



PREFEITURA DE
RIO PRETO
SAÚDE

PROTOSCOLOS DE ENCAMINHAMENTO

CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES



**PREFEITURA DE
RIO PRETO**
SAÚDE

CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

Prefeito: Edinho Araújo

Vice-prefeito: Prof. Dr. Eleuses Paiva

Secretário Municipal de Saúde: Prof. Dr. Aldenis A. Borim

- 2019 -

PROTOS DE ENCAMINHAMENTO CONSIDERAÇÕES GERAIS

- A ATENÇÃO BÁSICA é a coordenadora dos cuidados dos usuários, sendo a responsável pela condução dos pacientes na rede de Saúde local;
- Estes protocolos foram desenvolvidos de acordo com os motivos de encaminhamento mais comuns para cada especialidade e as informações solicitadas são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita de encaminhamento para o especialista e definir a prioridade no encaminhamento. Outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nestes protocolos, desta forma, todas as informações consideradas relevantes devem ser relatadas;
- Somente encaminhar os casos em que a avaliação do especialista será indispensável para investigação ou em que a condução da situação não seja possível de ser realizada na Unidade Básica de Saúde;
- Nestes casos, havendo a possibilidade de investigar o caso, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares (se necessário), o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação;
- A avaliação inicial de todos os pacientes deve ser realizada na Unidade Básica de Saúde sendo o mais resolutivo possível na condução do paciente, antes do encaminhamento ao especialista é fundamental a colocação do diagnóstico com CID adequado (é fundamental colocação do CID conforme o protocolo de encaminhamento);
- Todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que encaminhou da atenção básica e a ele deve retornar e manter as orientações dadas pelo especialista em contra-referência. A contra-referência é obrigatória e deve conter o diagnóstico e as orientações a serem seguidas pelo médico da Unidade Básica de Saúde;
- Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento para Centro Médico de Especialidade deve ter:
 - Idade e sexo;
 - Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas);
 - Diagnóstico quadro clínico com CID e a necessidade do encaminhamento;
 - Resultados de exames complementares, quando pertinentes (exames realizados até 3 meses da última consulta na AB não precisam ser repetidos);

- Assinatura e carimbo do médico.
- A contra-referência deverá ser preenchida pelo médico especialista, devendo conter:
 - Diagnóstico;
 - Gravidade da doença;
 - Conduta com medicamentos prescritos, posologia e tempo de uso;
 - Tempo para retorno/Reavaliação.
- Com o uso do prontuário eletrônico do paciente: as consultas e as condutas poderão ser visualizadas, assim as orientações, referenciamento e contra-referência servirão de base para as condutas dos médicos assistentes;
- Os casos considerados como urgência listados neste protocolo deverão ser encaminhados via Central de regulação Médica do SAMU -192.

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

SUMÁRIO

ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA	6
CARDIOLOGIA	8
CIRURGIA GERAL	11
CIRURGIA PEDIÁTRICA	12
CIRURGIA VASCULAR	15
DERMATOLOGIA	17
ENDOCRINOLOGIA	21
ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	23
GASTROENTEROLOGIA	26
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA	31
HEMATOLOGIA	35
HOMEOPATIA	45
NEFROLOGIA	46
NEONATOLOGIA	49
NEUROLOGIA	50
NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	53
OFTALMOLOGIA	57
ORTOPEDIA	59
OTORRINOLARINGOLOGIA	62
PNEUMOLOGIA	68
PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	71
PROCTOLOGIA	74
REUMATOLOGIA	77
REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA	85
UROLOGIA	90

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO ALERGIA E IMUNOLOGIA

Considerações gerais

Algumas situações em alergia tais como asma, rinite e dermatite atópica controlada e reações a fármacos já orientadas podem ser acompanhadas na Unidade Básica de Saúde.

Sumário

- 1- Asma;
- 2- Rinite;
- 3- Dermatites em geral e de contato;
- 4- Dermatite atópica;
- 5- Alergias alimentares;
- 6- Alergias oculares;
- 7- Alergias a fármacos;
- 8- Urticárias crônicas/Angiodema;
- 9- Imunodeficiências primárias;
- 10- Alergias à picada de insetos (abelha, marimbondo, formiga);
Indicações de prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Asma (CID J45):** Sibilâncias frequentes, tosse noturna e/ou ao exercício, refratárias ao tratamento inicial.
Exames prévios: Não necessários. Necessidade da história da patologia, tratamentos realizados com especificação inclusive da dosagem medicamentosa usada.
Retorno: retorno com especialista em 60 dias e após acompanhamento na Atenção Primária
- 2- **Rinite (CID J30):** Prurido nasal, espirros, obstrução, rinorréias, refratárias ao tratamento inicial, com o tratamento disponível na AB.
Exames prévios: Sem necessidade. Necessidade da história da patologia, tratamentos realizados com especificação inclusive da dosagem medicamentosa usada.
Retorno: retorno com especialista em 60 dias e após acompanhamento na Atenção Primária
- 3- **Dermatites em geral e de contato (L25):** Eczemas extensos refratários ao tratamento inicial.
Exames prévios: Sem necessidade. Necessidade da história da patologia, tratamentos realizados com especificação inclusive da dosagem medicamentosa usada.

Retorno: retorno com especialista em 60 dias e após acompanhamento na Atenção Primária.

- 4- **Dermatite atópica (L20):** Eczemas extensos refratários ao tratamento inicial.
Exames prévios: Sem necessidade. Necessidade da história da patologia, tratamentos realizados com especificação inclusive da dosagem medicamentosa usada.
Retorno: retorno com especialista em 60 dias e após acompanhamento na Atenção Primária.
- 5- **Alergias alimentares (T78.1):** Reações alérgicas com relação causal com determinado alimento, mesmo após suspensão do mesmo mantém quadro sem melhora clínica.
Exames prévios: Sem necessidade. Necessidade da história da patologia, tratamentos realizados com especificação inclusive da dosagem medicamentosa usada.
- 6- **Alergias oculares (CID T78.4):** Prurido, vermelhidão, secreções de caráter crônico e recidivante.
Exames prévios: Sem necessidade.
- 7- **Alergia a fármacos (CID Z88):** Reações alérgicas extensas com relação causal com determinado medicamento sem melhora após suspensão do mesmo.
Exames prévios: Sem necessidade.
- 8- **Urticárias crônicas/Angiodema (CID L50):** Lesões > 6 semanas ou com recidivas; sempre tratar parasitose intestinal, antes do encaminhamento.
Exames prévios: Hemograma, TSH, Sorologias (VDRL, HIV, Hepatite C e B), Urina, parasitológico fezes. Necessidade da história da patologia, tratamentos realizados com especificação inclusive da dosagem medicamentosa usada.
- 9- **Imunodeficiência primária (CID D84):**
Em adultos:
Duas ou mais novas Otites no período de 1 ano;
Duas ou mais novas Sinusites no período de 1 ano na ausência de alergia;
Uma Pneumonia por ano por mais que um ano;
Diarreia crônica com perda de peso;
Infecções virais de repetição (resfriados, herpes, verrugas, condiloma);
Uso de antibiótico intravenoso de repetição para tratar infecção;
Abscessos profundos de repetição na pele ou órgãos internos;
Monilíase persistente ou infecção fungica na pele ou qualquer lugar;
Infecção por Microbactéria tuberculosis ou atípica;
História familiar de imunodeficiência.

Em crianças:

Duas ou mais pneumonias no último ano;
Quatro ou mais Otites no último ano;
Estomatites de repetição ou Monilíase por mais de dois meses;
Abscessos de repetição ou ectima;
Um episódio de infecção sistêmica grave (meningite, osteoartrite, septicemia);
Infecções intestinais de repetição/diarreia crônica;
Asma grave, Doença do colágeno ou Doença autoimune;
Efeito adverso ao BCG e/ou infecção por Microbactéria;
Fenótipo clínico sugestivo de síndrome associada à Imunodeficiência;
História familiar de Imunodeficiência.

Exames prévios: Hemograma, Sorologias (HIV, Sífilis, Hepatite B e C). História clínica detalhada.

10- Alergia à picada de himenópteros (abelha, marimbondo, formiga): Casos extensos e refratários ao tratamento inicial.

Exames prévios: IgE para inseto suspeito.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Imunodeficiências (CID. D84).

Amarelo (até 60 dias): Asma (CID J45); Urticária (CID L50); Alergia ao leite de vaca (CID T78.1).

Verde (até 90 dias): Dermatites (CID L25); Outras alergias alimentares (CID T78.1).

Azul (acima de 90 dias): Demais casos.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Estrófulo (reação exacerbada a picada de mosquito).

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Asma descompensada;
- Anafilaxia.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO CARDIOLOGIA

Considerações gerais

Os pacientes com patologias como: pré-hipertensão, hipertensão arterial sistêmica grau I e II, dislipidemia isolada e obesidade não necessitam de avaliação do especialista e

continuarão sendo acompanhados e tendo sua coordenação de cuidado na unidade básica de saúde.

Sumário

- 1- Hipertensão Arterial de Difícil Controle;
 - 2- Avaliação Cardiológica Pré-operatória;
 - 3- Insuficiência Cardíaca Crônica;
 - 4- Arritmias;
 - 5- Síncope;
 - 6- Doenças Valvares;
 - 7- Doença Arterial Coronária;
 - 8- Dor Torácica;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Hipertensão arterial de difícil controle (CID I10):** Pressão arterial > 140/90 mmHg com uso de 3 ou mais drogas anti-hipertensivas com doses otimizadas, sendo 1 droga diurético, após avaliar adesão, avaliação prévia ao encaminhamento de Hipertensão arterial de difícil controle: Medida inadequada da pressão arterial, hipertensão do avental branco, tratamento inadequado, não-adesão ao tratamento, interação com medicamentos, presença de comorbidades.
Exames prévios: Hemograma, Creatinina, Potássio, Urina I, Microalbuminúria, Ácido úrico, Glicemia, Colesterol total, HDL e Triglicérides, ECG (com ou sem laudo) e Raio-x de tórax realizados no último ano.
- 2- **Avaliação cardiológica pré-operatória:** Pacientes com indicação cirúrgica já confirmada e desejo de realizar a cirurgia por parte do paciente e/ou familiar.
Exames prévios: Hemograma, Creatinina, Glicemia, TAP, TGP, ECG (com ou sem laudo) e Raio-x de tórax (pacientes acima de 40 anos, cirurgias intratorácicas e intra-abdominais, doença cardiopulmonar).
- 3- **Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC) (CID I50):** Pacientes com suspeita de IC com Raio-x de tórax ou eletrocardiograma com alterações compatíveis; Pacientes com IC e mudança no quadro clínico (piora da classe funcional); Pacientes com episódio de internação hospitalar devido a IC descompensada no último ano; Pacientes com diagnóstico comprovado de IC para estratificação e conduta terapêutica.
Exames prévios: Hemograma, Creatinina, Glicemia, Potássio, TSH, TGP, ECG (com ou sem laudo) e Raio-x tórax realizado no último ano.
- 4- **Arritmias (CID I49):** Investigação de palpitação recorrente de origem indeterminada; portadores de marca-passo; fibrilação atrial com possibilidade de cardioversão e bradicardia sinusal assintomática.

Exames prévios: Hemograma, Creatinina, Glicemia, Potássio, TSH, ECG (com ou sem laudo) e Raio-x tórax realizado no último ano.

- 5- **Síncope (CID R55):** Síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispneia, dor torácica,opro); síncope em paciente com cardiopatia estabelecida; síncope com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos ou síncope de origem indeterminada.

Exames prévios: Hemograma, Creatinina, Glicemia, Potássio, TSH, ECG (com ou sem laudo) e Raio-x tórax realizado no último ano.

- 6- **Doenças Valvares (CID I08):** Pacientes com alterações de ausculta cardíaca; pacientes com diagnóstico de valvopatia pré-estabelecida para estratificação e acompanhamento.

Exames prévios: Hemograma, Creatinina, Glicemia, Potássio, ECG (com ou sem laudo) e Raio-x tórax.

- 7- **Doença Arterial Coronária (DAC) (CID I20):** Pacientes com DAC estabelecida (angina estável, pós-Infarto Agudo do Miocárdio, pós-angioplastia coronária, pós-cirurgia de revascularização miocárdica).

Exames prévios: Hemograma, Creatinina, Glicemia, Potássio, Colesterol total, HDL, Triglicérides, TGP, CPK, TSH, ECG (com ou sem laudo) realizado no último semestre.

- 8- **Dor Torácica (CID R07.4):** Pacientes com dor precordial típica ou atípica, com fatores de risco para Doença Arterial Coronária (Tabagismo, diabetes, HAS, dislipidemia, hereditariedade, estresse, obesidade, usuário de droga ilícita) realizadas no último ano.

Exames prévios: Colesterol total, HDL, Triglicérides, Glicemia, ECG (com ou sem laudo) e Raio-x tórax.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Dor torácica de início recente, em paciente acima de 40 anos e com fatores de risco para Doença Arterial Coronária. (CID I20.0); - HAS grave descompensada com sinais de doenças associadas (ICC, Diabetes, doença vascular periférica, IRC, Coronariopatias, AVC prévio). (CID I13.9); - Quadro de Insuficiência cardíaca de início recente, particularmente em jovens e no período Peri parto. (CID I42.8); - ICC de difícil controle e/ou presença de doenças associadas com sinais de descompensação (HAS, DM, IRC, Bloqueio de ramo esquerdo). (CID I50.0); - Pacientes com arritmia documentada revertida em unidades de pronto-atendimento. (CID I49.9); - Síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica. (CID I45.9); - Paciente sintomático com valvopatia pré-estabelecida. (I08.8); - Cardiopatia isquêmica em pacientes com necessidade de estratificação de risco após evento agudo. (CID I24.9).

Amarelo (até 60 dias): Paciente assintomático com Hipertensão arterial de difícil controle. (CID I10); - Dor torácica atípica em pacientes acima de 40 anos com fatores de risco para Doença Arterial Coronária. (CID I20.9); - Avaliação pré-operatória (CID Z000); - Pacientes com suspeita de Insuficiência Cardíaca (IC) com Raio-X de tórax e ECG compatíveis. (CID I42.9); - Diagnóstico comprovado de IC para estratificação e

tratamento. (CID I50.9); - Bradicardia assintomática para investigação diagnóstica e tratamento. (CID R00.1); - Síncope com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos ou síncope de origem indeterminada. (CID I95.0).

Verde (até 90 dias): Dor torácica atípica em pacientes com idade abaixo de 40 anos e sem fatores de risco para Doença Arterial Coronária. (CID R07.4); - Pacientes com palpitações de origem indeterminada. (CID R00.2); - Pacientes assintomáticos portadores de valvopatia para estratificação e tratamento. (CID I08.9).

Azul (acima de 90 dias): Demais situações.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Pré-hipertensão;
- Hipertensão arterial sistêmica grau I e II;
- Dislipidemia isolada;
- Obesidade.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Forte suspeita ou diagnóstico de Síndrome Coronária Aguda (Infarto agudo do miocárdio, Angina instável);
- Pacientes com Insuficiência cardíaca com sinais de hipoperfusão, síncope ou com sinais de congestão pulmonar;
- Arritmias em pacientes com sinais de hipoperfusão, síncope, dispneia, com alterações de risco em ECG (Taquicardia ventricular, bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo II, bloqueio atrioventricular avançado ou total);
- Síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação atrial de início recente;
- Emergência hipertensiva;
- Urgência hipertensiva;
- Taquicardia supraventricular sustentada;
- Dor torácica de início recente, com dor em repouso prolongada (> 20 min) e com ECG normal.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO CIRURGIA GERAL

Considerações gerais

O atendimento em cirurgia geral no Centro Médico de Especialidades tem por objetivo avaliar e triar os casos de cirurgia geral da rede a fim de viabilizar o melhor fluxo de acordo com os critérios e protocolos dos hospitais prestadores de serviços.

Não devem ser encaminhados para este ambulatório as doenças de pele e subcutâneo como lipomas, cistos sebáceos, etc. Estes devem ser encaminhados para Pequenas Cirurgias no Hospital Dia.

Sumário

- 1- Colelitíase;
- 2- Pólipos de Vesícula Biliar;
- 3- Hérnias;
- 4- Cisto Pilonidal.

Encaminhar para avaliação:

- 1- **Colelitíase (CID K80):** Presença de cálculos na vesícula biliar.
Exames prévios: US de abdômen.
- 2- **Pólipos de Vesícula Biliar (CID K82):** Lesão procedente da parede vesicular para o interior da vesícula biliar.
Exames prévios: US de abdômen.
- 3- **Hérnias (todos os tipos) (CID K40-46):** Ter clínica típica de hérnia com dor e abaulamento local, não é necessário US, o diagnóstico é clínico e não radiológico.
- 4- **Cisto Pilonidal (CID L05):**
Exames prévios: US região sacral.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO CIRURGIA PEDIÁTRICA

Considerações gerais

A indicação de cirurgia deve ser realizada pelo especialista, após avaliação do caso. Vários pacientes são encaminhados sem necessitar do procedimento cirúrgico.

Pacientes com constipação intestinal devem ser encaminhados para o gastroenterologista pediátrico, se necessário o paciente será encaminhado para avaliação cirúrgica.

Pacientes com cistos sinoviais devem ser encaminhados para avaliação do especialista em ortopedia.

Pacientes com orelha em abano devem ser encaminhados para avaliação do especialista em cirurgia plástica.

Sumário

- 1- Fimose;
- 2- Hérnia inguinal;
- 3- Hérnia umbilical;
- 4- Hérnia epigástrica;

- 5- Criptorquia;
- 6- Testículo retrátil;
- 7- Hipospádia;
- 8- Hidronefroses;
- 9- ITU de repetição;
- 10- Anquiloglossia;
- 11- “Massas” abdominais;
- 12- Acompanhamentos de malformações congênitas;
Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Fimose (CID N47):** O pediatra pode prescrever corticoide tópico (Ex.: Clobetasol creme) por 2 meses e reavaliar o paciente antes de encaminhá-lo para avaliação cirúrgica. Aderência prepucial, às vezes pode demorar anos até a completa liberação do prepúcio da glândula, e normalmente não é cirúrgico.
- 2- **Hérnia inguinal (CID K40):** Verifica-se a protrusão de uma alça do intestino através de um orifício que se formou na parede abdominal na região da virilha.
- 3- **Hérnia umbilical (CID K42):** É caracterizada por um estufamento no umbigo ou ao seu redor, que é formado por gordura ou por uma parte do intestino delgado ou grosso que conseguiu atravessar o músculo do abdômen, devido ao aumento da pressão abdominal. Geralmente, a hérnia umbilical dói e pode provocar náuseas e vômitos, especialmente quando se faz algum tipo de esforço.
- 4- **Hérnia epigástrica (CID K46):** Ocorre quando uma fraqueza dos músculos abdominais permite que os tecidos prolapsem através do músculo, é semelhante à hérnia umbilical mas esta ocorre na zona acima do umbigo na linha média.
- 5- **Criptorquia (CID Q53):** Sempre palpar os testículos com as duas mãos, a maioria dos pacientes encaminhados com este diagnóstico não apresenta criptorquia, e sim testículos retráteis.
- 6- **Testículo retrátil (CID Q55):** É a condição na qual o testículo desceu completamente, porém retraem para uma posição supra escrotal. Na presença de dor testicular recorrente é necessária avaliação para constatar e prevenir uma possível torção testicular.
- 7- **Hipospádia (CID Q54):** É caracterizada por um desenvolvimento incompleto da uretra, com disposição do meato uretral na face inferior do pênis e não na extremidade da glândula.

- 8- **Hidronefroses (CID Q62):** Consiste na dilatação do sistema coletor renal, dilatações maiores podem ser causa de infecção urinária e causar dano ao parênquima renal. As principais causas de hidronefrose fetal que persistem após o nascimento são: estenose de junção ureteropélvica, refluxo vesicoureteral, estenose da junção ureterovesical, duplicações pieloureterais, associado ou não a ureterocele, e válvula de uretra posterior. Em relação à hidronefrose adquirida, a etiologia mais comum é a angulação do ureter proximal por vaso polar anômalo, porém também pode ser devida à ureterolitíase, que é incomum. Nesses casos normalmente diagnostica-se a hidronefrose devido à proppedêutica de dor abdominal crônica recorrente em crianças maiores.
- 9- **ITU de repetição (CID N39):** As infecções de trato urinário frequentemente estão associadas a anormalidades anatômicas. ITU pode causar febre, incapacidade de ganhar peso, dor lombar e sinais de sepse, especialmente em crianças pequenas.
- 10- **Anquiloglossia (até 10 meses) (CID Q38.1):** Ocorre quando a membrana fibrosa (o freio lingual) que vai desde a base da língua para a ponta é demasiado curto.
- 11- **“Massas” abdominais (CID R19.0):** O abdômen pode apresentar distensão, abaulamentos, hérnias, ascite, circulação colateral. Na palpação avaliar irritação peritoneal, obstrução intestinal e retenção urinária. Na criança com tumor abdominal a presença de puberdade precoce ou virilização pode ocorrer no carcinoma ou adenoma de suprarenal e mais raramente nos tumores de ovário e fígado. A varicocele unilateral é sinal de alerta para tumor.
- 12- **Acompanhamentos de malformações congênitas (CID Q00 - Q99):** Malformações fetais são defeitos na formação de um órgão, parte de um órgão ou de uma região maior do corpo durante a gestação e já presentes por ocasião do nascimento.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Suspeita de câncer; Hérnia inguinal (CID K40); pós-operatório imediato.

Amarelo (até 60 dias): Criptorquia (CID Q53).

Verde (até 90 dias): Fimose (CID N47); Hérnia umbilical (CID K42); Hipospádia (CID Q54).

Azul (acima de 90 dias): Demais casos.

PROTOS DE ENCAMINHAMENTO VASCULAR

Considerações gerais

Os pacientes com aneurismas maiores do que 5 cm, isquemia crítica de membro ou estenose carotídea com indicação cirúrgica (se paciente apresentou AVC a menos de 6 meses) devem ter preferência no encaminhamento ao cirurgião vascular quando comparados com outras condições clínicas previstas neste protocolo.

Os pacientes com suspeita de Trombose Venosa Profunda devem ser encaminhados para o serviço de Urgência/Emergência

Sumário

- 1- Insuficiência arterial membros inferiores e/ou superiores;
- 2- Aneurismas;
- 3- Doença arterial cerebrovascular;
- 4- Arterites;
- 5- Insuficiência venosa;
- 6- Doenças linfáticas;
- 7- Erisipelas;
- 8- Úlceras de membros inferiores;
- 9- Doença Arterial Periférica;
- 10- Tromboembolismo venoso (TEV);
Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Insuficiência arterial membros inferiores e/ou superiores (CID I70-I79):** Dor no membro associado à piora com atividade muscular (tipo claudicação), associado à diminuição ou ausência de pulsos do território arterial em questão e/ou sopros em trajetos arteriais.
Exames prévios: Creatinina, Potássio, Glicemia, Colesterol total e frações, PCR.
- 2- **Aneurismas (CID I71, I72):** Presença de massa pulsátil em trajeto arterial acompanhado ou não de sopro.
Exames prévios: Creatinina, Potássio, Glicemia, Colesterol total e frações, PCR e ultrassom simples da região interessada.
- 3- **Doença arterial cerebrovascular (CID I60-I69):** Presença de sintomas neurológicos (tonturas, síncope, amaurose fugaz, decréscimo de status cerebral, transitório ou não, associado ou não a sopro em trajeto carotídeo).
Exames prévios: Creatinina, Potássio, Glicemia, Colesterol total e frações, PCR.

- 4- **Arterites (CID I77):** Pacientes com sintomas como febre, fadiga, perda ponderal e queixas como artralgia e/ou mialgia, lesões cutâneas, úlceras digitais.
Exames prévios: Creatinina, Potássio, Glicemia, Colesterol total e frações, PCR e Látex.
- 5- **Insuficiência venosa (CID I87):**
Varizes de membros inferiores: Pacientes com presença de varizes de membros inferiores, associado ou não a edema, sem sucesso com tratamento clínico inicial e medidas de orientação (meias elásticas, atividade física).
Exames prévios: Hemograma, Creatinina, Glicemia, TSH, ECG e Raio-x de tórax.
- Varizes de localização pélvica:** Dor abdominal pós-coito, afastadas outras causas de dor abdominal (hérnias, aderências, abdome agudo, etc.).
Exames prévios: Ultrassonografia de abdome total.
- Edema de membros inferiores não associados a varizes:** Edema de membros inferiores (uni ou bilateral).
Exames prévios: Hemograma, PCR, TSH, Microalbuminúria de 24 horas, Clearance de creatinina, ECG, Raio-x de tórax.
- 6- **Doenças linfáticas (CID I80-I89):** Pacientes com edema unilateral ou bilateral de membros inferiores ou superiores (Pós mastectomia).
Exames prévios: Hemograma e PCR.
- 7- **Erisipelas (CID A46):** Por se tratar de doença aguda, encaminhar com “prioridade”, após tratamento sem sucesso na Unidade.
Exames prévios: Em uso de antibióticoterapia adequada e Hemograma, Creatinina e VHS.
- 8- **Úlceras de membros inferiores (CID I83):** Úlceras em membros inferiores com mais de 90 dias associado ou não a insuficiência venosa e/ou insuficiência arterial.
Exames prévios: Hemograma, Creatinina, Glicemia, Potássio, Colesterol total e frações, Triglicérides, TGP, CPK, TSH, ECG e Raio-x tórax.
- 9- **Doença Arterial Periférica:** Paciente com doença arterial crônica avançada com sinais ameaçadores ao membro (dor crônica em repouso, úlcera arterial ou gangrena); Doença arterial crônica sintomática com claudicação refratária ao tratamento conservador por 6 meses (uso de cilostazol, exercício físico apropriado, antiagregante plaquetário, controle de fatores de risco cardiovascular - cessar tabagismo, tratamento de diabetes, hipertensão e dislipidemia).
Exames prévios: Fatores de risco, tratamento já realizado.

