



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO
Estado de Minas Gerais

OFÍCIO/GAB. Nº 107/2023.

**ASSUNTO: OFÍCIO Nº 167/2023 - RESPOSTA AO REQUERIMENTO VERBAL Nº 37/2023 - VEREADORA GABRIELE VALESKA HENRIQUES
CÂMARA MUNICIPAL DE SARZEDO**

Ilustre Vereadora,

Aportou nesta Procuradoria o Requerimento supramencionado, advindo do gabinete da Vereadora Gabriele Valeska Henriques, por meio do qual solicita, que sejam destinados os protocolos para os usuários, tanto das cirurgias, quando das marcações de consultas e exames

Em resposta encaminhamos o Ofício nº 214/2023, expedido pela Secretaria Municipal de Saúde, com as informações relevantes ao caso.

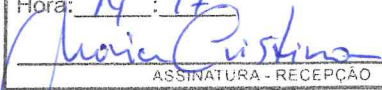
Assim, acreditando ter prestado as informações pertinentes, aproveito o ensejo para renovar mensagens de distinta consideração e elevado apreço.

Atenciosamente,

Sarzedo/MG, 13 de julho de 2023.


Marcelo Pinheiro do Amaral
Prefeito Municipal

A
Ilma. Sra. Vereadora.
Gabriele Valeska Henriques.
Vereadora - Sarzedo/MG

CÂMARA MUNICIPAL DE SARZEDO
Recebemos dia: <u>14 / 07 / 20 23</u>
Hora: <u>14 : 17</u>
 ASSINATURA - RECEPÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO
CEP 32.450-000 - ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Ofício : 214/2023
Para : Procuradoria Jurídica
Assunto : Resposta ao Ofício nº 226/2023
Data : 06 de Julho de 2023

Senhor Procurador,

Em resposta ao Ofício nº 226/2023, referente ao Requerimento Verbal 37/2023, oriundo do gabinete da vereadora Gabriele Valeska Henriques, informamos que todos fluxos de encaminhamentos de pedidos de exames e cirurgias são enviados das Unidades de Saúde para o setor de Regulação, que recebe e organiza as marcações destes procedimentos, por meio de pactuações estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais – SES/MG, ou por meio de contratos realizados por licitação pela Secretaria de Saúde de Sarzedo, junto aos prestadores de serviços médicos, para atendimento da demanda gerada, mesmo sabedores que nem sempre é possível ter acesso a todas especialidades por falta de oferta destes prestadores.

Quanto a solicitação de criação de protocolos para exames e cirurgias para informação aos usuários, já existe este controle, mas somos cientes que ainda há muito a ser desenvolvido, para facilitar o acesso e entendimento dos pacientes.

A Secretaria de Saúde de Sarzedo, está desenvolvendo e implantando sistema informatizado de controle, para minimizar desencontros e a falta de entendimento.

Todos pedidos que chegam são registrados e encaminhados conforme a especialidade, após autorização o agendamento é enviado a nova equipe de protocolo, criada pela Secretaria de Saúde, para facilitar localização do paciente e entrega da autorização com o agendamento marcado, tendo ainda a opção para os paciente que necessitam, na sua grande maioria, do transporte municipal, até o local de realização dos procedimentos.

Agradecemos a iniciativa e informamos que os processos de protocolos e marcação estão sempre em reavaliação e inovação, para dar maior resolutividade, ainda



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO
CEP 32.450-000 - ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



contamos com sistemas informatizados, que estão em fase de modernização que possibilitará maior agilidade e aumento do acesso aos procedimentos.

Temos ainda solicitado aos usuários em caso de desistência, comunicar a Secretaria de Saúde antes do agendamento para repassar a vaga para o próximo usuário em espera.

A diretriz sempre será criar fluxos e rotinas que deem segurança e fácil entendimento aos pacientes.

Na expectativa de ter atendido a solicitação, nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.

