

PREFEITURA DE GUAXUPÉ

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE**

PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA COM CRITÉRIOS PARA PRIORIZAÇÃO



**PREFEITURA DE
GUAXUPÉ**
Secretaria Municipal de Saúde

GUAXUPÉ
VERSÃO OUTUBRO 2024

Prefeito de Guaxupé

Heber Hamilton Quintella

Vice Prefeito de Guaxupé

Rodrigo Luiz Borges

Secretário Municipal de Saúde

Adilson de Lório Freitas

Divisão de Atenção Básica

Renata de Araújo Monteiro Celani

Divisão de Média e Alta Complexidade

Gislaine Salomão Bruno de Melo

Fabiana Pontes Viveros Agostini

Divisão de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

João Carneiro da Silva Neto

Isabela de Paula Silva Lima

Diretoria de Planejamento e Acompanhamento de Processos

Mailaine Cristina Souza Andrade

Médico Regulador/Autorizador

Tadeu Augusto Ferreira Lima

Médico da Família e Comunidade

Nilo Sérgio Vieira Costa

Grupo Condutor e Revisão Técnica

Tadeu Augusto Ferreira Lima - Regulação Médica
Nilo Sérgio Vieira Costa - Apoio Técnico de Atenção Primária
Ângela Cecília Cavalcanti Melo - Apoio Técnico de Atenção Primária
Kêmil de Melo Abdala Tauil - Apoio Técnico de Atenção Primária
Salma Regina Gallate - Apoio Técnico de Atenção Primária

Colaboradores

Médicos Especialistas da Rede

ÍNDICE

	Página
Apresentação	06
Introdução	07
Agradecimentos	09
Fluxo para agendamento das Especialidades Médicas	10
Orientações Gerais de Preenchimento da Guia de Referência/Contra-Referência	12
Angiologia e Cirurgia Vascular	14
Cardiologia	16
Cirurgia Geral /Cirurgia Ambulatorial	18
Cirurgia Pediátrica	20
Coloproctologia	21
Dermatologia	23
Endocrinologia	24
Infectologia	27
Gastroenterologia	28
Hematologia	29
Mastologia	30
Nefrologia	31
Neurocirurgia	32
Neurologia	32
Oftalmologia	34
Ortopedia	35
Otorrinolaringologia	36

Pneumologia	38
Reumatologia	38
Urologia	40
Ginecologia/Obstetrícia	41
Demais Especialidades e Parcerias	42
Considerações Finais	43
Referências Bibliográficas	44



APRESENTAÇÃO

Guaxupé inicia a construção de um modelo assistencial tendo como eixo principal a promoção, prevenção e a proteção da saúde. Várias intervenções estão sendo implementadas com o objetivo de realizar transformações significativas no processo de trabalho em saúde e na melhoria dos serviços ofertados a população.

O Município busca através do trabalho em equipe, uma maior interação com a comunidade, a intersetorialidade com os diversos serviços do município, estas ações serão primordiais para o aumento da qualidade da atenção prestada ao usuário guaxupeano.

Em função disto torna-se necessária a implantação de Protocolos Clínicos, tanto para redefinir os papéis dos atores no cenário da Rede Municipal de Saúde, quanto para dar subsídio e respaldar os profissionais de saúde no exercício de sua função.

Diante desta perspectiva, o protocolo para encaminhamento às consultas médicas especializadas está sendo implementado contendo orientações de priorização para o encaminhamento do usuário, esta medida visa estabelecer o princípio da equidade e assim dar ferramentas as Unidades Básicas de Saúde para encaminhar o seu usuário conforme a prioridade estabelecida, permitindo que a própria unidade possa regular internamente a sua demanda e assim garantir o atendimento em tempo oportuno.

Este protocolo é uma importante ferramenta nesta nova dimensão que se pretende dar a saúde de nossa população. Ressaltamos a importância da participação de cada profissional de saúde no seu ambiente de trabalho, em especial o seu cuidado com cada usuário no que diz respeito ao acolhimento e avaliação de cada solicitação gerada, esta ação será essencial para que possamos efetivamente contribuir com um atendimento de qualidade e desenvolvimento social do nosso município.



INTRODUÇÃO

Este Protocolo de Encaminhamento de Priorização para as Consultas Médicas Especializadas e incorporação das prioridades, visa garantir aos cidadãos os princípios da equidade, igualdade e integralidade do cuidado, sua utilização possibilita ordenar, orientar e definir o acesso do usuário aos serviços de saúde conforme sua real necessidade.

O Protocolo tem por objetivo tornar o sistema de saúde mais resolutivo e nortear as ações para que todos os encaminhamentos sejam responsáveis e principalmente que possibilitem a priorização do acesso conforme a gravidade clínica do usuário. Ao realizar encaminhamentos baseados na real necessidade do paciente é possível reduzir a desproporção entre a oferta e demanda da rede e garantir aos que mais necessitam um atendimento em tempo oportuno.

A consolidação do fluxo de encaminhamentos da rede de Atenção Básica à Atenção Especializada (referência e contra-referência) são etapas a serem percorridas na busca da reorganização da rede de prestação de serviços municipais de modo a agilizar e facilitar o acesso dos usuários, e desta forma evitar a fragmentação tanto do cuidando quanto do sistema e o desperdício de recursos públicos.

Com o compromisso assumido pela atual Gestão Municipal em fazer valer os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde buscou através deste documento, subsidiar:

- A otimização e o aumento da resolutividade da rede de atenção primária;
- A redução do número de encaminhamentos desnecessários à atenção especializada;
- A otimização da utilização dos recursos disponíveis, buscando oferecer a melhor alternativa assistencial;
- A organização e a promoção da garantia do acesso aos usuários em tempo oportuno;
- A normatização e redefinição do fluxo de atendimento nas especialidades médicas;
- A regulação da oferta e o controle da qualidade dos serviços de saúde prestados pela rede Municipal de assistência;
- A consolidação do fluxo de encaminhamentos da rede de Atenção Primária à Atenção Especializada (referência e contra-referência).

Esse processo vem de encontro com o preconizado pela Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (PT GM Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008) em que todos os municípios deverão buscar mecanismos e instrumentos que direcione a atenção básica para que ela seja **resolutiva** e que faça **encaminhamentos responsáveis e adequados** aos demais níveis de assistência.

Em virtude disto a Secretaria Municipal de Saúde vem instituir o presente instrumento que será utilizado com o objetivo de ordenar e direcionar as solicitações e definir a **priorização do acesso pela gravidade clínica** do usuário conforme os fluxos de acesso já pré-estabelecidos na rede municipal. O instrumento pretende dar visibilidade a todos os profissionais sobre os critérios de acesso às consultas especializadas ofertadas, seguindo critérios e diretrizes que irão nortear as solicitações médicas.

AGRADECIMENTOS

Aos médicos especialistas da rede municipal que contribuíram com o grupo condutor na realização da revisão nas respectivas especialidades medicas.

Aos profissionais de saúde da Atenção Básica - médicos, enfermeiros e demais profissionais que contribuíram com o processo através da participação na consulta pública realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, ressaltando a importância deste trabalho.

FLUXO PARA AGENDAMENTO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

A. Acesso as consultas especializadas oferecidas no município de Guaxupé.

Atualmente existem 4 fluxos para o agendamento da primeira consulta descritos abaixo:

1 - Agendados pela Atenção Primária: São aquelas especialidades com relativa oferta de vagas e que as cotas são distribuídas via Sistema de Informática.

São elas:

- Dermatologia
- Gastroenterologia
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia
- Ortopedia Crônica

2 - Agendadas pela Atenção Especializada (Ambulatório de Psiquiatria, Pio Damião e Saúde da Mulher): O paciente é portador do encaminhamento e procura a Atenção Especializada para o agendamento.

São elas:

- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Ginecologia e Obstetrícia
- Infectologia
- Mastologia
- Nefrologia
- Neurologia
- Ortopedia Aguda/Trauma
- Pediatria de Alto Risco
- Psiquiatria
- Urologia

3 - Agendadas pela Atenção Especializada (Pio Damião): A solicitação é inclusa pela Atenção Primária em fila de espera no Sistema de Informática.

Sendo ela:

- Cirurgia Vascular nível secundário

4 - Agendadas pela Seção de Regulação (Ações da Atenção Especializada): São agendamentos realizados pela Equipe de Regulação em função de pouca oferta das consultas.

São elas:

- Anestesiologia
- Hematologia
- Pneumologia
- Risco Cirúrgico

B. Acesso às consultas especializadas no TFD (tratamento fora de domicílio):

1 - Agendadas pela Seção de Regulação (Ações da Atenção Especializada): São agendamentos realizados pela Equipe de Regulação em função indisponibilidade no Município de Guaxupé e da pouca oferta no TFD. Os encaminhamentos, mediante critérios/protocolo, deverão chegar à Seção de TFD eletronicamente via Sistema de Informática.