10- Tromboembolismo venoso (TEV) (CID I82): Síndrome pós-trombótica (insuficiência venosa secundária a trombose de membro inferior) com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) com evidência de refluxo ou obstrução venosa proximal, refratária ao tratamento conservador na APS por 6 meses (exercícios, elevação de membros, terapia compressiva).

Exames prévios: Fatores de risco, tratamento já realizado.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Aneurismas: aorta torácica, aorta abdominal, artérias viscerais (CID I71, I72); Úlceras vasculares: venosa, isquêmica (CID L97, I83.0) excluído critério de urgência.

Amarelo (até 60 dias): Claudicação intermitente limitante sem isquemia crítica (CID I73); Estenose carotídea >50% ou AVCI (CID I65.2).

Verde (até 90 dias): Trombose venosa crônica sem segmento (CID I82).

Azul (acima de 90 dias): Linfedema crônico (CID I89.0); Varizes, exceto casos: IMC > 35 Obesidade grau 2 ou 3, > 70 anos sem úlcera com melhora no tratamento conservador.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Fatores de risco para vasculopatia, principalmente interrupção do tabagismo e controle de diabetes; Hipertensão arterial sistêmica grau I e II;
- Claudicação intermitente não limitante e sem indicação cirúrgica; Obesidade;
- Fenômeno de Raynaud primário;
- Livedo reticular sem outras manifestações;
- Varizes IMC > 35 obesidade grau 2 e 3, > 70 anos em úlcera com melhora no tratamento conservador;
- Tromboflebite superficial sem complicações.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Trombose venosa profunda;
- Claudicação intermitente com isquemia crítica agudizada;
- Oclusão arterial aguda (Trombose ou Embolia);
- Úlceras graves (Extensas e/ou profundas) com indicação de internação para antibioticoterapia.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DERMATOLOGIA

Considerações gerais

Pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasia maligna cutânea, doenças vesicobolhosas (pênfigo vulgar), erupções pustulosas, farmacodermias graves, eritrodermias (que não necessitem de internação), dermatite atópica grave, psoríase grave ou acne grave devem

ter preferência no encaminhamento ao dermatologista quando comparados com outras condições previstas neste protocolo.

Pacientes com suspeita ou diagnóstico de hanseníase devem ser encaminhados para o ambulatório de Hanseníase junto ao Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis.

Sumário

- 1- Acne;
 - 2- Câncer de pele (Melanoma);
 - 3- Câncer de pele (Não melanoma);
 - 4- Dermatite Atópica;
 - 5- Eczemas;
 - 6- Micoses;
 - 7- Psoríase;
 - 8- Alopecia;
 - 9- Urticaria;
 - 10- Prurido;
 - 11- Condiloma acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso;
 - 12- Rosácea;
 - 13- Melasma;
 - 14- Vitiligo;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Acne (CID L70):** Pacientes com suspeita de acne fulminans devem iniciar imediatamente tratamento sistêmico com corticoide e antibioticoterapia:
 - Acne fulminans (acne com nódulos e placas de surgimento súbito, crostas hemorrágicas, febre e artralgias);
 - Acne conglobata (acne nodular grave, com drenagem de secreção, trajetos fistulosos e cicatrizes);
 - Acne leve a moderada com prejuízo na qualidade de vida e com falha no tratamento clínico otimizado realizado por pelo menos 6 meses (antibioticoterapia sistêmica associada a tratamentos tópicos).

Exames prévios: Tratamento realizado, descrições e gravidade das lesões.

- 2- **Câncer de pele – Melanoma (CID C43):** Paciente com suspeita clínica de melanoma; ou nevo melanocítico congênito com mais de 2,0 cm; ou dois ou mais nevos melanocíticos congênitos com mais de 1,5 cm; ou diagnóstico prévio de melanoma que não está em acompanhamento com dermatologista; ou pacientes com alto risco para desenvolver melanoma.

Exames prévios: Exame físico.

- 3- **Câncer de pele não melanoma / Ceratoses actínicas (CID L57.0):** Paciente com suspeita clínica de carcinoma basocelular (CBC); ou o carcinoma espinocelular (CEC); ou outros tumores cutâneos, sem diagnóstico, de crescimento muito rápido, suspeita ou diagnóstico de ceratose actínica refratária ao tratamento clínico otimizado; ou em pacientes imunossuprimidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias).
Exames prévios: Tratamento realizado, descrições e gravidade das lesões.

- 4- **Dermatite atópica (CID L20.9):** Paciente com dermatite atópica grave e extensa ou que ocasione prejuízo funcional grave; dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de 1 mês; dermatite atópica recidivante (3 ou mais recidivas em um período de 6 meses) apesar do tratamento clínico otimizado.
Exames prévios: Tratamento realizado, descrições e gravidade das lesões.

- 5- **Eczemas (eczema seborreico, eczema de contato, eczema disidrótico e eczema de estase) (CID L30):** Eczemas graves e extensos ou que ocasionem prejuízo funcional grave; eczemas refratários ao tratamento clínico otimizado, conforme o tipo de eczema.
Exames prévios: Tratamento realizado, descrições e gravidade das lesões.

- 6- **Micoses (CID B37.2):** Paciente com suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de micose subcutânea ou sistêmica; candidíase mucocutânea, dermatofitoses (tineas) ou pitíriase versicolor, se: o quadro extenso em pacientes imunocomprometidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias); ou o refratária ao tratamento clínico otimizado; onicomiose refratária ao tratamento clínico otimizado e com pelo menos 1 dos critérios: episódios de erisipela ou celulite no membro ipsilateral; ou presença de dor ou desconforto; ou suspeita de alteração ungueal não associada à infecção fúngica.
Exames prévios: Tratamento realizado, descrições e gravidade das lesões.

- 7- **Psoríase (CID L40):** Paciente com suspeita ou diagnóstico de psoríase pustulosa generalizada; suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica; psoríase extensa (mais de 10% da área de superfície corporal - BSA); psoríase refratária ou sem resposta satisfatória ao tratamento tópico otimizado; diagnóstico de psoríase em crianças (< 12 anos).
Exames prévios: Tratamento realizado, descrições e gravidade das lesões.

- 8- **Alopecia (CID 63.9, CID 66.9):** Pacientes com alopecias cicatriciais; alopecia areata com mais de 30% da área do couro cabeludo acometida; alopecia areata rapidamente progressiva; alopecias areata refratária ao tratamento tópico otimizado por 3 meses; alopecia androgenética refratária ao tratamento clínico otimizado.
Exames prévios: Hemograma, Ferritina, VDRL, TSH.

- 9- **Urticaria (CID L50):** Pacientes com urticária crônica (lesões recorrentes por pelo menos 6 semanas) refratária ao tratamento clínico otimizado.
Exames prévios: Tratamento realizado, descrições e gravidade das lesões.
- 10- **Prurido (CID L29):** Paciente com prurido, sem lesões cutâneas, refratário ao tratamento clínico otimizado e sem causa identificada após investigação inicial na unidade básica de saúde.
Exames prévios: Hemograma, Transaminases, Fosfatase alcalina, Bilirrubinas, GGT, TSH, Creatinina, Raio-x de tórax, Anti-HIV, Anti-HCV e HbsAg.
- 11- **Condiloma acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso (CID 63.0, B07, B08.1):** Pacientes com alopecias cicatriciais; alopecia areata com mais de 30% da área do couro cabeludo acometida; alopecia areata rapidamente progressiva; alopecias areata refratária ao tratamento tópico otimizado por 3 meses; alopecia androgenética refratária ao tratamento clínico otimizado.
Exames prévios: Anti-HIV ou teste rápido para HIV.
- 12- **Rosácea (CID L71.9):** Pacientes com rosácea fimatosa (aumento de volume do tecido afetado na região do nariz, mento, glabella ou região malar); rosácea granulomatosa/pioderma facial (pápulas eritematosas, pústulas, cistos e trajetos fibrosos na região malar, periorbital e perioral, de surgimento súbito e na ausência de comedões); rosácea refratária ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.
Exames prévios: Tratamento realizado, descrições e gravidade das lesões.
- 13- **Melasma (CID L81.4):** Pacientes com melasma refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.
Exames prévios: Tratamento realizado, descrições e gravidade das lesões.
- 14- **Vitiligo (CID L80):** Vitiligo extenso (mais de 10% da área de superfície corporal - BSA); Vitiligo rapidamente progressivo (iniciar tratamento e encaminhar); Vitiligo com resposta insatisfatória ao tratamento tópico otimizado, por 6 meses; Vitiligo em crianças.
Exames prévios: Tratamento realizado, descrições e gravidade das lesões.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Doenças vesico bolhosas (Ex. pênfigo vulgar) (CID L10, L12); Farmacodermias graves; Eritrodermias (CID L27.0); Dermatite atópica grave (CID L20.9); Psoríase grave (CID L40.0); Acne grave (CID L70.0); Neoplasias malignas cutâneas (melanomas) (CID C43); Erupções pustulosas.

Amarelo (até 60 dias): Câncer de pele não melanoma (CID C44.9); Ceratoses actínicas (CID L57.0); Dermatite atópica leve à moderada (CID L20.9); Alopecia areata rápida/progressiva (CID L63.9); Alopecias cicatriciais (CID L66.9); Molusco com aumento rápido (B08.1); Urticária de difícil controle (CID L50.0); Psoríase (CID L40.0); Dermatite de contato moderada (CID L23.9); Micoses: quadros extensos em paciente imuno comprometido (CID B37.2).

Verde (até 90 dias): Acne leve à moderada (CID L70.0); Rosácea leve à moderada (CID L71.9); Eflúvio (CID L65.9); Verrugas virais (CID B07); Dermatite de contato leve (CID L23.0); Pityriase versicolor refratário ao tratamento clínico (CID B36.0); Verrugas virais (CID B07); Condiloma acuminado (CID A63.0).

Azul (acima de 90 dias): Melasma (CID L81.4); Nevos melanocísticos sem sinais atípicos (CID D22.9); Ceratoses seborreicas (CID L82); Melanose solar (CID L81.4); Dermatite seborreica de face/couro cabeludo (CID L21.9); Alopecia androgenética (CID L64.9); Calosidades; Onicomicose.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Dermatofitoses;
- Lesões atópicas.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Queimadura de pele extensa e aguda;
- Farmacodermias graves;
- Eritrodermia aguda extensa.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO ENDOCRINOLOGIA

Considerações gerais

Encaminhar situações em que o paciente não obtiver um controle adequado, ou dúvidas diagnósticas como em patologias pouco frequentes. Por exemplo: hipertireoidismo, hipotireoidismo com dificuldade no ajuste das doses, diabetes de difícil controle, obesos a partir de IMC grau III ou grau II com comorbidades descompensadas pela obesidade.

Sumário

- 1- Obesidade;
 - 2- Distúrbio de tireoide (Hipertireoidismo e Hipotireoidismo);
 - 3- Distúrbio de paratireoides (Hipertireoidismo e Hipotireoidismo);
 - 4- Ginecomastia;
 - 5- Hiperprolactinemia;
 - 6- Hirsutismo;
 - 7- Diabetes Mellitus;
 - 8- Dislipidemia;
- Indicações de prioridade.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Obesidade (CID E66):** Pacientes com IMC entre 35 a 39 associados à comorbidades (HAS, Diabetes Mellitus, hipotireoidismo), pacientes com IMC < 40 em segmento

durante um ano e sem sucesso no tratamento da obesidade; acompanhamento pós-cirúrgico de bariátrica.

Exames prévios: IMC, Glicemia, Colesterol total, Triglicérides, HDL, TSH, T4 livre, Insulina.

- 2- **Distúrbio da tireoide (Hipertireoidismo e Hipotireoidismo) (CID E05, E03):** Paciente com exames alterados (TSH, T4 Livre) e suspeita de diagnóstico de CA de Tireoide. Para otimização medicamentosa e diagnóstico mediante dosagens e exames.

Exames prévios: TSH, T4 Livre.

- 3- **Distúrbio de paratireoides (Hiperparatireoidismo e Hipoparatireoidismo) (CID E21, E20):** Paciente com alterações nos níveis de Cálcio, Fósforo e PTH.

Exames prévios: Cálcio, Fósforo, PTH e Vitamina D (25 oh vitamina D).

- 4- **Ginecomastia (CID N62):** Pacientes com exames alterados (US de mama, TSH, Testosterona total e Estradiol) devem ser encaminhados, não encaminhar pacientes com lipomastia por obesidade, sem tecido glandular mamário.

Exames prévios: US de mama, TSH, Testosterona total, Estradiol, FSH e LH (Hormônio luteinizante), PRL, Creatinina e TGP.

- 5- **Hiperprolactinemia (CID E22.1):** Pacientes devidamente avaliados e com caso confirmado mediante exame (com 2 dosagens, sendo a 2ª em repouso, e em intervalo de tempo de pelo menos 1 semana).

Mulher: PRL -> ng/mL causa hipogonadismo, galactorreia e amenorreia. O hipogonadismo depende do grau de elevação da PRL. PRL entre 51 a 100 ng/mL, oligomenorreia. PRL 31 a 50 ng/mL, fase lútea encurtada, diminuição de libido e infertilidade.

Aumento de peso pode ser associado a tumores secretores de prolactina.

Osteopenia é presente principalmente quando há hipogonadismo associado. Grau de perda óssea relaciona-se com duração e gravidade do hipogonadismo.

Homem: Diminuição de libido, infertilidade, impotência, diminuição na produção de esperma, ginecomastia e raramente galactorreia, impotência não é responsiva ao tratamento com testosterona e é associada à diminuição da massa muscular, perda de cabelos e osteoporose.

Exames prévios: Prolactina, TSH, T4 Livre, FSH, LH (Hormônio luteinizante) e Estradiol.

- 6- **Hirsutismo (CID L68.0):** Paciente deve ser avaliado pelo profissional da área de ginecologia; encaminhar casos com suspeita de síndrome de Cushing e ou síndrome de resistência insulínica ou HAC (Hiperplasia adrenal congênita).

Exames prévios: Testosterona, Cortisol, SDHEA, ACTH, Insulina e Glicose.

7- **Diabetes Mellitus (CID E10):** Tipo 1 fora da faixa pediátrica, casos de difícil controle pós otimização da Insulina Tipo 2 – Encaminhar somente após avaliação multiprofissional da Unidade para verificação da Adesão do paciente ao tratamento proposto com doses otimizadas.

Exames prévios: Glicemia, insulina, hemoglobina glicada.

8- **Dislipidemia (CID E78):** Esteatose hepática acompanhado de altos níveis de colesterol e triglicérides.

Exames prévios: Glicemia, Colesterol Total, HDL, Triglicérides.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Diabetes Mellitus 1 ou 2 com dificuldade de controle (CID E10); Diabetes Gestacional (CID O24); Tireoidite Aguda ou Subaguda (CID E06.0, E06.1); Carcinoma de Tireoide ou Adrenal (CID C73, C74).

Amarelo (até 60 dias): Hipertireoidismo descompensado (CID E05); Hipotireoidismo descompensado (CID E03); Suspeita de síndrome de Cushing (CID E24); - Hiperparatireoidismo (CID E21); Hipoparatireoidismo (CID E20); Obeso mórbido com comorbidades pós-operatório de bariátrica, agravadas pela obesidade.

Verde (até 90 dias): Hiperprolactinemia (CID E22.1); Ginecomastia (CID N62); Hirsutismo (CID L68.0); - Dislipidemia (CID E78); Obesidade com outras comorbidades (CID E66).

Azul (acima de 90 dias): Demais casos.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Diabete em início de tratamento sem descompensação grave;
- Pacientes com obesidade, que não investigados ou suspeitos de doença endocrinológica de base;
- Hipotireoidismos compensados ou de fácil controle;
- Dislipidemias controladas com estatinas comuns.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Hipoglicemia grave ou dextro menor que 60 ou coma hiperosmolar;
- Crise tireotóxica com arritmia ou comprometimento no estado geral do paciente;
- Mixedema com sinais de confusão mental;
- Cetoacidose diabética.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

Considerações gerais

Algumas situações em endocrinologia pediátrica tais como obesidade, hipotireoidismo e diabetes, podem, e devem ser acompanhadas na Unidade Básica de Saúde.

Sumário

- 1- Puberdade precoce;
 - 2- Atraso puberal;
 - 3- Alterações tireoidianas;
 - 4- Glicemias alteradas;
 - 5- Baixa estatura;
 - 6- Alta estatura;
 - 7- Dislipidemia;
 - 8- Micropênis;
 - 9- Obesidade;
 - 10- Diabetes mellitus;
 - 11- Ginecomastia;
 - 12- Raquitismo;
 - 13- Hiperplasia adrenal congênita;
- Indicações de prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Puberdade precoce (CID E30.1):** Telarca e/ou pubarca antes dos 8 anos na menina e pubarca ou gonadarca antes dos 9 anos no menino.
Exames prévios: Raio-x idade óssea.
- 2- **Atraso puberal (CID E30.9):** Ausência de sinais puberais na menina após os 13 e no menino após os 14 anos e/ou ausência de menarca após os 15 anos.
Exames prévios: Raio-x idade óssea e LH.
- 3- **Alterações tireoidianas (CID E00 – E09):** TSH alterados.
Exames prévios: Se TSH alterado encaminhar e deixar que demais exames sejam solicitados pela especialidade.
- 4- **Glicemias alteradas (CID E73):** Glicemia de jejum acima de 100, glicemia ao acaso acima 200, HbA1c acima 6,5%.
Exames prévios: Glicemia de jejum, HbA1c.
- 5- **Baixa estatura (CID E34):** Estatura abaixo de - 2 DP, estatura abaixo de 1,5DP do alvo genético ou velocidade de crescimento abaixo de -2DP.
Exames prévios: Hemograma, Função renal, Raio-x idade óssea, IGFI, TSH e T4I.
- 6- **Alta estatura (CID E34.4):** Estatura acima de +2DP.
Exames prévios: Raio-x idade óssea.
- 7- **Dislipidemia (CID E78.4):** Colesterol Total acima de 170mg/dl, triglicerídeos acima de 100mg/dl, HDL abaixo de 40mg/dl, Esteatose Hepática.

Exames prévios: Glicemia, Colesterol Total, HDL, Triglicérides.

- 8- **Micropênis (CID N48):** Tamanho peniano menor que – 2DP para a idade (atenção, pacientes com micropênis devem ser encaminhados o quanto antes, pois quanto mais cedo melhor a resposta ao tratamento).

Exames prévios: Sem necessidade.

- 9- **Obesidade (CID E66):** IMC acima de 2DP para crianças acima de 5 anos e acima de 3DP para crianças abaixo de 5 anos.

Exames prévios: Glicemia, Colesterol Total, HDL, Triglicérides, TSH, Insulina; realizar encaminhamento após 6 meses de orientações na Unidade Básica de Saúde sem sucesso ou quando associado a dislipidemia.

- 10- **Diabetes mellitus (CID E10):** Tipo 1 - Glicemia de jejum acima de 126, ou qualquer hora do dia acima de 200. Tipo 2 – Hemoglobina glicada acima de 6,5; insulina acima de 25 em jejum, hiperglicemia citada acima, curva glicêmica com glicemia acima de 140 após 2 horas da ingestão oral de glicose.

Exames prévios: Glicemia, insulina, hemoglobina glicada, curva glicêmica.

- 11- **Ginecomastia (CID N62):** Ginecomastia puberal ou pré-puberal.

Exames prévios: US de mamas, LH, Prolactina, Testosterona Total, Raio-x idade óssea, TSH.

- 12- **Raquitismo (CID E55.0):** Geno varo, alterações do cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, PTH.

Exames prévios: Raio-x de punho, cálcio total, fósforo, Fosfatase alcalina, PTH.

- 13- **Hiperplasia adrenal congênita (CID E25):** Teste do pezinho alterado para 17OH, meninas ou meninos com pubarca precoce, 17alfahidroxiprogesterona alterado.

Exames prévios: 17 alfa hidroxiprogesterona, SDHEA, androstenediona, Testosterona Total, Raio-x idade óssea, US abdome total – solicitar visualização das adrenais.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Diabetes Mellitus APÓS internação por primodescompensação (CID E10.9); TSH alterado em teste do pezinho (CID E03.9); 17 OHP alterado em teste do pezinho (CID E25.9).

Amarelo (até 60 dias): Pubarca e telarca precoce (CID E 30.1); TSH alterado (CID E07.9); Glicemia jejum alterado assintomático (CID E10.9); Baixa estatura (CID E34.3).

Verde (até 90 dias): Atraso puberal (CID E30.9); Alta estatura (CID E34.4); Dislipidemia (CID E78.4); Micropênis (CID N48).

Azul (acima de 90 dias): Demais casos.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Obesidade sem dislipidemia.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Primodescompensação diabética.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO GASTROENTEROLOGIA

Considerações gerais

A maioria das queixas do trato gastrointestinal (TGI) como pirose, azia, refluxo, gastroenterite aguda sem complicações, devem ser manejados na Unidade Básica de Saúde.

Algumas condições necessitam de encaminhamento aos serviços de urgência/emergência (abdômen agudo, insuficiência hepática aguda, hematêmese, hematoquezia/melena aguda) e não devem aguardar por consulta ambulatorial para manejo adequado. Lembrando que existem outras condições que não foram contempladas nesse protocolo. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Pacientes com suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal ou hepática devem ser priorizados no encaminhamento ao gastroenterologista.

Sumário

- 1- Doença do refluxo gastroesofágico;
 - 2- Dispepsia;
 - 3- Solicitação de endoscopia digestiva alta;
 - 4- Alteração de endoscopia digestiva alta;
 - 5- Alterações laboratoriais hepáticas ou suspeita de cirrose;
 - 6- Esteatose hepática / alterações dos testes hepáticos;
 - 7- Alteração em exame de imagem hepática;
 - 8- Suspeita de neoplasia trato gastrointestinal inferior;
 - 9- Alteração de Hábito Intestinal;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) (CID K21):** Pacientes com DRGE e indicação de avaliação devido à refratariedade do tratamento medicamentoso otimizado associado à medidas comportamentais, esofagite graus C e D de Los Angeles, estenose péptica, Esôfago de Barrett, hérnia hiatal e doença do refluxo

gastroesofágico refratário ao tratamento otimizado por dois meses (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena).

Medidas comportamentais no tratamento da DRGE:

- Elevação da cabeceira da cama (15 cm);
- Moderar ou evitar a ingestão dos seguintes alimentos, na dependência da correlação com os sintomas: gordurosos, cítricos, café, bebidas alcoólicas, bebidas gasosas, menta, hortelã, chocolate, condimentos, produtos de tomate;
- Evitar deitar-se nas 2 horas que se seguem às refeições;
- Evitar refeições copiosas;
- Redução drástica ou cessação do fumo;
- Reduzir o peso corporal (Emagrecimento).

Atenção = individualizar as medidas.

Exames prévios: Resultado da última EDA solicitada, tratamentos realizados.

- 2- **Dispepsia (CID K30):** Pacientes com úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas do início do tratamento). Pacientes com dispepsia e sinais de alarme (perda de peso inexplicável, vômito recorrente, disfagia progressiva, odinofagia, sangramento gastrointestinal e história familiar de neoplasia do trato gastrointestinal). Além disso, pacientes apresentando dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação *H. pylori*).

Indicações de tratamento de *Helicobacter pylori*:

- Úlcera péptica gastroduodenal;
- Dispepsia funcional;
- Antecedente de úlcera péptica candidatos ao uso contínuo de AAS e AINEs;
- Linfoma MALT gástrico;
- Após ressecção cirúrgica ou endoscópica de câncer gástrico;
- Familiares de primeiro grau de portadores de câncer gástrico;
- Portadores de lesões gástricas pré-neoplásicas (gastrite atrófica, metaplasia intestinal ou displasia);
- Anemia ferropriva de etiologia não definida;
- Púrpura trombocitopênica idiopática;
- Deficiência de vitamina B12 sem etiologia definida;
- Desejo do paciente.

