < 10 e sem sintomas tem benefício incerto com tratamento. Em casos de hipotireoidismo confirmado, especificar o tratamento.

Exames Complementares Necessários: TSH e T4 livre pregressos e recentes, Anti-Peroxidase (nos casos suspeitos de hipotireoidismo sub-clínico), Ultrassonografia de tireóide nos casos de nódulos palpáveis.

Prioridade para encaminhamento: em caso de patologias associadas, principalmente a cardiopatias, suspeita de tumor e gestante (ambatório de pré-natal de alto risco).

8.6- Obesidade

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes da história clínica incluindo dieta prescrita, Dados discriminantes de exame físico, incluindo circunferência abdominal e índice de IMC. Obesidade Secundária, Obesidade grau II quando

apresentar co-morbidades (IMC de 35 a 39,9 Kg/m²), na ausência de resposta ao tratamento comportamental e/ou medicamentoso por um ano a partir da data da consulta. Obesidade de grau III (IMC > 40 kg/m²).

Exames Complementares Necessários: Hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, TSH, TGO, TGP, plaquetas e creatinina.

8.7- Disfunção de Glândulas Suprarrenais

Encaminhar qualquer paciente com suspeita mediante história clínica sucinta. A suspeita ocorrerá em presença de qualquer dos sintomas seguintes: obesidade central, hiper ou hipotensão, hipertricrose, alopecia, estrias violáceas, hiperpigmentação de mucosas, amenorréia, anorexia, astenia, vômitos e diarreias crônicas ou redução em pilificação do corpo.

8.8- Baixa Estatura

Encaminhar o paciente descrevendo história clínica de acompanhamento prévio por 6 a 12 meses, dados discriminados dos exames clínicos (Curva de Peso e estatura, velocidade de crescimento), mudança de canal de crescimento em menores de 18 anos.

Exames Complementares Necessários: Hemograma, VHS, Cálcio sérico, Fósforo sérico, Fosfatase alcalina, TSH e T4 livre, Urina1, PPF, Raio x com idade óssea e curva de crescimento.

8.9- Telarca e Puberdade Precoce

Encaminhar o paciente descrevendo história clínica de acompanhamento prévio, dados discriminados dos exames clínicos (descrição dos caracteres sexuais secundários: pelos, mamas, etc.) Levar em conta que telarca e pubarca após os 9 anos são considerados normais.

Exames Complementares Necessários: Exame de idade óssea.

9- FISIATRIA

Critérios gerais para encaminhamento:

9.1- Sequelas de Acidente Vascular Cerebral e traumatismos em geral

Encaminhar o paciente descrevendo dados relevantes de história clínica e exame físico,

exames realizados anteriormente. Comprometimento das atividades diárias.

9.2- Pacientes ambulatoriais

Encaminhar o paciente descrevendo dados relevantes de história clínica e exame físico, exames realizados anteriormente. Pacientes com sequelas neurológicas e motoras com alta hospitalar nas especialidades:

- 9.2.1- Reabilitação motora (concessão de órteses e próteses e meios de locomoção)
- 9.2.2- Fisiatria neurológica
- 9.2.3- Fisiatria pediátrica
- 9.2.4- Fisiatria ortopédica
- 9.2.5- Fisiatria amputações

OBSERVAÇÃO: O profissional generalista ou clínico poderá encaminhar para fisioterapia aqueles pacientes previamente avaliados pelo especialista e por estes anteriormente indicados para tratamento fisioterápico e que persistam com sintomas ou sequelas neuropsicomotoras ou ortopédicas.

10- GASTROENTEROLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- 1-Epigastralgia/Úlcera Péptica
- 2-Diarréia prolongada
- 3-Dor Abdominal não esclarecida

10.1- Epigastralgia/Úlcera Péptica

História sucinta com tempo de evolução da dor e características, hábito intestinal e sintomas concomitantes, achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Relatar tratamento prévio e medicamentos em uso atual, sem controle da sintomatologia.

Exames Complementares Necessários: os realizados previamente.

10.2- Diarréia Prolongada

História sucinta com tempo de evolução, com descrição do aspecto e número da evacuação e sintomas concomitantes. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Relatar tratamento prévio e medicamentos em uso atual, sem controle da sintomatologia.

Exames Complementares Necessários: os realizados previamente.

10.3- Dor Abdominal não esclarecida

História sucinta com tempo de evolução da dor e características, hábito intestinal e sintomas concomitantes. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Relatar tratamento prévio e medicamentos em uso atual, sem controle da sintomatologia.

Exames Complementares Necessários: os realizados previamente.

10.4- Colelitíase

Para avaliação de necessidade de procedimento CPRE ou Colectomia.

Exames Complementares Necessários: os realizados previamente.

10.5- Achado sorológico positivo para Hepatite Viral B e C após doação de sangue

Quando houver dúvidas na condução do caso, encaminhar para o Serviço de Infectologia, junto ao SEPA.

Observação: Casos de halitose, de forma isolada, não constituem indicação de encaminhamento ao gastroenterologista, uma vez que, na maioria das situações, estão relacionados à doença periodontal, afecções otorrinolaringológicas ou hábitos inadequados de higiene bucal e/ou alimentares. Recomenda-se a investigação inicial e o manejo dessas causas antes de considerar avaliação pela Gastroenterologia.

Procedimentos para Ofertas de Cuidados Integrados - OCI

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutiva	Idade Mínima	CID
09.01.01.007-3 OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER GÁSTRICO	03.01.01.007-2	02.03.02.003-0 - EXAME ANATOMO-	18 anos	C16, D00, D13, D37, K20, K21, K22, K23, K25, K26, K27, K28, K29, K30, K- 31
	CONSULTA/03.01.01.030-7	PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO /		
	-TELECONSULTA MÉDICA EM	PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR		
	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)		
	02.09.01.003-7			
09.01.01.008-1 OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA		10 anos	C17, C18, C19, C20, C21, D01, D12, K62, K63
	03.01.01.007-2 CONSULTA/	02.03.02.003-0 - EXAME ANATOMO-		
	03.01.01.030-7- TELECONSULTA	PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO /		
	MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR		

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutiva	Idade Mínima	CID
CÂNCER COLORRETAL	02.09.01002-9 COLONOSCOPIA	BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)		

11- GERIATRIA

Critérios gerais para encaminhamento:

Idoso com 60 anos ou mais com a capacidade funcional comprometida e alguma dependência para as atividades da vida diária básicas, tais como: alimentação, higiene, vestuário, locomoção e outras.

11.1- Idoso com sequelas de AVC

Encaminhar paciente idoso com sequela de AVC com comprometimento da capacidade funcional. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais, Hipótese diagnóstica e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários- Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.

Prioridades para a regulação – Pacientes com AVC ocorrido em até 6 meses.

11.2- Idoso com Síndrome demencial e ou outra alteração cognitiva/alteração de comportamento com comprometimento da capacidade funcional

Encaminhar paciente idoso em casos de hipótese diagnóstica acima, detalhando o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais, Hipótese diagnóstica e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários – Hemograma completo, Glicemia de jejum, Urina I, Urocultura, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Vitamina D, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, T4L, T3, VDRL, e Tomografia de crânio e Ressonância de crânio se realizados .

Prioridades para a regulação – Encaminhar pela rotina.

11.3- Idoso com quadro de Sintomas depressivos/ansiosos importantes com comprometimento da capacidade Funcional.

Encaminhar paciente Idoso que fez tratamento prévio de depressão na UBS sem êxito. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra, Tratamentos prévios e/ou atuais, Hipótese diagnóstica e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.

Prioridades para a regulação –Encaminhar pela rotina.

11.4- Idoso com Parkinson e/ou outros distúrbios do movimento com comprometimento da capacidade funcional

Encaminhar paciente idoso que apresenta alteração motora, lentidão de movimentos, tremores, desequilíbrio. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais, Hipótese diagnóstica e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.

Prioridades para a regulação –Pacientes com dificuldade de locomoção.

11.5- Idoso com doenças Osteoarticulares/Osteoporose e/ou fraturas com comprometimento da capacidade funcional

Encaminhar paciente idoso com dores fortes e persistentes, dificuldade de locomoção, quedas frequentes, deformidades importantes, fraturas e outros. Pacientes com Osteoporose grave de difícil manejo. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais, Hipótese diagnóstica e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, densitometria óssea.

Prioridades para a regulação- Fraturas que levem à restrição ao leito.

11.6- Idoso com histórico de 3 quedas ou mais no último ano

Encaminhar paciente idoso com quedas por causas não identificadas. Detalhar o motivo

do encaminhamento ao geriatra. Tratamentos prévios e/ou atuais, Hipótese diagnóstica e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, vitamina D, Urina I, Urocultura.

Prioridades para a regulação – Encaminhar pela rotina.

11.7- Idoso com histórico de 3 ou mais internações nos últimos 6 meses

Encaminhar paciente idoso com a capacidade funcional comprometida em decorrência de internações, que desenvolveram delirium e/ou úlceras de pressão. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Hipótese diagnóstica e Exame Físico direcionados com resumo das internações.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Urina I, Urocultura, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina D, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.

Prioridades para a regulação – Encaminhar pela rotina.

11.8- Idoso que usa 5 ou mais medicamentos

Encaminhar paciente idoso que utiliza mais de 5 medicamentos que apresentem efeitos adversos a esses medicamentos, necessidade de troca de medicações ou suspeita de cascata iatrogênica. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Hipótese diagnóstica e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.

Prioridades para a regulação – Idosos com 75 anos ou mais.

11.9- Idoso com Polipatologias – 5 diagnósticos ou mais

Encaminhar paciente idoso com 5 diagnósticos ou mais, em que haja dificuldade de manejo, associado a polifarmácia, risco ou comprometimento funcional. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra. Hipótese diagnóstica e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, vitamina D.

Prioridades para a regulação – Encaminhar pela rotina.

11.10- Idoso com Síndrome Consuptiva / desnutrição ou Síndrome da Fragilidade

Encaminhar paciente idoso com pelo menos 3 itens: perda de peso, fraqueza muscular, alteração de marcha, cansaço ou fadiga e diminuição da atividade física. Idosos com perda de peso importante e desnutrição não elucidados. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra; Hipótese diagnóstica e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Urina I, Urocultura, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, Hidroxi-vitamina D.

Prioridades para a regulação – Encaminhar pela rotina.

11.11- Idoso com Incontinência Urinária associado a comprometimento funcional

Encaminhar paciente idoso com perda urinária associado a outras síndromes geriátricas, polifarmácia e comorbidades em que as mudanças ambientais não tenham surtido efeito. Detalhar o motivo do encaminhamento ao geriatra; Hipótese diagnóstica e Exame Físico direcionados.

Exames Complementares necessários - Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Calcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, hidroxi vitamina D, EAS + Urocultura com antibiograma, PSA para os homens.

Prioridades para a regulação – Encaminhar pela rotina.

11.12- Idoso com neoplasias sem prognóstico terapêutico

Encaminhar paciente idoso com diagnóstico de neoplasia sem prognóstico terapêutico para acompanhamento de cuidados paliativos, conhecimento de procedimentos de cuidados e qualidade de vida em doenças avançadas.

Prioridades para a regulação – Encaminhar pela rotina.

12 - HEMATOLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- 1- Anemia crônica resistente a tratamento
- 2- Leucopenia a esclarecer
- 3- Plaquetopenia a esclarecer
- 4- Trombocitose
- 5- Poliglobulia/eritrocitose
- 6- Adenomegalia
- 7- Esplenomegalia
- 8- Trombose e trombofilias
- 9- Gamopatia monoclonal ou suspeita de mieloma múltiplo
- 10- Hiperferritinemia e suspeita de hemocromatose
- 11- Hemoglobinopatias
- 12- Suspeita de doença onco-hematológica
- 13- Alterações de coagulação e sangramentos

12.1- Anemia Crônica resistente a tratamento

Encaminhar casos de anemia persistente apesar de tratamento adequado, anemia sem causa definida na investigação inicial e suspeita de anemia hemolítica, com história sucinta com tempo de evolução, sinais e sintomas associados, presença de sangramentos, patologias associadas. Relatar motivo do encaminhamento, tempo de evolução, história familiar, achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos prévios, incluindo os medicamentos e doses.