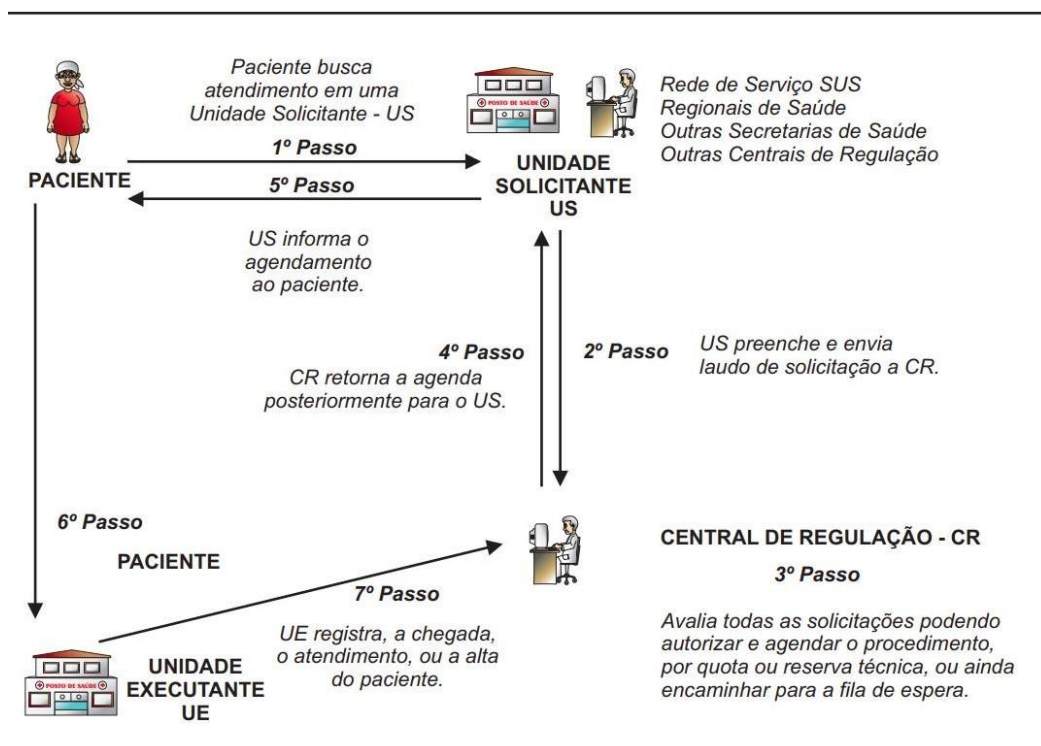
Atualmente são elas:

- Anestesiologia
- Arritmologia

- Bariatria (chegar o Protocolo antes)
- Cardiologia Terciário
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço
- Cirurgia Cardíaca adulto e pediátrico
- Cirurgia Geral Terciário
- Cirurgia Ginecológica
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia Vascular Terciário
- Coloproctologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologia Terciário
- Infectologia CTA
- Mastologia (Setorectomia/Fibroadenoma)
- Medicina Fetal agendado pela MACRO
- Neurocirurgia
- Neurologia Adulto Terciário
- Oftalmologia Terciário
- Oncologia
- Ortopedia Terciário
- Otorrinolaringologia Terciário
- Pediatria de Alto Risco
- Planejamento Familiar
- Pneumologia
- Pré-Natal de Alto Risco
- Reumatologia

O paciente que for encaminhado para a avaliação do especialista, deverá retornar a sua UBS após a resolução do caso ou para dar continuidade ao seu tratamento em conjunto com os especialistas e/ou para acompanhamento e monitoramento do caso, efetivando assim o processo de contra-referência.

FLUXO DE ATENDIMENTO ELETIVO REGULADO - COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA



ORIENTAÇÕES GERAIS PARA PREENCHIMENTO DAS GUIAS DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Para um encaminhamento de qualidade é necessário o preenchimento do encaminhamento médico de forma completa constando todas as informações que irão nortear a priorização do encaminhamento.

Ressaltamos a extrema importância do preenchimento conforme citado acima, pois estas informações serão de suma importância para o bom andamento do processo.

No encaminhamento deverão constar: nome do paciente, data de nascimento, idade, sexo, endereço, telefone de contato do paciente e CARTÃO SUS (CNS)

Todos os encaminhamentos para especialidades deverão conter os seguintes dados **IMPRETERIVELMENTE**:

- HISTÓRIA CLÍNICA

De forma resumida com evolução, complicações, sinais, sintomas, patologias e comorbidades associadas.

- EXAME FÍSICO

Relatar exame clínico, inclusive caracterizando os achados mais importantes relacionados à patologia em questão no encaminhamento.

- EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS

Descrever os exames complementares realizados relacionados ao diagnóstico do paciente especificando a data de sua realização e orientar ao paciente levá-lo ao especialista.

- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Enumerar hipóteses, começando sempre pela que suscitou o encaminhamento. Apresentar a estratificação de risco da condição crônica do usuário, quando pertinente.

- TRATAMENTO

Relatar os tratamentos até então empregados, seu respectivo tempo e medicações em uso atualmente.

- MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Descrever o motivo do encaminhamento de forma objetiva.

- **CONTRA REFERÊNCIA**

Devolutiva do médico especialista a UBS de referência

Sempre efetivar o retorno às UBS munido do relatório de contra referência do especialista, deve-se apresentar de maneira sistematizada os diagnósticos biopsicossociais e funcionais do paciente, associados à definição das metas terapêuticas e intervenções promocionais, preventivas, curativas, paliativas e/ou reabilitadoras capazes de manter ou recuperar a sua saúde.

Deve-se solicitar a continuidade dos cuidados com a Equipe da Atenção Primária de Saúde, assim especificando se houve alta ou retorno para a especialidade, incluindo qual intervalo para este retorno e se houver necessidade de exames descrevê-los para que eles sejam apresentados nas próximas consultas.

ESPECIALIDADES MÉDICAS

ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR MOTIVOS MAIS COMUNS:

- **Varizes em membros inferiores:**

Pacientes jovens com microvarizes.

- **Úlceras de membros inferiores:**

Encaminhar todos os pacientes ulcerosos, após abordagem da doença de base (hipertensão arterial, diabetes mellitus, anemia, estado nutricional do paciente, etc.) para avaliação da doença circulatória coexistente, com exames realizados no processo de abordagem (cultura e antibiograma da ferida, glicemia de jejum, hemograma, VDRL, lipidograma e uréia, além de quaisquer outros exames).

- **Insuficiência circulatória arterial:**

Encaminhar todos os pacientes que apresentem sinais ou sintomas de insuficiência circulatória arterial.

- **Doença varicosa:**

Considerar que se trata de doença benigna cuja mortalidade é praticamente zero. Entretanto, em muitas situações, causa perda de qualidade de vida. Uma boa parte das pessoas que procuram tratamento o faz por questão estética ou por medo de trombose. (não há correlação científica comprovada de que varizes causam trombose); além disso, não evolui sempre para úlcera, uma vez que cerca de 40-50% da população mundial tem varizes. Somente 1% tem úlceras. Assim, deve-se:

Avaliar a classe clínica-CEAP (C-clínica, E-etologia, A-anatômico, P-fisiopatologia) do paciente para cada membro, sendo que:

- CEAP1 Telangectasia se varizes reticulares menores que dois mm.
- CEAP2 Veias varicosas maiores que quatro mm de diâmetro.
- CEAP3 Veias varicosas maiores que quatro mm associadas a edema.
- CEAP4 Dermatoesclerose e hiperpigmentação ocre em porção distal da perna.
- CEAP5 Úlcera de estase cicatrizada.
- CEAP6 Úlcera de estase ativa.

Avaliar eventos prévios:

- Varicorrágia
- Tromboflebite (citar número de episódios)
- Ulceração
- Avaliar dor (se limitante, se há correlação com a classe CEAP):
- Indicar tratamento intervencionista somente em CEAP2 (em caso de varizes salientes), 3, 4, 5, 6

Considerar que os pacientes com idade avançada, portadores de comorbidades (DM, ICC, IRC e OBESIDADE GRAVE, por exemplo) e com varizes de MMII, deverão ser avaliados pelos médicos de família ou clínicos, podendo esses casos se beneficiar da intervenção do especialista com o tratamento clínico.

Para a triagem da doença vascular periférica, realizar, quando possível e pertinente, o índice tornozelo-braço ou, se indisponível, aplicar o questionário de claudicação de Edimburgo e apesquisa de ausência de pulsos (pedioso e tibial posterior).

Exames mínimos necessários: Hemograma, Coagulograma, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, ECG, Colesterol total e Frações, Triglicérides, PCR e ASLO.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Claudicação intermitente de origem arterial com ou sem úlcera de pele
- b) Paciente com quadro sugestivo de obstrução arterial periférica (alteração de pulsos periféricos, não agudo);
- c) Insuficiência venosa com Dermato esclerose e hiperpigmentação ocre em porção distal da perna, cicatriz de úlcera ou úlcera em atividade e/ou tromboflebite para investigação e avaliação da necessidade de tratamento invasivo (CEAP 4, 5 e 6)
- d) Paciente com suspeita de trombofilia (TVP de repetição)
- e) Edema de membro inferior de origem vascular, desde que afastado fase aguda de TVP;
- f) Vasculites de evolução aguda;
- g) Pacientes já submetidos a procedimentos invasivos com retorno da sintomatologia;
- h) Linfedema complicado;
- i) Aneurismas arteriais torácicos, abdominais, de membros inferiores e membros superiores;
- j) Suspeita/diagnóstico de doença oclusiva das artérias carótidas.
- k) Tromboflebite superficial;

2) Prioridade II (Média)

- a) Acompanhamento de tratamento de TVP
- b) Linfedemas em complicação;
- c) Insuficiência venosa com edema (CEAP3)
- d) Insuficiência arterial crônica assintomático;
- e) Pacientes portadores de Distúrbios Vaso-espásticos (Raynaude Trombo flebite Obliterante).

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Varizes CEAP2 e 1;
- b) Pacientes jovens com microvarizes ou para procedimentos estéticos que não são autorizados pelo SUS.

AS URGÊNCIAS DEVERÃO SER ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

- Aneurisma de aorta abdominal com dor abdominal (risco de ruptura);
- Suspeita de insuficiência arterial aguda (dor em MMII ou MMSS seguida de cianose ,hipotermia e palidez);
- Suspeita deTVP;
- Lesão ulcerada recente com dor forte e pulsos distais não palpáveis;
- Sinais de isquemia e necrose de pododáctilos;
- Vasculites agudas;
- Pé diabético infectado;
- Dentre outros conforme o parecer do médico assistente.

Indicações ao Ambulatório de Escleroterapia:

- CEAP avançado;
- Risco cirúrgico alto (idade avançada e uso de anticoagulantes);
- Impossibilidade de repouso pós operatório (cirurgia de varizes);
- Varicectomias prévias;
- Vontade do paciente;

CARDIOLOGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS:

- **Hipertensão Arterial**

Somente encaminhar com prioridade ao especialista os casos de hipertensão arterial de alto e muito alto grau de risco, hipertensão arterial resistente e suspeita de hipertensão arterial secundária.

Encaminhar com exames propedêuticos já realizados (Rx de tórax, ECG, glicemia de jejum,Creatinina, lipidograma e urina rotina), além de quaisquer relevantes na avaliação do quadro.