Exames prévios: Resultado da última EDA solicitada, tratamentos realizados.

- 3- **Solicitação de endoscopia digestiva alta:** Paciente com suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal superior (disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível, massa epigástrica, dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau), investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida (sem outros sinais e sintomas que orientem investigação inicial), pessoa com idade maior ou igual há 40 anos com dispepsia recente, de causa inexplicada, pessoa com dispepsia que necessitam iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação, dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação de *H. pylori*), confirmação de erradicação de *H. pylori* em paciente com úlcera péptica (8 a 12 semanas após tratamento da infecção), doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) não controlado com tratamento otimizado (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena) por 2 meses e acompanhamento de Esôfago de Barrett ou Metaplasia Intestinal Gástrica.
- 4- **Alteração de endoscopia digestiva alta:** Esofagite grau C ou D de Los Angeles, estenose péptica, hérnia hiatal, endoscopia com esôfago de Barrett ou metaplasia intestinal gástrica com presença de displasia identificada na biópsia, doença do refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento otimizado por 2 meses (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena), confirmação de erradicação de *H. pylori* em paciente com úlcera péptica (8 a 12 semanas após tratamento da infecção), úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas após início do tratamento) ou na impossibilidade de acompanhamento endoscópico apropriado na Unidade Básica de Saúde.
- 5- **Alterações laboratoriais hepáticas ou suspeita de cirrose (CID R79, K74):** Pacientes com suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática, elevação persistente, sem etiologia definida após investigação inicial na Unidade Básica de Saúde, de:
- Aminotransferases (≥ 2 vezes o limite superior da normalidade);
 - Fosfatase alcalina ($\geq 1,5$ vezes o limite superior da normalidade) por provável etiologia hepática;
 - Aminotransferases (< 2 vezes o limite superior de normalidade) e/ou fosfatase alcalina ($< 1,5$ vezes o limite superior de normalidade) que persistem elevadas por 6 meses.

Exames prévios: Resultado dos últimos exames realizados e tratamentos realizados.

- 6- **Esteatose hepática (CID K46):** Esteatose hepática e suspeita de cirrose, esteatose hepática persistente após tratamento conservador por 6 meses em pessoa com risco elevado para fibrose (paciente com idade > 45 anos com obesidade e/ou diabetes), esteatose hepática e elevação persistente de aminotransferases (≥ 2 vezes o limite

superior de normalidade) após modificações da dieta e estilo de vida, ao longo de 6 meses de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde:

- Cessar uso de bebidas alcólicas;
- Tratar diabetes, hipertensão e dislipidemia;
- Perda de 5 a 10% do peso (em pessoas com sobrepeso/obesidade);
- Redução de alimentos ricos em gorduras e carboidratos simples, evitar bebidas industriais adoçadas (como refrigerantes, sucos) e alimentos pré-preparados. Aumentar ingestão de alimentos ricos em fibras, peixes ricos em ômega 3 (salmão, sardinha) e preferir carnes brancas, entre outras;
- Realização regular de exercício físico aeróbico moderado três a quatro vezes por semana (mínimo de 150 min/semana).

Exames prévios: Resultado dos últimos exames realizados e tratamentos realizados.

- 7- **Alteração em exame de imagem hepática (CID R93.3):** Suspeita clínica de neoplasia em paciente com lesão hepática sólida isolada e indeterminada, independente de fatores de risco ou tamanho da lesão; lesão hepática compatível com hepatocarcinoma identificada por exame de imagem; lesão hepática descrita como cisto complexo; lesão hepática benigna (cisto simples, hemangioma, hiperplasia nodular focal) com indicação cirúrgica (crescimento, dor abdominal recorrente, sintomas compressivos) ou dúvida diagnóstica; adenomas hepáticos.

Exames prévios: Resultado dos últimos exames realizados e tratamentos realizados.

- 8- **Suspeita de neoplasia trato gastrointestinal inferior (CID C26):** Acompanhamento de lesões pré-malignas (pólipos de cólon). Pacientes com suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal inferior, devem ser priorizados no encaminhamento ao gastroenterologista.

Exames prévios: Resultado da última colonoscopia realizada e tratamentos realizados.

- 9- **Alteração de Hábito Intestinal (CID R19.4):** Diarreia crônica (mais de 4 semanas) na impossibilidade de realizar tratamento ou diagnóstico na Unidade Básica de Saúde; suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal; constipação sem melhora após 12 semanas de tratamento na Unidade Básica de Saúde.

Exames prévios: Sem necessidade Suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal (Hiporexia, perda de peso, disfagia, odinofagia, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível, dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau; sangramento crônico intestinal não decorrente a doença orifical, anemia por deficiência de ferro sem causa presumível, massa abdominal, alteração de hábito intestinal persistente, dor abdominal/retal, tenesmo, febre persistente, história familiar de neoplasia colorretal).

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Suspeita de câncer do Trato Gastrointestinal ou Hepática (Hiporexia, perda de peso, disfagia, etc.) (CID C26, C26.0); Estenose péptica moderada/severa (CID K76); Lesões do Trato Gastrointestinal com displasia (CID K92).

Amarelo (até 60 dias): Esofagite erosiva C e D de Los Angeles (CID K20); Esôfago de Barrett (CID K22.7); Úlcera péptica (CID K27) que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas do início do tratamento); dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação *H. pylori*); Hepatopatia crônica (CID K76), CHILD B e C, compensada; Dúvida no diagnóstico diferencial.

Verde (até 90 dias): Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) refratária (CID K21), na ausência de Esôfago de Barrett e displasias; Hepatopatia crônica CHILD A sem complicações e compensada (CID K76).
OBS: Esses pacientes (portadores de Hepatopatias), quando descompensados, devem ser encaminhados ao serviço de urgência/emergência [ascite com início ou piora recente, encefalopatia hepática de início ou piora recente, sangramento digestivo (hematêmese, melena, hematoquezia), icterícia].

Azul (acima de 90 dias): Esteatose Hepática persistente após tratamento conservador (CID K76).

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Gastrite aguda sem complicações/ infecção *Helicobacter pylori* (OBS: Os pacientes portadores de *Helicobacter pylori* na presença de metaplasias, displasias e/ou gastrite atrófica devem ser encaminhados ao especialista. Os pacientes submetidos ao tratamento de *Helicobacter pylori* que apresentarem resistência bacteriana ao tratamento inicial realizado na Unidade Básica de Saúde, devem ser encaminhados ao ambulatório da Gastroenterologia);
- Doença do refluxo gastroesofágico não complicada.
- Quadro clínico suspeito de parasitose intestinal.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Hemorragia digestiva alta ou baixa com grande perda sanguínea e instabilidade hemodinâmica;
- Colangite;
- Apendicite aguda;
- Colecistite;
- Pancreatite aguda;
- Obstrução intestinal;
- Abdômen Agudo;
- Rotação intestinal, intussuscepção;
- Sinais de peritonite, abdome agudo;
- Insuficiência hepática aguda.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

Considerações gerais

A maioria das queixas de trato gastrointestinal (TGI) como regurgitação infantil, constipação crônica sem complicações e gastroenterite aguda sem complicações, podem, e devem ser manejados na Unidade Básica de Saúde.

Algumas condições necessitam de encaminhamento aos serviços de urgência/emergência (abdômen agudo, insuficiência hepática aguda, hematêmese, enterorragia e melena aguda) e não devem aguardar por consulta ambulatorial para manejo adequado. Lembrando que existem outras condições que não foram contempladas nesse protocolo. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Pacientes com suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal ou hepática devem ser priorizados no encaminhamento ao gastroenterologista.

Sumário

- 1- Doença do refluxo gastroesofágico;
 - 2- Dispepsia;
 - 3- Solicitação de endoscopia digestiva alta e baixa (colonoscopia);
 - 4- Alteração de endoscopia digestiva alta;
 - 5- Alterações laboratoriais hepáticas ou suspeita de cirrose;
 - 6- Esteatose hepática;
 - 7- Dor abdominal recorrente funcional;
 - 8- Alteração em exame de imagem hepática;
 - 9- Constipação intestinal crônica;
 - 10- Alteração de Hábito Intestinal;
 - 11- Hematoquezia;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) (CID K 21):** Pacientes com DRGE e indicação de avaliação endoscópica, na impossibilidade de solicitar EDA na Unidade Básica de Saúde, esofagite graus C e D de Los Angeles, estenose péptica, Esôfago de Barrett, hérnia hiatal e doença do refluxo gastroesofágico em lactentes que não estão tendo bom ganho pondero- estatural.

Medidas comportamentais no tratamento da DRGE:

- Manter a criança em pé e no colo do cuidador por 40 a 60 minutos após as mamadas;

- Uso de fórmulas AR (anti-refluxo) em lactentes que estejam em aleitamento artificial.

Exames prévios: O médico da Unidade Básica de Saúde informa a suspeita diagnóstica, além das alterações encontradas no exame físico e exames complementares realizado.

- 2- **Dispepsia (CID K30):** Pacientes com úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas do início do tratamento). Pacientes com dispepsia e sinais de alarme (perda de peso inexplicável, vômito recorrente, disfagia progressiva, odinofagia, sangramento gastrointestinal e história familiar de neoplasia do trato gastrointestinal). Além disso, pacientes apresentando dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação *H. pylori*).

Indicações de tratamento de *Helicobacter pylori*:

- Úlcera péptica gastroduodenal;
- Dispepsia funcional;
- Antecedente de úlcera péptica candidatos ao uso contínuo de AAS e AINEs;
- Anemia ferropriva de etiologia não definida;
- Púrpura trombocitopênica idiopática;
- Deficiência de vitamina B12 sem etiologia definida;
- Desejo do paciente.

Exames prévios: O médico da Unidade Básica de Saúde informa a suspeita diagnóstica, além das alterações encontradas no exame físico e exames complementares realizados.

- 3- **Solicitação de endoscopia digestiva alta:** Paciente com suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal superior (disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível, massa epigástrica, dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau), investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida (sem outros sinais e sintomas que orientem investigação inicial), pessoa com idade maior ou igual há 40 anos com dispepsia recente, de causa inexplicada, pessoa com dispepsia que necessitam iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação, dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação de *H. pylori*), confirmação de erradicação de *H. pylori* em paciente com úlcera péptica (8 a 12 semanas após tratamento da infecção), doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) não controlado com tratamento otimizado (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena) por 2 meses e acompanhamento de Esôfago de Barrett ou Metaplasia Intestinal Gástrica.

- 4- **Alteração de endoscopia digestiva alta:** Esofagite grau C ou D de Los Angeles, estenose péptica, hérnia hiatal, endoscopia com esôfago de Barrett ou metaplasia intestinal gástrica com presença de displasia identificada na biópsia, doença do refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento otimizado por 2 meses (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena), confirmação de erradicação de *H. pylori* em paciente com úlcera péptica (8 a 12 semanas após tratamento da infecção), úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas após início do tratamento) ou na impossibilidade de acompanhamento endoscópico apropriado na Unidade Básica de Saúde.
- 5- **Alterações laboratoriais hepáticas ou suspeita de cirrose:** Pacientes com suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática, elevação persistente, sem etiologia definida após investigação inicial na Unidade Básica de Saúde, de:
- Aminotransferases (≥ 2 vezes o limite superior da normalidade);
 - Aminotransferases (< 2 vezes o limite superior de normalidade) e/ou fosfatase alcalina ($< 1,5$ vezes o limite superior de normalidade) que persistem elevadas por 6 meses.

Exames prévios: O médico da Unidade Básica de Saúde informa a suspeita diagnóstica, além das alterações encontradas no exame físico e exames complementares realizados.

- 6- **Esteatose hepática (CID K46):** Esteatose hepática e suspeita de cirrose, esteatose hepática persistente após tratamento conservador por 6 meses, esteatose hepática e elevação persistente de aminotransferases (≥ 2 vezes o limite superior de normalidade) após modificações da dieta e estilo de vida, ao longo de 6 meses de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde:
- Tratar diabetes, hipertensão e dislipidemia;
 - Perda de 5 a 10% do peso (em pessoas com sobrepeso/obesidade);
 - Redução de alimentos ricos em gorduras e carboidratos simples, evitar bebidas industriais adoçadas (como refrigerantes, sucos) e alimentos pré-preparados. Aumentar ingestão de alimentos ricos em fibras, peixes ricos em ômega 3 (salmão, sardinha) e preferir carnes brancas, entre outras;
 - Realização regular de exercício físico aeróbico moderado três a quatro vezes por semana (mínimo de 150 min/semana).

Exames prévios: O médico da Unidade Básica de Saúde informa a suspeita diagnóstica, além das alterações encontradas no exame físico e exames complementares realizados.

- 7- **Dor abdominal recorrente funcional (CID R10):** Sem sinais de alerta (Vômitos, diarreia, perda de peso, febre, massas palpáveis, visceromegalias, peristaltismo visível).

8- Alteração em exame de imagem hepática (CID R93.3): Suspeita clínica de neoplasia em paciente com lesão hepática sólida isolada e indeterminada, independente de fatores de risco ou tamanho da lesão; lesão hepática compatível com hepatocarcinoma identificada por exame de imagem; lesão hepática descrita como cisto complexo; lesão hepática benigna (cisto simples, hemangioma, hiperplasia nodular focal) com indicação cirúrgica (crescimento, dor abdominal recorrente, sintomas compressivos) ou dúvida diagnóstica; adenomas hepáticos.

Exames prévios: O médico da Unidade Básica de Saúde informa a suspeita diagnóstica, além das alterações encontradas no exame físico e exames complementares realizados.

9- Constipação intestinal crônica (CID K59.0): Caso que não melhorou após orientação dietética (dieta rica em fibras e aumento da ingestão de água).

Exames prévios: O médico da Unidade Básica de Saúde informa a suspeita diagnóstica, além das alterações encontradas no exame físico e exames complementares realizados.

10- Alteração de Hábito Intestinal (CID R19.4): Diarreia crônica (mais de 4 semanas) na impossibilidade de realizar tratamento ou diagnóstico na Unidade Básica de Saúde; suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal; constipação sem melhora após 12 semanas de tratamento na Unidade Básica de Saúde.

Exames prévios: O médico da Unidade Básica de Saúde informa a suspeita diagnóstica, além das alterações encontradas no exame físico e exames complementares realizados.

11- Hematoquezia (CID K62): Após afastar hipótese diagnóstica de fissura anal causada por constipação crônica.

Exames prévios: O médico da Unidade Básica de Saúde informa a suspeita diagnóstica, além das alterações encontradas no exame físico e exames complementares realizados.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Suspeita de câncer do Trato Gastrointestinal ou Hepática (Hiporexia, perda de peso, disfagia, etc.) (CID C26, C26.0); Estenose péptica moderada/severa (CID K76); Lesões do Trato Gastrointestinal com displasia (CID K92).

Amarelo (até 60 dias): Esofagite erosiva C e D de Los Angeles (CID K20); Esôfago de Barrett (CID K22.7); úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas do início do tratamento); dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação *H. pylori*) (CID K27); Hepatopatia crônica (CID K76), CHILD B e C, compensada; Dúvida no diagnóstico diferencial.

Verde (até 90 dias): Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) refratária, na ausência de Esôfago de Barrett e displasias (CID K21); Hepatopatia crônica CHILD A sem complicações e compensada (CID K76).

OBS: Esses pacientes (portadores de Hepatopatias), quando descompensados, devem ser encaminhados ao serviço de urgência/emergência [ascite com início ou piora recente, encefalopatia hepática de início ou piora recente, sangramento digestivo (hematêmese, melena, hematoquezia), icterícia.

Azul (acima de 90 dias): Esteatose Hepática persistente sem alterações nos testes hepáticos, após tratamento conservador (CID K76).

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Gastrite aguda sem complicações/ infecção *Helicobacter pylori* (OBS: Os pacientes portadores de *Helicobacter pylori* na presença de metaplasias, displasias e/ou gastrite atrófica devem ser encaminhados ao especialista. Os pacientes submetidos ao tratamento de *Helicobacter pylori* que apresentarem resistência bacteriana ao tratamento inicial realizado na Unidade Básica de Saúde, devem ser encaminhados ao ambulatório da Gastroenterologia);
- Doença do refluxo gastroesofágico não complicada;
- Plicomas.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Hemorragia digestiva alta ou baixa com grande perda sanguínea e instabilidade hemodinâmica;
- Colangite;
- Apendicite aguda;
- Colecistite;
- Pancreatite aguda;
- Obstrução intestinal;
- Abdome Agudo Perforativo;
- Rotação intestinal, intussuscepção;
- Sinais de peritonite, abdome agudo;
- Insuficiência hepática aguda;
- Hepatopatia crônica descompensada.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO HEMATOLOGIA

Considerações gerais

Pacientes com citopenias graves (avaliadas inicialmente, quando necessário, em serviços de emergência com hematologista), leucocitoses ou trombocitoses graves devem ter preferência no encaminhamento ao hematologista, quando comparados com outras condições descritas nesses protocolos. Esses critérios devem ser readaptados conforme a necessidade.

Sumário

- 1- Citopenias (bicitopenia/pancitopenia);
 - 2- Anemia de difícil controle e/ou causa não definida;
 - 3- Policitemia se persistente e após exclusão de causas secundárias;
 - 4- Trombocitopenia;
 - 5- Trombocitose;
 - 6- Leucopenia;
 - 7- Leucocitose de causa indefinida;
 - 8- Distúrbios hemorrágicos;
 - 9- Trombofilia;
 - 10- Linfonodomegalia periférica e esplenomegalia;
 - 11- Hiperferritinemia;
- Indicações de Prioridades;
Encaminhar para serviço de Urgência.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Citopenias (bicitopenia/pancitopenia) (CID D75):** Sem critérios de gravidade, após exclusão de causas secundárias comuns.

Exames prévios: hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, Anti-HCV, Anti-HIV, HbsAg, TGP, albumina, GGT, TP/ TTPa, FAN, TSH e vitamina B12, ecografia abdominal.

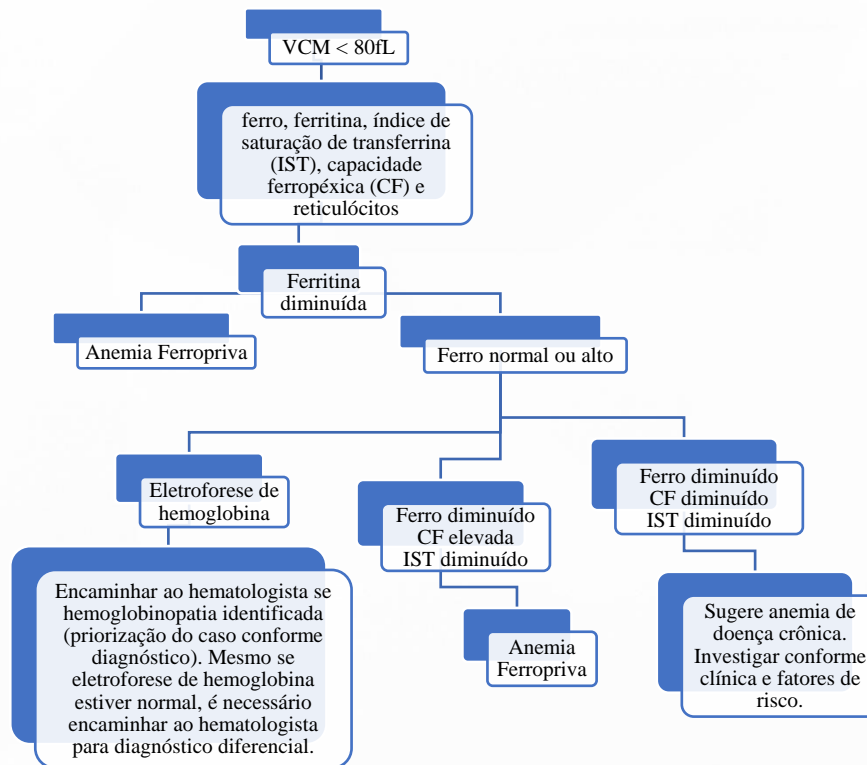
- 2- **Anemia de difícil controle e/ou causa não definida (CID D64.9):** suspeita ou diagnóstico de doença falciforme, talassemia, outras anemias hemolíticas, anemia por causa desconhecida após investigação inconclusiva.

Exames prévios: hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas; se suspeita ou diagnóstico de hemoglobinopatias, descreva resultado de eletroforese de hemoglobina; exames complementares realizados na investigação de anemia conforme VCM.

Anemia { Hemoglobina < 12 g/dL em mulheres
Hemoglobina < 13 g/dL em homens

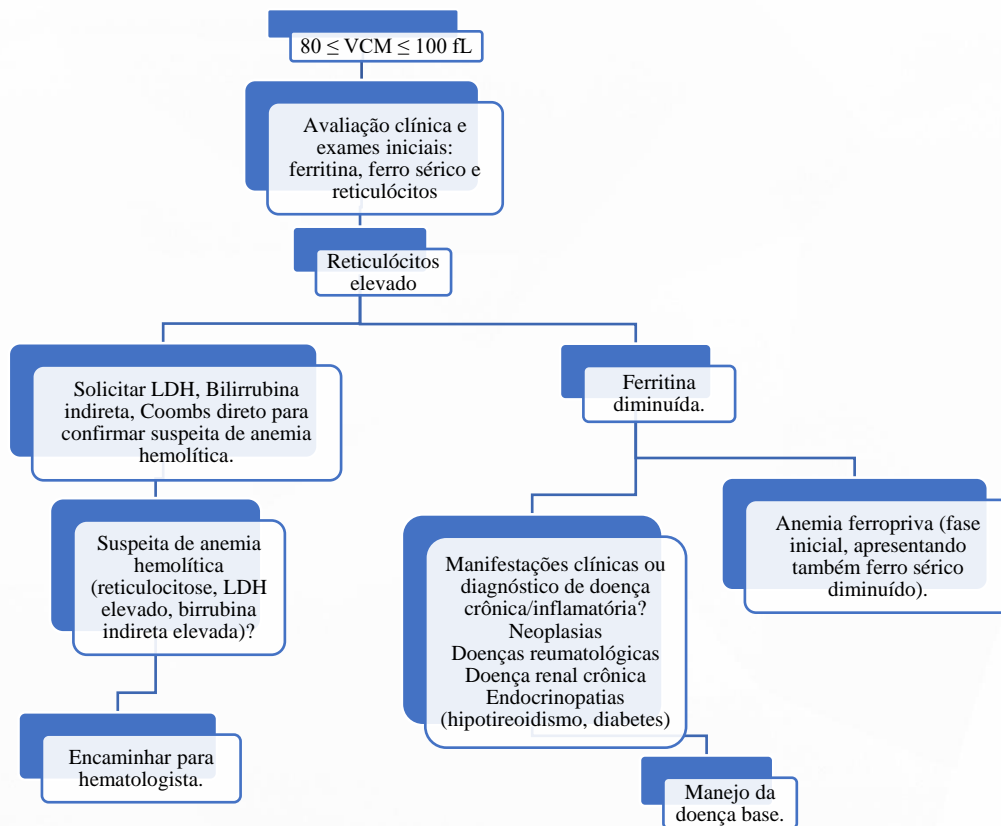
Microcítica: VCM < 80 fL

1. Causas: Deficiência de ferro, hemoglobinopatias, anemia da doença crônica.
2. Exames iniciais na investigação de microcitose: ferro, ferritina, índice de saturação de transferrina, capacidade ferropéxica e reticulócitos.
3. Exame complementar se Ferritina elevada e Ferro sérico normal ou alto: Eletroforese de hemoglobina.