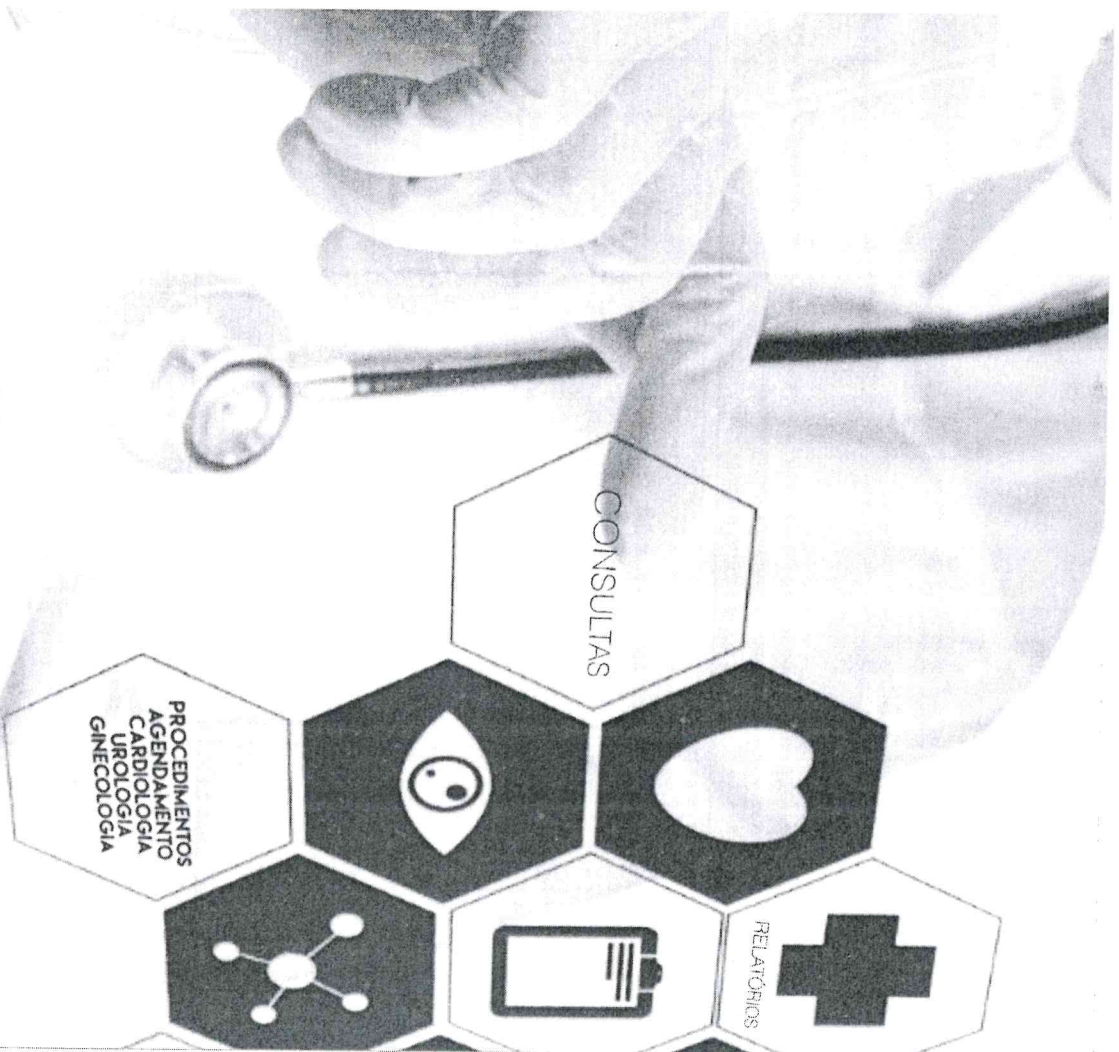
Atenciosamente;

Fabiana Chaves Cabral
Secretária Municipal de Saúde
SARZEDO - MG
Fabiana Chaves Cabral
Secretária Municipal de Saúde

Ilmo. Sr.