Exames Complementares Necessários – Hemograma completo (idealmente 2, datados, salvo no caso de gravidade), plaquetas, reticulócitos, ferritina, ferro sérico, transferrina/TIBC e saturação de transferrina, se disponível na rede, Vitamina B12, ácido fólico, Creatinina, TSH se relacionado à suspeita clínica, PCR/VHS se suspeita inflamatória, bilirrubinas, DHL e haptoglobina se suspeita de hemólise, pesquisa de perdas quando há relevância clínica, eletroforese se microcitose desproporcional e outros realizados previamente.

12.2- Leucopenia a esclarecer

Encaminhar casos de leucocitose persistente sem causa infecciosa ou inflamatória evidente, leucocitose com desvio escalonado à esquerda após exclusão de infecção, absofilia persistente, monocitose persistente, eosinofilia persistente moderada ou grave

sem causa definida, leucocitose associada à anemia, plaquetopenia, tromboitose ou poliglobulia, leucocitose com esplenomegalia, hepatomegalia ou linfonomegalia, suspeita de leucemia, linfoma ou neoplasia mieloproliferativa. Incluir história clínica sucinta incluindo a história pregressa, evolução, presença de febre e outros concomitantes, patologias associadas, história familiar.

Relatar os dados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, com respectivas doses.

Exames Complementares Necessários - Hemograma completo (2, datados, salvo no caso de gravidade), plaquetas e reticulócitos, Hematócrito, VCM RDW, diferencial de leucócitos e plaquetas, lâmina/periférico, quando disponível, exames já realizados conforme a hipótese diagnóstica (ferritina, B12, folato, reticulócitos, DHL, bilirrubinas, Coombs, sorologias, função renal, função hepática, TSH, PCR/VHS, eletroforese de hemoglobina, eletroforese de proteínas.

12.3- Plaquetopenia a esclarecer

Encaminhar pacientes com alterações persistentes sem causa definida de leucócitos, neutrófilos, neutropenia associada a anemia e/ou plaquetopenia, leucopenia com esplenomegalia, linfonomegalia ou sintomas B, infecções bacterianas/fúngicas recorrentes, suspeita de doença medular, mielodisplasia, aplasia ou leucemia. com história clínica sucinta relatando a presença de equimoses, petéquias ou sangramentos. Relatar as doenças associadas. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Relatar os medicamentos em uso, respectivas dosagens e condutas já adotadas. Relatar presença de infecções virais recentes, sintomas reumatológicos ou autoimunes, etnia, histórico familiar e estabilidade crônica.

Exames Complementares Necessários - Hemograma, plaquetas e reticulócitos. Conforme o caso, podem ser necessários exames de HIV, hepatites.

Observações: O paciente deve ser encaminhado sem inserção de novos medicamentos.

12.4- Trombocitose

Encaminhar casos de plaquetas acima de 500.000/mm³ persistentes em pelo menos 2 hemogramas e todos os casos de plaquetas superiores a 1.000.000/mm³. Encaminhar também trombocitose associada a leucocitose ou poliglobulia, trombocitose com esplenomegalia, tromboitose com trombose ou sangramento, paciente com sintomas vasomotores (cefaleia, escotomas, sintomas visuais, eritromelalgia, dor torácica atípica)

e casos de pacientes com suspeita de trombocitemia essencial ou otura neoplasia mieloproliferativa.

Relatar os dados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, com respectivas doses.

Exames Complementares – Hemograma completo (idealmente 2, datados, salvo no caso de gravidade), Hematócrito, VCM RDW, diferencial de leucócitos e plaquetas, lâmina/periférico, quando disponível, exames já realizados conforme a hipótese diagnóstica (ferritina, B12, folato, reticulócitos, DHL, bilirrubinas, Coombs, sorologias, função renal, função hepática, TSH, PCR/VHS, eletroforese de hemoglobina, eletroforese de proteínas.

12.5- Poliglobulia/eritrocitose

Encaminhar casos de poliglobulia persistente sem causa secundária clara, poliglobulia associada a leucocitose ou trombocitose, esplenomegalia, prurido aquagênico, eritromelalgia, trombose, sintomas vasomotores, suspeita de policitemia vera. Relatar os dados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, com respectivas doses.

Exames Complementares Necessários – Hemograma completo (idealmente 2, datados, salvo no caso de gravidade), Hematócrito, VCM RDW, diferencial de leucócitos e plaquetas, lâmina/periférico, quando disponível, exames já realizados conforme a hipótese diagnóstica (ferritina, B12, folato, reticulócitos, DHL, bilirrubinas, Coombs, sorologias, função renal, função hepática, TSH, PCR/VHS, eletroforese de hemoglobina, eletroforese de proteínas.

12.6- Adenomegalia

Encaminhar casos de linfonodo persistente por mais de 4 a 6 semanas, sem causa infecciosas clara, linfonodo de diâmetro maior que 2cm, endurecido, fixou ou supravicular, adenomegalia generalizada, associação com febre, sudorese noturna ou perda ponderal, anemia, leucopenia, leucocitose, plaquetopenia, trombocitose ou esplenomegalia, suspeita de linfoma, leucemia ou doença linfoproliferativa. Relatar os dados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, com respectivas doses.

Exames Complementares Necessários– Hemograma completo (idealmente 2, datados,

salvo no caso de gravidade), Hematócrito, VCM RDW, diferencial de leucócitos e plaquetas, lâmina/periférico, quando disponível, exames já realizados conforme a hipótese diagnóstica (ferritina, B12, folato, reticulócitos, DHL, bilirrubinas, Coombs, sorologias, função renal, função hepática, TSH, PCR/VHS, eletroforese de hemoglobina, eletroforese de proteínas.

12.7- Esplenomegalia

Encaminhar casos de esplenomegalia isolada sem hepatopatia crônica ou infecção aguda evidente, esplenomegalia com citopenias, leucocitose, linfocitose, monocitose, basofilia, eosinofilia, suspeita de doença mieloproliferativa, linfoma, hemólise ou sintomas B. Relatar os dados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, com respectivas doses.

Exames Complementares Necessários – Hemograma completo (idealmente 2, datados, salvo gravidade), Hematócrito, VCM RDW, diferencial de leucócitos e plaquetas, lâmina/periférico, quando disponível, exames já realizados conforme a hipótese diagnóstica (ferritina, B12, folato, reticulócitos, DHL, bilirrubinas, Coombs, sorologias, função renal, função hepática, TSH, PCR/VHS, eletroforese de hemoglobina, eletroforese de proteínas.

12.8- Trombose e trombofilias

Encaminhar casos de importante histórico familiar, TEV espontâneo em paciente menor de 50 anos, TEV recorrente, trombose em local incomum (cerebral, porta mesentérica, hepática, esplâncnica ou membro superior sem cateter), trombose arterial jovem sem causa definida, suspeita de síndrome antifosfolípide, abortamentos de repetição (especialmente 3 ou mais perdas antes das 20 semanas, excluir causas ginecológicas e genéticas), trombose associada a plaquetose, poliglobulia ou leucocitose e dúvida complexa sobre duração de anticoagulação. Descrever os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, com respectivas doses.

Exames Complementares Necessários – Hemograma completo (idealmente 2, datados, salvo no caso de gravidade), Hematócrito, VCM RDW, diferencial de leucócitos e plaquetas, lâmina/periférico, quando disponível, exames já realizados conforme a hipótese diagnóstica (ferritina, B12, folato, reticulócitos, DHL, bilirrubinas, Coombs,

sorologias, função renal, função hepática, TSH, PCR/VHS, eletroforese de hemoglobina, eletroforese de proteínas. Gamopatia monoclonal a esclarecer e suspeita de mieloma múltiplo.

OBSERVAÇÃO: Não é necessário encaminhamento para hematologia em casos de primeiro episódio de TVP/TEP claramente provocado por cirurgia, imobilização, trauma ou internação, painel de trombofilia sem impacto na conduta, trombose em paciente oncológico já em seguimento com oncologia, salvo dúvida específica.

12.9- Gamopatia monoclonal ou suspeita de mieloma múltiplo

Encaminhar casos de pico monoclonal em eletroforese de proteínas, imunofixação positiva, relação kappa/lambda alterada sugestiva, suspeita de mieloma múltiplo, anemia inexplicada associada a dor óssea, lesões líticas, fratura patológica, hipercalcemia, insuficiência renal sem causa clara associada a proteína monoclonal, proteinúria importante, suspeita de amiloidose ou neuropatia periférica associada a gamopatia.

Descrever os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, com respectivas doses.

Exames Complementares – Hemograma completo (idealmente 2, datados, salvo no caso de gravidade), Hematócrito, VCM RDW, diferencial de leucócitos e plaquetas, lâmina/periférico, quando disponível, exames já realizados conforme a hipótese diagnóstica (ferritina, B12, folato, reticulócitos, DHL, bilirrubinas, Coombs, sorologias, função renal, função hepática, TSH, PCR/VHS, eletroforese de hemoglobina, eletroforese de proteínas).

Prioridades para a regulação – gamopatia monoclonal a esclarecer, anemia importante, insuficiência renal aguda, fraturas ósseas, compressão medular e confusão mental.

12.10- Hiperferritinemia e suspeita de hemocromatose

Encaminhar casos de ferritina elevada persistente com saturação de transferrina elevada, suspeita de hemocromatose hereditária, elevação importante de ferritina sem causa definida, hiperferritinemia associada a citopenia, hepatoesplenomegalia ou sintomas sistêmicos e dúvida sobre indicação de flebotomia terapêutica. Em alguns casos o

manejo pode envolver mais a clínica médica, familiar, gastrologia e hepatologia do que a própria hematologia.

Descrever os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, com respectivas doses. Histórico de alcoolismo, obesidade, esteatose hepática e hepatites.

Exames Complementares Necessários – Hemograma completo, ferritina, transferritina, saturação de transferritina, ferro sérico, TGO, TGP, GGT, FA, bilirrubina, PCR, VHS, Glicemia, perfil lipídico.

12.11- Hemoglobinopatias

Encaminhar casos com suspeita ou confirmação de doença falciforme, talassemia maior ou intermediária, esferocitose hereditária sintomática, hemoglobinopatia associada à anemia, hemólise, esplenomegalia, crises dolorosas ou necessidade transfusional, eletroforese alterada que não seja apenas traço falciforme ou traço talassêmico simples.

Exames Complementares – Hemograma completo (idealmente 2, datados, salvo no caso de gravidade), Hematócrito, VCM RDW, diferencial de leucócitos e plaquetas, lâmina/periférico, quando disponível, exames já realizados conforme a hipótese diagnóstica (ferritina, B12, folato, reticulócitos, DHL, bilirrubinas, Coombs, sorologias, função renal, função hepática, TSH, PCR/VHS, eletroforese de hemoglobina, eletroforese de proteínas.

OBSERVAÇÃO: Não é necessário o encaminhamento de traço falciforme e traço talassêmico assintomáticos isolados e microcitose por traço talassêmico com HB estável, sem sintomas.

12.12- Suspeita de doença onco-hematológica

Encaminhar casos com suspeita de doença onco-hematológica, dando prioridade quando houver blastos em sangue periférico, linfonodomegalia persistente com sintomas B, esplenomegalia inexplicada, pancitopenia, bicitopenia, leucocitose persistente sem causa, linfocitose persistente em adultos, monocitose persistente, basofilia persistente, eosinofilia importante sem causa, pico monoclonal, dor óssea associada à anemia, hipercalcemia, lesão lítica ou insuficiência renal, perda ponderal, febre prolongada, sudorese noturna ou fadiga desproporcional.

Exames Complementares – Hemograma completo (idealmente 2, datados, salvo no

caso de gravidade), Hematócrito, VCM RDW, diferencial de leucócitos e plaquetas, lâmina/periférico, quando disponível, exames já realizados conforme a hipótese diagnóstica (ferritina, B12, folato, reticulócitos, DHL, bilirrubinas, Coombs, sorologias, função renal, função hepática, TSH, PCR/VHS, eletroforese de hemoglobina, eletroforese de proteínas. Alterações de coagulação e sangramentos.