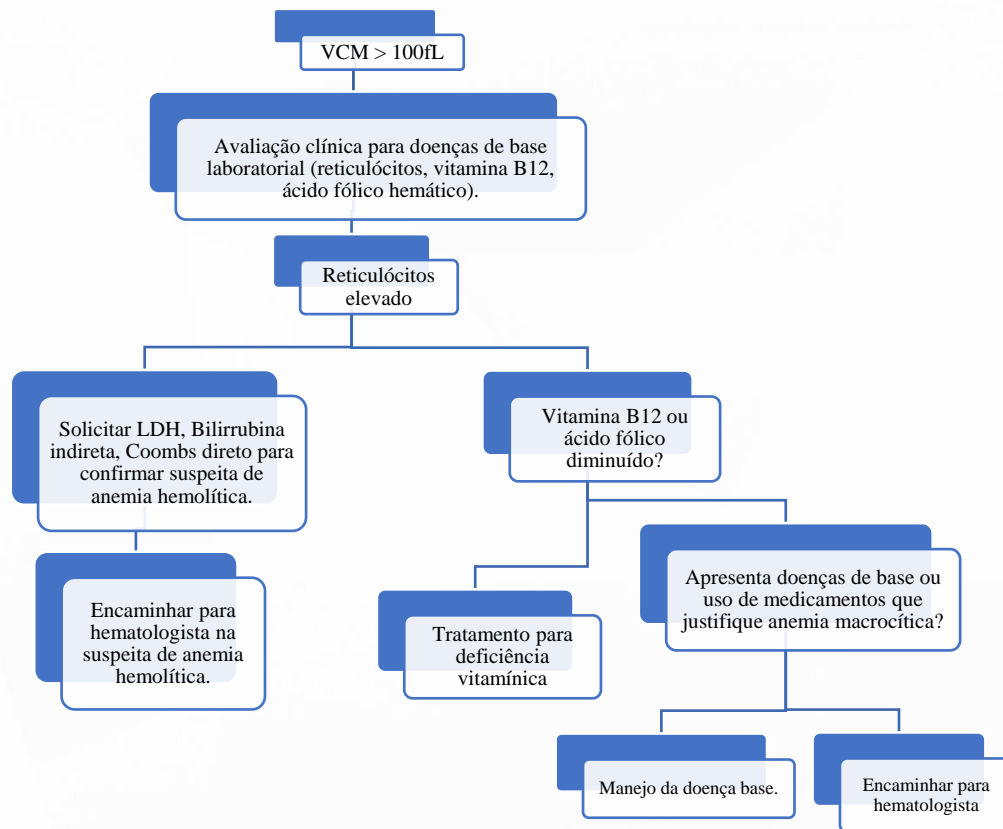
Normocítica: VCM 80 a 100 fL

1. Causas: Deficiência de ferro (início), anemia da doença crônica, anemia associada a neoplasias, hemólise.
2. Exames iniciais na investigação de normocitose: ferritina, ferro sérico e reticulócitos.
3. Exame complementar se reticulócitos elevado (avaliação de hemólise): LDH, bilirrubina indireta e Coombs direto.
4. Exame complementar se ferritina elevada: índice de saturação de transferrina, capacidade ferropéxica.



Macrocítica: VCM > 100fL

1. Causas: Deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico, uso crônico de álcool e hepatopatas, síndrome mielodisplásica, medicamentos (como terapia antirretroviral), hipotireoidismo, hemólise.
2. Exames iniciais na investigação de macrocitose: reticulócitos, vitamina B12, ácido fólico (hemático).
3. Exame complementar se reticulócitos elevado (avaliação de hemólise): LDH, bilirrubina indireta e Coombs direto.



- 3- **Policitemia se persistente e após exclusão de causas secundárias (CID D75.0, D75.1):** suspeita de policitemia vera (hemoglobina maior que 16,0 g/dL em mulheres e maior que 16,5g/dL em homens), em pessoas com sintomas sugestivos: prurido após o banho, eritromelalgia, gota, trombose venosa ou arterial prévia, sangramento, esplenomegalia; ou policitemia persistente (hemoglobina maior que 16,0 g/dL em mulheres e maior que 16,5g/dL em homens) após repetição do hemograma em 1 mês e exclusão de causas secundárias (DPOC, tabagismo, hepatocarcinoma, carcinoma renal).

Exames prévios: hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data (em pessoas sem sintomas sugestivos de policitemia vera, descrever 2 resultados com intervalo de 1 mês entre eles); raio-X de tórax, ecografia abdominal.

- 4- **Trombocitopenia (CID D69.4, D69.5, D69.6):** trombocitopenia com contagem plaquetária <50.000 células/mm³ em pacientes assintomáticos, sem necessidade de repetir hemograma; ou trombocitopenia persistente após exclusão de pseudoplaquetopenia e causas secundárias.

CAUSAS	INVESTIGAÇÃO
Infeções (como Rubéola, Varicela, Parvovirus, Epstein-barr, Citomegalovírus, Leptospirose, Hepatite c, HIV e Tuberculose).	Manifestação clínicas diversas, investigação conforme suspeita. Na ausência de suspeita clínica específica solicitar Anti-HCV e Anti-HIV.
Doença hepática crônica.	Avaliar história de consumo abusivo de álcool e manifestações clínicas de doença hepática crônica ou hepatoesplenomegalia. Complementar investigação com: Anti-HCV, HbsAg, TGO/TGP, albumina, GGT, TP/KTTP e ecografia abdominal.
Doenças reumatológicas (como Lúpus e Artrite Reumatoide).	Avaliar outros sintomas clínicos que orientem a suspeita clínica. Na ausência de suspeita clínica específica solicitar FAN.
Deficiência de nutrientes.	Avaliar ingestão alimentar (história de veganismo, desnutrição) e história de cirurgia bariátrica. Na ausência de suspeita clínica/laboratorial específica, solicitar vitamina B12.
Medicamentos.	Investigar uso de medicamentos como: antibióticos betalactâmicos (penicilina, cefalosporinas), sulfametoxazol-trimetoprima, carbamazepina, fenitoína, ácido valpróxico, haloperidol, heparina, ibuprofeno, entre outros.

Exames prévios: Hemograma (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas (se pessoa com trombocitopenia isolada persistente sem critérios de gravidade, descreva dois resultados de hemograma e plaquetas com intervalo mínimo de 1 mês entre os exames); Anti-HCV, HbsAg, Anti-HIV, TGP, albumina, GGT, TP/KTTP, FAN, vitamina B12 na investigação de causas secundárias; ecografia abdominal.

- 5- **Trombocitose (CID D75.2):** trombocitose associada a sintomas vasomotores, sangramento ou trombose; trombocitose associada à leucocitose ou policitemia; ou trombocitose com plaquetas superiores a 1 milhão/mm³; ou trombocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadro infeccioso atual, anemia ferropriva, esplenectomia/asplenia, trauma/cirurgia recente).

Exames prévios: hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data (se trombocitose isolada em pessoa sem gravidade, descrever dois resultados dos exames para confirmação da persistência); se anemia concomitante, ferritina.

- 6- **Leucopenia de causa indefinida (CID R72):** leucopenia persistente após exclusão de causas secundárias.

Exames prévios: hemograma (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas (se pessoa com leucopenia sem critérios de gravidade, descreva dois

resultados de hemograma e plaquetas com intervalo mínimo de um mês entre os exames), Anti-HCV, HbsAg, Anti-HIV, FAN e vitamina B12, ecografia abdominal.

- 7- **Leucocitose (CID D72.8):** leucocitose maciça (acima de 50 mil/mm³), sem causa infecciosa aparente; leucocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadros infecciosos, medicamentos (lítio, carbamazepina, beta agonistas).

Exames prévios: dois hemogramas/leucogramas, com diferença de duas a quatro semanas.

- 8- **Distúrbios hemorrágicos (CID D65-D69):** história de sangramentos de repetição na suspeita de doença hematológica e com uma ou mais características de maior gravidade:

- Necessidade de transfusão de hemoderivados e/ou hemocomponentes; ou
- Sangramento excessivo após pequenos cortes ou procedimentos; ou
- Hemartrose; ou
- História familiar de distúrbio hemorrágico em parente de primeiro grau; ou
- Tempo de Protrombina (TP) e/ou Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) acima dos valores de normalidade:

TP: 9,6 a 12,4 segundos

Atividade de protrombina: 70% a 100%

TTPA: 22,3 a 34,0 segundos

Após exclusão de causas secundárias como doença hepática, síndrome nefrótica e uso de anticoagulantes

Exames prévios: TP e TTPA, hemograma, plaquetas, TGP, albumina, GGT, creatinina e EQU/EAS/Urina tipo 1, ecografia abdominal.

- 9- **Trombofilias (CID D68):** episódio confirmado de tromboembolismo venoso (TEV) idiopático em pessoa que possua uma ou mais das seguintes características: episódio de TEV ocorreu antes dos 45 anos; ou história de TEV antes dos 45 anos em familiar de primeiro grau (pais ou irmãos ou filhos); ou TEV em sítio incomum (veia mesentérica, portal, hepática ou cerebral); ou TEV recorrente; ou pacientes com história de aborto recorrente (perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20ª semana gestacional) após exclusão de causa ginecológica.

Exames prévios: não necessita.

- 10- **Linfonomegalia periférica e esplenomegalia (CID D75):** linfonomegalia não associada a quadros infecciosos e/ou que não desapareceu após resolução da infecção; ou linfonomegalia em pessoas com sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento); ou esplenomegalia não associada com quadro infeccioso agudo ou à hepatopatia.

INVESTIGAÇÃO DE LINFONOMEGLIA PERIFÉRICA

Avaliação clínica inicial:

- Evolução dos sintomas no tempo e características do linfonodo (tamanho, consistência, mobilidade e cadeias acometidas);
- Presença de sintomas B (perda de peso involuntária, sudorese noturna, febre);
- Suspeita de infecção local e sistêmica (faringite, toxoplasmose, mononucleose, ulceração cutânea);
- Exame físico com evidência de esplenomegalia;
- Fatores de risco com evidência de esplenomegalia;
- Fatores de risco para HIV, sífilis, hepatites;
- História de neoplasia prévia ou outros sinais e sintomas que surgiram neoplasia atual;
- História epidemiológica local (áreas endêmicas para doenças como leishmaniose), uso de medicamentos (como alopurinol, atenolol, captopril, carbamazepina, cefalosporinas, hidralazina, penicilina, fenitoína, primidona, pirimetamina).

Principais causas de linfonomegalia periférica localizada conforme cadeia acometida:

- Cervical (drena couro cabeludo, cavidade oral, laringe e pescoço): infecções cutâneas, abscesso dentário, citomegalovírus, mononucleose, tuberculose, toxoplasmose, neoplasias (hematológicas, tumor metastático de tireoide, cabeça e pescoço).
- Supraclavicular (drena trato gastrointestinal, genitourinário e pulmões): neoplasia maligna metastática ou hematológica.
- Axilar (drena membros superiores. Mama e tórax): doença de arranhadura do gato, infecções cutâneas, carcinoma de mama metastática, melanoma metastático.
- EpitrocLEAR (drena ulna, antebraço e mão): mononucleose, infecções cutâneas, sarcoidose, sífilis, HIV, neoplasia hematológica.
- Inguinal (drena abdome inferior, genitália externa/pele, canal anal, membros inferiores): celulite, DST, neoplasia (hematológicas e metastática região perianal e vulva).

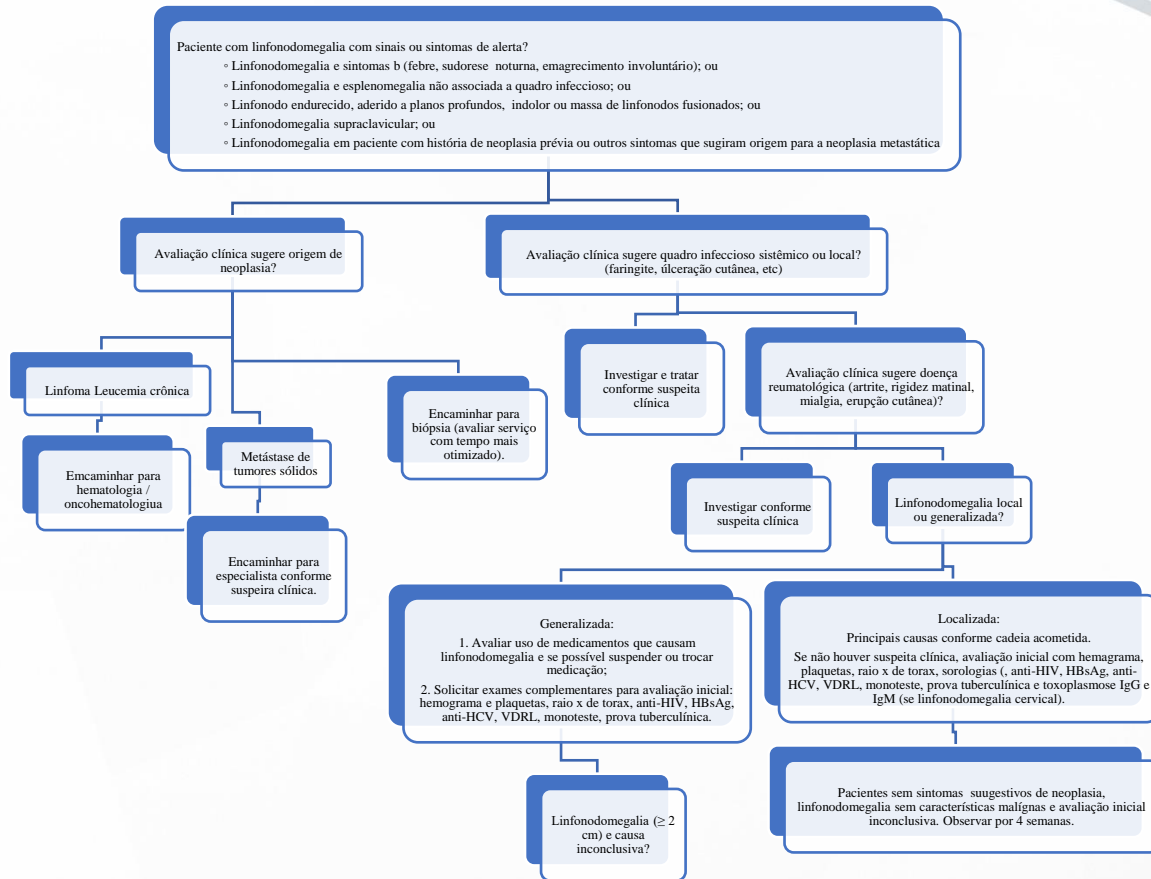
Linfonodo com características de malignidade: investigar conforme cadeia acometida.

Linfonodo sem características de malignidade: investigação básica se não houver suspeita clínica após anamnese e exame físico:

- Hemograma e plaquetas;
- Raio-x de tórax.

Sorologias: Anti-HIV, HBsAg, Anti-HCV, VDRL, monoteste, prova tuberculínica. Se linfonomegalia cervical realizar também toxoplasmose IgG e IgM e citomegalovírus IgG e IgM.

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO



Exames prévios: hemograma (descrever hematoscopia se presente) e número de plaqueta; se esplenomegalia isolada ecografia abdominal, TGP, TP/TTPA, albumina, GGT.

11- **Hiperferritinemia (CID E83):** suspeita de hemocromatose (hiperferritinemia com índice de saturação de transferrina maior que 50%).

Exames prévios: hemograma e número de plaquetas (descrever hematoscopia se presente), ferritina sérica, saturação da transferrina, transaminases (TGP), fosfatase alcalina, GGT, Anti-HCV, HbsAg, Anti-HIV, glicemia, perfil lipídico (colesterol total, HDL e triglicerídeos), ecografia abdominal total.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Bincitopenia/pancitopenia; Anemias graves/sintomáticas (CID D64.9); Trombocitopenia (plaq. \leq 50 ml) (CID D69.4, D69.5, D69.6); Trombocitose (plaq \geq 1.000.000) e/ou com sintomas (CID D75.2).

Amarelo (até 60 dias): Anemia moderada (CID D64.9); Policitemia (CID D75.0, D75.1); Trombocitopenia (plaq $>$ 50 ml e \leq 100 ml) (CID D69.4, D69.5, D69.6); Trombocitose (plaq \geq 450 ml e $<$ 1.000.000) (CID D75.2); Leucocitose de causa indefinida (CID D72.8); Distúrbios hemorrágicos sem sangramento ativo (CID D65-D69); Linfonodomegalia/esplenomegalia (CID D75).

Verde (até 90 dias): Anemia leve (CID D64.9); Trombocitopenia (plaq $>$ 100 ml) (CID D69.4, D69.5, D69.6); Leucopenia sem neutropenia (CID R72); Trombofilia (CID D68); Hiperferritinemia (CID E83).

Azul (acima de 90 dias): Demais casos.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Anemia ferropriva em qualquer idade: investigar causas clínicas de acordo com a faixa etária;
- Anemias de doenças crônicas (Diabetes, doença renal, hepatopatias, colagenoses e endocrinopatias);
- Leucopenias isoladas: neutrófilos acima de 1200/mm³ (afastar causas clínicas, tais como: leucopenia familiar, leucopenia racial, hepatite crônicas, alcólicas, virais B e C, LES, HIV, uso crônico de anti-inflamatórios, antireoidianos, anticonvulsivantes, quimioterápicos);
- Trombocitopenia isolada maior que 100.000/mm³ em pelo menos 3 exames consecutivos com intervalo mensal;
- Hepatites crônicas, LES, HIV, uso de medicamento (anti-inflamatórios, antireoidianos, anticonvulsivantes, quimioterápicos, hipoglicemiantes, diuréticos tiazídicos).

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Citopenias e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (como fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimose, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes);
- Citopenias em pessoas com linfonodomegalia e esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo;
- Presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico; ou • paciente com febre e neutropenia (< 1500 neutrófilos/ μ L);
- Bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como: • Hemoglobina < 7 g/dL;
- Neutrófilos < 500 céls/ μ L; e/ou • Plaquetas < 50 mil céls/mm³;
- Anemia sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão) e/ou instabilidade hemodinâmica;
- Doença falciforme com crise algica ou outros sinais de gravidade;
- Pessoa com trombocitopenia (<20.000 plaquetas por mm³) e manifestação hemorrágica;
- Pessoa assintomática e valor de plaquetas inferior a 10 mil/mm³;
- Paciente com trombocitose e sintomas vasomotores (cefaleia, sintomas visuais, dor precordial atípica), sangramento ou trombose;
- Presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico;
- Paciente com febre e neutropenia (< 1500 neutrófilos/ μ L);
- Leucocitose e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (como fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimose, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes);
- Presença de blastos e promielócitos no sangue periférico;

- Leucoestase (presença de sintomas respiratórios, neurológicos, priapismo em pessoas com hiperleucocitose) ou leucócitos com valores superiores a 100 mil cels/mm³;
- Suspeita de lise tumoral (sintomas como náusea, vômito, diarreia, letargia, câimbras, arritmia -geralmente em pessoas com massas grandes) ou sintomas compressivos (como dispneia, síndrome da veia cava superior, síndrome de Horner);
- Citopenias em pessoas com linfonomegalia e esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo.

PROTOS DE ENCAMINHAMENTO HOMEOPATIA

Considerações gerais

A Homeopatia é uma Especialidade Médica reconhecida pelo CFM desde 1980; caracteriza-se principalmente por diferenciar-se da Medicina Alopática pelo enfoque do indivíduo no seu todo e não se restringindo ao tratamento de sintomas e queixas isoladas.

Desta forma torna-se uma alternativa (e não uma medicina alternativa) ao tratamento médico baseado nas não menos importantes observações de Galeno.

Sumário

- 1- Crianças/Adolescentes de Comportamento Difícil e/ou Transtornos Escolares;
- 2- Adultos e Adultos Jovens com Distúrbios do Sono;
- 3- Agitação Psicomotora e/ou Alterações do Humor e Comportamento;
- 4- Dores Abdominais Recorrentes;
- 5- Atopias em geral;
- 6- Respiradores Bucais.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

Não há patologias específicas que mereçam ser citadas como merecedoras de um encaminhamento para o tratamento pela medicina homeopática. Assim sendo, tanto as doenças com manifestações orgânicas ou psíquicas-comportamentais podem ser direcionadas ao especialista desta área médica, seja por opção do colega médico da atenção básica, especialista em outras áreas ou principalmente quando for desejo claro e manifesto do próprio paciente. E aqui ressalto que não cabe ao profissional médico dissuadir ou se interpor negativamente à vontade do usuário em ser encaminhado para avaliação e tratamento pelo médico homeopata, devendo sua opção ser respeitada.

- 1- **Crianças/Adolescentes de Comportamento Difícil e/ou Transtornos Escolares (CID F81):** Solicitar RELATÓRIO ESCOLAR com enfoque no comportamento e capacidade de aprendizado e rendimento.
- 2- **Adultos e Adultos Jovens com Distúrbios do Sono (CID G47):** Exames prévios de T4 Livre e TSH.
- 3- **Agitação Psicomotora e/ou Alterações do Humor e Comportamento (CID F30 – F39):** Exames prévios de T4 Livre e TSH.
- 4- **Dores Abdominais Recorrentes (CID R10):** Exames prévios de PPF (3 amostras), Urina Tipo I e HMG.
- 5- **Atopias em geral (CID L20):** Exame prévio de IgE total.
- 6- **Respiradores Bucais (CID R06):** Exames prévios de IgE total e Raio-x cavum.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO NEFROLOGIA

Considerações gerais

Pacientes com taxa de filtração estimada < 30 ml/min/1,73 m² (estágios 4 e 5), hematúria por provável doença glomerular, perda rápida de função renal, suspeita de síndrome nefrítica ou nefrótica (após devida avaliação em caráter emergencial, quando indicado) devem ter preferência no encaminhamento ao nefrologista, quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos.

Sumário

- 1- Doença renal crônica;
- 2- Infecção urinária de repetição;
- 3- Hipertensão arterial sistêmica refratária ou difícil controle;
- 4- Alteração função renal;
- 5- Proteinúria;
- 6- Diabéticos com microalbuminúria ou macroalbuminúria;
- 7- Cistos Renais (Suspeita de tumor encaminhar para Urologia);
- 8- Hematúria;
- 9- Cálculos Renais (Cálculos ≥ 1.0 cm, ou com obstrução, encaminhar para Urologia);
Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Doença renal crônica (CID N18):** Taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m² (Estágio 4 e 5); taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73m² (Estágio 3, 4 e 5) com complicações associadas a doença renal crônica (anemia ferropriva refratária e não atribuível a outra etiologia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, elevação persistente de PTH, hipertensão resistente, entre outros); perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73m² em 6 meses, com uma TFG <60 ml/min/1,73m², confirmado em dois exames); ou Proteinúria; ou presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários); ou alterações anatômicas (como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal) que provoquem lesão ou perda de função renal.
Exames prévios: Creatinina, Microalbuminúria, Albuminúria, Urina I, Potássio, Hemograma.
- 2- **Infecção urinária de repetição (CID N39.0):** Pacientes com infecção urinária de repetição, mais de 3 episódios comprovados por urocultura em 12 meses.
OBS: Infecção urinária isolada deve ser tratada na Unidade Básica de Saúde, infecção urinária com malformações urológicas e bexiga neurogênica deve ser encaminhada ao urologista.
Exames prévios: Urocultura com antibiograma e US rins e vias urinárias (caso malformação, encaminhar ao urologista).
- 3- **Hipertensão arterial sistêmica refratária ou difícil controle (I15.1):** Pressão Arterial > 140/90 mmHg com uso de 3 ou mais drogas anti-hipertensivas com doses otimizadas sendo 1 droga diurético.
Exames prévios: Creatinina, Urina I, Potássio, Hemograma.
- 4- **Alteração função renal (CID N19):** Clearance creatinina por medida do ritmo de filtração glomerular ou Clearance urina 24h < 45 ml/min ou creatinina > 2 mg/dl.
Exames prévios: Clearance Creatinina ou Creatinina Sérica, Urina I, Potássio, Proteinúria 24h, Hemograma.
- 5- **Proteinúria 24h > 300mg/24h (CID 39.1, N39.2):** Pacientes com quadro de Proteinúria de 24h > 300 mg/24h.
Exames prévios: Urinal, Proteinúria 24h, Creatinina.
- 6- **Diabéticos com microalbuminúria ou macroalbuminúria (CID R82):** Diabéticos com microalbuminúria > 300 mg/24h ou macroalbuminúria > 150 mg/24h. Não deve ser encaminhado pacientes com diabéticos sem microalbuminúria ou proteinúria ou sem perda de função renal.
Exames prévios: Hemoglobina glicada, Creatinina, Proteinúria ou Microalbuminúria 24h.

7- **Cistos Renais (CID Q61):** Pacientes com rins policísticos comprovados por US rins e vias (suspeita de tumor deve ser encaminhado ao Urologista).

História familiar positiva e:

- Pacientes com idade entre 15 e 39 anos com três ou mais cistos uni ou bilaterais.
- Pacientes com idade entre 40 e 59 anos com dois ou mais cistos em cada rim.
- Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos com quatro ou mais cistos em cada rim.

História familiar negativa e:

- 10 ou mais cistos em cada rim, na ausência de achados sugestivos de outra doença renal cística, principalmente se rins aumentados bilateralmente ou presença concomitante de cistos hepáticos, pancreáticos ou esplênicos.

Não encaminhar pacientes com apenas 1 cisto simples.

Exames prévios: US rins e vias urinárias, Creatinina.

8- **Hematúria (CID R31):** Hematúria no exame de urina I, excluído infecção e litíase renal. Achados sugestivos de hematúria por doença glomerular.

Hemácias dismórficas positiva (especialmente se descrito presença de acantócitos).

Presença de acantócitos no exame de urina.