Marco Tulio Batista Salomão

DD. Procurador Municipal



**REGULAÇÃO DO ACESSO ÀS CONSULTAS
ESPECIALIZADAS ELETIVAS
REDE SUS SARZEDO**
VOLUME 1



SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE SARZEDO

SARZEDO
Cidade de 11.343 habitantes



**Regulação do Acesso às
Consultas Especializadas Eletivas**

Rede SUS Sarzedo

Volume 1

Sarzedo (MG)
Dezembro /2020



Equipe Clínica

Acupuntura	Alexandre Vaz
Angiologia	Eduardo Luiz de Oliveira
Cardiologia	Mirella Lustosa Cabral Marcelo
Cirurgia Geral	Eduardo Luiz de Oliveira
Dermatologia	Rosa Jacqueline Garcia Macias
Endocrinologia	Alisson Luiz Moreira
Ginecologia/Obstetrícia (Pré Natal de Alto Risco)	Sérgio Vilela
Ginecologia (Propedêutica do Colo)	Alexandre Vicopulus
Nefrologia	Vinicius Andrade Nunes
Neurocirurgia	Marco Aurélio Vieira Couto
Neurologia Adulto	Walter Assumpção Valle Junior
Ortopedia	Christian Luis Pereira
	Clebs Matheus Moura Braga
	Rômulo Bronzoni Barbalho
Otorrinolaringologia	
Pneumologia Adulto	Daniel Fonseca Espinola
Proctologia	Eduardo Luiz de Oliveira
Reumatologia	Felix Roberto Chaves Paranhos
Urologia	Rachel Mazoni Costa
	Tairone Campodell'orto de Aguiar



APS	Atenção Primária à saúde
ASA	Sociedade Americana de Anestesiologistas
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Código Internacional de Doenças
CKD-EPI	<i>Grupo Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration</i>
CPD	Centro de Processamento de Dados
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
ESF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
iCISMEP	Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RTMG	Rede de Teleassistência de Minas Gerais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SATI	Serviço de Aconselhamento e Triagem de Ibrité
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SISREG/CMC	Sistema de Regulação / Central de Marcação de Consultas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento



APRESENTAÇÃO

No cumprimento às legislações do Sistema Único de Saúde (SUS) em âmbito municipal, e como uma das iniciativas de implementação das ações de regulação, a Secretaria Municipal de Saúde de Sarzedo, por meio da Coordenação de Regulação, Controle e Avaliação apresenta o **Protocolo para Regulação do Acesso às Consultas Especializadas Eletivas da Rede SUS Sarzedo**.

O documento foi elaborado em parceria entre diversos profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Foram utilizados como base os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e protocolos vigentes em outros municípios brasileiros. Representa o compromisso da gestão em organizar o acesso às consultas especializadas ofertadas pela Secretaria Municipal da Saúde, de forma equânime e resolutiva.

O protocolo de acesso segue a lógica de organização da RAS, destacando a Atenção Primária à Saúde (APS) como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde. Assim, a APS deve ordenar os fluxos e contrafluxos dos usuários, produtos e informações em todos os níveis de atenção à saúde, se responsabilizando pela coordenação do cuidado e resolutividade das necessidades de saúde dos cidadãos.

Este protocolo se configura como uma orientação aos profissionais da APS quanto ao levantamento dos critérios de risco com atribuição do grau de prioridade no encaminhamento de cidadãos aos serviços de referência, não tendo a pretensão de ordenar o manejo clínico.

Com a utilização deste protocolo a gestão municipal espera otimizar os recursos disponíveis e qualificar a atenção, garantindo equidade no acesso da população em tempo oportuno.



1. INTRODUÇÃO

Na organização das ações do SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária. O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que as equipes da Atenção Primária à Saúde devem ser capazes de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário, bem como atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Além disso, é responsabilidade das equipes da APS articular as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais (PNAB, 2017).