- **Insuficiência Coronariana/Dor torácica/Precordialgia:**

Encaminhar com exames de Rx de tórax, ECG, glicemia de jejum, lipidograma e ácido úrico, além de quaisquer outros já realizados;

- **Insuficiência cardíaca/Dispnéia/Cansaço:**

Encaminhar com Rx de tórax e ECG, além de quaisquer outros exames já realizados.

- **Valvulopatias/Sopros:**

Informar as características do sopro, descartando o funcional na vigência de febre, anemia e hipertireoidismo; se em crianças, informar se a mesma foi avaliada em condições de febre e se persiste após episódio. Encaminhar com Rx de tórax e ECG já realizados.

- **Arritmias:**

Encaminhar os pacientes com diagnóstico estabelecido de arritmia cardíaca, síncope ou pré-síncope e história de marca-passo permanente.

- **Avaliação para atividade física:**

Os pacientes que iniciarão suas atividades físicas ou que já tem alguma prática farão avaliação

cardiológica uma vez por ano, com o **generalista**.

- **Risco Cirúrgico:**

Encaminhar com a devida classificação de prioridade cirúrgica, e exames já realizados.

Exames mínimos necessários: ECG (Eletrocardiograma), Rx de Tórax em incidência Pósterio Anterior (PA), Hemograma Completo, Glicemia de Jejum, Colesterol Total e Frações, Triglicérides, Creatinina/Uréia, Função Hepática e Potássio; sorologia para Doença de Chagas nos casos suspeitos, T4 Livre e TSH em caso de Arritmias, Coagulograma em caso de Risco Cirúrgico/Valvulopatias.

CLASSIFICAÇÃO DE SITUAÇÃO CARDIOLÓGICA:

Os estágios de Insuficiência Cardíaca (New York Heart Association):

- **Classe I (leve)**

Sem limitações para atividade física. Atividade usual não causa fadiga inapropriada, palpitação ou dispnéia.

- **Classe II (leve)**

Limitação discreta das atividades. Confortável em repouso, mas atividade física usual em resulta fadiga, palpitação ou dispnéia.

- **Classe III (moderada)**

Limitação marcante da atividade física. Confortável em repouso, mas atividade física mais leve que a usual gera fadiga, palpitações e dispnéia.

- **Classe IV (grave)**

Limitação marcante da atividade física. Confortável em repouso, incapaz de fazer qualquer atividade física sem desconforto Sintomas de Insuficiência Cardíaca no repouso. Quando é iniciada qualquer atividade física agrava o desconforto.

CLASSIFICAÇÃO DA CANADIAN CARDIOVASCULAR SOCIETY (CCS) PARA ANGINA PECTORIS:

- **Classe I**

Atividade física usual para caminhar, subindo escadas não causa Angina. Angina ocorre com esforços extenuantes, exercício rápido ou prolongado.

- **Classe II**

Limitação discreta da atividade usual. Angina ocorre ao subir escadas rapidamente, caminhar em ladeira, caminhar ou subir escadas após refeições ou no frio ou no vento ou sob estresse emocional, ou apenas durante algumas horas após despertar.

- **Classe III**

Limitações marcantes das atividades físicas usuais. Angina ocorre caminhando um a dois quarteirões no plano e subindo um andar e escada em ritmo normal.

- **Classe IV**

Incapaz de fazer qualquer atividade física sem sentir Angina, Angina pode estar presente em repouso.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Hipertensão arterial sistêmica de alto e muito alto grau de risco, conforme diretrizes para a Organização da Rede Hiperdia Minas; hipertensão arterial resistente e suspeita de hipertensão arterial secundária;
- b) IC evoluindo com sinais de descompensação e/ou grau III/IV;
- c) História recente de atendimento em urgência ou internação por Insuficiência Cardíaca Descompensada ou Síndrome Coronariana Aguda (pós-Infarto Agudo do Miocárdio e Angina Instável);
- d) Arritmias/Extrassístolias sintomáticas;
- e) Síncope com suspeita principal de origem cardíaca;
- f) Portadores de valvulopatias diagnosticadas previamente e evoluindo para descompensação.

2) Prioridade II (Média)

- a) IC crônica assintomática;
- b) Quadro típico de Angina Estável
- c) Pós-operatório tardio de cirurgias cardiológicas em pacientes que reiniciem sintomas (Valvulopatias, Pós Revascularização Miocárdica, Portadores de Marca-passo e Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI)
- d) Arritmias/Extrassístolias assintomáticas
- e) Pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca de pacientes assintomáticos e que estavam sem controle;
- f) Portadores de valvulopatias assintomáticos

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Avaliação de sopros em pacientes assintomáticos;
- b) Pacientes portadores de Síndrome Metabólica;
- c) Síncope sem suspeita principal de origem cardíaca;

CIRURGIA GERAL

Observação:

- Sempre observar relatos de sintomas urinários (prostáticos), obstipação intestinal e doenças pulmonares (especialmente DPOC).
- Caso haja doenças prostáticas, pulmonares ou intestinal (constipação), estas deverão ser tratadas antes de encaminhar o paciente ao cirurgião geral.
- Todos os pacientes com indicação cirúrgica deverão levar os exames pré-operatórios e a avaliação cardiológica ao especialista.

MOTIVOS MAIS COMUNS:

- **Hérnia Inguinal**

Encaminhar todos os casos

- **Hérnia Epigástrica/Hérnia Umbilical**

Encaminhar todos os casos

- **Hérnia Incisional**

Encaminhar todos os casos

- **Colelitíase/Coledocolitíase**

Encaminhar todos os casos

Nos pacientes com coledocolitíase o cirurgião deverá avaliar a necessidade de realização de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE). Regular para Hospitais que dispõem de aparato para realização de colangiografia intra-operatória (serviço ainda indisponível em nossa rede).

- **Pólipos da Vesícula Biliar**

Habitualmente os pólipos com mais de **1,0 cm** de diâmetro são removidos cirurgicamente, devido ao risco de malignização.

Os pólipos maiores que **5,0 mm** necessitam de acompanhamento ultrassonográfico a cada seis meses.

- **Divertículos Intestinais**

Divertículo de Meckel e Doença Diverticular Colônica deverão ser encaminhados em casos de complicação (infecção/sangramento)

- **Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)/Esofagite Grave com Complicações**

Encaminhar todos os pacientes com DRGE complicada com esofagite grave

- **Megaesôfago**

Encaminhar todos os pacientes com disfagia e repercussão nutricional

- **Úlcera Péptica com Estenose Pilórica**

Encaminhar todos os pacientes com quadro de estenose pilórica

Observação: Pacientes com ulceração gástrica deverão ser submetidos a Endoscopia Digestiva Alta(EDA) com biópsia e encaminhados com o resultado do exame histopatológico.

- **Neoplasias Benignas do Estômago e Intestino Delgado**

Encaminhar todos os pacientes

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Hérnia inguinal, epigástrica, umbilical ou incisional encarcerada;
- b) Colelitíase com cálculos sintomáticos com ou sem icterícia;
- c) Pólipos de vesícula com suspeita de neoplasia;
- d) Doença diverticular com anemia, história de melena ou sangramento oculto;
- e) DRGE em pacientes com comprometimento nutricional e esofagite grave;
- f) Megaesôfago com disfagia e repercussão nutricional;
- g) Úlcera péptica com estenose pilórica com comprometimento nutricional (emagrecimento);
- h) Neoplasias benignas do estômago e intestino delgado com dor recorrente e comprometimento nutricional (emagrecimento).

2) Prioridade II (Média)

- a) DRGE/Esofagite grave com complicações;
- b) Colelitíase assintomática;

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Hérnia inguinal;
- b) Hérnia Epigástrica;
- c) Hérnia Umbilical;
- d) Hérnia Incisional;
- e) Pólipos da vesícula biliar.

CIRURGIA AMBULATORIAL

MOTIVOS MAIS COMUNS:

Verrugas; Cisto Sebáceo; Fibroadenoma; Lipoma; Tumores benignos e malignos de Pele; dentre outros.

Descrever detalhadamente a evolução e característica da lesão, relatando doenças associadas e citando, SEMPRE, hipótese diagnóstica e motivo do encaminhamento (Exemplo: biópsia, retirada da lesão). Além disso, descrever tratamentos já realizados.

Observação: Os pacientes encaminhados para realizar Cirurgia Ambulatorial devem estar clinicamente estáveis quanto às suas doenças de base, se existir (Hipertensão Arterial, Diabetes, por exemplo); esses deverão ser encaminhados com relatório clínico do médico assistente.

CIRURGIA PEDIÁTRICA

MOTIVOS MAIS COMUNS:

Todos os casos abaixo deverão ser encaminhados: Hérnia epigástrica, Hérnia umbilical, Hérnia inguinal, Cisto de supercílio, Rânula, Restos branquiais, Cisto tireoglosso, Hemangioma, Higroma, Hidrocele, Varicocele, Fimose, Criptorquidia uni ou bilateral, Hipospádia e Epispádia.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Hérnia inguinal sintomática uni ou bilateral em menores de 1 ano;

- b) Hérnia inguinal uni ou bilateral acima de 1 ano;
- c) Crianças com hérnia (qualquer tipo) sintomática abaixo de 2 anos de idade e acima de 2 anos pela idade (quanto mais novo maior a prioridade);
- d) Criptorquidia uni ou bilateral, com idade cirúrgica de 2 anos ou em qualquer idade com hérnia inguinal sintomática;
- e) Hipospádia;
- f) Epispádia;
- g) Varicocele.

2) Prioridade II (Média)

- a) Hérnia umbilical acima de 3 anos de idade sintomática ou não desde o nascimento e hérnia epigástrica;
- b) Cisto tireogloso;
- c) Higroma;
- d) Varicocele;
- e) Fimose
- f) Cisto supercílio;
- g) Rânula;

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Umbilical assintomática acima de 03 anos de idade;
- b) Hérnia Epigástrica.

COLOPROCTOLOGIA

Considerando a disponibilidade da rede encaminhar ao Gastroenterologista.