Proteinúria.

Cilindros hemáticos.

Insuficiência renal (elevação de creatinina e/ou ureia).

História familiar de nefrite hereditária ou doença policística renal.

Exames prévios: Urina I, Creatinina, Urocultura, US rins e vias urinárias.

9- **Cálculos Renais (CID N20):** Múltiplos cálculos (Sem sinais de obstrução, calculo obstruído deve ser encaminhado ao Urologista).

Exames prévios: US rins e vias urinárias.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Doença renal crônica no estágio 5 (CID N18); **Cálculos renais obstrutivos (CID N20);** Creatinina >3.5.

Amarelo (até 60 dias): Doença renal crônica no estágio 4 (CID N18); Infecção urinária de repetição (CID N39.0); Proteinúria >1.5 g (CID N39.1, N39.2); Proteinúria > 1.5.

Verde (até 90 dias): Doença renal crônica no estágio 3 (CID N18); **Hipertensão arterial sistêmica refratária (CID C I15.1);** Alteração da função renal (CID N19); Proteinúria <1.5 g (CID N39.1, N39.2); Diabéticos com microalbuminúria ou macroalbuminúria (CID R82), Hematúria microscópica (CID R31).

Azul (acima de 90 dias): Cistos renais (CID Q61); Demais casos.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose grave, sepse urinária e/ou dor incontrolável;
- Ureia > 200 ou Anúria/Oligúria;
- Potássio > 5.5.
- Acidose refratária.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO NEONATOLOGIA

Considerações gerais

Encaminhar as crianças usuárias do SUS internadas na UTI Neonatal da Santa Casa de São José do Rio Preto e moradoras do município. Crianças de outro município devem ser orientadas a procurar o serviço em sua cidade e, caso não exista, devem ser encaminhadas ao Hospital de Base pelo município de origem.

Crianças com nascimento no Hospital da Criança e Maternidade (HCM) e seguimento no Hospital de Base (HB) devem permanecer no Ambulatório do HB (verificar qual o novo fluxo, pois está sendo solicitado guia gerada na UBS para agendar o retorno).

Crianças nascidas em outro município, mas agora domiciliadas em São José do Rio Preto que entram nos critérios de médio risco devem ser encaminhadas ao Centro Médico de Especialidades. Quando prematuros extremos ou crianças de ALTO RISCO devem ser encaminhadas diretamente ao ambulatório do HB.

No dia da primeira consulta o responsável deve trazer: guia de encaminhamento com o motivo (quando vem da UBS, Alojamento conjunto ou enfermaria da Santa Casa) e as que vêm da UTI da Santa Casa (agendamento realizado por telefone) resumo de alta com ocorrências de internação. Todos os pacientes devem trazer cartão de pré-natal, cartão de vacina da criança, exames realizados pela criança (teste do olhinho, teste da orelhinha, teste do coraçozinho, teste do pezinho, ultrassom (transfontanela, abdômen, rins e vias urinárias), ecocardiograma, últimos exames de sangue e/ou urina.

Lembrando que:

- Infecções congênitas: Infecto Infantil;
- Cardiopatias: regulação pelo CROSS;
- Teste da orelhinha alterado: solicitar BERA;
- Teste do olhinho alterado: encaminhar Oftalmo;
- Teste do pezinho alterado: Sala Teste do Pezinho já direciona para HB.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- ✓ RN prematuros tardios (CID P07.3);
- ✓ RN baixo peso ao nascer (CID P07.0);

- ✓ RN pequenos para a idade gestacional (CID P05.1);
- ✓ RN grandes para a idade gestacional (CID P08.1);
- ✓ Convulsão neonatal (CID P90);
- ✓ Hiperbilirrubinemia (CID P59);
- ✓ Hipoglicemia neonatal (CID P70.3);
- ✓ Desconforto respiratório ao nascer (adaptativo ou outra causa) (CID P22);
- ✓ Infecção neonatal (CID P39);
- ✓ Microcefalias (CID Q02);
- ✓ Zika (CID A92);
- ✓ Fraturas de clavícula com ou sem lesão de plexo (CID S42.0);
- ✓ Pé torto congênito (CID Q66);
- ✓ Torcicolo congênito (CID Q68.0).

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO NEUROLOGIA

Considerações gerais

Muitos dos casos neurológicos como cefaleias sem sinais de alarme, sequelas de AVE, queixas de esquecimento ou demências e convulsões/epilepsias podem, e devem ser conduzidos na Unidade Básica de Saúde.

Sumário

- 1- Demências;
 - 2- Cefaleias;
 - 3- Acidente vascular encefálico (pós-internação);
 - 4- Epilepsia;
 - 5- Sincope ou perda transitória da consciência;
 - 6- Vertigem;
 - 7- Tremor e síndromes parkinsonianas;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Demências (CID F02, F03):** Pacientes com pontos de corte para demência no MEEM, sem delirium ou doença psiquiátrica evidente; os pontos de corte do MEEM para o Brasil, de acordo com o nível de escolaridade, são: 13 para analfabetos, 18 para até oito anos de instrução e 26 para os com mais de oito anos de escolaridade.

Exames prévios: Hemograma completo, Eletrólitos, Glicemia, Função renal, Função hepática, TSH, Vit. B12, VDRL/FTAB-S, conforme dados epidemiológicos: sorologias para HIV e hepatites, MEEM.

2- **Cefaleias (CID G44):** Pacientes com critérios diagnósticos para cefaleia secundária que não respondam ao tratamento habitual ou que apresentarem sinais de alerta deverão ser encaminhados para avaliação especializada.

Exames prévios: Sem necessidade.

3- **Acidente vascular encefálico (pós-internação) (CID I64):** Pacientes com acidente vascular encefálico deverão ser encaminhados ao especialista para complementação de investigação etiológica e em caso de ineficiência das medidas de prevenção secundária.

Exames prévios: Triglicerídeos, Ácido úrico, Glicemia de jejum, Hemograma completo, Urinálise, Uréia e creatina, Sorologia para chagas, Coagulograma.

4- **Epilepsia (CID G40):** Primeira crise convulsiva para avaliação diagnóstica e introdução das drogas antiepiléticas; encaminhar se os efeitos colaterais das drogas antiepiléticas persistirem; encaminhar se as crises epiléticas persistirem apesar do uso correto da medicação.

Exames prévios: Sem necessidade.

5- **Síncope ou perda transitória da consciência (CID R41):** Episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva. Sinais sugestivos de crise convulsiva em paciente com episódio de alteração da consciência: língua mordida; desvio cefálico lateral persistente durante a crise; posturas não usuais de tronco ou membros durante a crise; contração muscular prolongada de membros (atentar para o fato de que pacientes com síncope podem apresentar abalos musculares não prolongados); confusão mental prolongada após a crise.

Exames prévios: Sem necessidade.

6- **Vertigem (CID H81):** Vertigem com suspeita de origem central já avaliada em serviço de emergência:

Sinais e sintomas que sugerem vertigem de origem central: nistagmo vertical; cefaleia occipital; nistagmo que não melhora com a fixação do olhar; grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé; presença de outros sinais e/ou sintomas neurológicos focais.

Exames prévios: Sem necessidade.

7- **Tremor e síndromes parkinsonianas (CID G20):** Suspeita de doença de Parkinson sem uso de medicamentos potencialmente indutores e/ou suspeita de tremor essencial sem resposta ao tratamento clínico otimizado.

Exames prévios: Sem necessidade.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Lesões com característica de neoplasia (efeito de massa, desvio do olhar conjugado, etc.), mas sem instabilidade (CID C71); Piora gradativa de quadro anterior de cefaleia sem resposta (CID G44); Convulsões ou ausências recorrentes (CID R56).

Amarelo (até 60 dias): Demência de início agudo, sem razão reversível aparente (CID F02, F03); Demência rapidamente progressiva (intervalo entre início dos sintomas e comprometimento de diversas funções mentais e dependência de cuidadores < 6 meses) (CID F02, F03); - Convulsões iniciadas na idade adulta (CID R56).

Verde (até 90 dias): Paresias ou parestesias persistentes (CID R20, G57, G83); Avaliações de outras demências (CID F02).

Azul (acima de 90 dias): Demais casos.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Tremor essencial com boa resposta medicamentosa;
- Demência senil;
- Paciente com transtorno de ansiedade, abuso de álcool, antidepressivos ou benzodiazepínicos;
- Paciente sem tratamento prévio para cefaleias; cefaleias típicas (enxaqueca, tensional...);
- AVE crônico com quadro de sequelas que já apresentam diagnóstico etiológico definitivo; Prevenção secundária deve ser realizada na UBS (priorizar paciente hipertensos e diabéticos);
- Crises epiléticas secundárias a abuso de álcool ou quadro metabólico/infeccioso.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Suspeita de AVC/AIT agudo;
- Sinais de alerta em pacientes com cefaleia (presença de pelo menos um): aparecimento súbito e dor descrita como a pior sentida na vida; intensidade muito forte em pouco tempo após seu início; evolução insidiosa e progressiva, com ápice há poucos dias; iniciada após trauma de crânio recente; suspeita de meningite; paciente SIDA/HIV com padrão novo de cefaleia ou alteração em exame de imagem com lesão expansiva compatível com toxoplasmose; padrão novo de cefaleia em paciente com história recente/atual de neoplasia ou com discrasias sanguíneas; padrão novo de cefaleia iniciada em paciente com mais de 50 anos, com dor a palpação e edema da artéria temporal superficial, mialgias e/ou VSG elevado; edema de papila; sinais neurológicos focais; crise hipertensiva e confusão mental; suspeita de glaucoma (pupila fixa com midríase média/olho vermelho);
- Episódio de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações de risco em eletrocardiograma ou história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos, entre outras;
- Vertigem com suspeita de origem central.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

Considerações gerais

Pacientes com patologias com DX e tratamento efetivo e eficaz continuarão sendo acompanhados e tendo sua coordenação pelo pediatra da UBS ficando este responsável por fornecer receitas, se necessário, até o retorno com especialista.

Sumário

- 1- Cefaleia;
- 2- Epilepsia;
- 3- Distúrbios de aprendizagem, atraso psicomotor;
- 4- Sequela de lesões sistema nervoso central;
- 5- Hidrocefalia, Mielomeningocele e (Cranioestenose ou fechamento precoce) ou Macrocefalia ou Microcefalia, assimetria craniana;
- 6- Manifestações psicossomáticas/Alteração do sono/TDAH;
Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Cefaleia (CID G44):** Descartar IVAS; maus hábitos alimentares/sono, alteração física, cefaleias de difícil controle, associadas a distúrbios de comportamento, convulsões, agravamento progressivo ou instalação súbita e constante.

INDICAÇÕES DE EXAME DE IMAGEM EM CRIANÇAS COM CEFALIA

Cefaleia recorrente em crianças com menos de 6 anos.
Cefaleia acorda a criança durante o sono ou ocorre logo ao acordar.
Criança com sintomas neurológicos associados (náusea, vômito, alteração de estado mental, ataxia), quando não realizado exame de imagem em serviço de emergência.
Dor em região occipital (exceto se diagnóstico claro de cefaleia tipo tensão).
Cefaleia localizada e recorrente.
Ausência de resposta ao tratamento medicamentoso.
Cefaleia com padrão novo ou mudança recente no padrão (frequência, intensidade).
Dor desencadeada por esforço, tosse, atividade física ou manobra de valsalva.

Exames prévios: Sinais e sintomas, tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia.

- 2- **Epilepsia (CID G40):** Criança com diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises apesar do tratamento otimizado e descartada má adesão. Um ou mais episódios de alteração de consciência sugestivo de crise epiléptica, exceto quadro de convulsão febril simples de característica benigna.

MANIFESTAÇÕES SUGESTIVAS DE CRISE EPILÉPTICA EM CRIANÇA

Episódios paroxísticos que podem apresentar início focal (com ou sem alteração da consciência) ou generalizado:

- **Motor:** atividade motora, versão (olhos, tronco ou pescoço), vocalização ou pausa na fala.
- **Sensitivo:** qualquer modalidade sensitiva. Parestesias, sensação de distorção de uma extremidade, vertigem, sintomas olfatórios ou auditivos, distúrbios visuais (como flashes).
- **Autônômico:** aura abdominal (sensação de “elevação” epigástrica), sudorese, alteração pupilar, ereção dos pelos.
- **Comportamental:** medo, alucinação, sentimentos de familiaridade (déjà-vu), distorção do tempo.
- **Automatismo:** movimentos mastigatórios, movimentos de pernas ou braços.
- **Ausência:** início súbito, parada nas atividades, olhar vazio, irresponsividade.
- **Mioclônias:** abalos breves e súbitos.
- **Parada Comportamental:** Parada nas atividades.

CARACTERÍSTICAS QUE SUGEREM CONVULSÃO FEBRIL SIMPLES DE ASPECTO BENIGNO

Convulsão associada a episódio febril (acima de 38° C).

Criança com idade entre 6 meses e 5 anos.

Ausência de infecção ou inflamação do SNC (conforme outras características clínicas).

Ausência de causa metabólica conhecida (como erro inato de metabolismo).

Ausência de episódio de convulsão afebril previamente.

Exame neurológico normal.

História familiar de convulsão febril.

Curta duração (menos de 10 minutos).

Sem novo episódio de convulsão em 24 horas.

Exames prévios: Estado nutricional (< 6 meses), sinais e sintomas, tratamentos em uso ou já realizados.

- 3- **Distúrbios de aprendizagem, atraso psicomotor (CID F80 – F89):** Andar com mais de 01 ano e 6 meses; falar com mais de 01 ano e 6 meses; relatório escolar, alfabetização com mais de 7 anos ou 2º. Ano; impotonia qualquer idade seguir tabela DNPM; especificar qual distúrbio neuropsicomotor foi observado, qual distúrbio do comportamento, tempo de evolução e dados sobre o parto e primeiro ano de vida.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DA APRENDIZAGEM

A. Dificuldades na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas, conforme indicado pela presença de ao menos um dos sintomas a seguir que tenha persistido por pelo menos 6 meses, apesar da provisão de intervenções dirigidas a essas dificuldades:

1. Leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço (exemplo: lê palavras isoladas, em voz alta, de forma incorreta ou lenta e hesitante, frequentemente adivinha palavras, tem dificuldade de soletrá-las).
2. Dificuldade para compreender o sentido do que é lido (exemplo: pode ler o texto com precisão, mas não compreende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido).
3. Dificuldades para ortografar (ou escrever ortograficamente) (exemplo: pode adicionar, omitir ou substituir vogais e consoantes).

4. Dificuldades com a expressão escrita (exemplo: comete múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; emprega organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza).
5. Dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo (entende números, sua magnitude e relações de forma insatisfatória; conta com os dedos para adicionar números de um dígito em vez de lembrar o fato aritmético, como fazem os colegas; perde-se no meio de cálculos aritméticos e pode trocar as operações).
6. Dificuldades no raciocínio (tem grave dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas para solucionar problemas quantitativos).

B. As habilidades acadêmicas afetadas estão substancial e quantitativamente abaixo do esperado para a idade cronológica do indivíduo, causando interferência significativa no desempenho acadêmico ou profissional ou nas atividades cotidianas, confirmada por meio de medidas de desempenho padronizadas administradas individualmente e por avaliação clínica abrangente.

C. As dificuldades de aprendizagem iniciam-se durante os anos escolares, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências pelas habilidades acadêmicas afetadas excedam as capacidades limitadas do indivíduo (p. ex., em testes cronometrados, em leitura ou escrita de textos complexos longos e com prazo curto, em alta sobrecarga de exigências acadêmicas).

D. As dificuldades de aprendizagem não podem ser explicadas por deficiências intelectuais, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outros transtornos mentais ou neurológicos, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua de instrução acadêmica ou instrução educacional inadequada.

Exames prévios: História de consanguinidade entre os pais (se sim, descrever), sinais e sintomas, se suspeita de problemas de audição ou fala em crianças menores de 3 anos, descrever resultado de Triagem Auditiva Neonatal, Descrição da avaliação psicopedagógica.

- 4- **Sequela de lesões sistema nervoso central (CID G96):** (prematuridade, PC, meningites, malformações). Prescrição e o acompanhamento de reabilitação fisioterápica devem ser feitos pelo pediatra ou pelo neurologista. 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.

Exames prévios: Sem necessidade.

- 5- **Hidrocefalia, Mielomeningocele e (Cranioestenose ou fechamento precoce) ou Macrocefalia ou Microcefalia, assimetria craniana (CID G91, Q05, Q75.3, Q02, Q67.4).**

Exames prévios: Ao encaminhar, sempre relatar a história clínica e evolução, curva do perímetro cefálico (PC), presença de déficit neurológico e formato do crânio. Raio-x de crânio se há suspeita de cranioestenose.

- 6- **Manifestações psicossomáticas/Alteração do sono/TDAH (CID F45, G47, F90):** Manifestações orgânicas ou queixas subjetivas que compõem síndrome depressiva ou ansiedade (agressividade) devem ser motivos para encaminhamento CAPS infantil ou psicólogo.

Exames prévios: Sem necessidade.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Epilepsia de difícil controle; Convulsões e/ou Epilepsia de início recente <6 meses; Doenças neurometabólicas no 1º ano de vida; Doença neuromuscular (hipotonias); Suspeita de má-formação cerebral; Paciente com cefaleia e alterações neurológicas ao exame físico: Tonturas com sintomas cerebelares; Esclerose lateral primária; Acompanhamento do tratamento de meningite; Suspeita de neoplasia de sistema nervoso; Fraturas vertebrais; Mioclonias; Epilepsia com crise convulsiva recente a despeito do uso correto de anticonvulsivantes; Infecções congênitas: Zika, Dengue, Toxo, CMV, Rubéola, HIV, Sífilis; Cefaleia de difícil controle ou causa desconhecida.

Amarelo (até 60 dias): Convulsão, Febre; Acompanhamento prematuridade; Acompanhamento PC.

Verde (até 90 dias): Enxaqueca e cefaleia sem critérios de gravidade; Hiperatividade; Déficit de atenção; Distúrbios de aprendizagem; Déficit de atenção; Distúrbios do sono/Distúrbios de conduta; Prematuridade já em acompanhamento; Paralisia cerebral com DX.

Azul (acima de 90 dias): Demais casos.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Paciente sem tratamento prévio para cefaleias; cefaleias típicas (enxaqueca, tensional...).

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Suspeita de AVC/AIT agudo;
- Sinais de alerta em pacientes com cefaleia (presença de pelo menos um): aparecimento súbito e dor descrita como a pior sentida na vida; intensidade muito forte em pouco tempo após seu início; evolução insidiosa e progressiva, com ápice há poucos dias; iniciada após trauma de crânio recente; suspeita de meningite; paciente SIDA/HIV com padrão novo de cefaleia ou alteração em exame de imagem com lesão expansiva compatível com toxoplasmose; padrão novo de cefaleia em paciente com história recente/atual de neoplasia ou com discrasias sanguíneas; padrão novo de cefaleia iniciada em paciente com mais de 50 anos, com dor a palpação e edema da artéria temporal superficial, mialgias e/ou VSG elevado; edema de papila; sinais neurológicos focais; crise hipertensiva e confusão mental; suspeita de glaucoma (pupila fixa com midríase média/olho vermelho);
- Episódio de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações de risco em eletrocardiograma ou história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos, entre outras;
- Vertigem com suspeita de origem central.

PROTOS DE ENCAMINHAMENTO OFTALMOLOGIA

Considerações gerais

O serviço de oftalmologia do Centro Médico de Especialidades é ambulatorial, não realiza cirurgias. Após avaliação oftalmológica, quando necessário, os pacientes são encaminhados para os centros de referência.

Sumário

- 1- Déficit Visual;
 - 2- Dor de cabeça;
 - 3- Dor/Prurido/Hiperemia ocular;
 - 4- Estrabismo;
 - 5- Bléfarocalase;
 - 6- Ptose palpebral;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- Déficit Visual:
 - **Ametropias (CID H52):** Miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia.
 - **Ambliopia (CID H53):** Déficit visual funcional.
 - **Catarata (CID H25):** Opacificação do cristalino.
 - **Glaucoma (CID H40):** Neuropatia óptica crônica progressiva.
 - **Retinopatias (CID H35):** Diabética e hipertensiva.
 - **Ceratocone (CID H18.6):** Formato cônico da córnea.
 - **Uveítes (CID H30):** Inflamação do tecido uveal.

- 2- **Dor de Cabeça:** Sugestiva de origem ocular quando ocorre após esforço visual prolongado (Televisão, leitura, computador, atividade escolar).
Exames prévios: Realizar diagnóstico diferencial com enxaqueca antes do encaminhamento.

- 3- **Dor/Prurido/Hiperemia Ocular:**
 - **Olho seco:** Deficiência na quantidade e/ou qualidade de lágrima.
 - **Blefarite (CID H01.0):** Inflamação das pálpebras.
 - **Ceratite (CID H16):** Inflamação da córnea.
 - **Esclerite (CID H15.0):** Inflamação da esclera (parte branca dos olhos).
 - **Conjuntivite (CID H10):** Inflamação da conjuntiva, membrana que reveste a esclera e coroide.

- **Pingueculite:** Inflamação da pinguécua, degeneração localizada da conjuntiva bulbar.
 - **Pterígio (CID H11.0):** Crescimento de tecido fibrovascular sobre a córnea (carne crescida).
- 4- **Estrabismo (CID H50):** Encaminhar pacientes com desvio ocular e compensação do estrabismo pela posição da cabeça.
- 5- **Bléfaró cálase (CID H02.3):** Excesso de pele nas pálpebras / Pacientes acima de 60 anos, com indicação funcional (quando o excesso de pele nas pálpebras superiores ocasionar restrição de campo visual).
- 6- **Ptose palpebral (CID H02.4):** Pálpebra caída, causando oclusão de pupila e do eixo visual. Não confundir com Bléfaró cálase.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Dor / Prurido / Hiperemia ocular: Uveítes (CID H30); Ceratites (CID H16); Conjuntivites (CID H10).

Amarelo (até 60 dias): Ambliopia (CID H53); Glaucoma (CID H40).

Verde (até 90 dias): Ceratocone (CID H18.6); Catarata (CID H25).

Azul (acima de 90 dias): Bléfaró cálase (CID H02.3); Ptose palpebral (CID H02.4); Ametropias: Miopia (CID H52.1); Hipermetropia (CID H52.0); Astigmatismo (CID H52.2); Presbiopia (CID H52.4).

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Repetir refração em tempo menor que 1 ano sem indicação do retorno;
- Pacientes que não apresentarem nenhuma queixa ou sintoma oftalmológico ou patologias correlacionadas com a visão.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Trauma ocular com perfuração;
- Perda súbita de visão;
- Deslocamento de retina;
- Suspeita de glaucoma agudo.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO ORTOPEDIA

Considerações gerais

A maioria dos casos de ortopedia como dorsalgia, devem ser conduzidos na Unidade Básica de Saúde.

Sumário

- 1- Síndromes Dolorosas da Coluna;
 - 2- Síndromes Dolorosas do Ombro;
 - 3- Síndromes Dolorosas do Cotovelo;
 - 4- Síndromes Dolorosas do Punho;
 - 5- Síndromes Dolorosas do Quadril;
 - 6- Síndromes Dolorosas do Joelho;
 - 7- Síndromes Dolorosas do Tornozelo/Pé;
 - 8- Osteoporose;
 - 9- Deformidades;
 - 10- Tumores;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Síndromes Dolorosas da Coluna (Cervicalgia, Dorsalgia e Lombalgia) (M54.2, M54, M54.5):** Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (analgésicos, miorelaxantes, AINES), constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução.
 - Sinais de alerta para dor lombar;
 - Idade acima de 50 anos ou abaixo de 20, com câncer e sintomas como febre, calafrios e perda de peso;
 - Pacientes imunodeprimidos, dependentes químicos, infecção bacteriana recente (dor com piora noturna e piora em decúbito dorsal);
 - Fratura; pacientes com trauma maior ou menor em idosos ou osteoporóticos;
 - Síndrome da cauda equina: anestesia em sela, disfunção da bexiga, déficit neurológico progressivo ou grave em MMISS.

Exames prévios: Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).