Nesse sentido, o objetivo deste protocolo é reduzir o tempo de espera ao atendimento especializado, priorizando os casos de maior risco, bem como a garantia do acompanhamento, tanto pela Atenção Primária como pela Atenção Especializada, dando resolutividade e qualidade ao cuidado. Portanto, é de fundamental importância o envolvimento da Atenção Primária, Atenção Especializada e Regulação, cada qual atuando dentro de suas competências.

O protocolo estabelece a estratificação de risco para adolescentes e adultos (a partir de 13 anos) e crianças (até 12 anos, 11 meses e 29 dias), de acordo com o nível de prioridade: muito alto (Prioridade 0), alto (Prioridade 1), médio (Prioridade 2) e baixo (Prioridade 3), bem como os pré-requisitos para encaminhamento ambulatorial especializado eletivo e a identificação de sinais e sintomas que demandam atendimento de urgência, indicando os respectivos pontos de atenção de referência.

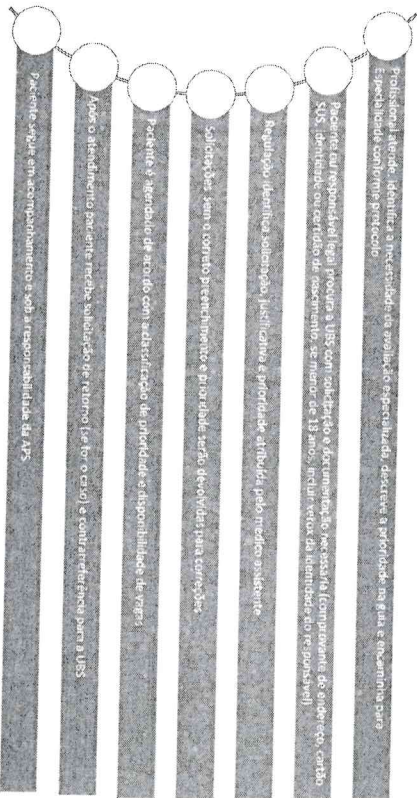


Figura 1: Esquema síntese do Fluxo para Regulação do Acesso e Gestão da Clínica



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO
CEP 32.450-000 - ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2.2 Fluxo de Encaminhamento pela Equipe Assistente/Solicitante

Este fluxo será utilizado pela equipe assistente para orientar a via de acesso que será utilizada no sistema de regulação, de acordo com o protocolo vigente. Portanto, para que o fluxo de encaminhamentos e regulação seja adequado às necessidades do usuário a solicitação de consulta especializada deve ser encaminhada com as seguintes informações:

Dados do paciente: nome, idade, sexo, endereço, telefone de contato e número do CARTÃO SUS (CNS).

Crítérios de encaminhamento: são os critérios definidos para encaminhamento para a especialidade dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma. Em geral, devem ser encaminhados casos refratários ao tratamento na UBS, sem diagnóstico na investigação inicial ou em dúvida diagnóstica.

Indicações: principais motivos de encaminhamento ao especialista para cada área, mas não são limitadas a estes.

Evidências clínicas e complementares: neste item constam detalhamento das principais informações necessárias ao encaminhamento dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma para possibilitar a regulação do procedimento. É importante informar sobre a história clínica com sintomas, tempo de evolução, agudização, sinais de gravidade, medicações em uso, resposta ao tratamento, hipótese (s) diagnóstica (s), exame físico, resultados de exames complementares com informação de valores laboratoriais e laudos, efeitos colaterais das medicações em uso.