MOTIVOS MAIS COMUNS:

- Dor anal, Sangramento Anal, Hemorróidas:

Descrever a presença de dor, tempo de evolução, hábito, intestinal, presença de sangue ou prolapso, dieta atual, patologias associadas (descrever detalhadamente o motivo do encaminhamento, além de encaminhar com exame de EPF).

- Alteração do Hábito intestinal, constipação intestinal:

História sucinta, tempo de evolução, características do hábito intestinal, presença de sangue nas fezes, prolapso anal, dieta atual, doenças associadas, além de encaminhar com exames de EPF no caso de constipação, enema opaco intestinal.

- Neoplasias colorretais com forte suspeita de malignidade encaminhar a proctologia/oncologia

Descrever detalhadamente o motivo do encaminhamento, além de encaminhar com exame

- Pesquisa de Sangue oculto nas fezes positiva

Encaminhar os pacientes que apresentem PSO +, quando afastadas outras causas que sejam passíveis de tratamento clínico ambulatorial.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Hemorróidas de terceiro e quarto graus, de tratamento cirúrgico, já tratada se/ou descompensadas.
- b) Fístula anorretal e/ou fissura anal (casos já tratados e recorrente se/ou descompensados)
- c) Incontinência anal (casos já tratados e recorrentes e/ou descompensados) e casos moderados graves.
- d) Enterorragia importante com necessidade de ir a serviço de urgência e/ou receber hemotransfusão.
- e) Alteração do hábito intestinal nos últimos 2 anos seja para constipação, seja para alteração do hábito intestinal nos últimos 2 anos seja diarreia + emagrecimento importante com anemia – investigação de neoplasia;
- f) Neoplasias colorretais (ou suspeita, por exemplo, por meio de uma colonoscopia prévia);
- g) Diarreia crônica, casos em que o clínico já descartou parasitoses, com presença de sangue nas fezes;
- h) Pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva com o paciente assintomático;
- i) Paciente com SIDA + sintomas intestinais e/ou orificiais;

Observação: Os dois últimos grupos devem ser rastreados para neoplasia anal.

2) Prioridade II (Média)

- a) Hemorróidas de segundo grau;
- b) Fissura Anal (exceto os casos descritos na prioridade I);
- c) Fístula Anal não complicada;
- d) Condiloma Acuminado, abscesso perianal e/ou cisto pilonidal;
- e) Pólipos e Diverticulose Colônica (diagnóstico por meio de Enema Opaco);
- f) Rastreamento familiar positivo para neoplasia de intestino (parente de primeiro grau com caso confirmado de neoplasia intestinal); Seguimento de tratamento de doença inflamatória intestinal - quando paciente possui colonoscopia prévia;
- g) Paciente com queixas orificiais: hematoquezia ou dor anal, secreção anal persistente ou intermitente;
- h) Paciente com DST anal.

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Hemorróidas primeiro grau;
- b) Incontinência Anal leve;
- c) Constipação intestinal crônicas em outros sintomas associados (descartar primeiro maus hábitos alimentares).

DERMATOLOGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS:

Os profissionais médicos podem encaminhar TODAS as patologias de suspeita dermatológica simples por escrito para a Dermatologia, que não tiveram resposta ao tratamento médico realizado na Unidade Básica de Saúde.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

1) Prioridade I (Alta)

- a) Neoplasias de pele: Melanoma, carcinomas e ceratoses actínicas, nessa ordem de prioridade;
- b) Herpes Zoster;
- c) Sarcoma de Kaposi;
- d) Nevus de crescimento rápido ou com alterações morfológicas suspeitas como assimetria, borda irregular ou pouco definida, cor alterada, diâmetro aumentado e elevação. Outros sinais como ferimento que não cicatriza, sinais inflamatório além da borda, mudança na sensação como coceira, sensibilidade e dor).

2) Prioridade II (Média)

- a) Alopecia areata
- b) Psoríase
- c) Vitiligo
- d) Tinhas (sem melhora após intervenção inicial na APS)
- e) Farmacodermias, dermatites de contato, urticárias, lesões pruriginosas, eritematosas, bolhosas e purpúreas persistentes após intervenção da APS.
- f) Foliculites, furúnculos e impetigos na fase subaguda ou crônica (sem melhora após intervenção inicial na APS)
- g) Candidíase (sem melhora após intervenção inicial na APS)
- h) Dermatite atópica (sem melhora após intervenção inicial na APS)

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Paroníquia crônica
- b) Acne
- c) Melasmas
- d) Dermatose papulosa e ceratose seborréica
- e) Melanoses solares
- f) Leucodermias gutatas (sardas brancas)
- g) Queloides
- h) Nevussem alterações morfológicas recentes ou suspeitas
- i) Desidrose
- j) Alopecias
- k) Onicomicoses

ENDOCRINOLOGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS:

- Diabetes tipo I

Encaminhar todos os pacientes para que sejam acompanhados pelo especialista.

- Diabetes tipo II

Manter o controle na UBS (Unidade Básica de saúde) para os pacientes em uso de hipoglicemiantes, bem controlados, sem comorbidades e sem complicações.

Encaminhar TODAS as Gestantes e TODOS os pacientes tipo II com dificuldade de controle.

Observações:

Ressaltamos a necessidade de aferição das glicemias capilares para diabéticos principalmente tipo I constando HORA E DATA.

Encaminhar sempre com exames de glicemia de jejum e HBA1C (hemoglobina glicada) além de quaisquer exames já realizados (insulina, fundo de olho, anti-GAD, microalbuminúria, peptideo C e outros).

- Doença da Tireóide

Observar necessidade de exames de imagem e outros laboratoriais.

Encaminhar sempre com exames de TSH e T4 livre, e quaisquer exames já realizados (T3, TRAB, Anti -TPO, Ultrassom e outros).

Quando suspeitar de hipotireodismo, solicitar TSH e T4 livre. Primariamente o hipotireodismo deve ser tratado na UBS.

Encaminhar todos os casos de Hipertireoidismo.

- Obesidade

Encaminhar SEMPRE com relatório constando a avaliação clínica e exames complementares básicos solicitados pelo profissional médico assistente.

Observações:

- Encaminhar os casos de obesidade grau I com comorbidades, grau II e grau III sempre com exame de glicemia de jejum, HBA1C e lipidograma.
- Quando encaminhar, **citar o motivo** e qual a conduta desejada (nutrição, cirurgia bariátrica, outros).
- Ressaltamos que os sobrepesos devem ser acompanhados por profissionais médicos, Equipe de Enfermagem e Equipe Multi.

- Cirurgia Bariátrica

*O paciente será encaminhado ao ambulatório de Obesidade Grave SUS/POÇOS DE CALDAS. Para agendamento de consulta especializada em Obesidade Grave junto à Central de Marcação de Consultas da SMS/SUS/POÇOS e o mesmo se dará conforme portaria nº 425 de 19 de março de 2013 e as diretrizes do Caderno de Atenção Básica número 38 – Estratégias para o Cuidado com Doenças Crônicas - Obesidade, publicado em 2014, os pacientes deverão ser acompanhados pelas equipes de Saúde da Família por um período de **dois anos**, antes do encaminhamento para o ambulatório especializado de obesidade clínica.

Este acompanhamento deverá obedecer à padronização de ações envolvendo as equipes da Saúde da Família, Equipe Multi e e outras iniciativas de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.

* Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 50 Kg/m², com avaliação prévia na Atenção Básica ou na Atenção Ambulatorial Especializada para confirmação da indicação.

* Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

* Indivíduos com IMC maior que 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

- Alterações no Crescimento:

Encaminhar paciente com curva de crescimento com **acompanhamento de no mínimo seis meses, com pelo menos duas medidas feitas pelo mesmo examinador** e relato de peso / estatura atual e dos pais. Além disso, realizar sempre exame de EPF, hemograma, urina rotina e rx punho. E o mesmo deve ser encaminhado após exclusão de patologias mais comuns: parasitoses, anemia, ITU, fator carencial /desnutrição e hipotireodismo.

Cuidados na avaliação:

- Aparecimento de sinais puberais com idade **MENOR de oito anos nas meninas e MENOR de nove anos nos meninos.**
- Avanço de idade óssea > 2 anos em relação à idade cronológica.
- Velocidade de crescimento > 4-6 cm/ano.
- Avanço rápido e progressivo dos caracteres sexuais.
- Prognóstico de estatura fora do canal de seus pais

- Telarca e Pubarca Precoces

História sucinta constando a descrição dos caracteres sexuais secundários: pêlos, mamas e em outras partes levando-se em conta que telarca e pubarca após os nove anos é considerado normal.

- Disfunção das Glândulas Supra-Renais

Qualquer paciente com suspeita deve ser encaminhado: obesidade central, hiper ou hipotensão, hipertricrose, alopecia, estrias violáceas, hiperpigmentação de mucosas, amenorréia, anorexia, astenia ou redução em pilificação do corpo.

- Distúrbios do Cálcio:

Osteoporose confirmada ou alterações do cálcio em exames complementares (Cálcio iônico, Cálcio Total, Urina Rotina, TSH e outros).

- Dislipidemias:

Alterações do colesterol e triglicérides resistentes a tratamentos convencionais devem ser encaminhados com HBAIC, PCR, ultrassom abdominal total.

- Reposição Hormonal da Menopausa, Distúrbios da Menstruação e Andropausa: Disfunção sexual, cansaço, diminuição da força muscular em

homens, alterações em exames ou sinais e sintomas característicos em ambos os sexos, devem ser encaminhados para investigação e tratamento.