12.13- Alterações de coagulação e sangramentos

Encaminhar casos de sangramentos recorrentes sem causa anatômica clara, epistaxe recorrente importante, menorragia desde menarca ou com anemia ferropriva recorrente, esquimoses espontâneas extensas, sangramento excessivo pós cirúrgico, história familiar de sangramento, TTPa prolongado persistente, TP/INR prolongado sem uso de anticoagulante ou hepatopatia explicativa, suspeita de doença de von Williebrand, suspeita de hemofilia ou outra coagulopatia hereditária, plaquetopenia associada a sangramento, sangramento com coagulograma alterado.

Exames Complementares Necessários – Hemograma completo (idealmente 2, datados, salvo no caso de gravidade), Hematócrito, VCM RDW, diferencial de leucócitos e plaquetas, lâmina/periférico, quando disponível, exames já realizados conforme a hipótese diagnóstica (ferritina, B12, folato, reticulócitos, DHL, bilirrubinas, Coombs, sorologias, função renal, função hepática, TSH, PCR/VHS, eletroforese de hemoglobina, eletroforese de proteínas.

13-HEPATOLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- 1-** Achado sorológico positivo para Hepatite Viral B e C
- 2-** Cirroses Hepáticas
- 3-** Suspeita de Tumores Hepáticos

História sucinta com tempo de evolução, sinais e sintomas associados, presença de sangramentos, icterícia, massa e dor abdominal, patologias associadas. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos prévios, incluindo os medicamentos e doses.

Exames Complementares Necessários– Já realizados (US de abdome, Hemograma, prova de função hepática, Marcadores para hepatites).

14-MASTOLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- 1- Nódulos suspeitos BIRADS 4 e BIRADS 5 ou suspeita clínica com gravidade.
- 2- Derrame papilar/hemorrágico
- 3- Microcalcificações agrupadas à mamografia, em casos de BIRADS 4 e BIRADS 5.
- 4- Suspeita de câncer (retrações ou outras alterações de pele, linfonodos axilares alterados, imagens radiológicas suspeitas - categorias mamográficas 4 e 5)
- 5- Eczema areolar que não cedeu ao tratamento inicial com corticóides
- 6- Pacientes com lesão suspeita e passado de câncer de mama ou história da doença em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha).

Encaminhar paciente com as indicações acima, contendo história sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.

Exame Físico – Exame clínico de mamas, relatar os achados importantes.

Exames Complementares Necessários - Os já realizados, mamografia para maiores de 35 anos e ultrassonografia de mama para menores de 35 anos.

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutiva	Idade Mínima	CID
09.01.01.001-4 OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE CÂNCER DE MAMA	03.01.01.007-2 CONSULTA E/OU	02.05.02.009-7 - ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	10 anos	D486, N60, N61, N62 N63, N64, C50, D05, D24
	03.01.01.030-7 TELECONSULTA			
	MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.04.03.003-0- MAMOGRAFIA			
09.01.01.009-0 OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE MAMA - I	03.01.01.007-2 CONSULTA E/OU	02.01.01.056-9 - BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	10 anos	C50, D05, D24, D486, N60, N61, N62, N63, N64
	03.01.01.030-7 TELECONSULTA			
	MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.01.01.058-5-PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA-			

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

	02.03.01.004-3-CITOPATOLÓGICO DE MAMA OCI.			
09.01.01.010-3 OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE MAMA - II	03.01.01.007-2 CONSULTA E/OU	02.01.01.056-9 - BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	10 anos	C50, D05, D24, D486, N60, N61, N62, N63, N64
	03.01.01.030-7 TELECONSULTA			
	MÉDICA EM ATENÇÃO			
	ESPECIALIZADA			
	02.01.01.060-7- PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA			
	GROSSA			
	02.03.02.006-5 - EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA			

15-NEFROLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- 1- Alteração de exame de urina persistentes sem causa esclarecida pelo clínico
- 2- Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado
- 3- Lesão renal em Diabetes, Hipertensão, doenças reumatológicas e autoimune

15.1- Alteração de exame de urina persistente sem causa esclarecida pelo clínico

Historia sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.

Exame Físico-Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial e volume urinário médio diário relatado .

Exames Complementares Necessários- Sumário de urina, uréia, creatinina $\geq$ 2,0mg/dl, e glicemia de jejum, hemograma completo, colesterol total e frações e triglicerídeos.

Prioridade para a Regulação – Oligúria e/ou creatinina $\geq$ 2,0mg/dl

15.2- Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado

Historia sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.

Exame Físico- Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial

Exames Complementares Necessários – Sumário de urina I, uréia, creatinina, e glicemia de jejum.

Prioridade para a Regulação – Hematúria maciça

15.3- Lesão renal em diabetes, hipertensão, doenças reumatológicas e auto-imunes

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

Historia sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas, suspeita de causas secundárias em hipertensos e suspeita de insuficiência renal.

Exame Físico – Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial.

Exames Complementares Necessários - Sumário de urina I, uréia sérica, creatinina sérica, com clearance ($< 60\text{ml/min/ } 1,73\text{m}^2$), e glicemia de jejum, hemoglobina glicada recente, proteinúria ($>0,5/24\text{h}$), potássio sérico, outros exames realizados.

Prioridade para a Regulação: creatinina $\geq 2,0\text{mg/dl}$; creatinina sérica, com clearance ($<60\text{ml/min/ } 1,73\text{m}^2$).

Outros motivos frequentes de encaminhamento

Encaminhamento anual de diabéticos e hipertensos com alterações de EAS, Infecções urinárias de repetição.

OBSERVAÇÃO: Cálculo Renal (Litíase) e Hematúria – encaminhar ao Urologista.

16- NEUROCIRURGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- 1- Dor coluna vertebral/Discopatias
- 2- Suspeita de Tumor intracraniano
- 3- Portadores de Derivação Ventrículo Peritoneal com suspeita de hipertensão intracraniana
- 4- Hérnia de Disco - comprovada por tomografia computadorizada ou RNM
- 5- Hidrocefalia, Mielomeningocele e Crânioestenose

Encaminhar com história clínica e evolução, curva do Perímetro Cefálico (PC), presença de déficit neurológico e formato do crânio. Raio X de Crânio se a suspeita for Crânioestenose.

Em todas as condições encaminhar com dados relevantes da história clínica, sinais e sintomas atuais, história neurológica pregressa, dados discriminadores do exame físico.

Exames Complementares Necessários – RNM, TC, US transfontanela.

17-NEUROLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- 1- Cefaléia prolongada e resistente a tratamento clínico
- 2- Epilepsia, convulsões e desmaios

- 3- Distúrbio de aprendizagem retardo psicomotor, hiperatividade
- 4- Enxaqueca com comprometimento significativo da atividade de vida diária
- 5- Suspeita de Nevralgia do trigêmeo
- 6- Sequelas de AVC
- 7- Manifestações Psicossomáticas
- 8- Vertigem
- 9- Zumbido

17.1- Cefaléia prolongada e resistente a tratamento clínico

Encaminhar o paciente descrevendo a história sucinta informando localização, característica, evolução e patologias associadas.

Exame Físico - Relatar achados importantes e informar pressão arterial.

Caso seja realizado fundo de olho e encontrar papiledema, encaminhar sem exames para avaliação neurocirúrgica de urgência.

Exames Complementares Necessários –Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como eletroencefalograma, radiografias (crânio,seios da face), tomografia e outros.

Prioridade para Regulação - Suspeita de tumor, malformação arteriovenosa, cefaleias em salva.

Serviço de Urgência –Paciente febril que apresente dor na nuca, Cefaléia forte com início abrupto, suspeita de lesão expansiva intracraniana de causa vascular, presença de sinais neurológicos focais, alteração de estado mental deverá ser encaminhado para Unidade de Pronto Atendimento.

Contra-referência – retorno à **Atenção Primária à Saúde** para acompanhamento com o relatório do especialista.

OBSERVAÇÃO: cefaléia de difícil controle associada a distúrbio do comportamento, convulsões, agravamento progressivo ou de instalação súbita e constante, devem sempre ser encaminhadas ao neurologista.

17.2- Epilepsia, Convulsão e Desmaios

Encaminhar o paciente descrevendo relato sucinto da história, informando características, evolução, doenças associadas (em especial diabetes) e possível hipoglicemia.

Exame Físico- Relatar achados importantes.

Exames Complementares Necessários – Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como eletroencefalograma, radiografias (crânio, seios da face), tomografia e outros.

Prioridade para Regulação – Suspeita de tumor e crises frequentes.

Contra-referência - Retorno ao nível secundário, com acompanhamento anual pelo especialista, mas com acompanhamento mais frequente na **Atenção Primária à Saúde**, mediante relatório e orientação do especialista.

OBSERVAÇÃO: No caso de convulsão febril em crianças deve se tratar o quadro de base e depois encaminhar ao neurologista. Após avaliação pelo neurologista e confirmando o diagnóstico de epilepsia, o retorno ao especialista deve ocorrer de seis em seis meses. Caso a medicação termine antes do retorno do especialista e estando o paciente sobre o controle a prescrição deverá ser mantida pelo médico da **Atenção Primária à Saúde** até o retorno ao Neurologista. Para tanto, na receita deve constar sua validade de acordo com a data de retorno ao especialista e está preenchido o relatório de contra-referência.

17.3- Distúrbio de Aprendizagem, Retardo Psicomotor e Hiperatividade

História sucinta especificando qual o atraso do desenvolvimento neuropsicomotor que foi observado, qual o distúrbio do comportamento, o tempo de evolução e dados sobre o parto, sobre o primeiro ano de vida. Índice de APGAR. Cartão de vacina.

Exames Complementares Necessários- Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como eletroencefalograma.

Exame Físico- Relatar achados importantes.

Contra- referência – Mantido retorno ao nível secundário, e acompanhamento mais frequente na **Atenção Primária à Saúde** de acordo com o relatório e orientações do especialista.

17.4- Sequela de AVC

Encaminhar o paciente descrevendo relato sucinto da história, informando características, evolução, doenças associadas. A prescrição e o acompanhamento de reabilitação fisioterápica devem ser feitos pelo neurologista ou fisiatra, ou pelo profissional médico designado para tal função. Mesmo a avaliação de déficit motores de

sequelas de AVC ou trauma para fins de obtenção de benefícios ou passe livre deve ser feita pelo neurologista ou fisiatra, ou pelo profissional médico designado para tal função.

17.5- Vertigem/Enxaquecas

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes da história clínica. Dados discriminadores do exame Físico.

Suspeita de enxaqueca complicada afastadas as demais causas da doença (HAS, DM, e dislipidemias, tireoideopatia, disfunção têmporomandibular, ansiedade e depressão) podem ser encaminhadas na dificuldade de manejo, descrevendo o tratamento prévio.

17.6- Zumbido

Encaminhar o paciente associado a achados neurológicos descrevendo os dados relevantes da história clínica e dados discriminadores do exame físico.

OBS: Os pacientes com queixas de vertigem e zumbido devem ser inicialmente encaminhados para a especialidade de Otorrinolaringologia.

OBSERVAÇÃO:

- **Nervosismo:** O nervosismo, de forma isolada, não constitui indicação de encaminhamento ao neurologista. A avaliação neurológica está indicada apenas na presença de sinais ou sintomas sugestivos de lesão orgânica do sistema nervoso central (SNC). Na ausência desses achados, recomenda-se a avaliação clínica do caso e, quando pertinente, o encaminhamento para a Rede de Atenção à Saúde Mental.
- **Manifestações Psicossomáticas:** Manifestações orgânicas ou queixas subjetivas compatíveis com quadros de ansiedade, depressão ou outros transtornos mentais comuns não constituem, isoladamente, indicação de encaminhamento ao neurologista. Nesses casos, recomenda-se a avaliação clínica inicial e, quando pertinente, o encaminhamento para a Rede de Atenção à Saúde Mental.

18- OFTALMOLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- 1-Déficit Visual
- 2-Cefaléia
- 3-Retinopatia Diabética/Hipertensiva
- 4-Inflamação Ocular
- 5-Catarata
- 6-Glaucoma
- 7-Estrabismo infantil
- 8-Córnea

18.1- Déficit Visual

Encaminhar os pacientes com relato de déficit visual ou queixas oculares: prurido, lacrimejamento, com história sucinta, citando ou não a presença de outras patologias (diabetes e hipertensão) e se crianças, quando necessário o relato ou encaminhamento do desempenho escolar.

Exame Físico - Citar os achados significativos.

Prioridade para Regulação - Pacientes entre 0 a 9 anos e com mais de 40 anos para consultas de 1ª vez. Dor ocular sem trauma, história de trauma e perda súbita de acuidade visual.

OBSERVAÇÃO: Pacientes que fazem uso de lentes corretivas poderão fazer a consulta de revisão de grau a cada 2 anos.

Contra-referência- retorno à **Atenção Primária à Saúde** para acompanhamento com o relatório do especialista.

18.2- Cefaleia

Encaminhar os pacientes com cefaleia persistente, frontal (após período escolar ou após esforços visuais), sem outras causas aparentes (ex:sinusite, inflamações dentárias e enxaquecas).

Exame Físico – Aferição da Pressão Arterial.

Prioridade para Regulação –Priorizar pacientes entre 0 a 7 anos e com mais de 40 anos para consultas de 1ª vez.

OBSERVAÇÃO:

- Não está indicado o encaminhamento para Oftalmologia nos casos de cefaleia matinal ou cefaleia que desperta o paciente durante a noite, uma vez que essas manifestações, isoladamente, não estão relacionadas a doenças oculares.
- Pacientes com cefaleia aguda de forte intensidade, especialmente quando não acompanhada de dor ocular ou redução da acuidade visual, devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência para avaliação clínica inicial e investigação da causa.

18.3- Pacientes com Diabetes/Hipertensão

Encaminhar o paciente descrevendo a história clínica, tempo de evolução e complicações.

Exame Físico - Relatar os achados importantes. Informar o valor da pressão arterial.

Exames prévios Necessários- Diabetes: glicemia de jejum, hemoglobina glicada, triglicerídeos e colesterol e frações recentes (até 90 dias).

O paciente deve levar ao especialista: exames e relatórios oftalmológicos realizados anteriormente.

-Diabetes tipo 1 - Primeira consulta após 3 anos de evolução da doença, com retorno a cada 1 ano nos casos de exame normal (observar fundoscopia indireta). Nos casos de exames alterados a critério do oftalmologista.

-Diabetes tipo 2 - Primeira consulta após diagnóstico com acompanhamento a cada 1 ano para casos sem retinopatia (observar fundoscopia).

Exames prévios necessários- Glicemia de jejum, hemoglobina glicada recente, colesterol total e frações e outros exames realizados anteriormente.

Prioridade para Regulação - Paciente diabético juvenil acompanhamento oftalmológico assim que diagnosticado e os com diabetes tipo 2 acompanhamento anual com histórico acima de 3 anos de duração.

18.4- Inflamação Ocular

Encaminhar os pacientes com relato de ardor ou dor, secreção, baixa súbita de visão, hiperemia ocular, diplopia.

Exame Físico – Citar os achados significativos.

Prioridade para Regulação – Pacientes com dor e sintomas de início súbito.

18.5- Catarata

Encaminhar os pacientes com faixa etária > 60 anos com queixa de baixa progressiva da visão, vista embaçada, embaçada, com piora da acuidade para longe e melhora para perto. Também estão incluídos cataratas traumáticas e de origem metabólica e Leucocoria (pupila esbranquiçada), independente da idade.

Exame Físico- Citar os achados significativos e relatar a presença ou não de leucocoria.

Exame Prévio – Consulta oftalmológica anterior se existir.

Prioridade para Regulação – Paciente de olho único, ou com insucesso no uso de lentes corretivas.

18.6- Glaucoma

Encaminhar os pacientes com história familiar de glaucoma, relatando os dados de história clínica, enfatizando a sintomatologia de glaucoma agudo: dor ocular muito forte com diminuição súbita de visão, dor de cabeça e vômito, algumas vezes, hiperemia intensa.

Exame Físico – Citar os achados significativos.

Prioridade para Regulação – Pacientes com história familiar, mesmo que assintomático, acima de 40 anos.

18.7- Estrabismo

Encaminhar pacientes com qualquer desvio ocular e compensação do estrabismo pela posição de cabeça (diagnóstico diferencial do torcicolo congênito).

Exame Físico - Citar os achados significativos. Estrabismo fixo em qualquer idade. Estrabismo não fixo em menores de 1 ano.

Prioridade para Regulação – **Menores de 7 anos** e os pacientes que apresentarem **início súbito de visão dupla (diplopia aguda)**, em razão da necessidade de avaliação especializada em tempo oportuno.

18.8- Alterações da Córnea

Encaminhar pacientes com queixas de lacrimejamento, sensação de areia, fotofobia, córnea branca.

Exames físico – Achados significativos referente as HDA.

Prioridade para Regulação – Surgimento súbito da sintomatologia

OBSERVAÇÃO: Pacientes com histórico de consultas anteriores e alta inclusive

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

do AME, deverão ser orientados a levarem na consulta o relatório e todos exames realizados e medicações em uso.

Procedimentos para Ofertas de Cuidados Integrados - OCI

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutive	Idade Mínima	CID
09.05.01.001-9 OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA		0 mês a 8 anos	H00, H01, H02, H03, H04, H05, H06 - H10, H11 - H13, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21, H22, H26, H27, H28, H30, H31, H32, H33, H34, H35, H36, H40, H42, H43, H44, H45, H46, H47, H48, H49, H50, H51, H52, H53, H54, H55, H57, H58, H59
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.11.06.023-2 - TESTE ORTÓPTICO			
	02.11.06.012-7 - MAPEAMENTO DE			
	RETINA			
	02.11.06.002-0 - BIOMICROSCOPIA			
	DE FUNDO DE OLHO			
09.05.01.002-7 OCI AVALIAÇÃO DE ESTRABISMO	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA	02.11.06.017-8 - RETINOLOGIA COLORIDA 02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA	0 mês a 8 anos	H01, H02, H03, H06, H44, H45, H46, H47, H49, H50, H51, H57, H58, H59
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.11.06.023-2 - TESTE ORTÓPTICO			
	02.11.06.012-7 - MAPEAMENTO DE			
	RETINA			
	02.11.06.025-9 - TONOMETRIA			
	02.11.06.002-0 - BIOMICROSCOPIA			
	DE FUNDO DE OLHO			
09.05.01.003-5 OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - A PARTIR DE 9 ANOS	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA	02.11.06.023-2 - TESTE ORTÓPTICO	09 anos	H01, H02, H03, H06, H44, H45, H46, H47, H49, H50, H51, H57, H58, H59
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.11.06.025-9 - TONOMETRIA			
	02.11.06.012-7 - MAPEAMENTO DE			
	RETINA			
	02.11.06.002-0 - BIOMICROSCOPIA			
	DE FUNDO DE OLHO			
09.05.01.004-3 OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA		0 mês	H00 A H H06, H10 A H11, H13, H15 A H22, H25 A H36, H40, H42 A H55, H57 A H59, C69
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.11.06.012-7 - MAPEAMENTO DE			
	RETINA			
	02.11.06.017-8 - RETINOLOGIA COLORIDA BINOCULAR			

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutiva	Idade Mínima	CID
	02.11.06.002-0 - BIOMICROSCOPIA			
	02.11.06.025-9 - TONOMETRIA			
09.05.01.005-1 OCI AVALIAÇÃO INICIAL PARA ONCOLOGIA OFALMOLÓGICA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA	02.11.06.017-8 - RETINOGRRAFIA COLORIDA BINOCULAR	0 mês	C69.0, C69.1, C69.2, C69.3, C69.4, C69.5, C69.6, C69.8, C69.9, H57, H58
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.05.02.008-9 - ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO			
	OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)			
	02.11.06.012-7 - MAPEAMENTO DE RETINA			
	02.11.06.002-0 - BIOMICROSCOPIA			
	DE FUNDO DE OLHO			
	02.11.06.025-9 - TONOMETRIA			
09.05.01.006-0 OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM NEURO OFTALMOLOGIA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA		0 mês	H47, H48, H49, H50, H51, H52, H53, H54, H55, H57, H58, H59
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.11.06.003-8 - CAMPIMETRIA			
	COMPUTADORIZADA OU MANUAL			
	COM GRÁFICO			
	02.11.06.025-9 - TONOMETRIA			
	02.11.06.022-4 - TESTE DE VISÃO			
	DE CORES			
	02.11.06.012-7 - MAPEAMENTO DE RETINA			
	02.11.06.017-8 - RETINOGRRAFIA			
	COLORIDA BINOCULAR			
	02.11.06.002-0 - BIOMICROSCOPIA			
	DE FUNDO DE OLHO			
09.05.01.007-8 OCI EXAMES OFTALMOLÓGICOS SOB SEDAÇÃO	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA	02.11.06.025-9 - TONOMETRIA,	0 mês	H00 A H H06, H10 A H11 - H13, H15 A H22, H25 A H36, H40, H42 A H55, H57 A H59, C69
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	02.11.06.012-7 - MAPEAMENTO DE RETINA		
	04.17.01.006-0 - SEDAÇÃO			

19-ORTOPEDIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- 1-Dores nas costas: cervicalgia, dorsalgia, lombalgia
- 2-Deformidades: MMII, escoliose e cifose
- 3-Dor localizada a esclarecer: articular, tendinites
- 4-Sequelas de fraturas

19.1- Dores nas Costas: Cervicalgia, Dorsalgia, Lombalgia

Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes, que não melhoram após tratamento inicial (especificar tratamento realizado), constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.

Presença de sinais de alerta com menos de duas semanas (fator de risco tumoral, fator de risco de trauma, início de compressão medular).

Exames Complementares Necessários– RX da área afetada, hemograma em caso de suspeita de causa infecciosa, se houver.

Exame Físico-Citar os achados significativos.

Prioridade para Regulação – Pacientes com queixas crônicas, fator de risco para infecção raquidiana, sinais de alerta com duração maior que duas semanas na primeira consulta.

19.2- Deformidades - (MMII, Cifose e Escoliose)

Os casos de deformidades ortopédicas em crianças devem ser encaminhados para avaliação especializada, preferencialmente, antes dos **6 meses de vida**, visando o diagnóstico e tratamento precoce. Deformidades em progressão devem permanecer em acompanhamento com o ortopedista. Os casos de **pé torto congênito e pé plano rígido** constituem indicação de encaminhamento para avaliação pelo especialista em Ortopedia.

Exames Complementares Necessários –RX da área afetada.

Exame Físico – Descrever os achados importantes.

Prioridade para Regulação – Prioridade RN.

19.3- Dor Localizada a Esclarecer - (Articular, Tendinites)

Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes (mais de 90 dias de duração), que não melhoram após tratamento inicial (especificar tratamento realizado), descrever presença ou não de dor ou limitação a movimentação. Provável indicação cirúrgica de pacientes com tratamento clínico ineficaz por mais de 6 meses.

Exames Complementares - RX da área afetada em AP e perfil do local afetado e contra-lateral se necessário, ultrassonografia do local afetado em caso de suspeita de tendinopatia, hemograma (se suspeita de causa infecciosa), VHS, PCR, fator reumatóide (descartando quadros reumáticos), dosagem de ácido úrico (descartando gota).

Exame Físico – Descrever a localização, presença ou não de dor ou limitação a movimentação.

Prioridade para Regulação – Limitação funcional.

19.4- Sequela de Fratura

Descrever queixas, localização, duração, evolução, dor e limitação a movimentação. Relatar frequência e intensidade das crises.

Exames Complementares Necessários– RX da área afetada em AP e perfil.

Exame Físico - Na dor articular, algias ósseas, calcanealgias, artrose de joelhos: descrever a localização, presença de restrição ou dor a movimentação e presença de sinais flogísticos. Encaminhar com RX da articulação acometida em duas incidências.