Exames complementares necessários: são exames sugeridos como triagem inicial antes do encaminhamento à especialidade. É fundamental que sejam considerados antes de encaminhar o paciente visando a resolatividade dos casos na APS. As solicitações sem esses exames estarão sujeitas a devolução com questionamento de seus resultados por parte do médico regulador.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO
 CEP 32.450-000 - ESTADO DE MINAS GERAIS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Quadro 2 - Programação de Retornos para as Especialidades Médicas - Rede SUS Sarzedo (MG)

PRIORIDADE CRITÉRIO DE RISCO	CICLOS DE VIDA	ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE/CONDIÇÃO CRÔNICA	Programação dos Retornos			EXTRA/PRIORITARIOS/OUTROS
			REAÇÃO/ EVENTO ADVERSO	ELETIVIDADE	EXAME	
BAIXO RISCO		1/ano	Retorno prioritário após estabilizar evento agudo	Até 30 dias do término da programação de medicação	Até 30 dias após comunicação do resultado	JUSTIFICATIVA DO ESPECIALISTA PARA AVALIAÇÃO DA REGULAÇÃO
MODERADO RISCO	Conforme Protocolo Vigente	2/ano				
ALTO RISCO		até 3/ano				
1 ACUPUNTURISTA	NA*	NA	NA	NA	NA	X
2 ANGIOLOGIA ADULTO	NA	X	X	X	X	X
3 CARDIOLOGIA ADULTO	NA	X	X	X	X	X
4 CARDIOLOGIA INFANTIL	NA	X	X	X	X	X
5 CIRURGIÁ GERAL ADULTO	NA	X	X	X	X	X
6 DERMATOLOGIA INFANTIL	NA	X	X	X	X	X
7 DERMATOLOGIA ADULTO	NA	X	X	X	X	X
8 ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	NA	X	X	X	X	X
9 ENDOCRINOLOGIA ADULTO	NA	X	X	X	X	X
10 GASTROENTEROLOGIA ADULTO	NA	X	X	X	X	X
11 GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	NA	X	X	X	X	X
12 GERIATRIA	X	NA	X	X	X	X
13 GINECOLOGIA	X	NA	X	X	X	X

[13]



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO
 CEP 32.450-000 - ESTADO DE MINAS GERAIS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

13.1 GINECOLOGIA PN ALTO RISCO	X	NA	X	X	X	X
13.2 GINECOLOGIA PROP DO COLO	X	X	X	X	X	X
14 HEMATOLOGIA ADULTO	NA	X	X	X	X	X
15 MASTOLOGIA	X	X	X	X	X	X
16 NEFROLOGIA	NA	X	X	X	X	X
17 NEURCIRURGIA	NA	X	X	X	X	X
18 NEUROLOGIA ADULTO	NA	X	X	X	X	X
19 NEUROLOGIA INFANTIL	NA	X	X	X	X	X
20 OTORRINO ADULTO	NA	X	X	X	X	X
21 OTORRINO INFANTIL	NA	X	X	X	X	X
22 OFTALMO INFANTIL	NA	X	X	X	X	X
23 OFTALMO ADULTO	NA	X	X	X	X	X
24 ORTOPEdia ADULTO	NA	X	X	X	X	X
25 ORTOPEdia INFANTIL	NA	X	X	X	X	X
26 PEDIATRIA	NA	X	X	X	X	X
27 PNEUMOLOGIA	NA	X	X	X	X	X
28 PROCTOLOGIA ADULTO	NA	X	X	X	X	X
29 REUMATOLOGIA ADULTO	NA	X	X	X	X	X
30 URROLOGIA ADULTO	NA	X	X	X	X	X
31 URROLOGIA INFANTIL	NA	X	X	X	X	X

NA = Não se aplica

**Conforme fluxo e disponibilidade do município pactuado

**Especialidades ofertadas pelos municípios da região de saúde conforme Programação Pactuada Integrada (PPI)

Fonte: Central de Regulação, Controle e Avaliação, SMS Sarzedo, VI-2020

[14]