- **Excesso de Pêlos:**

Alterações em mulheres devem ser investigadas;

- **Doenças da Hipófise:**

Presença de leite em mamas fora do período de amamentação, distúrbios da visão, dores de cabeça, aumento do número do sapato e alterações de face devem ser encaminhados;

Exames mínimos necessários: glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicérides, Creatinina e urina rotina, ou complementares de acordo com a hipótese. Exames complementares necessários para suspeitas de:

- **Cushing:** Glicemia, hemograma, Na e K plasmáticos, cortisol sérico e urinário, ACTH, Rx de crânio, ultrassonografia da adrenal.
- **Addison:** Na, K, glicemia, cortisol sérico e urinário.
- **Hiperandrogenismo:** Testosterona, FSH, LH, K urinário, 17 OH progesterona, Prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol plasmático, USG;
- **Hiperaldosteronismo:** Aldosterona sérica, excreção urinária de potássio, Na, K, relação Aldo/APR (atividade plasmática de renina);
- **Neoplasias hipofisárias:** Prolactina, cortisol sérico ou urinário, IgF1, ACTH, TSH, T4 livre, FSH, LH.
- **Hiperprolactinemia:** dosagem de prolactina e prova de função tireoidiana.
- **Supra-renais e hipófise:** revisão laboratorial bioquímica e hormonal.

Observação: Os agendamentos das primeiras consultas deverão ser realizados mediante exames já citados atualizados (máximo três meses). Os retornos deverão ser agendados mediante exames solicitados pelos especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Todos (as) pacientes com Diabetes tipo I;
- b) Usuárias com Diabetes gestacionais;
- c) Diabetes Mellitus em criança;
- d) Diabetes tipo II de difícil controle:
- Diabetes *mellitus* tipo II de alto e muito alto grau de risco, conforme critérios de encaminhamento da Rede Hiperdia Minas, os quais incluem casos como internações, complicações, acometimento de órgãos-alvo ou controle glicêmico **muito ruim - HBA1C maior que 9**, especialmente se em uso da insulina ou se em uso de antidiabético oral em dose plena e insulinização impossível de ser realizada na APS; usuário recém-diagnosticado + indicação de insulinização (glicemia acima de 300mg/dl) + **insulinização impossível de ser realizada na APS**.
Diabéticos com baixa de acuidade visual repentina.
- Usuários com *Diabetes Mellitus* tipos I e II com diagnóstico de perda de sensibilidade protetora plantar confirma da e/ou alterações na avaliação vascular dos pés
- e) Diabetes Insipidus;
- f) Hipertireoidismo descompensado e/ou não responsivo ao tratamento medicamentoso.
- g) Tumefação/nódulo tireoidiano aguda/recente

- h) Distúrbios osteometabólicos;
- i) Doença de Basedow-Graves;
- j) **Suspeita** de neoplasia em Endocrinologia;
- k) Genitália ambígua;
- l) Puberdade Precoce;
- m) Patologias de Glândulas Supra-Renais;
- n) Feocromocitomas;
- o) Hipoparatiroidismo/Hiperparatiroidismo;
- p) Disfunções hipofisárias;
- q) Acromegalia;
- r) Hipotireoidismo central;
- s) Nódulo tireoidiano; (se indicação de PAAF pelo TI-RADS)
- t) Bócio com compressão do trato respiratório;

2) Prioridade II (Média)

- a) Talarca e Pubarca precoce (antes de 08 anos);
- b) Hiperprolactinemia;
- c) Hiperaldosteronismo Primário;
- d) Hipoglicemia;
- e) Hipertireoidismo sem complicações;
- f) Hiperplasia congênita de Supra-Renal.

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Alterações de crescimento;
- b) Obesidade de difícil controle e necessidade de medicação e/ou indicação cirúrgica (obesidade grau 1 com comorbidades, grau2 e grau3);
- c) Obesidade infantil e dislipidemia;
- d) Dislipidemia de difícil controle em adulto;
- e) Síndrome Metabólica;
- f) Disfunções tireoidianas subclínicas ou nódulo antigo;
- g) Bócio (> 6 meses), exceto se compressão do trato respiratório;
- h) Puberdade retardada;
- i) Ginecomastia;
- j) Hirsutismo;

INFECTOLOGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS

- AIDS e infecção pelo HIV
- Leishmanioses
- Tuberculose
- Hanseníase
- Hepatites virais
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Exposição a agentes infecciosos com necessidade de profilaxia
- Lesões cutâneas de origem infecciosa
- ITU de repetição

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) AIDS e infecção pelo HIV com sintomas;
- b) Hanseníase
- c) Tuberculose
- d) Leishmaniose visceral
- e) Úlceras genitais, corrimento uretral
- f) Exposição a agentes infecciosos com necessidade de profilaxia;
- g) Hepatites virais
- h) Herpes Zoster

2) Prioridade II (Média)

- a) Leishmaniose tegumentar
- b) Lesões cutâneas de origem infecciosa
- c) Lesões vasculares complicadas após avaliação pela angiologia
- d) Osteomielite crônica
- e) Verrugas genitais
- f) Hepatites virais sem sintomas

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Imunodeficiências primárias
- b) Sinusite de repetição após avaliação da otorrinolaringologia
- c) ITU de repetição
- d) Dermatofitoses
- e) Screening para DST

GASTROENTEROLOGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS

- Epigastralgia/Úlcera:

Citar história sucinta, tempo de evolução da dor características, hábito intestinal e sintomas concomitantes, encaminhando com exames de EPF (Duas amostras em MIF) e em caso de úlcera. Relatar SEMPRE tratamentos prévios e medicamentos em uso no momento.

- Diarréia crônica:

Citar história sucinta com tempo de evolução, hábito intestinal e sintomas concomitantes. Realizar EPF (Três amostras em MIF), HMG, sangue oculto nas fezes e Kato-Katz. Relatar tratamentos e medicações em uso.

- Dor abdominal:

Citar história sucinta, tempo de evolução da dor e características, além de sintomas associados. Relatar tratamentos já realizados e medicamentos em uso no momento. Encaminhar com realização de Hemograma, VHS e EPF (Duas amostras em MIF).

- Achado sorológico positivo para Hepatite viral após doação de sangue:

Encaminhar à infectologia da rede municipal, conforme fluxo existente.

- Colelitíase:

Deve-se encaminhar para a Cirurgia Geral.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Neoplasias;
- b) Pancreatite e Hepatites crônicas;
- c) Cirrose hepática.

2) Prioridade II (Média)

- a) Úlcera Péptica atual ou história de úlcera gástrica/duodenal Úlcera Péptica atual ou história de úlcera gástrica/duodenal ou tratada com recidiva de sintomas.
- b) Gastrite não responsiva a tratamento medicamentoso adequado (manutenção de sintomas por mais de 4x na semana após tratamento adequado).
- c) Gastrite atrófica diagnosticada por Endoscopia Digestiva Alta
- d) Doenças Inflamatórias Intestinais*: Doença de Crohn, Colite Ulcerativa. Priorizar os pacientes já tratados e com sintomas recorrentes e/ou descompensados;
- e) Doenças do refluxo gastroesofágico*: Hérnia de hiato, esofagite de refluxo, Esôfago de Barret.

1) Prioridade III (Baixa)

- a) Síndrome do Cólon irritável;
- b) Constipação intestinal crônica sem outros sintomas associados;
- c) Diarréia crônica não complicada;

HEMATOLOGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS

- **Anemia:** citar história sucinta com tempo de evolução, sinais e sintomas associados, presença de sangramentos e patologias associadas. Realizar hemograma completo, reticulócitos, dosagem ferro sérico e ferritina. Especificar a hipótese diagnóstica e relatar tratamentos já realizados. Se macrocitose, solicitar dosagem de Vitamina B12 e Folato.
- **Leucopenia sem causa específica:** citar história clínica sucinta, incluindo a história pregressa, evolução, presença de febre e outros sintomas concomitantes, história familiar e patologias associadas. Realizar hemograma completo, sorologias, dosagem de Vitamina B12 e Folato. Relatar os tratamentos realizados e medicamentos em uso com as respectivas doses.
- **Plaquetopenia:** Realizar história sucinta com relato de presença de equimoses, sangramentos ou petéquias. Relatar as doenças associadas. Realizar hemograma completo e reticulócitos. Relatar tratamentos realizados e medicações em uso com as respectivas doses. Se plaquetas menor que 100.000 repetir dosagem de plaquetas em 15 dias para confirmar. Sugerimos nova coleta em Tubo de Citrato para descartar falsa Plaquetopenia.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Anemias aplásicas
- b) Anemias hemolíticas
- c) Plaquetopenias graves (plaquetas menores que 50.000);
- d) Leucopenias graves (neutrófilos menores que 500);
- e) Trombocitoses (plaquetas maiores que 900.000).

2) Prioridade II (Média)

- a) Anemias carenciais não responsivas ao tratamento adequado: realizar hemograma e reticulócitos, dosagem de vitamina B12, ácido fólico e ferritina sérica;
- b) Plaquetopenias leves.

3) Prioridade III (Baixa)

MASTOLOGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS:

- Dor mamária
- Nódulos
- Ginecomastia
 - a) ginecomastia secundária (com causa identificada) que não regrediu espontaneamente em 12 meses, após manejo específico adequado, em paciente com 18 anos ou mais que deseja procedimento cirúrgico;
 - b) ginecomastia idiopática (causa não identificada e investigação normal), em paciente com 18 anos ou mais, que deseja procedimento cirúrgico;
 - c) ginecomastia puberal que não regrediu espontaneamente em 24 meses, após afastadas causas secundárias, em adolescente com desenvolvimento puberal completo (estágio Tanner 5).

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Nódulos palpáveis ao exame ou mamografia;
- b) Descarga papilar espontânea sanguinolenta ou cristalina unilateral;

2) Prioridade II (Média)

- a) Mamografia alterada com categoria 0 a 3
- b) Nódulos pouco suspeitos em pacientes Jovens;
- c) Dor mamária;
- d) Ginecomastia;

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Mastalgia refratária;
- b) Eczema do complexo aréolo-mamilar;
- c) Fístulas areolares;
- d) História familiar positiva de Ca de Mama em parente de primeiro grau (mãe, irmã, filha

NEFROLOGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS:

Síndrome nefrótica, Nefropatia Lúpica, Glomerulopatias, Suspeita de hipertensão arterial secundária, Nefropatia obstrutiva com insuficiência renal, Proteinúria, Doença policística renal e Doença renal cística adquirida.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- Albuminúria maior que 1g /dia ou albuminúria < 1g/dia mais hematúria
- Diminuição abrupta da Taxa de Filtração Glomerular (maior que 30% do basal) em um intervalo de tempo menor que 3 meses.
- Queda anual da TFG maior do que 5ml/min/1,73m2
- TFG inferior a 30ml/min./1,73m2 (Estágios 4 e 5 de DRC)
- TFG entre 30 a 44ml/min./1,73m2 (Estágio 3B com complicações associadas – anemia, alterações eletrolíticas, hiperparatireoidismo secundário)
- Hiper e hipopotassemia a esclarecer
- Síndrome nefrótica
- Nefropatia lúpica
- Glomerulopatias
- Suspeita de hipertensão arterial secundária
- ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas, urológicas ou ginecológicas.
- Nefropatia obstrutiva com insuficiência renal após avaliação do urologista.