Prioridade para Regulação – pacientes com sequelas mais recentes.

Contra-referência - Dependendo da avaliação o usuário poderá ser encaminhado à Atenção Primária à Saúde para acompanhamento com o relatório do especialista.

19.5- Tratamento de Fratura

Paciente com suspeita de fratura aguda deverá ser encaminhado imediatamente à **UPA** (Pronto Atendimento), que fará a indicação de acompanhamento especializado (regulação para o Hospital Santa Casa de Rio Claro - Nossa Senhora de Lourdes, onde receberá avaliação e atendimento ortopédico especializado. Após a realização do

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

atendimento de urgência, quando houver necessidade de acompanhamento ambulatorial, o ortopedista deverá encaminhar o paciente ao serviço de Ortopedia ambulatorial por meio da Guia de Referência e Contrarreferência, que deverá ser preenchida corretamente com todos os dados pertinentes. Compete ao médico especialista definir o prazo para as consultas de retorno e reavaliação, bem como solicitar os exames complementares necessários para o seguimento do caso.

19.6- Pós-operatório Imediato de Cirurgia Ortopédica

Após o ato cirúrgico, na alta hospitalar, o ortopedista deverá fazer revisão do paciente no serviço de ortopedia que realizou o ato cirúrgico.

OBSERVAÇÃO:

Descrever, de forma clara e detalhada, os dados clínicos no pedido do exame de imagem, conforme as orientações deste protocolo, a fim de subsidiar a adequada classificação de prioridade e garantir a realização do exame em tempo oportuno, de acordo com a necessidade clínica do paciente.

Quando o paciente necessitar de fisioterapia, além do tratamento medicamentoso, encaminhá-lo somente e após o termino da terapia medicamentosa.

Procedimentos para Ofertas de Cuidados Integrados - OCI

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutive	Idade Mínima	CID
09.03.01.001-1 OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA		0 mês	M124, M15 , M150, M153 , M154, M158, M159, M16, M160, M161, M162, M163, M164, M165, M166, M167, M169, M17, M170, M171, M172, M173, M174, M75, M179,
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA OU			
	03.01.01.030-7 - TELECONSULTA			
	MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA;			
	RADIOGRAFIA (de acordo com o CID			

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutiva	Idade Mínima	CID
	compatível)			M18, M180, M181, M182, M183, M184, M185, M189, M19, M190, M191, M192, M198, M199, M250 - M91, M910, M911, M911, M912, M913 -M918, M919, M92, M920, M921 , M922, M923, M924, M925, M926, M927, M928, M929, M93, M930 , M930, M931, M931, M932 , M938, M938, M939, M939, M94, M940, M941, M942, M943, M948, M949, M95, M960, Q65, Q650, Q651 Q652 , Q653, Q654, Q655, Q656 Q658 Q659, Q66, Q660, Q661, Q662, Q663 Q664, Q665, Q666, Q667, Q668, Q669
09.03.01.002-0 OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRRAFIA	0 EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA OU 03.01.01.030-7 - TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA; 02.05.02.006-2- ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO		0 mês	M87, M87.1, M87.2, M87.3, M87.8, M87.9, M90.3, M90.4, M90.5, I234, I511, M650, M652, M66, M662, M663, M664, M665, M122, M65, M651, M654, M658, M659, M673, M680, M700, M236, S532, S533, S633, S932
9.03.01.003-8 OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E TOMOGRAFIA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA OU 03.01.01.030-7 - TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA; TOMOGRAFIA		0 mês	M948, M949, M95, M960, Q65, Q650, Q651, Q652, Q653, Q654, Q655, Q656, Q658, Q659, Q66, Q660, Q661, Q662, Q663, Q664, Q665, Q666, Q667, Q668, Q669

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutive	Idade Mínima	CID
	COMPUTADORIZADA (de acordo com o CID compatível)			
09.03.01.004-0 OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA OU 03.01.01.030-7 - TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA; RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (de acordo com o CID compatível)		0 mês	M87, M87.1, M87.2, M87.3, M87.8, M87.9, M90.3, M90.4, M90.5, I234, I511, M650, M652, M66, M662, M663, M664, M665, M122, M65, M651, M654, M658, M659, M673, M680, M700, M236, S532, S533, S633, S932

20- OTORRINOLARINGOLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

20.1- Diminuição de acuidade auditiva

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica e exame físico, incluindo descrição da OTOSCOPIA, suspeita de perfuração timpânica, suspeita de doença de Ménière, rolha de Cerumem refratária a tratamento clínico, excluir disfunção tubária.

Exames Complementares Necessários – Audiometria se otoscopia sem alteração (descrever laudo técnico se já houver).

Prioridade para encaminhamento - Perda súbita de audição com ou sem história de trauma físico e suspeita de tumorção.

20.2- Hipertrofia de Tonsila Adenoideana / Rinites / IVAS

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico (avaliação do déficit pondero-estrutural), dificuldade para dormir (apnéia do sono) devido a obstrução nasal, otite média aguda e/ou sinusite de repetição (3 ou mais episódios em 6 meses).

Exame Complementares Necessários – RX de Cavum realizado.

20.3- Obstrução Nasal

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico, afastando os quadro de IVAS, Hipertrofia Tonsilar Adenoideana.

Excluir corpo estranho, principalmente em casos de obstrução nasal unilateral.

20.4- Otite

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico (descrição da otoscopia), otite média crônica (efusão purulenta por mais de 3 meses), Otite média recorrente (3 ou mais episódios em 6 meses ou 4 em 1 ano)

Prioridade para encaminhamento - Otite Média Aguda que não respondeu ao tratamento de 1ª e 2ª escolha.

20.5- Rinite

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico, na ausência de resposta a tratamento prévio, na presença de sintomas que prejudicam as atividades rotineiras (escola, lazer e sono).

Suspeita de outras patologias otorrinolaringológicas (desvio de septo, hipertrofia de tonsila adenoideana e outras).

Excluir rinossinusite infecciosa concomitante, corpo estranho nasal.

20.6- Rinossinusopatia

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico que apresente terceiro episódio no mesmo ano após tratamento clínico. Rinossinusite crônica ou recorrente resistente a tratamento.

20.7- Vertigem

Encaminhar o paciente nos casos de ilusão ou sensação de movimento de tudo que está dentro do campo visual do indivíduo ou de deslocamento do próprio corpo, sensação de perda da consciência ou síncope eminente e movimentos do pescoço, sensação de perda de equilíbrio sem vertigem e sem perda da consciência, na ausência de melhora após manobra de Siment e 10 dias de tratamento medicamentoso (no caso de vertigem), suspeita de doença de Ménière, suspeita de surdez de transmissão. Sempre excluir causas metabólicas.

Exame Físico – Dados discriminadores de exame físico, aferição de PA e pulso, sentado e em pé, escuta cardíaca, exame das carótidas, observação e descrição do padrão respiratório e emocional.

Exames Complementares Necessários: Audiometria, hemograma completo, perfil renal, colesterol total e frações, triglicérides, ácido úrico, TSH, T4 livre, VDRL, zinco, vitamina D, vitamina B12, curva glicêmica, glicemia de jejum, hemoglobina glicada e insulinêmica de 3 horas.

Prioridade para Regulação – Suspeita de tumor e de labirintite bacteriana.

20.8- Zumbido

Encaminhar os pacientes descrevendo dados relevantes da história clínica, dados discriminadores do exame físico (**incluindo descrição da OTOSCOPIA**), na ausência de melhora após controle de doenças de base como DM, HAS, Epilepsia, Enxaqueca, Dislipidemia, Tireoideopatia, disfunção têmporo-mandibular, ansiedade e depressão. Suspeita de Doença de Ménière.

Exames Complementares Necessários: Audiometria, Hemograma completo, colesterol total e frações, triglicérides, ácido úrico, TSH, T4 livre, VDRL, zinco, vitamina B12, vitamina D, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, curva glicêmica e insulinêmica de 3 horas.

Prioridade para a regulação –Suspeita de tumor.

20.9- Epistaxe

Dados relevantes da história clínica constando a frequência das crises. Afastar a presença de discrasia sanguínea antes de encaminhar, pedindo coagulograma se necessário.

Procedimentos para Ofertas de Cuidados Integrados - OCI

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutive	Idade Mínima	CID
09.04.01.001-5 OCI AVALIAÇÃO INICIAL DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA	02.11.07.020-3 - IMITANCIOMETRIA	0 mês	H60, H61, H62, H65, H66, H67, H68, H69, H70, H71, H72, H73, H74, H75, H80, H81, H82, H83, H90, H91, H92, H93, H94, H95
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA;			
	02.11.07.004-1 - AUDIOMETRIA			
	TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)			
09.04.01.002-3 OCI PROGRESSÃO AVALIAÇÃO INICIAL DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA	02.11.07.020-3 - IMITANCIOMETRIA	0 mês	H60, H61, H62, H65, H66, H67, H68, H69, H70, H71, H72, H73, H74, H75, H80, H81, H82, H83, H90, H91, H92, H93, H94, H95
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.11.07.004-1 - AUDIOMETRIA			
	TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)			
	02.11.07.026-2- POTENCIAL			
	EVOCAÇÃO AUDITIVA DE CURTA MÉDIA E LONGA LATÊNCIA			
09.04.01.003-1 OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE NASOFARINGE E DE OROFARINGE	03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA		0 mês	J30, J31, J32, J33, J34, J35, J36, J37, J38, J39
	EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
	02.09.04.004-1			
	VIDEOLARINGOSCOPIA			
	02.09.04.002-5 - LARINGOSCOPIA			

21- PNEUMOLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- 1- Asma
- 2- Pneumonias de repetição
- 3-Tosse Crônica

21.1- Asma

Encaminhar o paciente descrevendo história clínica sucinta com referência a dispnéia, tempo de evolução e última crise. Relatar os achados importantes do exame físico, em especial em relação à ausculta pulmonar, relatar hipótese diagnóstica e os tratamentos já

realizados e os medicamentos com respectivas doses em uso atual.

Exames Complementares Necessários - RX de tórax em PA e Perfil, RX de seios da face, RX de cavum, hemograma, EPF (em crianças) e Urina Rotina (em crianças).

21.2- Pneumonias de Repetição

Encaminhar o paciente descrevendo o início dos sintomas, a frequência das crises, duração, fatores de risco (tabagismo, TB, asma), doenças associadas e evolução do quadro. Relatar os achados importantes do exame físico, em especial em relação à ausculta pulmonar e hipótese diagnóstica. Relatar os tratamentos anteriores e os medicamentos em uso atual. Descrever o motivo do encaminhamento.

Exames Complementares Necessários - RX de tórax em PA e Perfil. Orientar o paciente a levar para o especialista as radiografias anteriores.

21.3- Tosse Crônica

Encaminhar o paciente descrevendo história sucinta, informando evolução, relação da tosse com esforço e com mudanças climáticas, presença de secreção e doenças associadas. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Informar os medicamentos em uso atual. Descrever o motivo do encaminhamento.

Exames Complementares Necessários - RX de tórax em PA e Perfil, RX de cavum e seios da face, hemograma e PPD. A critério do médico assistente solicitar também EPF e Urina Rotina em crianças.

22- PSQUIATRIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- 1- Esquizofrenia
- 2- Transtorno Afetivo Bipolar
- 3- Egressos de internação em serviços psiquiátricos, por transtorno mental ou uso nocivo de álcool e outras drogas
- 4- Transtornos Depressivos Grave, com risco de suicídio
- 5- Uso nocivo de álcool e outras drogas, necessitando de uso de medicação psiquiátrica
- 6- Neuroses graves, associadas a transtornos de personalidade, com dificuldades no diagnóstico diferencial com outros quadros.