3.1. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À ACUPUNTURA

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none">✓ Pós-operatório de cirurgia de coluna lombar e cervical✓ Neuralgia pós-herpética✓ Neuralgia do trigêmeo✓ Gestantes com lombalgia✓ Lúpus eritematoso sistêmico✓ Síndrome de Sjögren
Alto P1	<ul style="list-style-type: none">✓ Sequela de Acidente Vascular (AVE)✓ Paralisia de Bell✓ Síndrome de dor complexa regional (Distrofia simpática reflexa)
Médio P2	<ul style="list-style-type: none">✓ Artrose de Joelhos✓ Fibromialgia✓ Artrite reumatoide✓ Outras osteoartroses primárias e secundárias✓ Espondiloartropatias
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none">✓ Enxaqueca✓ Dor lombar baixa✓ Cervicalgia✓ Osteoartrite do joelho✓ Osteoartrite do quadril✓ Síndromes dolorosas do ombro✓ Epicondilites✓ Fascite plantar✓ Lombociatalgia/ciática✓ Cervicobraquiatalgia✓ Síndrome dolorosa miofascial

3.1.1 Evidências clínicas e complementares

- Anamnese detalhada;
- Dados do exame físico;
- Possíveis fatores desencadeantes;
- Tratamento já realizado (ex. fisioterapia, nutrição, psicologia);
- Medicamentos em uso e se houve resposta ao tratamento;
- Informar se já se tratou com acupuntura anteriormente.

3.1.2 Exames complementares

- Descrever principais resultados de exames prévios;
- Orientar pacientes que possuem exames de radiografia e ressonância magnética a levarem as imagens (não só os laudos) para a primeira consulta.

3.1.3 Profissionais solicitantes

- Ortopedista
- Neurologista
- Obstetra
- Fisioterapeuta
- Reumatologista

[17]



3.1.4 Não encaminhar

- Pacientes que não querem fazer acupuntura;
- Pacientes com medo de agulha;
- Pacientes que já estão em tratamento em outro serviço de acupuntura.

3.1.5 Outras informações importantes

- Orientar pacientes a comparecer à consulta com roupas leves e confortáveis que permitam a exposição dos membros;
- É recomendável que o paciente seja orientado que acupuntura é uma modalidade de tratamento e não um exame;
- O paciente e o médico que o encaminha devem estar cientes que o tratamento com acupuntura é realizado em sessões periódicas (em geral uma vez por semana) e que, em média um ciclo de tratamento tem a duração de dois meses e meio;
- Todas as gestantes encaminhadas para tratamento com acupuntura devem ter prioridade de acesso ao tratamento.

Referência para
Atendimentos
de Acupuntura

Fisioterapia Municipal

[18]



3.3 PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À ANGIOLOGIA

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none">✓ Lesões tróficas nos membros inferiores, com ou sem doença vascular clinicamente detectável✓ Sintomas vasculares periféricos (por exemplo, claudicação)✓ Vasculopatia periférica assintomática detectada ao exame físico e/ou ao índice tornozelo braço (ITB)✓ Diagnóstico e/ou suspeita de “pé diabético”✓ Diagnóstico e/ou suspeita de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP)✓ Úlcera ativa infectada
Alto P1	<ul style="list-style-type: none">✓ Alterações de pele com úlcera ativa✓ Alterações de pele com úlcera cicatrizada
Médio P2	<ul style="list-style-type: none">✓ Veias varicosas✓ Alterações de pele (hiperpigmentação, lipodermatosclerose)
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none">✓ Telangiectasias e/ou veias reticulares✓ Usuários sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa✓ Outras situações não identificadas ou estratificadas como de médio, alto ou muito alto risco

DIRETRIZ DA SMS

Opte sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.3.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Suspeita de Trombose Venosa Profunda (TVP);
- Sinais evidentes de isquemia de membros;
- Ruptura de veias varicosas com sangramento de difícil controle.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oladack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

3.3.2 Evidências clínicas e complementares

- Anamnese detalhada;
- Dados do exame físico;
- Possíveis fatores desencadeantes;

[21]

- Tratamento já realizado;

- Medicamentos em uso e se houve resposta ao tratamento.