2) Prioridade II (Média)

- TFG entre 45 a 59 ml/min./1,73m2 (Estágio 3A de DRC - se complicações associadas ou com causas de DRC não controláveis na APS)
- TFG maior que 59 com lesão de parênquima renal ou exame de imagem alterado (DRC estágios 1 e 2) em indivíduos com causas de DRC não controláveis na APS
- Proteinúria de qualquer nível
- Hematúrias em causa específica
- Microalbuminúria no diabético e hipertenso
- Nefropatia de refluxo
- Doença policística renal.

3) Prioridade III (Baixa)

NEUROCIRURGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS

- **Neurocisticercose:**

Encaminhar todos os casos, sempre que possível, com EEG e TC de crânio.

Priorizar os pacientes descompensados ou aqueles tratados e com sintomas recorrentes.

- **Neoplasias de Sistema Nervoso Central**

Encaminhar todos os casos suspeitos, e com prioridade alta (I).

Algumas das condições clínicas abordadas pela neurocirurgia estão elencadas segundo ordem de priorização das condições neurológicas clínicas a seguir.

- **Hidrocefalia:**

Encaminhar todos os casos com suspeita diagnóstica. Os sintomas variam de acordo com a idade do paciente, grau de fechamento das suturas cranianas e velocidade de progressão da pressão intracraniana.

No lactente o mais notado é o aumento do tamanho da cabeça (perímetro cefálico) muitas vezes em proporções graves; em crianças maiores, o quadro clínico é muitas vezes menos evidente com vômitos (comumente em jato), irritabilidade, letargia, sinal de Macwen (à percussão do crânio, tem-se a sensação deste ser semelhante a um “pote rachado”), papile de mae estrabismo.

- **Tumores cranianos:**

Encaminhar todos os casos.

- **Hérnias Discais e Mielopatia Espondilótica:**

Encaminhar todos os casos candidatos a tratamento cirúrgico.

- **Síndromes compressivas do Sistema Nervoso periférico:**

Encaminhar todos os casos candidatos a tratamento cirúrgico.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- Hidrocefalia;
- Neoplasia do SNC;
- Neurocisticercose descompensado ou com sintomas recorrentes;
- Tumores cranianos com déficit neurológico progressivo;
- Síndromes compressivas do Sistema Nervoso periférico, quando paciente apresentar lesão traumática recente

2) Prioridade II (Média)

- Neurocisticercose compensados

3) Prioridade III (Baixa)

NEUROLOGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS

- **Cefaléia**

Conforme avaliação clínica, o generalista deverá encaminhar os pacientes com cefaléia juntamente com os exames já realizados, especial atenção deve ser dada as cefaléias de difícil controle, associadas a distúrbios do comportamento, convulsões, agravamento progressivo ou instalação súbita e constante. Cefaleia tensional e Migrânea podem ser tratadas na Atenção Primária da Saúde, encaminhar caso não tenha controle com o tratamento ou se sinais de alarme.

- **Epilepsia, Convulsões e “desmaios”**

Descrever de forma completa o motivo do encaminhamento, evolução, doença associadas e hipoglicemia. No caso de convulsão febril em crianças deve-se tratar o quadro de base e depois encaminhar ao neurologista. Caso a medicação termine antes do retorno ao especialista e estando o paciente sob controle, a prescrição poderá ser mantida pelo médico da UBS até o retorno ao neurologista.

- **Distúrbios de Aprendizagem, Atraso Psicomotor**

Especificar qual distúrbio neuropsicomotor foi observado, qual distúrbio do comportamento, tempo de evolução e dados sobre o parto e primeiro ano de vida.

- **Seqüela de AVC**

A prescrição e o acompanhamento de reabilitação fisioterápica devem ser feitos pelo generalista ou pelo neurologista. A avaliação de déficit motores de seqüelas de AVC ou trauma para fins de obtenção de benefícios ou passe livre deve ser feita pelo neurologista.

- **Hidrocefalia, mielomeningocele e cranioestenose**

Encaminhar ao neurologista para avaliação.

Ao encaminhar, sempre relatar a história clínica e evolução, curva do perímetro cefálico (PC), presença de déficit neurológico e formato do crânio. Raios-X de crânio se há suspeita de cranioestenose será necessário.

- **Manifestações Psicossomáticas**

Manifestações orgânicas ou queixas subjetivas que sugerem quadro depressivo ou de ansiedade devem ser encaminhados ao psiquiatra.

Exames mínimos necessários: os compatíveis com a clínica apresentada.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Ataque isquêmico transitório (AIT);
- b) Epilepsia de difícil controle;
- c) Convulsões e/ou Epilepsia de início recente;
- d) Doenças neurometabólicas no 1º ano de vida;
- e) Doença neuromuscular;
- f) Suspeita de má-formação cerebral
- g) Paciente com cefaléia e alterações neurológicas ao exame físico;
- h) Cefaléia de início recente em paciente idoso;
- i) Tonturas com sintomas cerebelares;
- j) Esclerose lateral lprimária;
- k) Acompanhamento do tratamento de meningite;
- l) Suspeita de neoplasia de sistema nervoso;
- m) Fraturas vertebrais;
- n) Mioclonias;
- o) Epilepsia com crise convulsiva recente a despeito do uso correto de anticonvulsivantes;
- p) Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA);
- q) Neurocisticercose com sintomas neurológicos;
- r) Demência de início recente;
- s) Recidiva de AVC;
- t) Cefaléia de difícil controle ou causa desconhecida;
- u) Doença do disco intervertebral (hérnia de disco);
- v) Convulsão febril;
- w) Miastenia Gravis;
- x) Esclerose múltipla

2) Prioridade II (Média)

- a) Controle de epilepsia;
- b) Hipotonias;
- c) Distonias;

3) Prioridade III (Baixa)

- d) Doença de Alzheimer;
- e) Enxaqueca e cefaléias sem critérios de gravidade;
- f) Hiperatividade;
- g) Distúrbios de aprendizagem/ Déficit de atenção;
- h) Distúrbios do sono/Distúrbios de conduta;
- i) Nevralgia do trigêmeo;
- j) Neuralgia herpética;
- k) Paralisia de Bell.
- l) Desordens do controle motor;
- m) AVC (seqüelas);
- n) Neuropatias periféricas;

- o) Doença de Parkinson;
- p) Malformação do SNC - seqüelas neurológicas de prematuridade;
- q) Paralisia cerebral - seqüela de hipoxia periparto ou outras;

OFTALMOLOGIA

Orientar a trazer os óculos, receitas antigas e todos os exames oftalmológicos se tiver e/ou laboratoriais que possam informar doenças associadas ex: Diabetes, hipertensão.

MOTIVOS MAIS COMUNS

- Dificuldade visual

Descrever a história clínica completa nos pacientes com relato de déficit visual ou queixas oculares como prurido, lacrimejamento, dentre outros (citar presença de outras patologias)

Pacientes com queixas agudas, de forte intensidade com sintomas associados, deverão ser sempre encaminhados as urgências clínicas para avaliação inicial.

- Baixa Acuidade Visual (BAV)

Não se esquecer de colocar doenças associadas principalmente diabetes e hipertensão e tratamentos anteriores. Observação: Os pacientes com queixa de déficit visual devem ser submetidos pelo médico clínico ou outro profissional habilitado, sempre que possível, ao teste de Snellern para ver a gravidade ou prioridade.

- CONJUNTIVITE, DOR OCULAR e OLHO VERMELHO

Lembrar de colocar sintomas relacionados como ardor, lacrimejamento, hiperemia ocular, “cansaço visual”, diplopia, dor periorbitária, história familiar de glaucoma (encaminhar para a urgência quando pertinente)

- RETINOPATIA DIABÉTICA e/ou HIPERTENSIVA

Informar o valor da pressão arterial, levar exame de glicemia de jejum, e HbA1C e relatórios oftalmológicos prévios.

- Cefaléia

Encaminhar os pacientes relacionadas a problema oftalmológico com cefaléia persistente, frontal (após período escolar ou após esforços visuais), **sem outras causas aparentes** (ex.: sinusite, inflamações dentárias e enxaquecas).

Obs.: Cefaléia matinal ou no meio da noite provavelmente não está relacionada a problemas oculares.

- CATARATA:

Informar medicamentos em uso e doenças concomitantes, além do tempo de doença ou de sintomas e sinais, bem como as condições clínicas. Também estão incluídas cataratas traumáticas e de origem metabólica e leucocoria (pupila esbranquiçada), independente da idade.

- ESTRABISMO

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

- GLAUCOMA:

Encaminhar pacientes com história familiar de glaucoma

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Glaucoma;
- b) Criança menor de 7anos com BAV;
- c) Paciente portador de Diabetes Mellitus de alto a muito alto grau de risco (conforme estratificação de risco da SES/MG) ou baixa de acuidade visual repentina;
- d) Estrabismo em crianças menores de 5 anos de idade;
- e) Retinopatia Diabética e Hipertensão arterial.

2) Prioridade II (Média)

- a) Estrabismo em crianças maiores de cinco anos;
- b) Perda de óculos em quem já fazia uso;
- c) Pacientes com Diabetes Mellitus de baixo e moderado grau de risco;
- d) Pacientes com catarata bilateral;
- e) Dificuldade visual - priorizar pacientes entre 09 anos e com mais de 40 anos para consulta de 1a vez.