- 2- **Síndromes Dolorosas do Ombro (Artrose, Síndrome do Manguito Rotador, Luxação Recidivante) (CID M19, M75.1, S43):** Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (analgésicos, miorelaxantes

- e AINES), constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução.
- Exames prévios:** Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).
- 3- **Síndromes Dolorosas do Cotovelo (Epicondilite) (CID M77):** Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (analgésicos, miorrelaxantes e AINES) constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução.
- Exames prévios:** Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).
- 4- **Síndromes Dolorosas do Punho (De Quervain, Síndrome do Túnel do Carpo, Cisto Sinovial, Dupuytren, Dedo em Gatilho, Pseudoartrose de Escafoide) (CID M65.4, M56.0, M71.3, M72.0, M65.3, M84.1):** Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (analgésicos, miorrelaxantes e AINES) constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução.
- Exames prévios:** Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).
- 5- **Síndromes Dolorosas do Quadril (Artrose, Dor Glútea Profunda, Síndrome do Impacto, Bursite Trocanterica) (CID M16, M54, M70.6):** Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (analgésicos, miorrelaxantes e AINES) constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução.
- Exames prévios:** Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).
- 6- **Síndromes Dolorosas do Joelho (Artrose, Lesão Meniscal, Lesão Ligamentar) (CID M23):** Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (analgésicos, miorrelaxantes e AINES) constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução.
- Exames prévios:** Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).
- 7- **Síndromes Dolorosas do Tornozelo/Pé (Morton, Metatarsalgia, Halux Valgo, Tendinopatia) (CID G57.6, M77.4, M20.1, M76):** Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial (analgésicos, miorrelaxantes e AINES), constando história clínica sucinta com queixa, localização, duração e evolução.
- Exames prévios:** Raio-x da área afetada em 2 incidências (Exame físico: citar achados).
- 8- **Osteoporose (CID M81):** Encaminhar pacientes que não respondam ao tratamento inicial. Diferenciar osteoporose senil da secundária:
- Osteoporose Primária/Senil = Tratamento Ortopédico.

- Osteoporose Secundária (Hiperparatireoidismo, Diabetes, Tumores, Menopausa, Mieloma Múltiplo) = encaminhar ao especialista de acordo com a causa.

Exames prévios: Densitometria Mineral Óssea.

Critérios recomendados para solicitar DMO:

- Mulheres com idade igual ou superior a 65 anos e homens com idade igual ou superior a 70 anos, independentemente da presença de fatores de risco;
- Mulheres na pós-menopausa;
- Homens com idade entre 50 e 69 anos com fatores de risco para fratura;
- Mulheres na perimenopausa se houver fatores de risco específicos associados a um risco aumentado de fratura, tais como baixo peso corporal, fratura prévia por pequeno trauma ou uso de medicamento (s) de risco bem definido;
- Adultos que sofreram fratura após os 50 anos;
- Indivíduos com anormalidades vertebrais radiológicas;
- Adultos com condições associadas a baixa massa óssea ou perda óssea, como artrite reumatoide ou uso de glicocorticoides na dose de 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses.

9- Deformidades (Pé Plano doloroso, Escoliose, Cifose, Membros em Varo/Valgo) (CID M21.4, Q66.5, M41, M40, M21.0, M21.1): Encaminhar assim que houver o diagnóstico:

Desvios adequados para idade:

- 0 a 18 meses – varo;
- 18 meses – retificação;
- 18 meses a 7 anos – valgismo;
- Maior de 7 anos – valgismo fisiológico.

10- Tumores (CID D16, C41): Encaminhar Imediatamente.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Dor acima de 8 (Escala de dor 0-10) dor lombar, ombro, joelho, exceto fibromialgia; Dor lombar com sinais de alerta; Dor em ombro, joelho, tornozelo com história de trauma recente subagudo; Suspeita de tumores.

Amarelo (até 60 dias): Escala de dor (5-8), Tendinopatias/bursite moderada (CID M75, M75.5).

Verde (até 90 dias): Escala de dor (Abaixo de 5), Tendinopatia leve (CID M75).

Azul (acima de 90 dias): Poliartralgia sem melhora clínica (CID M25); Lombociatalgia sem melhora clínica (CID M54); Osteoporose senil (CID M81); Demais casos.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Lombociatalgia, lombalgia, dorsalgia que responderam ao tratamento primário;
- Fibromialgia;

- Cisto sinovial.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Trauma com fratura (exposta ou não);
- Osteomielite aguda / Artrite Séptica.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO OTORRINOLARINGOLOGIA

Considerações gerais

Muitas queixas relacionadas a ouvidos, nariz e garganta, como otites, amigdalites, sinusites, redução da acuidade auditiva, retirada de corpos estranhos, vertigem postural paroxística benigna (VPPB), entre outras, podem ser acompanhados na Unidade Básica de Saúde.

Sumário

CRIANÇAS

- 1- Hipertrofia adenoamigdaliana/Respirador oral na infância;
- 2- Otite média secretora/Serosa na infância – Hipoacusia na infância;
- 3- Triagem auditiva neonatal;
- 4- Rinopatia alérgica/ Não-Alérgica / Obstrução nasal na infância;
- 5- Amigdalites de repetição;
- 6- Otites (média aguda refratária/otites de repetição/otite média crônica – quando há perfuração de membrana timpânica);

ADULTOS

- 7- Presbiacusia/Hipoacusia/Cerume;
 - 8- Zumbido;
 - 9- Tontura/Vertigem;
 - 10- Rinopatia alérgica/Não-Alérgica/Desvios septais;
 - 11- Otites;
 - 12- Disfonias (rouquidão);
 - 13- Lesões de cavidade oral;
 - 14- Linfadenomegalias cervicais/ Massas cervicais;
 - 15- Suspeita da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS);
 - 16- Epistaxes de repetição;
 - 17- Refluxo laringofaríngeo / Gastroesofágico;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Hipertrofia adenoamigdaliana/Respirador oral na infância (CID J35.3, R06.5):** Crianças com roncos noturnos frequentes e respiração oral na infância, sem melhora com uso de corticosteroide tópico nasal (ciclos de 30-60 dias, uso regular).
Exames prévios: Raio-x de Cavum.

- 2- **Otite média secretora/Serosa na infância – Hipoacusia na infância (CID H66, H91):** Queixa de hipoacusia pela mãe (“Escuta televisão muito alto/ “Não responde quando chama”) associado ou não a alterações de otoscopia sugestivas: opacidade importante de membrana timpânica/retração de membrana timpânica/ nível líquido.
Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

- 3- **Triagem auditiva neonatal:** Falha no teste e re-teste da orelhinha (OEA) e/ou fatores de risco para perda auditiva neonatal: permanência em UTI, baixo peso ao nascer (< 1500g); uso de antibióticos ototóxicos (gentamicina, amicacina ou antibióticos EV por período prolongado; casos severos de icterícia; infecções TORCH congênicas (Toxoplasmose; Rubéola; Citomegalovírus; Herpes Vírus), Sífilis congênita.
Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

- 4- **Rinopatia alérgica/ Não-Alérgica / Obstrução nasal na infância (CID J30, J34):** Crianças com queixa de obstrução nasal crônica.
Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

- 5- **Amigdalites de repetição (CID J35):** Pacientes com queixa de amigdalites de repetição (> 7 vezes em 1 ano ou > 5 vezes em 2 anos consecutivos), sem resposta ao tratamento clínico (imunoestimulante – Ex.: lisados bacterianos) por período de 3 meses).
Ponto importante: Diferenciar episódios de **amigdalite** (quadro de evolução mais rápida, prostração maior, geralmente febre alta, mais localizado – sem sintomas nasais geralmente –, com pus ao exame físico geralmente e COM necessidade de antibiótico para resolução) de **faringite viral** (quadro mais arrastado – duração de 3-5 dias, com sintomas nasais geralmente, como obstrução, coriza ou rinorréia, sintomas mais gerais - não localizados somente em faringe, sem pus ao exame físico geralmente, e SEM necessidade de antibiótico para resolução).
Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

- 6- **Otitis (média aguda refratária/otites de repetição / otite média crônica – quando há perfuração de membrana timpânica):**
 - Casos de otite média aguda de repetição (> 4x /ano com necessidade de antibiótico); - orientar a mãe que a criança não deve tomar líquido ou mamar deitado; orientar sempre não utilizar cotonete, nem mesmo eventualmente;

- Casos de otite média aguda que não responderem ao tratamento com antibiótico adequado (Amoxicilina 10 dias – 1 escolha; se houver falha, entrar com Amoxicilina-clavulanato 10 dias de tratamento; em casos de alergia a penicilinas, primeira escolha Claritromicina 10 dias);
- Casos de suspeita de Otite média crônica (OMC): otorréia (secreção purulenta em grande quantidade) por um período maior que 3 meses e/ou perfuração timpânica a otoscopia. Sempre orientar proteção auricular adequada contra a água (algodão umedecido com óleo – pode ser Johnson ou óleo de cozinha – todas as vezes em que o paciente for tomar banho, além de proibir contato com água de piscina/praias/rio. Se houver agudização (secreção purulenta a otoscopia no momento da consulta), além da proteção auricular, entrar com gota otológica tópica (Ciprofloxacino + corticosteroide tópico), 03 gotas 3x/dia 07 dias. Não usar antibiótico VO nesses casos.

Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

- 7- **Presbiacusia/Hipoacusia/Cerume (CID H91.1, H90, H61.2):** Queixa de hipoacusia de longa data, com piora; Presbiacusia: Hipoacusia após os 60 anos de idade; orientar, quando possível, o paciente que será necessário fazer audiometria.

Cerume: Rolha de cera obstrutiva (não é possível visualizar nenhuma porção da membrana timpânica), com queixa de hipoacusia associada. Prescrever ceruminolítico 03 gotas 3x/dia 07 dias ANTES da consulta com especialista (orientar para paciente não utilizar e simplesmente parar após, utilizar somente 07 dias antes da consulta com especialista).

Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

- 8- **Zumbido (CID H83):** Paciente com queixas de zumbido crônico (> 3 meses), que atrapalha as atividades diárias e/ou sono. Orientar paciente que será necessário realizar audiometria.

Ponto importante: Verificar se o paciente não possui doença de base com controle inadequado que possa produzir zumbido (Ex.: diabetes, hipertensão, hipotireoidismo), e/ou medicações ototóxicas (antibióticos aminoglicosídeos, quimioterápicos, etc.). Para os casos de zumbido agudo, antes de encaminhar realizar orientações de dieta e hábitos: reduzir cafeína e açúcar refinado (café, chá, chocolate, doces, refrigerantes que contêm cafeína, alimentos gordurosos e evitar jejum prolongado).

Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

- 9- **Tontura/Vertigem (CID R42):** Pacientes com tontura rotatória (= vertigem), associada ou não a sintomas auditivos (zumbido, plenitude, flutuação da audição); SEM sintomas neurológicos associados (Ex.: parestias, parestesias, déficits motores, alteração de pares cranianos, motricidade ocular, alterações visuais), e SEM história sugestiva de síncope/pré-síncope. Aos pacientes de idade avançada (> 70 anos), com história sugestiva de desequilíbrio, sem história de vertigem (= tontura rotatória), avaliar se

não há instabilidade postural/quadril/marcha) antes do encaminhamento ou quadro sugestivo de etiologia cardiovascular (síncope/pré-síncope/arritmias/ICC/aterosclerose carótidas e/ou vertebrais). Para os casos de vertigem aguda (< 3 meses) e pacientes jovens, realizar as orientações de dieta e hábitos antes do encaminhamento: evitar cafeína e açúcar refinado (café, chá, chocolate, doces, refrigerantes que contém cafeína, alimentos gordurosos e evitar jejum prolongado). As mesmas orientações também são válidas aos casos de vertigem crônica, mesmo com o encaminhamento ao especialista.

Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

- 10- Rinopatia alérgica/Não-Alérgica/Desvios septais (CID J30, J34.2):** Adultos com queixa de obstrução nasal crônica, refratária ao tratamento com corticosteroide tópico nasal (Budesonida/Mometasona/Fluticasona), em uso regular e por período de 30-60 dias. Também encaminhar os casos de obstrução nasal unilateral fixa.

Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

- 11- Otites (média aguda refratária/otites de repetição / otite média crônica – quando há perfuração de membrana timpânica):** Casos de otite média aguda de repetição (> 4x /ano com necessidade de antibiótico);

Casos de otite média aguda que não responderem ao tratamento com antibiótico adequado (Amoxicilina 10 dias – 1 escolha; se houver falha, entrar com Amoxicilina-clavulanato 10 dias de tratamento; em casos de alergia a penicilinas, primeira escolha Claritromicina 10 dias);

Casos de suspeita de Otite média crônica (OMC): otorréia (secreção purulenta em grande quantidade) por um período maior que 3 meses e/ou perfuração timpânica a otoscopia. Sempre orientar proteção auricular adequada contra a água (algodão umedecido com óleo – pode ser Johnson ou óleo de cozinha – todas as vezes em que o paciente for tomar banho, além de proibir contato com água de piscina/praias/rio. Se houver agudização (secreção purulenta a otoscopia no momento da consulta), além da proteção auricular, entrar com gota otológica tópica (Ciprofloxacino – Ex.: ciprofloxacino + corticosteroide tópico), 03 gotas 3x/dia 07 dias. Não usar antibiótico VO nesses casos.

Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

- 12- Disfonias (rouquidão) (CID R49.0):** Encaminhar queixas de disfonias crônicas (maior 3 semanas de evolução), principalmente se o sintoma for progressivo. Investigar antecedente de tabagismo e etilismo prévios;

Para as disfonias agudas (menor que 3 semanas de evolução), considerar a hipótese de laringite aguda e considerar tratamento com anti-inflamatório não-hormonal ou **hormonal** 5-7 dias associado a repouso vocal. Se não houver melhora, encaminhar para avaliação.

Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

13- Lesões de cavidade oral (CID K14): Lesões de cavidade oral sintomáticas (dor, queimação, incômodo) e/ou com crescimento progressivo ou refratárias ao tratamento (Ex.: candidíase oral refratária ao tratamento clínico, líquen plano, nódulos submucosos de crescimento progressivo, lesões granulomatosas, entre outras). Investigar história de tabagismo e/ou etilismo.

Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

14- Linfadenomegalias cervicais/ Massas cervicais (CID R59, R22.1): Linfadenomegalias cervicais: presença de linfonodos cervicais palpáveis com evolução maior que 3-4 semanas.

Exames prévios: Hemograma, Sorologias TORCH (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes vírus), VDRL, Raio-x tórax e PPD para investigação de TB quando apropriado. US cervical somente quando houver dúvida das características do linfonodo (benignas x malignas) e/ou do diagnóstico (linfonodo x massa cervical – cisto tireoglossos – linha média, cisto branquial e higroma cístico – em posição lateral no pescoço). Linfadenomegalias com suspeita de malignidade: linfonodos endurecidos a palpação cervical, aderidos a planos profundos; ou com características ecográficas suspeitas: hipoeogenicidade, heterogeneidade. Encaminhar esses casos ao especialista antes de qualquer novo exame complementar. Anamnese, exame físico completo.

15- Suspeita da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) (CID G47.3): Pacientes com roncos noturnos frequentes, associados ou não a sonolência excessiva diurna e sensação de sono não-reparador, **E COM** suspeita de alterações sugestivas de obstrução da via aérea superior (desvios septais obstrutivos, hipertrofia amigdalina graus III e IV), e IMC < 40.

Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

16- Epistaxes de repetição: paciente com epistaxes (sangramento nasal) de repetição (> 4 episódios em 6 meses), sem controle com medidas de tratamento clínico.

Tratamento clínico antes de encaminhar: se houver sinais e/ou sintomas de rinopatia alérgica, indicar tratamento com corticosteroide tópico (budesonida, mometasona ou fluticasona) 1 jato 12/12h 30-60 dias, uso regular, associado a anti-histamínico VO (Ex.: Loratadina 10mg 10-21 dias) e lavagem nasal com soro fisiológico 0,9% 5-6x/dia (conta-gotas ou seringa 10 ou 20mL) ; se não houver sintomas irritativos nasais (espirros, prurido e/ou coriza), indicar somente lavagem nasal com SF 0,9% 5-6x/dia. Orientar medidas gerais de epistaxe para todos os casos antes de procurar pronto-socorro: compressão por 7-10 minutos, compressa fria (gelo) em dorso nasal, cabeça em posição neutra, evitar calor e/ou sol para evitar vasodilatação.

Encaminhar todos os casos de epistaxe unilateral com evolução maior que 1 mês.

Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

17- Refluxo laringofaríngeo / Gastroesofágico (CID K21): pacientes com sintomas sugestivos de refluxo laringofaríngeo (pigarro, globus faríngeo = sensação de algo preso ou parado na garganta, pirose retroesternal e/ou regurgitação ácida, gosto amargo na boca, disfonia somente pela manhã **por um período maior que 3 meses**) E que não respondem ao tratamento clínico (inibidor de bomba de prótons – IBPs – em dose de 40mg/dia – Omeprazol – por período de 3 meses + orientação dietética).

OBS: excluir antecedente de alta carga tabágica (> 20 anos x maço) e/ou etilismo e/ou disfonia crônica (> 3 semanas) antes de iniciar o tratamento. Esses casos devem ser encaminhados antes ao especialista.

Sempre orientar cessar tabagismo quando houver o antecedente.

Orientação dietética: evitar café, chá, chocolates, doces, refrigerantes, frituras, alimentos gordurosos, alimentos ácidos em excesso, condimentados, pimenta.

Exames prévios: Anamnese, exame físico completo.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Disfonia progressiva, com mais de 3 semanas de evolução, associada a fatores de risco (Tabagismo, etilismo) (CID R49.0); Lesão em cavidade oral com aspecto de malignidade e/ou refrataria ao tratamento (CID S01.5); Linfonodomegalia com mais de 4 semanas de evolução (CID R59); Laringomalacia com sintomas graves (Cianose, perda de peso) CID Q31); Sinusite complicada (CID J01); Perda auditiva súbita (CID H91); Labirintite incapacitante (CID H83).

Amarelo (até 60 dias): Otite media aguda refrataria (CID H65); Perda auditiva neonatal (Diagnostico de perda auditiva e intervenção deverá ser feito antes de 6 meses de idade) (CID H90); Epistaxe de média/grande monta, recorrente (CID R04.0).

Verde (até 90 dias): Otite media crônica sem sinais de complicação (CID H65); Sinusite crônica não complicada (CID J32); Polipose nasal sem sinais de complicação (CID J33); Labirintite (CID H83.0).

Azul (acima de 90 dias): Demais situações.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Amigdalites, sinusites, otites agudas;
- Remoção de cerume (cera no ouvido);
- Disfonia (rouquidão) recente e sem sinais de alarme;
- Epistaxe ocasional;
- Vertigem Postural Paroxística Benigna;
- Perfurações timpânicas pequenas.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Corpo estranho em vias respiratórias ou ouvido não passível de retirada na Unidade Básica de Saúde;
- Hemorragia nasal ou epistaxe volumosa (com adequada tentativa inicial de tamponamento).

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PNEUMOLOGIA

Considerações gerais

Os pacientes com as patologias: Asma intermitente, DPOC assintomáticos e sintomáticos leves, não tem indicação de encaminhamento e devem ser acompanhados e tendo sua coordenação de cuidado na Unidade Básica de Saúde.

Sumário

- 1- Tosse crônica;
 - 2- Dispneia crônica;
 - 3- Hemoptise;
 - 4- Avaliação pulmonar pré-operatória;
 - 5- Asma persistente;
 - 6- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
 - 7- Bronquiectasia;
 - 8- Doenças Pulmonares Parenquimatosas Difusas;
 - 9- Tromboembolismo Pulmonar;
 - 10- Nódulos Pulmonares;
 - 11- Pneumoconioses;
 - 12- Micoses Pulmonares;
 - 13- Alterações Inespecíficas em radiografia de tórax;
 - 14- Hipertensão Pulmonar Primária;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Tosse crônica (CID R05):** Paciente apresentando sintomas há mais de 8 semanas e após ser descartado diagnósticos diferenciais como: Síndrome de via áreas superiores, Doença do refluxo gastroesofágico e causas medicamentosas (Ex.: IECA).
Exames prévios: Raio-x tórax, Hemograma, PCR, BAAR.
- 2- **Dispneia crônica (CID R06):** Paciente que apresente desconforto respiratório acima de 30 dias, após serem descartadas causas cardiovasculares e otorrinolaringológicas.
Exames prévios: Raio-x tórax, Espirometria.
- 3- **Hemoptise (CID R04.2):** Paciente apresentando tosse com eliminação de sangue em pequena quantidade sem repercussão hemodinâmica. Em casos de moderada a grande quantidade encaminhar a Unidade de Pronto Atendimento.
Exames prévios: Raio-x tórax, BAAR, Hemograma, PCR, Coagulograma.

- 4- **Avaliação Pulmonar Pré-operatória:** Paciente com indicação cirúrgica já confirmada.
Exames prévios: Raio-x tórax, Espirometria.
- 5- **Asma de difícil controle (CID J45):** Pacientes com sintomas como: dispneia, sibilância, tosse e opressão torácica retroesternal com frequência maior que 2 episódios por semana, que não responderam ao tratamento inicial com doses otimizadas.
Exames prévios: Raio-x tórax, Espirometria, Hemograma, IgE, tosse e opressão torácica retroesternal com frequência maior que 2 episódios por semana.
- 6- **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (CID J44):** Pacientes ex-tabagista, tabagista ou com história prévia de exposição à fumaça de lenha ou carvão, apresentando tosse, expectoração mucoide e dispneia crônica que não responderam ao tratamento inicial com doses otimizadas. Em caso de exacerbação da doença o paciente deverá ser encaminhado a Unidade de Pronto Atendimento.
Exames prévios: Raio-x tórax, Espirometria.
- 7- **Bronquiectasia (CID J47):** Paciente com diagnóstico confirmado ou em investigação.
Exames prévios: Raio-x tórax, Espirometria, Cultura de Escarro.
- 8- **Doenças Pulmonares Parenquimatosas Difusas (CID J84):** Pacientes que apresentam sintomas pulmonares associados a alterações inespecíficas em radiografia de tórax, exposições ambientais e ocupacionais, fármacos, tabagismo, colagenoses. Exemplos da doença: fibrose pulmonar idiopática, pneumonia intersticial usual.
Exames prévios: Raio-x tórax, Espirometria.
- 9- **Tromboembolismo Pulmonar (CID I26):** Pacientes com diagnóstico confirmado de TEP para acompanhamento ambulatorial da doença após alta hospitalar.
Exames prévios: Exames realizados durante internação hospitalar.
- 10- **Nódulos Pulmonares (CID R91):** Paciente que apresentem nódulos inespecíficos em radiografia de tórax.
Exames prévios: Raio-x tórax.
- 11- **Pneumoconioses (CID J64):** Paciente com sintomas respiratórios associado à ocupação, exposição a sílica, asbesto, carvão, metal, poeira, berílio, alumínio.
Exames prévios: Raio-x tórax.
- 12- **Micoses Pulmonares (CID B49):** Paciente com sintomas respiratórios e suspeita clínica compatível com aspergilose, blastomicose, criptococose e outros.
Exames prévios: Raio-x tórax, Culturas para fungos.

13- Alterações Inespecíficas em radiografia de tórax (CID R91): Paciente com sintomas respiratórios apresentando alterações inespecíficas em radiografia de tórax, após descartar pneumonias, infecções agudas e doenças cardiovasculares.

Exames prévios: Raio-x tórax.

14- Hipertensão Pulmonar Primária (CID I27.0): Paciente com sinais e sintomas sugestivos de HPP.

Exames prévios: Raio-x tórax e Gasometria arterial.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Suspeita de câncer de pulmão (CID C34) (nódulos complexos, derrames pleurais de repetição, associados ou não a emagrecimento, etc...).

Amarelo (até 60 dias): Asma de difícil controle (CID J45); DPOC com insuficiência respiratória crônica (CID J44.0, J44.1).

Verde (até 90 dias): Nódulo pulmonar ou pleural simples (CID D38.1); Enfisema (CID J43); Acompanhamento de fibrose cística (CID E84); Asma moderada (CID J45.0); Investigação dispneia crônica (CID R06.0); Acompanhamento de TEP (CID I26.9).

Azul (acima de 90 dias): Acompanhamento de bronquiectasias (CID J47); reavaliar asma e DPOC (CID J45, J44); Avaliação pré-operatória (CID Z00.0).

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Gripes e Resfriados;
- Asma intermitente;
- DPOC assintomático;
- Acompanhamento de Pneumonia;
- Tabagismo.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Pneumonias;
- Exacerbação de Asma moderada e grave;
- Exacerbação de DPOC moderada e grave;
- TEP agudo;
- Pneumotórax;
- Dispneia aguda com repercussão hemodinâmica ou respiratório (PA, saturação O₂, FR, FC);
- Hemoptise volumosa;
- Dor Torácica Aguda.

PROTOSCOLO DE ENCAMINHAMENTO PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

Considerações gerais

A pneumologia pediátrica é uma subespecialidade da pediatria que cuida do diagnóstico, tratamento e da prevenção das doenças respiratórias que acometem crianças e adolescentes. Além disso, faz o acompanhamento de outras doenças que afetam outros órgãos, mas que também tem repercussões respiratórias.