PRIORIDADES:

- Casos acompanhados pelos serviços de saúde mental da região que, no momento, não dispõem de médico psiquiatra em sua equipe.
- Usuários do SUS em uso de medicamentos cuja prescrição é restrita ao médico psiquiatra, especialmente aqueles contemplados pelos componentes de alto custo da assistência farmacêutica.
- Casos que não apresentam indicação para acompanhamento nos CAPS da rede, mas que demandam suporte especializado devido às dificuldades de manejo clínico na Atenção Primária à Saúde (APS).
- Casos que necessitam de esclarecimento diagnóstico em psiquiatria, incluindo diagnóstico diferencial e avaliação de comorbidades, considerando que as equipes da APS podem necessitar de apoio especializado para definição diagnóstica, orientação terapêutica e continuidade do acompanhamento dos usuários em seu território.

23-PROCTOLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

- 1- Dor Anal,
- 2- Sangramento Anal,
- 3- Hemorróidas.
- 4- Alteração do Hábito Intestinal
- 5- Constipação.

23.1 - Dor e Sangramento anal, Hemorroidas

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica, tempo de evolução, presença de dor, hábito intestinal, dieta atual, presença de sangue nas fezes e prolapso, patologias associadas, discriminadores de exame físico, hipótese diagnóstica. Descrever o motivo do encaminhamento. Relatar os tratamentos prévios e a medicação em uso atual.

Exames Complementares Necessários - EPF

23.2- Alteração do hábito intestinal, constipação

Encaminhar o paciente descrevendo os dados relevantes de história clínica, características do hábito intestinal, presença de sangue nas fezes, prolapso, dieta atual, doenças associadas e discriminadores de exame físico, hipótese diagnóstica. Relatar os tratamentos prévios e a medicação em uso atual. Descrever o motivo do encaminhamento.

Exames Complementares Necessários - EPF. Em casos específicos clister opaco.

24-REUMATOLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

24.1- Artrite de evolução crônica (mais de 6 semanas) ou aguda recorrente

Significando “artrite” a presença de pelo menos dois dos sintomas: ‘edema’ (aumento de volume), dor, calor, rubor ou limitação articular.

24.2- Artrite aguda ou subaguda (menos de 6 semanas de evolução)

Em mais de uma articulação, excluídos os casos de doença infecciosa viral atual ou imediatamente prévia.

24.3- Febre por mais de 15 dias

Havendo causas infecciosas e onco-hematológicas devidamente excluídas.

24.4- Fraqueza muscular objetiva

Havendo alteração de enzimas musculares (CPK, DHL, Aldolase ou transaminases).

24.5- Hipertensão arterial com diferença na amplitude de pulsos periféricos e nos níveis pressóricos em pelo menos um dos 4 membros

24.6- Podagra

24.7- Suspeita objetiva e devidamente embasada ou diagnóstico definitivo de doenças reumáticas:

Artrite Reumatóide (AR), Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), Doença de Still, Artrite

Psoriásica, Espondiloartropatias, Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Esclerose Sistêmica (ES), Síndrome de Sjögren, Miopatias Inflamatórias Idiopáticas (tais como polimiosite ou dermatomiosite, e outras), Policondrite Recidivante, Síndrome do Anticorpo-antifosfolípide (SAAF), Artrites Reativas, Artrites Enteropáticas, Doenças Mistas do Tecido Conjuntivo, Síndromes de Superposição, Febre Reumática, Vasculites sistêmicas, Gota, Doenças articulares microcristalinas (por depósito de cálcio e outros cristais), Doenças Osteometabólicas, Síndromes periódicas, Artropatias secundárias, e Doenças Granulomatosas e de Depósito, que precisem de avaliação do reumatologista, Algoneurodistrofia ou Síndrome Simpático-reflexa.

NECESSITAM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA UPA, À CRITÉRIO DO MÉDICO GENERALISTA

Miopatias agudas ou mialgias agudas / subagudas - quando se suspeitar de origem infecciosa, tóxica ou outra e a depender dos sinais / sintomas associados, bem como da epidemiologia e história clínica.

Artrite aguda monoarticular - se há suspeita de artrite infecciosa bacteriana / pioartrite, pois precisarão de uma abordagem imediata.

Artrites agudas - onde se suspeite de artrite infecciosa gonocócica, na dependência da história clínica. Artrites agudas secundárias a quadros virais e artrites reativas podem ser diagnósticos diferenciais neste caso, sendo que estas podem precisar serem abordadas pelo médico generalista, sobretudo quando, nas reativas, a infecção estiver presente e necessitar de tratamento imediato.

OBSERVAÇÃO:

- **Artrites agudas reativas**, após a abordagem inicial, investigação e tratamento adequado, podem ser encaminhadas posteriormente para consulta com reumatologista para se avaliar a evolução.
- **Casos de Osteonecrose** após primeira avaliação devem ser encaminhados primeiro ao ortopedista, e, se necessário, serem acompanhados em conjunto com reumatologista.
- **Casos de “ARTROSE”** (atualmente o termo mais usado é OSTEOARTRITE) – alguns casos necessitarão de abordagem do ortopedista. Sendo assim, se houver claramente necessidade de abordagem cirúrgica ou suspeita desta necessidade,

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

sugerimos que o paciente seja encaminhado ao ortopedista, para esta avaliação.

- **Tendinopatias, dorsalgias, lombalgias e cervicalgias não complicadas e sem sinais de alarme** devem ser avaliadas pelo médico da APS, se necessário, investigadas e tratadas pelo mesmo. Sugere-se encaminhar ao reumatologista casos onde o paciente já tenha sido avaliado pelo ortopedista e este não tiver indicado intervenção ortopédica. Ou encaminhar imediatamente para reumatologista após exames iniciais quadros que necessitem de investigação reumatológica, tais como lombalgias, dorsalgias e cervicalgias de ritmicidade inflamatória, ou quando há outros sinais / sintomas na história que sugiram doença auto-imune subjacente ou complicações; tendinopatias ou tenossinovites que possam sugerir doença auto-imune subjacente, ou então quadros que não estejam respondendo ao tratamento inicial realizado na APS.

O QUE DEVE CONSTAR NO ENCAMINHAMENTO, E EXAMES IMPORTANTES:

1- Hipótese diagnóstica, descrevendo sinais e sintomas que sugerem tal hipótese.

2- Exames já realizados e se usou alguma medicação.

3- Suspeita de Artrite Reumatóide(AR): encaminhar com história clínica sucinta informando minimamente locais da dor e locais de artrite, características da dor, quantificar rigidez matinal e qual tempo de evolução. Relatar os achados importantes do exame físico.

Exames Complementares Necessários - Hemograma completo, VHS, PCR, fator reumatóide, e, se dúvida diagnóstica, ácido úrico. Outros ficam a critério do médico assistente.

4- Suspeita de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): além dos dados relatados no primeiro item, informe se há acometimento de órgão nobre. Sugerimos que o médico da APS (atenção primária) avalie se este paciente pode aguardar consulta ambulatorial. Caso se trate de uma urgência, o paciente deve ser encaminhado a um PA / UPA.

Exames: sugere-se minimamente: Hemograma completo, VHS, PCR, uréia, creatinina, TGO, TGP, FAN, EAS; e proteinúria de 24 horas. Outros ficam a critério do médico assistente.

5- Suspeita de Febre Reumática: além dos dados relatados no primeiro item, sugere-se minimamente os seguintes exames :Hemograma, VHS, PCR, uréia, creatinina, TGO, TGP, ASLO, ECG, ECOCARDIOGRAMA, RX tórax.

Sugerimos ao médico da APS avaliar se o paciente pode aguardar por consulta eletiva. Caso haja necessidade de internação hospitalar, sobretudo nos quadros de febre reumática aguda, o fluxo a ser seguido para a internação é outro, conforme explicado na introdução deste protocolo. Pacientes com suspeita de acometimento cardíaco agudo, sugerimos que devam ser prontamente hospitalizados até elucidação diagnóstica. Outros casos, acritério da avaliação clínica.

PRIORIDADES:

- Casos que apresentem indícios de auto-imunidade, principalmente aqueles que tenham envolvimento extra-articular, ou seja, acometimento de outros órgãos e sistemas, além das articulações, tais como pulmão, rins, coração, olhos, dentre outros.
- Artralgias persistentes em pessoas jovens ou de meia idade, com sinais de alerta ou sobretudo se dor articular de padrão inflamatório matinal.
- Casos de artralgias, sobretudo poliartralgias, de ritmicidade inflamatória (piora com repouso e alivia com atividade física), características simétricas, que incluam mãos ou punhos, com duração maior de 6 semanas, a se destacar com sinais de sinovite em alguma articulação (presença de dor, rubor, calor local, aumento de volume articular), presença de nódulos reumatóides, sobretudo se aumento de VHS e/ou PCR.
- Presença de fraqueza muscular com aumento de VHS, ou PCR, ou aumento significativo de CPK.
- Sinais de assimetria de pulso ou indícios de vasculites sistêmicas.
- Febre reumática em criança/adolescente, sobretudo se presença de acometimento de valva cardíaca.
- Algoneurodistrofias que ainda não tiverem em acompanhamento com outro especialista, e, sobretudo, em caso de dor intensa localizada ou diminuição da mobilidade.
- Outros, a se depender do relato da história clínica.

Alguns sinais e sintomas, que, em conjunto com outros dados clínicos, podem ser indícios de doença auto-imune reumatológica e podem merecer uma investigação criteriosa, desde que a anamnese direcione para isto: lesão discóide, eritema malar,

fotossensibilidade, pericardite ou pleurite, úlceras orais frequentes, úlcera de mucosa nasal, sintomas de secura oral ou ocular há pelo menos 3 meses, psicose / convulsão, anemia hemolítica ou de doença crônica, leucopenia < 4.000, plaquetopenia < 100.000, proteinúria > 500mg/24horas, cilindrúria anormal ao EAS, poliartrites ou poliartralgias com rigidez matinal maior ou igual a 1 hora, dor em região de metacarpofalangeanas, sintomas constitucionais como perda de peso inexplicada, febre persistente, mal estar crônico, uveítes, balanite, fenômeno de Raynaud associado a outros sinais/sintomas, artralgias associadas a doença inflamatória intestinal, dor em região sacral de ritmicidade inflamatória, crônica, sobretudo se associada a entesite de calcâneo, artralgias associadas a lesões psoriásicas, trombozes e abortos de repetição, síndromes pulmão-rim, assimetria de pulsos com VHS ou PCR altos, dentre outros.

Estes sinais / sintomas não devem ser analisados isoladamente, mas num contexto clínico que direcione para suspeita de doença reumática.

OBSERVAÇÕES

As informações apresentadas neste documento têm como objetivo orientar o médico da Atenção Primária à Saúde (APS) e os demais médicos assistentes quanto aos critérios de encaminhamento para as especialidades. O encaminhamento deve ser realizado quando as possibilidades diagnósticas e terapêuticas no âmbito da APS tiverem sido esgotadas ou, ao menos, quando a investigação inicial necessária tiver sido conduzida, de modo a qualificar e agilizar o processo diagnóstico.

Este protocolo tem como finalidade organizar e qualificar o fluxo ambulatorial no Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para maior resolutividade, racionalização dos encaminhamentos e melhor atendimento às demandas da população. As orientações aqui descritas constituem recomendações baseadas em boas práticas assistenciais.

OBSERVAÇÃO: Crianças e adolescentes, com suspeita de doença reumática, devem serem encaminhados, seguindo os mesmos critérios abordados anteriormente, também com embasamento clínico e exames de rastreio.

25-UROLOGIA

Critérios gerais para encaminhamento:

25.1- Disfunção Erétil

Encaminhar os pacientes descrevendo os dados relevantes de história clínica e dados discriminadores de exame físico, especialmente pacientes com doença de base como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, ICC, obesidade, dislipidemia, alcoolismo, traumas, depressão, causas endocrinológicas e causas neurológicas, pacientes com anomalias anatômicas, procurando excluir ingestão de substâncias indutoras de disfunção sexual, (anti-hipertensivos, psicotrópicos, drogas ilícitas e nicotina), excluir causas psicogênicas, principalmente pacientes com menos de 40 anos.

Exames Complementares Necessários – Colesterol total e frações, glicemia de jejum, PSA total se pertinente, creatinina sérica, TSH e T4 livre.