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Controle de refração anual;
- b) Pterígio;
- c) Calázio (Tersol);
- d) Catarata unilateral em idoso;

ORTOPEDIA

MOTIVOS MAIS COMUNS:

- **Dores na coluna vertebral** - Cervicalgia, Dorsalgias e Lombalgia

Realizar sempre Rx da área afetada (Rx de coluna lombar necessita de preparo intestinal); deformidades ósseas (membros inferiores, hipercifose, escoliose) para deformidades na coluna solicitar Rx de coluna tóraco-lombar em AP e Perfil.

- **Deformidades ósseas em crianças** (genu valgo, cambota, pé torto posicional, pé plano, quedas, perna torta)

Só devem ser encaminhados após os dois anos de idade, já que até essa idade é normal a existência desses casos. A deformidade que estiver em progressão (piora) deve ser acompanhada pelo ortopedista.

- **Dor músculo esquelética localizada a esclarecer**

Descrever de maneira completa o motivo do encaminhamento

- Sequela de fratura

Descrever a localização e evolução, os tratamentos prévios, encaminhar com Raios-X do local afetado em AP e perfil.

-Dor articular, algias ósseas, calcanealgias, artrose de Joelho e coxo-femoral

Encaminhar com Rx da articulação acometida em duas incidências. Em caso de suspeita de esporão do calcâneo a incidência é lateral, se o acometimento for de ombro a incidência é AP e AXIAL;

-Lesões de Ligamentos e Articulações.

-Lesão tendinosa da mão, punho e antebraço

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Tumor ósseo
- b) Escoliose idiopática Juvenil

2) Prioridade II (Média)

- a) Ruptura do manguito rotador
- b) Entorse subaguda
- c) Lombalgia, Dorsalgia e Cervicalgia
- d) Seqüela de fratura
- e) Osteomielite crônica
- f) Síndrome do túnel do carpo, com limitação funcional;
- g) Lesões ligamentosas dos Joelhos e meniscos
- h) Gota
- i) Dor musculoesquelética localizada a esclarecer

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Tendinite
- b) Artrose
- c) Cisto sinovial
- d) Deformidades ósseas
- e) Epicondilite
- f) Deformidade do hálux valgo
- g) Fasceíte plantar (esporão)
- h) Bursite
- i) Síndrome do túnel do carpo, sem limitação funcional

OTORRINOLARINGOLOGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS:

-Sinusites

Encaminhar os casos crônicos, sem resolução adequada na APS, com Rx de face em apresentação mento-naso, fronto-naso e perfil. Colocar de maneira completa e objetiva o motivo do encaminhamento.

-Otites

Encaminhar exames já realizados, se em crianças, pedir Rx de cavum e da face, se suspeitar de obstrução. O tratamento de otites simples não complicadas pós IVAS será realizado na UBS;

-Obstrução nasal

Encaminhar com Rx de cavum (com a boca fechada em crianças, além da face, já em adultos, somente Rx da face). Citar de maneira completa e objetiva o motivo do encaminhamento.

-Vertigem

Encaminhar após descartar outras causas clínicas, solicitar hemograma, TSH, T4 livre, glicemia, colesterol, VDRL

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Disfagia ou disfonia nos últimos 20 dias
- b) Otolgia resistente a terapia
- c) História de epistaxe recidivante (sem sangramento ativo)
- d) Tumefação ganglionar salivar com menos de 2 meses de duração em adultos
- e) Vertigem recidivante de difícil controle
- f) Adenopatia cervical não reacional de aparecimento recente
- g) Surdez súbita (descartar rolha de cerume)
- h) Tosse crônica com disfonia
- i) Polipose nasal
- j) Suspeita de lesão tumoral em orofaringe; altíssima prioridade
- k) Lesão em orofaringe a esclarecer; altíssima prioridade
- l) Ronco com apneia
- m) Paralisia Facial Periférica
- n) Pigarro e faringite crônica (possibilidade de ser neoplasia.)
- o) Respirador bucal; epistaxe recidivante.

2) Prioridade II (Média)

- a) Alterações da otoscopia (fora de episódio agudo de OMA ou otite externa)
- b) Hipoacusia
- c) Otite média de repetição
- d) Sinusite de repetição
- e) Vertigem recidivante leve
- f) Amigdalite de repetição
- g) Rinite alérgica moderada a grave
- h) Obstrução nasal crônica
- i) Disfonia recidivante
- j) Zumbidos
- k) Tosse crônica sem melhora com tratamento adequado
- l) Drenagem de secreção auricular persistente
- m) Cerume levando a hipoacusia

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Cisto retenção nos seios da face
- b) Halitose.
- c) Outros.

PNEUMOLOGIA

Encaminhar os casos abaixo conforme os motivos mais comuns e classificação das prioridades

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Hipertensão pulmonar
- b) DPOC estadiamento III e IV
- c) Necessidade de oxigenoterapia domiciliar

- d) Derrame pleural a esclarecer
- e) Nódulo pulmonar
- f) Tromboembolismo pulmonar de repetição
- g) Hemoptise de repetição
Asma grave
- h) Infiltrado pulmonar a esclarecer
- i) Blastomicose e outras micoses pulmonares
- j) Suspeita de câncer de pulmão
- k) Fibrose cística
- l) Tuberculose resistente ou intolerante ao tratamento (encaminhar para médico específico de referência para TB)
- m) Pneumonias de repetição
- n) Após intervenção cirúrgica torácica.

2) Prioridade II (Média)

- a) Tosse crônica a esclarecer (+ de 08 semanas)
- b) Pneumoconiose
- c) Bronquiectasias
- d) Gestante asmática
- e) DPOC estágio II sem resposta terapêutica adequada
- f) Apnéia obstrutiva do Sono

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Tabagismo sem resposta à abordagem da atenção primária à saúde.

REUMATOLOGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS

-Artrose

Encaminhar com história sucinta informando o tipo de dor, presença de edema articular, evolução e doenças associadas.

Relatar Rx de articulação acometida (AP e Perfil) e da articulação correspondente ou membro contralateral, mesmo sem sintomatologia.

Realizar também hemograma, VHS, PCR e ácido úrico. Citar exames anteriores.

Detalhar os tratamentos já realizados, medicamentos em uso e doses (os casos de artrose em coluna lombar podem ser encaminhados ao ortopedista).

-Fibromialgia

Encaminhar com história sucinta de evolução da dor, características e sintomas associados. Realizar hemograma, VHS, TSH, CPK, Aldolase, FAN, PCR, fator reumatóide e Waaler Rose. Relatar tratamentos realizados.

-Artrite Reumatóide

Encaminhar com história sucinta informando o tipo de dor, presença de edema articular, evolução e doenças associadas. Relatar se há sinais flogísticos articulares.

Realizar hemograma, VHS, TSH, CPK, Aldolase, FAN, PCR, fator reumatóide e Waaler Rose. Relatar tratamentos realizados.

-Doenças reumáticas e reumatismos extra-articulares, doenças difusas do tecido conjuntivo, artropatias microcristalinas, espondiloartropatias e suspeitas de vasculites sistêmicas

Todos os pacientes devem ser encaminhados.

Exames mínimos necessários: Rx de articulação acometida, hemograma, VHS, ácido úrico, proteína C reativa, fator reumatóide, FAN e CPK.

Observação: não se orienta solicitar AntiEstreptolisina O (ASLO), se não houver suspeita de doença reumática (febre reumática), bem como não prescrever Penicilina Benzatina ou outra medicação, se não houver confirmação de Febre Reumática.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Lúpus Eritematoso sistêmico
- b) Artrite Reumatóide Juvenil
- c) Artrite Reumatóide grave e/ou descompensada
- d) Suspeita de doenças reumáticas inflamatórias
- e) Osteoporose avançada
- f) Espondilite anquilosante
- g) Osteoartroses graves incapacitantes.

2) Prioridade II (Média)

- a) Osteoartroses moderadas
- b) Deformidades das articulações, dor óssea, rigidez matinal, nódulos reumatóides*
- c) Tenossinovite, dor, rigidez matinal, lombalgia de ritmo inflamatório

*Encaminhar os pacientes com queixas crônicas que obtiveram melhora com tratamento inicial e realizar os exames previamente seguindo a mesma orientação das artroses.

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Fibromialgia

Sensação de rigidez e edema. Encaminhar pacientes com mais de 65 anos com queixas freqüentes e persistentes que não melhoraram após tratamento inicial, exames necessários são Rx da área afetada e provas reumáticas.

UROLOGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS

-Infecções do trato urinário de repetição ou complicadas

Encaminhar com história clínica sucinta, sinais e sintomas associados, evolução e patologias associadas. Realizar exames de urina rotina, urocultura com antibiograma e glicemia. E exames de controle (urocultura) confirmando a cura da ITU após antibiótico, nos casos de repetição.

Observação:

- OS CASOS DE INFECÇÃO URINÁRIA DEVERÃO SER ENCAMINHADOS À ESPECIALIDADE SOMENTE EM REFRATARIEDADE AO TRATAMENTO GUIADO POR UROCULTURA, NÃO DEVENDO ASSIM SER ENCAMINHADOS OS DE PRIMEIRA INFECÇÃO OU INFECÇÃO SIMPLES SEM ASSOCIAÇÃO COM PATOLOGIA URINÁRIA COMO HIDRONEFROSE OU LITÍASE OBSTRUTIVA (DEVE SEMPRE SER REALIZADA A UROCULTURA APÓS TRATAMENTO PARA CONFIRMAR CURA OU ORIENTAR O USO DE NOVO ANTIBIÓTICO-ATB);
- ITU Refratária requer falha ao medicar o paciente com ATB indicado no antibiograma da urocultura.