Sumário

- 1- Asma brônquica;
 - 2- Bronquiectasias;
 - 3- Bronquiolite obliterante e sequelas das infecções virais;
 - 4- Displasia broncopulmonar;
 - 5- Doenças de intersticial pulmonar;
 - 6- Doenças respiratórias por aspiração de alimentos;
 - 7- Fibrose cística;
 - 8- Malformações do sistema respiratório;
 - 9- Tuberculose pulmonar;
 - 10- Síndrome do bebê chiador (lactente sibilante) (Menores de 2 anos com sibilância contínua há pelo menos 1 mês ou, no mínimo 3 episódios de sibilância em um período de 2 meses);
 - 11- Tosse crônica (> 4 semanas);
 - 12- Pneumonias de repetição;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Asma brônquica (CID J45):** Pacientes com sintoma de falta de ar, tosse principalmente a noite, chiado ao respirar e sensação de que ele não chega até o pulmão.
Exames prévios: Raio-x de tórax, Protoparasitológico, Hemograma completo.
- 2- **Bronquiectasia (CID J47):** Paciente com quadro de: Tosse persistente e com catarro, falta de ar, perda do apetite, mal-estar geral, pode haver tosse com sangue, dificuldade para respirar e fadiga.
Exames prévios: Raio-x de tórax, Protoparasitológico, Hemograma completo, IgE total.
- 3- **Bronquiolite obliterante e sequelas das infecções virais (CID J21):** Sintomas iniciais da bronquiolite obliterante são semelhantes a qualquer outro problema pulmonar: Chiado ao respirar, sensação de falta de ar, tosse persistente, períodos de febre baixa

até 38°C. Geralmente aparecem e desaparecem ao longo de vários períodos que podem durar por semanas ou meses.

Exames prévios: Raio-x de tórax, Espirometria (pré e pós broncodilatador em maiores de 7 anos), Protoparasitológico, Hemograma completo, IgE total.

- 4- **Displasia broncopulmonar (CID P27):** Os recém-nascidos afetados respiram, geralmente, de modo rápido e sofrem de dificuldades respiratórias, contraem a parede torácica ao inspirar e apresentam concentrações baixas de oxigênio no sangue que produzem uma cor azulada na pele (cianose). Em alguns recém-nascidos gravemente afetados, é necessária mais do que a quantidade normal de tempo para que o ar deixe os pulmões durante a expiração, e esse atraso pode fazer com que o ar fique preso, o que leva a superexpansão dos pulmões.

Exames prévios: Raio-x de tórax, Protoparasitológico, Hemograma completo, IgE total.

- 5- **Doenças de intersticial pulmonar (CID J84):** Doenças pulmonares intersticiais têm um início gradual. A maior parte das pessoas com doenças pulmonares intersticiais apresenta falta de ar e tem uma capacidade reduzida para fazer exercício. Outros sintomas podem incluir uma tosse persistente, que habitualmente é seca (sem produção de expectoração) na doença avançada pode haver uma coloração azul ou roxa dos lábios, mãos e pés e os dedos podem ficar com baqueteamento ou inchados.

Exames prévios: Raio-x de tórax, Protoparasitológico, Hemograma completo, IgE total.

- 6- **Doenças respiratórias por aspiração de alimentos (CID J69):** Aspiração é a súbita falta de ar e uma aceleração do ritmo cardíaco. Outros sintomas podem ser febre alta (acima de 38°C), expectoração com espuma cor-de-rosa, cianose (tonalidade azulada na pele), em virtude da má oxigenação do sangue, cansaço fácil. Nos bebês os sintomas da pneumonia por aspiração podem manifestar-se, principalmente, através de choro excessivo e diminuição do apetite. Nos idosos podem provocar confusão mental e diminuição da força muscular, raramente estando associados à febre.

Exames prévios: Raio-x de tórax, Espirometria (pré e pós broncodilatador em maiores de 7 anos), Protoparasitológico, Hemograma completo, IgE total.

- 7- **Fibrose cística (CID E84):** Sintomas da doença costumam variar de acordo com a idade do paciente.

Recém-nascido: Dificuldade para ganhar peso, desidratação sem motivo aparente, secreções que atrapalham o funcionamento do intestino, tosse com secreção.

Exames prévios: Raio-x de tórax, Espirometria, Protoparasitológico, Hemograma completo, IgE total.

- 8- **Malformações do sistema respiratório (CID Q30-Q34):** Sintomas mais comuns após o nascimento são: Falta de ar (dispneia), Ruído inspiratório agudo (estridor), Dificuldade e/ou engasgamento durante a alimentação, Cor azul na pele à volta dos lábios

(cianose). No caso da laringomalácia (laringe mole), a respiração caracteriza-se pela presença de estridor, devido ao colapso temporário da laringe, que agrava quando o bebê chora, está deitado ou constipado. Os sintomas podem manifestar-se apenas na infância ou na adolescência com: Falta de ar (dispneia), Pieira, Infecções respiratórias repetidas, Tosse crônica, tossir sangue (hemoptises), Dor no peito.

Exames prévios: Raio-x de tórax, Protoparasitológico, Hemograma completo, IgE total.

9- **Tuberculose pulmonar (CID A15-A16):** Os principais sintomas: Febre, suor noturno, tosse, falta de ar e cansaço, expectoração com sangue, dor torácica, perda de peso.

Exames prévios: Raio-x de tórax, Protoparasitológico, Hemograma completo, IgE total.

10- **Síndrome do bebê chiador (lactente sibilante) (Menores de 2 anos com sibilância continua há pelo menos 1 mês ou, no mínimo 3 episódios de sibilância em um período de 2 meses).**

Exames prévios: Raio-x de tórax, Protoparasitológico, Hemograma completo, IgE total.

11- **Tosse crônica (> 4 semanas) (CID R05).**

Exames prévios: Raio-x de tórax, Espirometria (pré e pós broncodilatador em maiores de 7 anos), Protoparasitológico, Hemograma completo, IgE total, PPD (Suspeita de tuberculose ou contato antes de adultos com tuberculose, nos casos de pneumonias de repetição, tosse crônica).

12- **Pneumonias de repetição (CID J12-J18):** Recorrência de duas ou mais pneumonias em seis meses; três ou mais pneumonias em um ano; cinco ou mais pneumonias em qualquer momento da vida.

Exames prévios: Raio-x de tórax, Protoparasitológico, Hemograma completo, IgE total, PPD (Suspeita de tuberculose ou contato antes de adultos com tuberculose, nos casos de pneumonias de repetição, tosse crônica).

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Bronquiolite obliterante e sequelas das infecções virais (CID J21); Displasia broncopulmonar (CID P27); Fibrose cística (CID E84); Síndrome do bebê chiador (lactente sibilante).

Amarelo (até 60 dias): Asma brônquica (CID J45); Tosse crônica (> 4 semanas) (CID R05).

Verde (até 90 dias): Bronquiectasias (CID J47); Doenças de intersticial pulmonar (CID J84); Doenças respiratórias por aspiração de alimentos (CID J69); Malformações do sistema respiratório (CID Q30-Q34); Tuberculose pulmonar (CID A15-A16); Pneumonias de repetição (CID J12-J18).

Azul (acima de 90 dias): Demais casos.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Gripes e resfriados;
- Bronquiolite viral aguda;
- Pneumonias.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Pneumotórax;
- Exacerbação de asma não controlada na AB;
- Bronquiolite viral aguda não controlada.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PROCTOLOGIA

Considerações gerais

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia de canal anal ou colorretal devem ter preferência no encaminhamento ao proctologista.

Essas condições necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência: obstrução intestinal aguda, episódio de hematoquezia/melena agudo, hemorroida encarcerada/trombosada.

Sumário

- 1- Hemorroidas;
 - 2- Fissura anal;
 - 3- Fístula anal;
 - 4- Condiloma acuminado / verrugas virais;
 - 5- Suspeita de neoplasia de trato gastrointestinal inferior;
 - 6- Constipação intestinal;
 - 7- Diarreias com mais de 14 dias de evolução;
 - 8- Incontinência Anal;
 - 9- Seguimento de pólipos;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Hemorroidas (CID I84):** Hemorroidas internas ou mistas que persistem sintomáticas após tratamento conservador por 2 meses; hemorroidas internas com grau III e IV.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA	GRAU
Sangramento, sem prolapso durante a evacuação.	1
Prolapso à evacuação, com redução espontânea para o canal anal.	2
Prolapso à evacuação, com necessidade de redução manual para o canal anal.	3
Sempre prolapsadas, redução manual inefetiva.	4

Pacientes com hemorroidas, mas que apresentam sintomas sugestivos de malignidade (sangramento de características atípicas para hemorroidas,

emagrecimento, anemia ferropriva, mudança de hábito intestinal recente) devem ser encaminhados ao serviço especializado para investigação precoce.

Exames prévios: Descrever inspeção anal e toque retal; tratamentos já realizados.

- 2- **Fissura anal (CID K60):** Fissura anal recorrente/refratária ao tratamento clínico conservador por 2 meses; fissura anal com comorbidade orifical cirúrgica (fístula) mesmo após regularizar hábito intestinal.

Exames prévios: Descrever inspeção anal e toque retal; tratamentos já realizados.

- 3- **Fístula anal (CID K60.3):** Caso suspeito (secreção perianal persistente, abscessos anorretais recorrentes) ou diagnóstico de fístula anorretal.

Exames prévios: Descrever inspeção anal e toque retal; tratamentos já realizados.

- 4- **Condiloma acuminado/verrugas virais (CID B07):** pacientes com condiloma acuminado anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou numerosas).

Exames prévios: Anti-HbsAg, HbsAg, Anti-HCV, VDRL, Hepatite B, Hepatite C, Resultado de Anti-HIV ou teste rápido para HIV; tratamentos já realizados.

- 5- **Suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal inferior (CID C26):** suspeita (massa ou úlcera anal persistente) ou diagnóstico de neoplasia maligna de canal anal; suspeita clínica/radiológica de neoplasia maligna colorretal.

ALTA SUSPEITA DE NEOPLASIA COLORRETAL:

- Massa abdominal em topografia colônica ou retal identificada em exame físico ou exame de imagem.
- Idade superior a 60 anos com anemia por deficiência de ferro ou mudança de hábito intestinal.
- Idade superior a 50 anos com sangramento retal e/ou outros sintomas como dor abdominal/retal, tenesmo, mudança de hábito intestinal persistente, emagrecimento, anemia por deficiência de ferro.
- Idade superior a 50 anos com sangramento retal não atribuível à doença orifical.
- Idade superior a 40 anos com emagrecimento involuntário e dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada.

Exames prévios: Hemograma (se anemia, Hemoglobina, VCM); sangue oculto nas fezes.

- 6- **Constipação (CID K59.0):** fezes duras que causam lesão ao evacuar ou muitos dias sem evacuar (mais que 3 dias), por mais de 6 meses, sem melhora com tratamento clínico (mudanças de hábito alimentar, aumento de ingestão de água, fibras, óleo mineral, etc.).

Exames prévios: TSH, doença de Chagas (se epidemiologia positiva).

7- **Diarreias com mais de 14 dias de duração (CID K59.1):** diarreia (aquosa, muco, pouco sangue, etc.). Um ou mais episódios por dia por mais de 14 dias sem melhora com medidas clínicas de suporte.

Exames prévios: PPF.

8- **Incontinência anal (CID R15):** paciente com histórico de perda de fezes diária ou em dias alternados ou apenas perda de controle para gases.

9- **Seguimento de pólipos (CID K63.5):** paciente com histórico de pólipo em colonoscopia intestinal anterior com mais de 01 ano de colonoscopia prévia. Pacientes que após avaliação proctológica foi solicitado retorno precoce ou tardio para seguimento.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Suspeita de neoplasia (CID C26); Diarreia com mais de 14 dias com muco e sangue (CID K59.1).

Amarelo (até 60 dias): Fístula anal (CID K60.3); Fissura anal (CID K60); Diarreia com mais de 14 dias (CID K59.1); Hemorroidas (CID I84).

Verde (até 90 dias): Incontinência (CID R15); Constipação (CID K59.0); Condiloma (CID B07); Seguintos pólipos (CID K63.5).

Azul (acima de 90 dias): Demais casos.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Diarreia aguda e subaguda.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Obstrução intestinal aguda;
- Episódio de hematoquezia/melena/enterorragia;
- Hemorroida trombosada.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO REUMATOLOGIA

Considerações gerais

A maioria dos sintomas em reumatologia são inespecíficos, tais como, cefaleia, fraqueza, cansaço, mialgia, artralgia, lesões na pele, nefropatia, oftalmopatia, cardiopatia, dentre outros; tornando-se o diagnóstico muitas vezes baseado em um conjunto de sinais e sintomas, bem como exames laboratoriais e dosagem de anticorpos. Devido a isso o médico que atua na Atenção Básica deve ser criterioso ao encaminhar os pacientes ao especialista, sempre lembrando que a maioria dos sintomas são gerais e não irão corresponder a uma doença reumatológica de base e que, portanto, podem e devem ser investigados e conduzidos na Unidade Básica de Saúde.

Sumário

- 1- Lupus Eritematoso Sistêmico;
 - 2- Artrite Reumatoide;
 - 3- Espondiloartrites;
 - 4- Esclerose Sistêmica;
 - 5- Artropatias por depósitos de cristais;
 - 6- Osteoartrite;
 - 7- Vasculites Sistêmicas;
 - 8- Osteoporose com fratura patológica ou refratária ao tratamento;
 - 9- Fibromialgia;
 - 10- Miopatias inflamatórias;
 - 11- Síndrome de Sjogren;
 - 12- Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Lupus Eritematoso Sistêmico (CID M32):** Pacientes com diagnóstico ou suspeita de LES (pelo menos 4 critérios entre os 11):

Crterios de classificação de LES do American College of Rheumatology revisados em 1997:

- a. **Eritema malar:** lesão eritematosa fixa em região malar, plana ou em relevo.
- b. **Lesão discoide:** lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.
- c. **Fotossensibilidade:** exantema cutâneo como reação não usual à exposição à luz solar, de acordo com a história do paciente ou observado pelo médico.

- d. **Úlceras oreais/nasais:** úlceras orais ou nasofaríngeas, usualmente indolores, observadas pelo médico.
- e. **Artrite:** não erosiva envolvendo duas ou mais articulações periféricas, caracterizadas por dor e edema ou derrame articular.
- f. **Serosite:** pleuris (caracterizado por história convincente de dor pleurítica, atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural) ou pericardite (documentado por eletrocardiograma, atrito ou evidência de derrame pericárdico).
- g. **Comprometimento renal:** proteinúria persistente ($> 0,5$ g/dia ou 3+) ou cilindrúria anormal.
- h. **Alterações neurológicas:** convulsão (na ausência de outra causa) ou psicose (na ausência de outra causa).
- i. **Alterações hematológicas:** anemia hemolítica ou leucopenia (menor que 4.000/mm³ em duas ou mais ocasiões) ou linfopenia (menor que 1.500/mm³ ou plaquetopenia (menor que 100.000/mm³ na ausência de outra causa)).
- j. **Alterações imunológicas:** anticorpo Anti-DNA nativo ou Anti-Sm ou presença de anticorpo antifosfolípide com base em:
 - i. Níveis anormais de IgG ou IgM anticardiolipina;
 - ii. Teste positivo para anticoagulante lípico;
 - iii. Teste falso-positivo para sífilis, por, no mínimo, seis meses.
- k. **Anticorpos antinucleares:** título anormal de anticorpo antinuclear por imunofluorescência indireta ou método equivalente, em qualquer época, e na ausência de drogas conhecidas por estarem associadas à síndrome do lúpus induzido por drogas.

Exames prévios: Hemograma, PCR, VHS, TGO, TGP, Creatinina, Urina I, FAN, Fator reumatoide (Látex).

- 2- **Artrite Reumatoide (CID M06):** Diagnóstico ou suspeita de artrite reumatoide, pelo menos uma articulação com sinovite clínica definida – edema articular – que não seja melhor explicado por outra doença, pontuação ≥ 6 indicam o diagnóstico de Artrite Reumatoide.

Critérios classificatórios para AR 2010 ACR/EULAR

População-alvo (quem deve ser testado?)

- Paciente com pelo menos uma articulação com sinovite clínica definida (edema);
- Sinovite que não seja mais bem explicada por outra doença.

*Os diagnósticos diferenciais podem incluir condições tais como lúpus eritematoso sistêmico, artrite psoriática e gota. Se houver dúvidas quanto aos diagnósticos diferenciais relevantes, um reumatologista deve ser consultado.

ACOMETIMENTO ARTICULAR (0-5)	
1 grande articulação.	0
2-10 grandes articulações.	1
1-3 pequenas articulações (grandes não contadas).	2
4-10 pequenas articulações (grandes não contadas).	3
>10 articulações (pelo menos uma pequena)	5

SOROLOGIA (0-3)	
FR negativo E ACPA negativo.	0
FR positivo OU ACPA positivo em baixos títulos.	2
FR positivo OU ACPA positivo em altos títulos.	3

DURAÇÃO DOS SINTOMAS (0-1)	
< 6 semanas.	0
> 6 semanas.	1

A PROVAS DE ATIVIDADE INFLAMATÓRIA (0-1)	
PCR normal E VHS normal.	0
PCR anormal OU VHS anormal.	1

Exames prévios: Raio-x mãos, punhos e pés, Fator reumatoide, PCR, VHS, Hemograma, TGO, TGP, Creatinina.

- 3- **Espondiloartrites (CID M45-M49):** Descreve um grupo de doenças caracterizadas por inflamação das articulações sacroilíacas (sacroiliíte), da coluna vertebral (espondilite), das áreas de inserção dos tendões, das fásCIAS e ligamentos (entesites) e em alguns casos, oligoartrite, erupção cutânea ou doença inflamatória ocular (uveíte).

Exames prévios: hemograma, creatinina, glicemia, potássio, TSH, TGP, ECG (com ou sem laudo) e Raio-x tórax.

- a. **Artrite psoriásica:** diagnóstico ou suspeita diagnóstica de artrite psoriásica:

Critérios CASPAR para APsI7

Para preencher os critérios CASPAR para Aps, o paciente deve ter doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) e atingir três ou mais pontos, baseados nas categorias a seguir:

EVIDÊNCIA DE PSORÍASE	
Atual.	2 pontos
História pessoal.	1 ponto
História familiar.	1 ponto

DISTROFIA UNGUEAL PSORIÁSICA

Depressões puntiformes, onicólise, hiperqueratose.	1 ponto
Fator reumatoide negativo.	1 ponto

DACTILITE

Inflamação atual de um dedo em sua totalidade.	1 ponto
História de dactilite.	1 ponto

EVIDÊNCIA RADIOLÓGICA DE NEOFORMAÇÃO ÓSSEA JUSTA-ARTICULAR

Ossificação bem definida próxima às margens articulares à radiografia simples de mãos e pés.	1 ponto
--	---------

Exames prévios: Hemograma, Creatinina, TGO, TGP, Fator reumatoide, VHS, PCR, resultados de exames de imagens das articulações acometidas.

- b. **Espondilite Anquilosante:** Dor lombar de característica inflamatória - 4 das 5 características - (primeiros sintomas iniciaram antes dos 40 anos, início insidioso, melhora com exercício, sem melhora com repouso, dor noturna); dor/rigidez nas nádegas, na região lombar baixa ou na parede torácica que piora com repouso e melhora com atividade física; redução da mobilidade da coluna vertebral; história familiar de EA; acometimento oligoarticular/monoarticular das grandes articulações (quadril e ombro); história de dor e eritema oculares ou turvação visual, que pode ter sido diagnosticada como uveíte anterior.

Exames prévios: Fator reumatoide, Hemograma, PCR, VHS, Creatinina, TGP, TGO, Raio-x de coluna lombar e articulações sacroilíacas e/ou de outras articulações acometidas.

- 4- **Esclerose Sistêmica (CID M34):** Os sinais e sintomas mais comuns são: fenômeno de Raynaud, refluxo gastroesofágico (com ou sem distúrbio da motilidade), lesões cutâneas, inflamação dos dedos e artralguas, fadiga muscular. A ES é uma doença na qual a anamnese e o exame físico são essenciais, e em 90% dos casos são suficientes para o diagnóstico. Os exames laboratoriais e de imagem são importantes somente para a avaliação da extensão e acompanhamento da doença. O Colégio Americano de Reumatologia, objetivando uniformizar as pesquisas clínicas, propôs os critérios diagnósticos para ES.

Critérios diagnósticos e classificação

Critério maior:

- Espessamento da pele proximal às articulações metacarpofalângicas.

Critérios menores:

- Esclerodactilia;
- Cicatrizes em polpas digitais;
- Fibrose pulmonar;

*Para o diagnóstico, é necessário o critério maior ou dois critérios menores.

Este critério é importante na identificação de pacientes com ES, mas não exclui outras patologias que apresentam semelhanças com esta doença.

Exames prévios: FAN, Hemograma, PCR, Creatinina, Urina I, TGP.

5- Artropatias por depósitos de cristais (CID M00-M25):

Gota: em geral, inicia-se com monoartrite aguda intermitente, especialmente da primeira articulação metatarsofalangiana, com o passar do tempo, as crises tornam-se mais frequentes e menos intensas e acometem outras articulações; podem ocorrer manifestações extra articulares (tofus e cálculos renais).

Exames prévios: Hemograma, Creatinina, PCR, Ácido úrico, TGP, Fator reumatoide, Urina I, Raio-x das articulações mais acometidas.

6- Osteoartrite (CID M00-M25):

A dor articular é desencadeada e agravada por movimentos e aliviada pelo repouso; a rigidez ocorre apenas nas primeiras horas da manhã ou quando o indivíduo se levanta da posição sentada depois de um longo período de inatividade; o paciente não apresenta sintomas constitucionais marcantes e o diagnóstico é confirmado pelas anormalidades radiográficas (estreitamento do espaço articular e formação de osteófitos). As áreas mais afetadas são: mãos, joelhos e quadris.

Exames prévios: Hemograma, PCR, Creatinina, TGP, Fator reumatoide, Raio-x das articulações mais acometidas.

7- Vasculites Sistêmicas (CID M30-M36):

A maioria das vasculites sistêmicas começa com sintomas constitucionais (mal estar, febre, fadiga, sudorese, perda de apetite e emagrecimento); normalmente apresentando evolução subaguda ao longo das semanas ou meses; geralmente produzem sinais marcantes de inflamação (febre, artrite, erupção cutânea, pericardite, anemia de doença crônica ou elevação acentuada da VHS), dor (artrite, mialgia, infarto de um dedo, nervo, intestino ou testículo, por exemplo), e tendem a causar doenças multissistêmicas.

Exames prévios: Hemograma, PCR, Creatinina, TGP, Urina I, Sorologias virais (HIV, hepatites B e C).

8- Osteoporose com fratura patológica ou refratária ao tratamento (CID M80):

Essas fraturas são definidas como as que ocorrem depois de pouco ou nenhum traumatismo, inclusive da queda da própria altura; as mais comuns são as que afetam os segmentos torácico e lombar da coluna vertebral. Após ter iniciado terapêutica

adequada (bisfosfonados, moduladores seletivos da resposta ao estrogênio, suplementação de cálcio e vitamina D) e boa aderência do paciente.

Exames prévios: Hemograma, Creatinina, TGP, Cálcio ionizado, Albumina, fósforo, PTH, Fosfatase alcalina, Clearance de creatinina e Cálcio urinário em 24h, Raio-x com comprovação da fratura, Densitometria mineral óssea (atual e antiga).

- 9- **Fibromialgia (CID M79.7):** Dor difusa por um período superior a 3 meses, definida abaixo e acima da cintura, bilateralmente, e no esqueleto axial; aumento da sensibilidade dolorosa à pressão leve (alodínea); fadiga e sono não reparador; depressão e distúrbios da ansiedade são comuns. Ausência de outros sinais de inflamação local ou sistêmica.

Critérios diagnósticos de fibromialgia

Um paciente satisfaz os critérios diagnósticos para fibromialgia se as três seguintes condições foram encontradas:

- Índice de dor difusa (IDD) > e Valor da Escala de Gravidade dos Sintomas (SS) > ou IDD 3-6 e Valor da Escala SS > 9;
- Sintomas presentes com a mesma intensidade por pelo menos 3 meses;
- Ausência de outra condição que poderia explicar o quadro doloroso.

Cintura escapular esquerda	Quadril (nádega, trocanter) direito	Mandíbula direita
Cintura escapular direita	Coxa esquerda	Tórax
Braço direito	Coxa direita	Abdome
Antebraço esquerdo	Perna esquerda	Dorso Superior
Antebraço direito	Perna direita	Pescoço
Quadril (nádega, trocanter) esquerdo	Mandíbula esquerda	

Exames prévios: Hemograma, PCR, Creatinina, TGP, Fator reumatoide, FAN, TSH e T4 livre.