25.2- Ejaculação Precoce

Encaminhar os pacientes descrevendo os dados relevantes de história clínica e dados discriminadores do exame físico. Excluir causas Psicogênicas e identificar causas orgânicas mais comuns (cirurgia púbica ou abdominal radial, trauma ou doença medular espinhal baixa, Diabetes Melitus, bloqueio farmacológico ou drogadição).

25.3- Lítíase Renal

Encaminhar os pacientes descrevendo os dados relevantes da história clínica e dados discriminadores do exame físico com histórico de cálculos maiores que 6 mm, formação frequente de cálculos, cólicas nefréticas persistentes e recidivantes, presença de hidronefrose.

Exames Complementares Necessários –Ultrassonografia do aparelho urinário, Urina 1, Urocultura, Rx simples do abdômen.

Prioridade de encaminhamento - obstrução das vias urinárias.

25.4- Prostatismo

Dados relevantes da história clínica (sintomas de obstrução urinária), dados discriminadores do exame físico (exame digital prostático anual em pacientes com idade acima de 50 anos),excluir infecção do trato urinário, suspeita de hiperplasia prostática benigna com ausência de melhora no tratamento ou relato de piora de sintomatologia (especificar tratamento), cistolitíase.

Exames Complementares Necessários – Urina 1, Urocultura, PSA total para pacientes acima de 50 anos e com nódulo prostático palpável.

Prioridade de encaminhamento – Retenção urinária aguda, hematúria, **suspeita de câncer de próstata**.

25.5- Infecção do Trato Urinário

Os casos de infecção urinária deverão ser encaminhados ao urologista apenas quando refratários ao tratamento, não havendo necessidade de encaminhar para avaliação uma primeira infecção ou infecção simples, sem associação com patologia urinária como hidronefrose ou litíase. Quando em vigência de ITU refratária ao tratamento ou de repetição, encaminhar ao urologista já de posse de ultrassonografia de rins e vias urinárias.

Encaminhar os pacientes descrevendo a História clínica sucinta contendo sinais e sintomas, evolução, patologias associadas. Especificar os tratamentos anteriores e os medicamento em uso. Detalhar os motivos do encaminhamento ao especialista.

Exame Físico - Relatar os achados importantes.

Exames Complementares Necessários – Exame de Urina Rotina, Urocultura, Antibiograma e glicemia.

25.6- Cólica Nefrética

O médico assistente deverá fazer o diagnóstico diferencial com lombalgia de origem ósteo-muscular. Encaminhar ao urologista apenas os pacientes com calculose confirmada, para avaliação de indicação cirúrgica ou terapia para desobstrução, ou quando ocorrer cólicas persistentes. O paciente com cólica nefrética aguda deverá ser encaminhado para serviço de urgência.

Encaminhar o paciente descrevendo história clínica sucinta caracterizando os sinais e sintomas, em especial a presença de dor, sua localização com irradiações, evolução e patologias associadas. Relatar os tratamentos realizados e o motivo do encaminhamento.

Exame Físico - Relatar os achados significativos.

Exames Complementares Necessários – urina rotina. RX de abdome em AP com preparo ou ultrassonografia de rins e vias urinárias.

Procedimentos para Ofertas de Cuidados Integrados - OCI

Código/ Nome	Procedimentos obrigatórios	Procedimentos opcionais, sem prejuízo da investigação diagnóstica resolutive	Idade Mínima	CID
09.01.01.004-9 OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE PRÓSTATA	03.01.01.007-2 CONSULTA/03.01.01.030-7 -TELECONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA 02.05.02.011-9- ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL 02.01.01.041-0 - BIÓPSIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL 02.03.02.003-0 - EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)		18 anos	C61, D29.1, D40.0, N40, N41, N42

26- INFECTOLOGIA

SEPA – Serviço Especializado em Prevenção e Assistência às IST, HIV/Aids e Hepatites Virais

Critérios gerais para encaminhamento:

1. HIV
2. Hepatites Virais
3. Profilaxia Pós-Exposição (PEP)
4. Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)
5. Sífilis
6. Uretrites Gonocócicas e Não Gonocócicas
7. HPV
8. Herpes-Zóster em atividade
9. Paracoccidiodomicose/Histoplasmose
10. Infecções complicadas de pele e partes moles e Osteomielite

26.1- HIV

Encaminhar imediatamente todo paciente que apresentar Sorologia positiva para HIV OU dois testes rápidos positivos para HIV.

OBSERVAÇÃO: Entrar em contato com o Enfermeiro Responsável Técnico do SEPA para priorização do atendimento.

26.2- Hepatites Virais

- Hepatite B

Encaminhar pacientes com:

- Teste rápido positivo para Hepatite B;
- HBsAg positivo.

Não encaminhar pacientes com Anti-HBs positivo isoladamente.

- Hepatite C

Encaminhar pacientes com:

- Teste rápido positivo para Hepatite C;
- Anti-HCV positivo.

Importante: Apenas pacientes que nunca realizaram tratamento para Hepatite C.

Nos casos de tratamento prévio, entrar em contato com o Enfermeiro Responsável Técnico do SEPA para definição da conduta.

26.3- Profilaxia Pós-Exposição (PEP)

Encaminhar pacientes para continuidade do acompanhamento especializado com:

- Relatório do primeiro atendimento;
- Receitas dos medicamentos prescritos.

26.4- Acidente com material biológico

- Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

26.5- Violência Sexual

O encaminhamento deverá conter toda a conduta realizada no primeiro atendimento, incluindo:

- Avaliação clínica;
- Medicamentos administrados;
- Exames realizados.

26.6- Exposição sexual consentida

Encaminhar com:

- Relatório do atendimento (quando houver);

- Prescrição medicamentosa.

26.7- Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

O primeiro atendimento deverá ocorrer no SEPA por demanda espontânea.

A dispensação dos medicamentos poderá ocorrer em unidades participantes que possuam farmácia, desde que, no mesmo dia, sejam realizados:

- Teste rápido para HIV;
- Teste rápido para Sífilis;
- Teste rápido para Hepatite B;
- Teste rápido para Hepatite C.

Na ocorrência de qualquer teste positivo, seguir o fluxo específico deste protocolo.

26.8- Sífilis

Encaminhar pacientes:

- Tratados previamente;
- Sem resposta clínica e/ou laboratorial ao tratamento.

O encaminhamento deverá conter:

- Medicamento utilizado;
- Número de doses;
- Número de ciclos completos;
- Resultados laboratoriais.

O tratamento deverá seguir os Protocolos Clínicos do Ministério da Saúde conforme classificação da doença.

Após avaliação especializada, o paciente será contrarreferenciado para acompanhamento na Unidade Básica de Saúde.

26.9- Uretrites Gonocócicas e Não Gonocócicas

O tratamento inicial deverá ser realizado na Unidade Básica de Saúde conforme Protocolo do Ministério da Saúde.

Encaminhar somente casos:

- Não responsivos ao tratamento recomendado.

Informações obrigatórias no encaminhamento:

- Antibióticos utilizados;
- Número de doses;
- Número de tratamentos realizados;
- Resultado dos exames com identificação do agente etiológico.

26.10- HPV (Papilomavírus Humano)

Encaminhar ao SEPA apenas:

Mulheres com:

- Verrugas genitais;
- Alterações citológicas compatíveis com Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC).

Homens com lesões verrucosas deverão ser encaminhados ao Serviço de Urologia.

26.11- Herpes-Zóster

Encaminhar pacientes que apresentem:

- Lesões em atividade;
- Presença de vesículas e/ou crostas.

Não serão aceitos:

- Pacientes sem lesões ativas;
- Pacientes com neurite pós-herpética.

Pacientes com dor crônica pós-herpes deverão ser encaminhados para Neurologia.

26.12- Paracoccidioidomicose / Histoplasmose

Encaminhar pacientes com diagnóstico confirmado por:

- Exame histopatológico; ou
- Sorologia específica.

Exemplos:

- Biópsia de mucosa;
- Biópsia de pele.

26.13- Infecções Complicadas de Pele e Partes Moles / Osteomielite

O encaminhamento deverá ser realizado após avaliação por:

- Cirurgião Vascular; ou

- Ortopedista.

O relatório deverá conter:

- Antibióticos utilizados;
- Comorbidades;
- Procedimentos cirúrgicos realizados;
- Resultado das culturas;
- Exames de imagem (quando Osteomielite).

26.14- Osteomielite

Além dos critérios acima, somente serão aceitos pacientes que tenham sido submetidos à limpeza cirúrgica com cultura intraoperatória.

Não serão aceitos

Infecções de:

- Furunculose;
- Impetigo;
- Celulite;
- Erisipela;
- Foliculite;
- Micose de pele;
- Herpes simples recorrente.

26.15- ENCAMINHAMENTO PARA PEDIATRA INFECTOLOGISTA

O agendamento poderá ser realizado:

- Via CROSS;
- E-mail;
- Telefone do SEPA: **(19) 3315-1456**.

26.16- Exposição ou Infecção Congênita

Exemplos:

Filhos de mães com:

- HIV;
- HTLV;
- Sífilis;
- Hepatite B;
- Hepatite C;
- Citomegalovírus;
- Toxoplasmose;
- Dengue;
- Chikungunya;
- Zika;
- Febre Amarela.

Documentos obrigatórios

- Carteira de Pré-Natal materna;
- Cartão do Recém-Nascido;
- Resumo de Alta da Maternidade;
- Exames laboratoriais e de imagem do recém-nascido.

26.17- Citomegalovírus Congênito

A criança deverá obrigatoriamente ser avaliada até **21 dias de vida** para realização do exame confirmatório.

26.18- Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual

Documentação necessária:

- Relatório da escuta qualificada;
- Resumo do atendimento inicial;
- Condutas médicas adotadas;
- Resultado de exames;
- Relação completa dos medicamentos utilizados;

- Nome do Conselheiro Tutelar responsável;
- Carteira de vacinação.

26.19- Investigação de Doenças Infectocontagiosas

- Febre de origem indeterminada;
- Linfadenomegalias;
- Hepatoesplenomegalias;
- Outras doenças infecciosas a esclarecer.

Documentos:

- Relatório médico completo;
- Justificativa clínica;
- Resultados de exames realizados;
- Carteira de vacinação.

26.20- Doenças Infectocontagiosas Confirmadas

Encaminhar pacientes com diagnóstico estabelecido por médico especialista.

Exemplos:

- Osteomielite com cultura positiva;
- Tuberculose extrapulmonar confirmada;
- Outras doenças com confirmação laboratorial ou histopatológica.

Documentação:

- Relatório do especialista;
- Exames complementares confirmatórios.