-Hipertrofia prostática

Encaminhar com história sucinta, seguindo o preconizado pela idade, e patologias associadas além de história familiar completa para neoplasia de próstata. Relatar medicamentos em uso e tratamentos já realizados. Realizar exames de uréia, creatinina, urina rotina e glicemia e PSA Total; (OBS: PSA livre somente é solicitado em casos de PSA total prévio maior do que 4,0mg/ml)

-RECOMENDAÇÃO PELO NÃO RASTREAMENTO POPULACIONAL DO CÂNCER DE PRÓSTATA

- Considerando as evidências atuais e reafirmando o posicionamento anterior (Nota Técnica Conjunta SAS/MS e INCA nº 001/2015), o Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento populacional do câncer de próstata. Orienta ampla discussão sobre os possíveis riscos e benefícios para a tomada de decisão compartilhada com os homens que solicitarem exames de rastreio;
- Organizar a rede de atenção à saúde, com a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada e locus de seguimento prioritários, permitindo a investigação célere de queixas urinárias dos homens. Embora o câncer de próstata não apresente sintomas em fases iniciais, pacientes com elevado risco de neoplasia significativa e aqueles com dificuldade de urinar, diminuição do jato de urina, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite e sangue na urina, deve-se iniciar a investigação diagnóstica para que o tratamento adequado possa ser estabelecido o quanto antes (INCA, 2022);
- Implementar, em larga escala, estratégias de disseminação de informações para a população sobre a importância dos homens procurarem a unidade de saúde para cuidados, independentemente da idade;
- Informar aos homens que demandarem espontaneamente a realização de rotina de PSA e/ou toque retal sobre o balanço entre os possíveis benefícios e os riscos do rastreamento, estimulando a decisão compartilhada;
- Não realizar campanhas para convocar homens assintomáticos para a realização de rastreamento com PSA e/ou toque retal;
- Capacitar os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde sobre o câncer de próstata, em parceria com serviços de saúde e instituições de ensino, qualificando a atenção dada aos homens e seus familiares;
- Fortalecer as ações educativas e de comunicação em saúde direcionadas à população masculina sobre autocuidado em saúde e prevenção dos cânceres mais prevalentes e outras doenças crônicas não transmissíveis; Instrumentalizar o trabalho das equipes e orientar a população em geral, por meio de publicações institucionais.

*Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 9/2023-COSAH/CGACI/DGCI/SAPS/MS

-Cólica Nefrética:

Encaminhar com história sucinta caracterizando bem a dor e patologias associadas .Realizar exame de urina rotina e Rx de abdome em AP com preparo intestinal.

Observação:

*Encaminhar ao urologista apenas aqueles pacientes com calculos e confirmada para a avaliação de tratamento cirúrgico ou terapia para desobstrução, ou quando ocorrer cólicas persistentes.

Exames mínimos necessários:

*Rx de Abdome, Ultrassonografia de rins e vias urinárias, Hemograma, Uréia, Creatinina, Cálcio, Sódio, Potássio, Ácido úrico, Urina Rotina e PSA, nos casos suspeitos de patologias prostáticas.

O PACIENTE COM CÓLICA NEFRÉTICA AGUDA DEVERÁ SER ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA MAIS PRÓXIMO.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Suspeita de Neoplasias de bexiga
- b) Suspeita de Neoplasias de rim
- c) Suspeita de Neoplasias de próstata
- d) Hiperplasia de próstata, em pacientes em uso de sonda vesical de demora
- e) Obstrução do trato urinário
- f) Hematúria a esclarecer, sem história de litíase ou infecção do trato urinário (somente hematúria volumosa com coágulos)

2) Prioridade II (Média)

- a) Litíase renal(cálculos maiores que sete mm, cálculos coraliformes)
- b) Uretrite crônica (realizar bacterioscopia de secreção, urina rotina e urocultura)
- c) Prostatite crônica (realizar urocultura)
- d) Hidrocele volumosa
- e) Rim multicístico displásico

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Condiloma peniano
- b) Fimose
- c) Varicocele
- d) Hidrocele de pequeno volume
- e) Hiperplasia prostática benigna (P.baixa)

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

1)Ginecologia/Obstetrícia

Seguir os critérios e rotinas já estabelecidos no protocolo de assistência a saúde da mulher já instituída na rede municipal de saúde de Guaxupé.

Obstetrícia – Encaminhamento para Pré-Natal de Alto Risco:

Fatores de risco que demandam encaminhamento ao pré-natal de alto

-Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

Dependência química de drogas;

-História reprodutiva anterior:

Morte perinatal explicada e inexplicada;

Abortamento habitual;

Esterilidade/infertilidade;

Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;

Prematuridade;

-Doença obstétrica na gravidez atual controlada:

Desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de líquido amniótico;

Gestação múltipla;

Ganho ponderal inadequado;

Diabetes gestacional;

Hemorragias da gestação;

-Intercorrências clínicas (patologias controladas):

Infecção urinária de repetição;

Hipertensão arterial;

Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação);

Pneumopatias (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC);

Nefropatias (insuficiência renal, rins policísticos, pielonefrite de repetição);

Endocrinopatias (diabetes, hipo e hipertireoidismo);

Hemopatias;

Epilepsia;

Doenças infecciosas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, infecção pelo HIV);

Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, artrite reumatoide, etc.);

Ginecopatias (malformações uterinas, miomas intramurais com diâmetro > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, útero bicone);

Câncer: os de origem ginecológica, se invasores, que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez;

Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal.

Nos casos de isoimunização materna, válvula de uretra posterior fetal e feto com defeito de fechamento de tubo neural antes de 26 semanas de gestação o encaminhamento deve ser ao Serviço de Medicina Fetal, acompanhado pelos respectivos exames complementares. Solicitações de maior urgência: solicitar à CMC/SMS/SUS/Alfenas, com a justificativa da prioridade.

DEMAIS ESPECIALIDADES E PARCERIAS

3)Oncologia

Os casos deverão ser encaminhados a partir da Rede de Saúde (Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e Rede Privada) com guia de referência para a Central de Regulação, conforme orientação.

AGENDAMENTOS DE CONSULTAS NOS HOSPITAIS ONCOLÓGICOS DE ALFENAS ATRAVÉS DO SETOR DE REGULAÇÃO

1. Os agendamentos serão feitos nas especialidades oncológicas, especificadas pelos médicos assistentes, conforme os critérios informados abaixo.
2. Apenas poderão ser agendados sem biópsia confirmatória, aqueles pacientes com forte suspeita de neoplasias malignas (conforme diretrizes da resolução SES 6681 de 20 de Março de 2019) para os quais a biópsia habitualmente não está indicada ou se impossibilidade de realização: tumores de ovário, testículo, adrenal, sistema nervoso central, rim, bexiga e pele.
3. É fundamental que a propedêutica seja esgotada em cada nível de atenção, pois isto resultará em agilidade no atendimento dos pacientes nos hospitais oncológicos.
4. Todos os pacientes deverão ser encaminhados com relatório médico constando a história clínica, quadro atual, tratamentos realizados e resposta terapêutica.
5. Os agendamentos da primeira avaliação nas especialidades de oncologia para usuários de Guaxupé serão efetuados pela Comissão de Avaliação da Oncologia de Alfenas e o retorno será realizado pelo próprio hospital (todos os documentos serão avaliados com o responsável para deferimento).

4) Psiquiatria

Protocolo específico “Atenção a Saúde Mental” em fase final de elaboração pela Equipe de Saúde Mental/CAPS do Município de Guaxupé - Programação de finalização ainda em 2024

5) Pediatria

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido a complexidade da medicina e do ser humano e o avanço tecnológico, não há condições de abordar todas as patologias, logo, este protocolo não tem intenção de esgotar o assunto.

É de conhecimento que ficaram algumas patologias que não foram mencionadas, portanto, contamos com a colaboração de todos para sugerir mudanças e acrescentar novos assuntos, para que, este protocolo possa assim cumprir seu objetivo.

Sabendo das especificidades do ser humano, contamos com o critério clínico e avaliação médica em cada caso, para modificar a prioridade de acordo com os sinais e sintomas do paciente.

Com a implementação deste protocolo espera-se contribuir para que somente os usuários que não tiverem seus problemas solucionados na atenção primária sejam encaminhados à atenção secundária.

Após um período de monitoramento dos encaminhamentos, faremos ajustes nos fluxos para a Atenção Especializada em Saúde que acontece principalmente no Município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Controle e Avaliação, Protocolo de Encaminhamento e de Priorização para Atendimentos nas Especialidades Médicas, Ribeirão das Neves/MG. 2007;

Coordenação de Atenção a Saúde do Adulto e do Idoso, Protocolo de Encaminhamento às Especialidades Médicas, Belo Horizonte/MG. 2010;

Central Municipal de Regulação da Secretaria de Saúde de Diadema, Protocolos de Regulação de Acesso as Especialidades Médicas Vol. 1, 1ª Edição, Diadema/SP. 2008;

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Diretrizes Técnicas da Assistência Médica

Secretaria Municipal de Saude de Belo Horizonte -Agendamentos de consultas nos Hospitais Oncológicos de Belo Horizonte através da central de marcação de consultas. 2012;

Secretaria Estadual deSaúde de Natal - Rio Grande do Norte. Protocolo de Regulação do Complexo Regulador; 2014

Portaria GM Nº 1.559 de 1º de agosto de 2008 -Instituiu Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.;

Prefeitura de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Saúde - Gerencia de Assistência - Protocolos de Especialidades – 2012

Prefeitura de Belo Horizonte/Secretaria Municipalde Saúde - Protocolos de atenção a Mulher - Prenatal e Puerpério, 2008

COSEMS/MG - Referencia e contrareferência -Mecanismo de fortalecimento do SUS - disponível em: [http:// www.cosemsg.org.br](http://www.cosemsg.org.br)

PORTARIA GM/MS Nº 1.604, DE 18 DE OUTUBRO DE 2023 - Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PORTARIA GM/MS Nº 3.492, DE 8 DE ABRIL DE 2024 - Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

RESOLUÇÃO SES/MG No 6.681, DE 20 DE MARÇO DE 2019. - Dispõe sobre o Protocolo Clínico de Alta Suspeição em Oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de Minas Gerais e de outras providências.

DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.682, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2013. - Aprova os novos critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante no pré-natal e o fluxo de atendimento da gestante na rede de atenção no âmbito do Estado de Minas Gerais.

PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO E PRIORIZAÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAIS [3ª edição revisada e ampliada] 2015. - Departamento de Controle, Avaliação, Regulação - Secretaria Municipal de saúde de Nova Lima - MG