- 10- **Miopatias inflamatórias (CID G72):** Fraqueza muscular proximal simétrica com progressão ao longo de semanas a meses; níveis altos de enzimas musculares, inclusive CPK, aldolase, TGO e TGP; artralgiias ou artrites; fadiga grave; mialgias; fenômeno de Raynaud ou sinais e sintomas de outro distúrbio reumatológico sobreposto. Em específico para as dermatomiosites, as lesões de pele podem se manifestar antes ou depois do início dos sintomas musculares (pápulas de Grotton, sinal de Grotton, heliótopo, sinal do xale, sinal do V, mãos ou pés de mecânicos).

- Dermatomiosite (CID M33);
- Polimiosite (CID M33.2);
- Miopatia Necrosante Autoimune (CID M60).

Exames prévios: Hemograma, PCR, Creatinina, TGP, Fator reumatoide, FAN, Aldolase, CPK.

- 11- **Síndrome de Sjogren (CID M35.0):** Queixas de ressecamento persistente da boca e dos olhos em consequência das anormalidades funcionais das glândulas salivares e lacrimais. As queixas orais podem englobar irritação com dor, aderência dos alimentos na mucosa oral, disfagia, infecções recorrentes. Já as queixas oculares associam-se com prurido, sensação de areia nos olhos, ressecamento, eritema, fadiga ocular e baixa acuidade. Também ocorre ressecamento das vias aéreas (nariz, garganta, traqueia) evoluindo com rouquidão e tosse seca. Queixas sistêmicas mais frequentes: febre, poliadenopatia, mialgia, fraqueza, distúrbios do sono, ansiedade e depressão, artralguas e artrites, além das manifestações específicas. Pode ser classificada em primária ou secundária quando associado a outras doenças autoimunes.

Exames prévios: Hemograma, PCR, Creatinina, TGP, Fator reumatoide, Urina I, Eletroforese de proteínas séricas.

- 12- **Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (CID D68):** Trombose venosa (TVPs podem ser isoladas ou múltiplas, afetar veias de pequeno ou grande calibre) ou arterial (pode afetar circulações vasculares periféricas, encefálica ou cardiovascular), abortamentos repetidos (espontâneos que ocorrem principalmente após o segundo trimestre de gestação). Pode ocorrer independente (primária) ao associado a outras doenças autoimunes (secundária); os pacientes devem ter um ou mais critérios clínicos e um ou mais critérios laboratoriais.

Critérios revisados para classificação e diagnóstico da SAF

Critérios clínicos:

Tromboso vascular: Um ou mais episódios clínicos de trombose arterial, venosa, ou de pequenos vasos em qualquer tecido ou órgão.

Morbidade gestacional: Uma ou mais morte inexplicável de feto morfolologicamente normal após a 10ª semana de gestação; ou um ou mais partos prematuros de um neonato morfolologicamente normal antes da 34ª semana de gestação por pré-eclâmpsia severa ou eclâmpsia, ou insuficiência placentária; ou três ou mais abortos espontâneos consecutivos, inexplicáveis, antes da 10ª semana de gestação, excluídas anormalidades anatômicas, hormonais e cromossômicas paternas.

Critérios laboratoriais:

Anticorpo anticoagulante lúpico: Presente no plasma, em duas ou mais ocasiões separadas por intervalo de 12 semanas.

Anticorpo anticardiolipina: Presença de anticorpo IgG ou IgM no soro ou plasma, em títulos moderados ou elevados: acima de 40 unidades G ou M, ou acima de 99º percentil, em duas ou mais ocasiões separadas por intervalo de 12 semanas, mensurado por ELISA.

Anti[beta]2 GPI: Presença de anticorpo IgG ou IgM no soro ou plasma (em títulos superiores ao 99º percentil), em duas ou mais ocasiões separadas por intervalo de 12 semana, mensurado por ELISA.

Exames prévios: Hemograma, PCR, Creatinina, TGP, Fator reumatoide, Urina I, Eletroforese de proteínas séricas.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Lupus Eritematoso Sistêmico (pacientes sem diagnóstico estabelecido ou em atividade da doença e sem seguimento) (CID M32); Doenças autoimunes em atividade e sem seguimento (Artrite reumatoide (CID M05); Espondiloartrites (CID M45-M49); Esclerose sistêmica (CID M34); Vasculites (CID M30-M36); Miopatias inflamatórias (CID G72); Síndrome de Sjogren (CID M35.0), SAF (CID D68.8).

Amarelo (até 60 dias): Crises de gota atípicas ou recorrentes (CID M10); Artrite reumatoide (CID M05, M06); Espondiloartrites (CID M07, M45); Esclerose sistêmica (CID M34); Vasculites (CID M05.2); Miopatias inflamatórias (CID G72.4); Síndrome de Sjogren (CID M35); SAF (CID D68.8).

Verde (até 90 dias): Osteoporose com fratura patológica ou refratária ao tratamento (CID M80, M81); Osteoartrite (CID M19).

Azul (acima de 90 dias): Fibromialgia (CID M79.9); Seguimento de doenças crônicas com plano terapêutico já definido (Lúpus, Artrite reumatoide, Polimiosite, Esclerose sistêmica, etc.).

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Artralgia por menos de 2 meses ou sem investigação prévia;
- Fibromialgia;
- Osteoartrose inicial ou moderada;
- Crise de gota típica e/ou inicial.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Artrite séptica confirmada ou suspeita;
- Artrite gonocócica;
- Crises álgicas intensas e refratárias aos analgésicos;
- Suspeita da síndrome do anticorpo antifosfolípideo (SAF) com complicações: TVP, Embolia pulmonar, aborto, isquemia mesentérica;
- Lupus Eritematoso Sistêmico - encaminhar para emergência caso haja sinais/sintomas ameaçadores a vida;
- Paciente em uso de imunobiológico/imunossupressor apresentando febre ou sinais de infecção.

PROTOS DE ENCAMINHAMENTO REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Considerações gerais

Os pacientes com 18 anos ou menos podem ser encaminhados para a especialidade de reumatologia pediátrica.

Sumário

- 1- Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil (LESj);
 - 2- Lúpus Neonatal;
 - 3- Artrite Idiopática Juvenil (AIJ);
 - 4- Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide;
 - 5- Esclerose Sistêmica;
 - 6- Dermatopolimiosite juvenil;
 - 7- Síndrome de Sjogren;
 - 8- Púrpura de Henoch Schonlein;
 - 9- Doença de Kawasaki;
 - 10- Outras Vasculites Sistêmicas;
 - 11- Doença de Behçet;
 - 12- Febre Reumática;
 - 13- Síndromes de Febre Periódica;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Lupus Eritematoso Sistêmico Juvenil (LESj) (CID M32):** Pacientes com diagnóstico ou suspeita de LESj- no mínimo 4 critérios entre os seguintes, sendo ao menos 1 Clínico e 1 Imunológico.

CRITÉRIOS CLÍNICOS	
Lúpus cutâneo agudo.	Representado clinicamente principalmente pelo rash malar em “asa de borboleta” e pela fotossensibilidade.
Lúpus cutâneo crônico.	Lúpus discoide (lesão cutânea que costuma deixar cicatrizes, incluindo alopecia irreversível).
Alopecia (não fibrótica).	Alopecia não discoide, reversível com o controle da atividade da doença.
Úlceras orais ou nasais.	As úlceras mucosas no LES são indolores.
Doença articular.	Artralgia ou artrite não erosiva.
Serosite.	A pleurite e a pericardite são manifestações comuns no LES.
Nefrite.	Representada pelos achados: proteinúria > 500 mg/dia ou encontro de cilindros hemáticos no EAS.
Manifestações neurológicas.	Convulsão, psicose, confusão mental, neurite periférica, outros.

Anemia hemolítica.	Mas atenção: o encontro de anemia de doença crônica é comum no doente lúpico. Entretanto, apenas a anemia hemolítica é critério diagnóstico.
Leucopenia ou linfopenia.	Leucócitos < 4.000/ml ou linfócitos < 1.000/ml.
Plaquetopenia.	Plaquetas < 100.000/ml.

CRITÉRIOS IMUNOLÓGICOS	
FAN.	Positividade para a pesquisa do FAN (fator antinuclear), positivo em mais de 98% dos casos.
Anti-DNA dupla hélice (Anti-DNAs).	Boa especificidade para o LES, presente em 75% dos casos.
Anti-Sm.	Auto anticorpo de maior especificidade, mas presente em apenas 30% dos casos.
Anticorpos Antifosfolípido.	Presente em 50% dos pacientes lúpicos. Anticardiolipina IgM e IgG, Anticoagulante lúpico, Anti-B 2 Glicoproteína 1.
Hipocomplementemia.	C3 baixo, C4 baixo ou CH50 baixo.
Coombs direto positivo.	Teste de Coombs direto positivo, na ausência de anemia hemolítica.

Exames prévios: hemograma, PCR, TGP, creatinina, urina I.

- 2- **Lúpus Neonatal (CID M32):** Filhos de mães sabidamente lúpicas com história de alterações clínicas e laboratoriais sugestivos de Lúpus Neonatal (especialmente rash cutâneo, plaquetopenia, bloqueio atrioventricular).

Exames prévios: hemograma, PCR, TGP, creatinina, urina I.

- 3- **Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) (CID M08):** Paciente com artrite (edema e dor articular, limitação da movimentação) em pelo menos uma articulação por período mais longo que 6 semanas, que não seja melhor explicado por outra doença.

No caso da AIJ subtipo sistêmico, temos os seguintes critérios diagnósticos:

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÊMICA
Critérios obrigatórios: artrite + febre por, no mínimo, 2 semanas, sendo diária por, pelo menos, 3 dias consecutivos.
+ 1 dos critérios abaixo:
<ul style="list-style-type: none"> • Exantema evanescente; • Hepatomegalia ou esplenomegalia; • Serosite (pleurite ou pericardite); • Adenomegalias.

Exames prévios: Raio-x da articulação acometida, PCR, VHS, Hemograma, TGO, TGP, Uréia, Creatinina. FAN, Fator reumatoide. Sempre que possível: sorologias virais (Toxoplasmose, Epstein-barr, Citomegalovírus, Chikungunya), uma vez que a AIJ é uma doença de diagnóstico de exclusão.

4- **Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (CID D68):** Tromboses venosas ou arteriais que não possam ser explicadas por outras causas (Anemia Falciforme, trombofilias, infecções, etc.).

Exames prévios: Hemograma, PCR, Creatinina, TGP, Fator reumatoide, Urina I, Eletroforese de proteínas séricas.

5- **Esclerose Sistêmica (CID M34):** Os sinais e sintomas mais comuns são: fenômeno de Raynaud e alterações cutâneas típicas (lesões tipo morfeia, espessamento cutâneo, pele com aspecto “encerado”, afilamento de lábios e pontas dos dedos, telangiectasias, etc.). Outros sintomas podem incluir dismotilidade esofágica e refluxo gastro-esofágico, hipertensão pulmonar, fibrose pulmonar, miosites e artrites, etc. A ES é uma doença na qual a anamnese e o exame físico são essenciais, e em 90% dos casos são suficientes para o diagnóstico. Os exames laboratoriais e de imagem são importantes somente para a avaliação da extensão e acompanhamento da doença.

Exames prévios: FAN, Hemograma, PCR, VHS, Creatinina, Urina I, TGP.

6- **Dermatopolimiosite juvenil (CID M33.0):** Fraqueza muscular proximal simétrica com progressão ao longo de semanas a meses; níveis altos de enzimas musculares, inclusive CPK, aldolase, TGO e TGP; artralguas ou artrites; fadiga grave; mialgias; fenômeno de Raynaud, presença de calcinose, lesões de pele características (pápulas de Gottron, heliótropo, sinal do xale, sinal do V, mãos ou pés de mecânicos).

Exames prévios: Hemograma, PCR, VHS, Creatinina, TGP, Fator reumatoide, FAN, Aldolase, CPK, DHL.

7- **Síndrome de Sjogren (CID M35.0):** Síndrome de Sjogren é uma entidade rara na pediatria e deve ser suspeitada sempre que o paciente apresentar queixa de boca e olhos “secos” associada a outras manifestações sistêmicas como púrpura, artrites, Fenômeno de Raynaud, alterações renais, etc.

Exames prévios: Hemograma, PCR, Creatinina, TGP, Fator reumatoide, FAN, Urina I.

8- **Púrpura de Henoch Schonlein (CID D69.0):** Trata-se de vasculite caracterizada por púrpura palpável de membros inferiores associada a artrites, dor abdominal e/ou sinais de acometimento renal (hematúria ou alterações em exame de Urina I ou função renal). A Púrpura de Henoch Schonlein tem, por definição, plaquetas normais ao hemograma.

Exames prévios: Hemograma, PCR, Uréia, Creatinina, Urina I.

9- **Doença de Kawasaki (CID M30.3):** Trata-se de vasculite caracterizada pelos seguintes critérios diagnósticos:

FEBRE POR 5 DIAS OU MAIS ASSOCIADA A 4 DOS SEGUINTES CRITÉRIOS

Conjuntivite bilateral não-purulenta.

Alterações de mucosa orofaríngeo, que podem incluir: fissuras e hiperemia labiais, hiperemia faríngeo, língua em morango.

Alterações de extremidades, que podem incluir: eritema e edema de mãos e pés (fase aguda), descamação periungueal (fase tardia).

Rash cutâneo não-vesicular.

Adenopatia cervical (ao menos 1 linfonodo >1,5cm).

É importante ressaltar que a Doença de Kawasaki é uma condição potencialmente grave devido ao risco de evolução com aneurismas de coronárias e, portanto, caso haja suspeita clínica de que o paciente esteja na fase aguda da doença o mesmo deverá ser encaminhado ao **serviço de urgência** de referência para devido tratamento. O encaminhamento no Centro Médico de Especialidade deverá ser realizado somente após alta hospitalar para seguimento.

Exames prévios: Hemograma, PCR.

10- Outras Vasculites Sistêmicas (CID M30-M36): A maioria das vasculites sistêmicas começa com sintomas constitucionais (mal estar, febre, fadiga, sudorese, perda de apetite e emagrecimento); normalmente apresentando evolução subaguda ao longo das semanas ou meses; geralmente produzem sinais marcantes de inflamação (febre, artrite, erupção cutânea, pericardite, anemia de doença crônica ou elevação acentuada da VHS), dor (artrite, mialgia, infarto de um dedo, nervo, intestino ou testículo, por exemplo), e tendem a causar doenças multissistêmicas.

Exames prévios: Hemograma, PCR, Creatinina, TGP, Urina 1, Sorologias virais (HIV, hepatites B e C).

11- Doença de Behçet (CID M35.2): Doença de Behçet é mais rara em crianças quando comparada em adultos e deve ser suspeitada sempre que houver história de úlceras orais ou genitais de repetição associadas a alterações cutâneas (paternidade, eritema nodoso, foliculite, acne, etc.) e/ou oculares (uveíte ou vasculite retiniana).

Exames prévios: Hemograma, PCR, VHS, Creatinina, Urina 1.

12- Febre Reumática (CID I00-I02): Diagnóstico de Febre Reumática utilizamos os Critérios de Jones (92) descritos abaixo:

CRITÉRIOS MAIORES

Cardite.

Artrite.

Coréia de Sydenham.

Eritema marginado.

Nódulos subcutâneos.

CRITÉRIOS MENORES

Febre.
Artralgia.
Aumento de provas inflamatórias (VHS e PCR).
Aumento do espaço PR ao ECG.

O paciente deve apresentar 2 critérios maiores OU 1 critério maior + 2 critérios menores para diagnóstico de Febre Reumática. É essencial que o paciente tenha história progressa recente de infecção de orofaringe pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*), sugerida pela presença de ASLO aumentado.

Exames prévios: Hemograma, PCR, VHS, ASLO (2 coletas com intervalo mínimo de 15 dias), ECG.

13- Síndromes de Febre Periódica (CID R50): Deverão ser encaminhados os pacientes com quadros de febres recorrentes de causa desconhecida (após devida exclusão de causas mais frequentes como infecções, neoplasias e etc.) associadas a outras manifestações sistêmicas como rash cutâneo, dor abdominal ou torácica, inflamação ocular, artrites, miosites, sintomas gastrointestinais, aumento de reagentes de fase aguda (PCR e VHS), etc.

OBS: Para os casos de suspeitas de Síndromes de Febres Periódicas é importante que o paciente seja também encaminhado ao Infectologista e Hematologista sempre que possível.

Exames prévios: Hemograma, PCR, VHS.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Doenças autoimunes em plena atividade clínico-laboratorial.
Amarelo (até 60 dias): Doenças autoimunes com longa evolução, porém sem sinais de atividade clínico-laboratorial atual e que estejam sem seguimento de especialista.
Verde (até 90 dias): Doenças autoimunes com longa evolução, sem sinais de atividade clínico-laboratorial atual, que já estejam em seguimento com especialista (reumatologista adulto).
Azul (acima de 90 dias): Demais casos.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Lupus Eritematoso Sistêmico Juvenil sem diagnóstico estabelecido ou em atividade da doença e sem seguimento; caso haja sinais/sintomas ameaçadores a vida.
- Doença de Kawasaki é uma condição potencialmente grave devido ao risco de evolução com aneurismas de coronárias e, portanto, caso haja suspeita clínica de que o paciente esteja na fase aguda da doença o mesmo deverá ser encaminhado ao serviço de urgência de referência para devido tratamento. O encaminhamento no Centro Médico de Especialidade deverá ser realizado somente após alta hospitalar para seguimento.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO UROLOGIA

Considerações gerais

A maioria dos casos urológicos como diminuição de libido, balanopostite, podem e devem ser conduzidos na Unidade Básica de Saúde. Encaminhar os casos em que a avaliação do especialista é indispensável, como paciente com dor aguda em testículo de forte intensidade, suspeita de neoplasia, quadros de oligospermia, nefrolitíase.

Sumário

- 1- Hiperplasia prostática benigna (HPB);
 - 2- Patologias escrotais benignas;
 - 3- Neoplasia de próstata;
 - 4- Incontinência Urinária;
 - 5- Disfunção sexual masculina;
 - 6- Litíase renal;
 - 7- Cistos/doença policística renal;
 - 8- Hematúria não glomerular
 - 9- Infecção urinária recorrente;
 - 10- Condiloma acuminado/Verrugas virais;
- Indicações de Prioridades.

Considerar a necessidade de encaminhar para o especialista nos casos de:

- 1- **Hiperplasia prostática benigna (HBP) (CID N40):** Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical); HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência); HPB e infecção urinária recorrente (ver protocolo infecção urinária recorrente); Sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria).
Exames prévios: PSA total; Creatinina sérica; Urina I, US abdominal, vias urinárias ou próstata.
- 2- **Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo) (CID N43, I86.1, N49, N51.1):** Patologias escrotais benignas sintomáticas e com desejo de se submeter a tratamento cirúrgico.
Exames prévios: US de bolsa escrotal, exame físico completo.
- 3- **Neoplasia de próstata (CID C61):** Idade de 45 anos ou mais associado a fator de risco para Câncer de próstata (familiar de primeiro grau com Câncer de próstata, cor negra); Idade de 50 anos ou mais, independente dos fatores de risco; Neoplasia em biópsia

prostática; suspeita clínica (toque retal suspeito com nódulo, endurecimento ou assimetria).

Exames prévios: PSA total; Urina I.

- 4- **Incontinência Urinária (CID R32):** Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (Fisioterapia para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição da ingestão de cafeína/álcool).

Exames prévios: Urocultura; Descrição do exame pélvico.

- 5- **Disfunção sexual masculina (CID F52):** disfunção erétil e contraindicação (hipersensibilidade ao fármaco ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase; Doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual.

Exames prévios: Testosterona total; Posologia em uso; Exame físico completo.

- 6- **Litíase renal (CID N20):** Cálculo vesical; Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário).

Exames prévios: Creatinina sérica; US de rins e via urinárias, Urina I; Tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal.

- 7- **Cistos/doença policística renal (CID Q61):** Cistos com alterações sugestivas de malignidade (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações ou resultado de tomografia com classificação de Bosniak maior ou igual a 2F); Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).

Exames prévios: Urina I, com data (se hematúria, descreva 2 exames com intervalo mínimo de 8 semanas entre eles e resultado de hemácias dismórficas I); Creatinina sérica; A pesquisa de hemácias dismórficas é importante para definir se a origem é glomerular. Hematúria cuja origem não é glomerular deve ser avaliada por urologista.

- 8- **Doença renal crônica (CID N18):** Hematúria persistente (confirmada em dois exames de Urina I, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas negativa), independente da taxa de filtração glomerular; alterações que provoquem lesão ou perda da função renal; hidronefrose persistente sem causa definida após avaliação em serviço de emergência; hiperplasia prostática benigna com obstrução causando hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ ou globo vesical; cistos simples que causam obstrução, massas ou tumores renais.

Exames prévios: Creatinina sérica (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de intervalo entre

eles); Microalbuminúria em amostra, Albuminúria em 24 horas ou relação Albuminúria/Creatinúria, com indicação do tipo de exame; Urina I (se hematúria, descreva 2 exames com intervalo mínimo de 8 semanas entre eles e resultado de hemácias dismórficas).

9- Infecção urinária recorrente (CID N39): Alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano).

Exames prévios: Creatinina sérica; US das vias urinárias; Exame físico completo.

10- Condiloma acuminado/Verrugas virais (CID A50-A64): Homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Exames prévios: Anti-HIV ou teste rápido para HIV; Tratamento prévio realizado e descrição da lesão.

INDICAÇÕES DE PRIORIDADES

Vermelho (até 15 dias): Hiperplasia de próstata (CID CN40); Hematúria macroscópica (CID R31); Alteração do PSA (CID N42); Cólica nefrética refratária (CID N23); Neoplasia de próstata (CID C61).

Amarelo (até 60 dias): Infecção Urinária de Repetição (CID N39.0); Incontinência urinária (CID R32).

Verde (até 90 dias): Nefrolitíase em Ultrassonografia (CID N20); Disfunção erétil (CID F52); Infertilidade (CID N97, N46).

Azul (acima de 90 dias): Exame preventivo; Vasectomia (CID Z30.2); Demais situações.

Situações que não necessitam de encaminhamento para o especialista

- Disfunção erétil;
- Prostatismo – Hiperplasia prostática benigna não complicada;
- Rastreamento para câncer de próstata;
- Diminuição da libido;
- Orquiepididimite.

Encaminhar para Serviço de Urgência:

- Suspeita de torção de testículo;
- Trauma (queda a cavaleiro);
- Nefrolitíase aguda com dor refratária e/ou hidronefrose;
- Pielonefrite com necessidade de internação
- Retenção urinária aguda (bexigoma) com necessidade de vesical;
- Sangramento urinário agudo intenso com comprometimento hemodinâmico.

RESPONSÁVEIS

Diene Heiri Longhi Trajano
Gabriel de Mauro Gomes
Lucia Miani Gonçalves

COLABORADORES

Andrea Renata Munholi
Andreia Maria da Silva Torres
Daniela de Ascensão Cardoso
Daniela Rodrigues de Lima
Eliana Croffi Germano
Loryane Costa Munhoz

MÉDICOS

Ana Cristina Rizzo Alonso
Ana Luiza Magnabosco de Mathias
Ana Luiza Mendes Amorim
Andrea Aparecida Garcia Guimarães
Antônio Carlos Maia Foizer Filho
Bruna Durand Nunes
Carlos Eduardo de Mathias Sanches
Carolina Junqueira Franco Canizza
Cristiane Nogueira
Edson Dias Filho
Erica Nogueira Coelho
Fabio de Azevedo Caparroz
Fernando Reis Neto
Flavio Augusto Menin
Gabriel Pina Paiva
Harethusia Junia Bottos Duarte
Jordana Cruz Rodrigues Kano
José Antônio Zanovello Affonso
José Henrique Marques
Juliana Masson Seba
Katia Izabel de Oliveira
Leonardo Lima Verona
Luana Antunes Garcia
Lucas Cagnin
Lucia Cristina dos Santos



PREFEITURA DE
RIO PRETO
SAÚDE

Luciana de Grande
Marcela Mara Oliveira
Marcio Garofalo Sigilló
Marcos Cícero Graciano
Maria Claudia Martins Piveta
Maria Francischini Savazi
Maycon Luís Pereira Luchetti
Mikaell Alexandre Gouvêa Faria
Monica Sanchez Ita Ormeleze
Odair Silveira Cardenas
Paulo Augusto Zerati Monteiro
Pedro Paulo da Silva Lopes Polotto
Renata Ipolito Meneguette Lacerda
Silvia Kimico da Rocha
Solange Maria Pereira Giacchetto
Stenio Marques de Camargo
Viviane da Silva Cangini Sartorelli
Wilson Makoto Yamazaki.

EDIÇÃO E LAYOUT

Leandro Munhoz de Brito

REVISÃO

Dra. Soraia Andrade Pereira
Prof. Dr. André Luciano Baitello

PROTOSCOLOS DE ENCAMINHAMENTO



**PROTOS DE
ENCAMINAMENTO**

**CENTRO MÉDICO DE
ESPECIALIDADES**