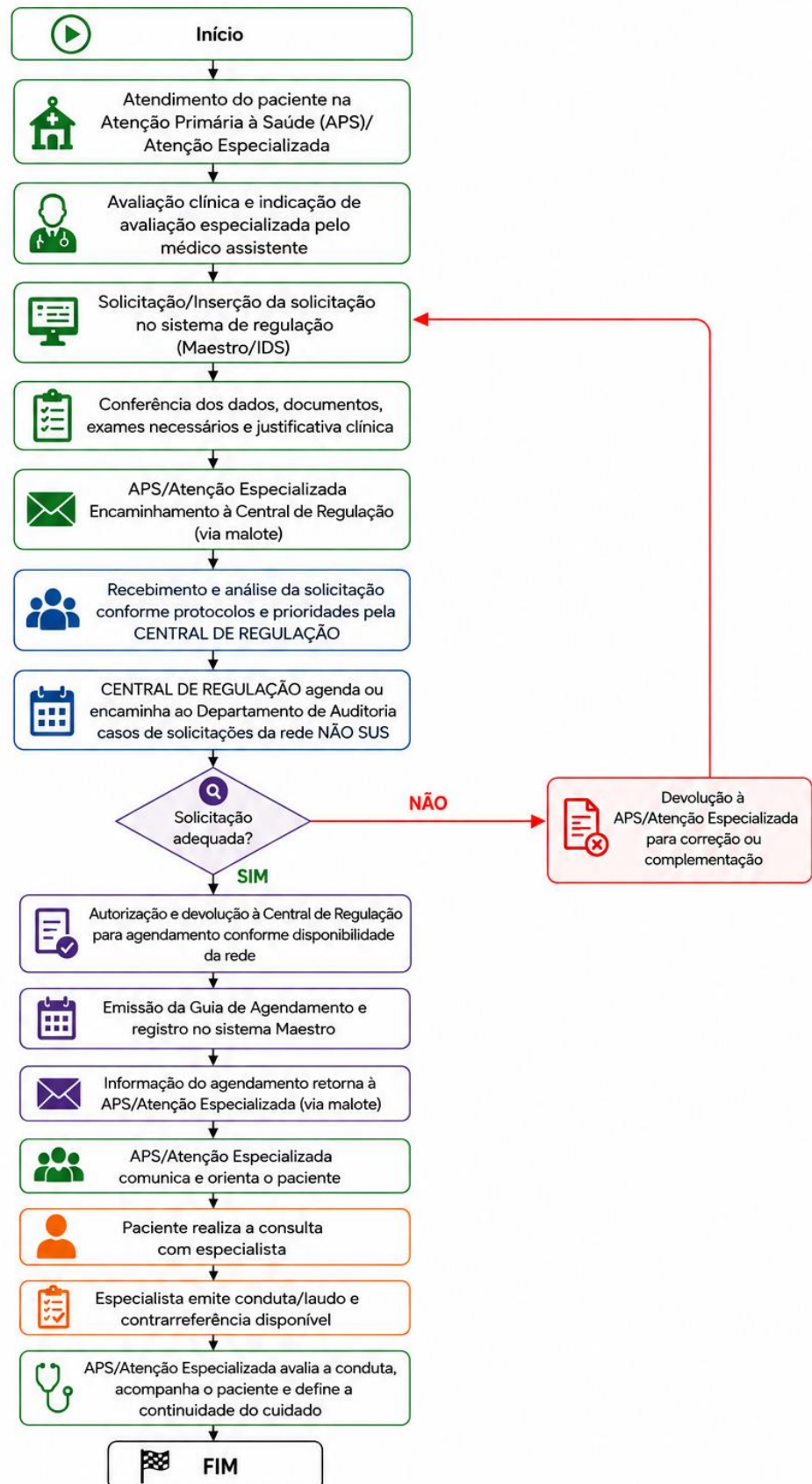
IMPORTANTE

- Na primeira consulta pediátrica deverá comparecer um responsável legal que conheça toda a história clínica da criança ou adolescente.
- Todos os exames realizados, inclusive antigos, deverão ser apresentados.
- O encaminhamento incompleto poderá resultar em devolução para complementação das informações.

FLUXO RESUMIDO – SOLICITAÇÃO DE CONSULTA COM ESPECIALISTA

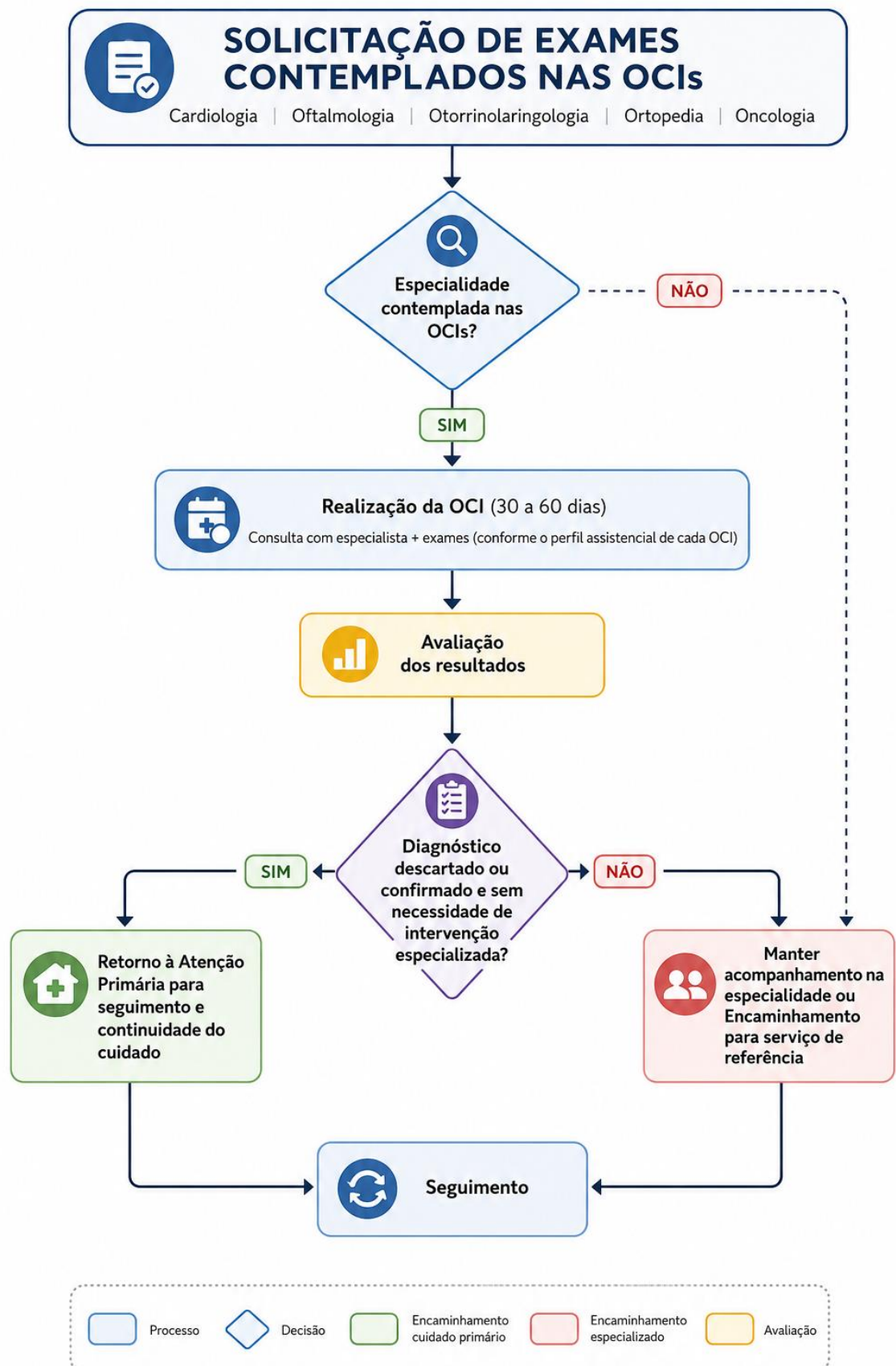
1. Início
2. Atendimento do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS)/Especializada
3. Avaliação clínica e indicação de avaliação especializada pelo médico assistente
4. Solicitação/Inserção da solicitação no sistema de regulação (Maestro/IDS)
5. Conferência dos dados, documentos, exames necessários e justificativa clínica
6. APS/ Atenção Especializada Encaminhamento à Central de Regulação (via malote)
7. Recebimento e análise da solicitação conforme protocolos e prioridades pela CENTRAL DE REGULAÇÃO
8. CENTRAL DE REGULAÇÃO agenda ou encaminha para o Departamento de Auditoria casos de solicitações da rede NÃO SUS
9. Auditoria avalia: SOLICITAÇÃO ADEQUADA?
 -  **SE NÃO:** Devolução à APS/ Atenção Especializada para correção ou complementação → *(Retorna automaticamente para a Etapa 4 no sistema)*
 -  **SE SIM:** Autorização e devolução a Central de Regulação para Agendamento conforme disponibilidade da rede (segue para a etapa 10)
10. Emissão da Guia de Agendamento e registro no sistema Maestro
11. Informação de agendamento retorna para a APS/Atenção Especializada (via malote)
12. APS/Atenção Especializada comunica e orienta o paciente
13. Paciente realiza a consulta com o especialista
14. Especialista emite conduta/laudo e/ou contrarreferência
15. APS/Atenção Especializada avalia o resultado, acompanha o paciente e define a continuidade do cuidado

FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA COM ESPECIALISTA – FMSRC (SUS)



FLUXO RESUMIDO – SOLICITAÇÃO DE EXAMES CONTEMPLADOS NAS OCIs

- **Solicitação de exames contemplados nas OCIs:** Cardiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Oncologia.
- **Especialidade contemplada nas OCIs?** Verificar se a especialidade solicitada está contemplada.
- **Realização da OCI (30 a 60 dias):** Consulta com especialista e realização dos exames conforme o perfil assistencial de cada OCI.
- **Avaliação dos resultados:** Analisar os resultados dos exames realizados.
- **Diagnóstico descartado ou confirmado sem necessidade de intervenção especializada?** Definir a conduta a partir da avaliação diagnóstica.
- **Retorno à Atenção Primária:** Retorno para seguimento e continuidade do cuidado.
- **Manter acompanhamento na especialidade ou encaminhamento para serviço de referência:** Manutenção do acompanhamento especializado ou encaminhamento conforme necessidade.
- **Seguimento:** Continuidade do acompanhamento do usuário.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **ELIAS JR**, Antonio Mauro. Protocolos de Encaminhamento para Especialidades e Rotinas para Pedidos de Exames/ Procedimentos de Média e Alta Complexidade, **Secretaria Municipal de Saúde de Tangará da Serra (MT)**, 2010
2. **FORMIGA et al.** Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. **Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, SP**, 2006.
3. **ROCHA et al.** Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média complexidade. **Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus, Santo Antonio de Jesus BA**, 2007.
4. **SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MATO GROSSO** – Protocolos de Regulação do Estado do Mato Grosso, Cuiabá (MT) 2011
5. **SECRETARIA DE SAÚDE ESTADO DO RIO DE JANEIRO** – Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais, VERSÃO 1.4, 2015. Disponível em: http://www.subpav.org/download/sisreg/SISREG_regulador_protocolo.pdf–
6. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAL**. Protocolos de Regulação da Atenção Especializada, Blumenau (SC) 2011
7. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIADEMA**. Protocolos de Regulação do Acesso Especialidades Médicas, Diadema (SP), 2008
8. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUARULHOS**. Protocolos de Regulação da Atenção Básica, para Encaminhamento aos Especialistas e Exames e Procedimentos de Alta Complexidade, Garulhos (SP), 2009
9. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA**, Protocolo de Regulação do Município de Vitória, Vitória (ES) 2012
10. **VILAR et al.** Protocolos de Acesso às Consultas Especializadas. Secretaria de Saúde de Recife.
11. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 CFM Brasília, 2019, acesso pelo <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
12. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.448, DE 23.10.2025, acesso pelo <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2025/2448>
13. PROGRAMA MAIS ACESSO A ESPECIALISTAS, acesso pelo <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-pmae-registro-da-producao-controle-e-avaliacao.pdf>
14. PROGRAMA AGORA TEM ESPECIALISTAS, acesso pelo <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas>
15. COMPONENTE AMBULATORIAL PREVISTAS NO PROGRAMA MAIS ACESSO A ESPECIALISTAS, acesso pelo <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas/componente-ambulatorial/legislacao>
16. Tabela de Procedimentos pode ser consultada no seguinte endereço eletrônico: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.
17. PORTARIA SAES/MS Nº 1.821, DE 11 DE JUNHO DE 2024 - Inclui Grupo, atributos e regras condicionadas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), no

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS – REV. nº 01

âmbito do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada.

18. PORTARIA SAES/MS Nº 1.822, DE 11 DE JUNHO DE 2024 – Inclui o Subgrupo e os Procedimentos das OCI de Cardiologia.
19. PORTARIA SAES/MS Nº 1.823, DE 11 DE JUNHO DE 2024 - Inclui o Subgrupo e os Procedimentos das OCI de Ortopedia.
20. PORTARIA SAES/MS Nº 1.824, DE 11 DE JUNHO DE 2024 - Inclui o Subgrupo e os Procedimentos das OCI de Oncologia.
21. PORTARIA SAES/MS Nº 1.825, DE 11 DE JUNHO DE 2024 - Inclui o Subgrupo e os Procedimentos das OCI de Otorrinolaringologia.
22. PORTARIA SAES/MS Nº 1.826, DE 11 DE JUNHO DE 2024 - Inclui o Subgrupo e os Procedimentos das OCI de Oftalmologia.