3.3.3 Exames complementares

- Exames laboratoriais
 - Hemograma;
 - Coagulograma;
 - Glicemia;
 - Uréia;
 - Creatinina.

3.3.4 Outras informações importantes

A avaliação vascular periférica é mandatória em todo usuário com fatores de risco para doenças cardiovasculares, com a finalidade de estabelecimento e classificação do risco individual de desenvolvimento de lesões vasculares, principalmente nos membros inferiores. Esses fatores de risco estão frequentemente presentes em hipertensos graves, diabéticos e em indivíduos renais crônicos.

Referência para Atendimento Ambulatorial em Angiologia

Telessaúde
CEM Sarzedo
Belo Horizonte
ICISMEP

[22]



3.6 PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À CIRURGIA GERAL E AMBULATORIAL

3.6.1 CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ulcera de MALT encaminhar os casos não responsivos, com indicação cirúrgica ✓ Nódulos e tumores da tireoide ✓ Tumores de glândulas adrenais ✓ Tumores de esôfago ✓ Tumores de estômago e duodeno ✓ Tumores do fígado, vias biliares e pâncreas ✓ Tumores retroperitoneais e pélvicos ✓ Tumores de cólon intestinal ✓ Colelitíase com dor recidivante
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tumores hepáticos ✓ Nódulos pancreáticos ✓ Doenças do Refluxo Gastro Esofágico, Hérnia de hiato, Esôfago de Barret, acalásia, divertículos ✓ Cisto Tireoglossos ✓ Alterações do baço e gânglios linfáticos ✓ Hiperparatireoidismo ✓ Alterações de parótida e submandibular ✓ Dor abdominal crônica com avaliação clínica ou cirúrgica prévia
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cistos hepáticos ✓ Úlcera Péptica ✓ Colelitíase ✓ Alterações da vesícula biliar ✓ Hérnia Inguinal ✓ Hérnia Epigástrica ✓ Hérnia Umbilical ✓ Pancreatite crônica ✓ Hemangioma ✓ Hérnias de parede abdominal
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto e muito alto risco

Opõe sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

DIRETRIZ
DA SMS

- #### 3.6.1.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações
- Casos de colecistite aguda;
 - Pacientes com hérnias encarceradas ou estranguladas;
 - Abdômen agudo;
 - Pancreatite aguda.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

3.6.1.2 Evidências clínicas e complementares

- Anamnese detalhada;
- Dados do exame físico;
- Possíveis fatores desencadeantes;
- Tratamento já realizado;
- Medicamentos em uso; e
- Se houve resposta ao tratamento.

3.6.1.3 Exames complementares em condições específicas

Condição	Exames complementares necessários
Hérnias de parede abdominal	US parede abdominal
Pancreatite crônica	US abdominal, glicemia de jejum, endoscopia digestiva alta
Nódulos e tumores da tireoide	TSH, T4 livre, USG de tireoide
Tumores de glândulas adrenais	Cortisol, testosterona, FSH, LH, potássio urinário, 17-OH progesterona, prolactina, androstenediona, aldosterona sérica, potássio, sódio
Tumores de esôfago	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, proteínas totais e frações (albumina) com biópsia
Tumores do fígado, vias biliares e pâncreas	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, hepatograma, proteínas totais e frações (albumina), lipídograma, RX simples de abdome e tórax, USG abdome, dosagem de CEA, alfa-fetoproteína
Tumores retroperitoneais e pélvicos	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, proteínas totais e frações (albumina), hepatograma, dosagem de CEA, RX de tórax
Tumores de cólon intestinal	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, proteínas totais e frações (albumina), hepatograma, dosagem de CEA, RX de tórax
Tumores hepáticos	Hemograma, TAP, RNI, glicemia de jejum, ureia, creatinina, AST, ALT, FA, Bilirrubina Total e Frações, Anti HCV, AgHbs, Anti Hbs, Anti Hbc, proteínas totais e



3.7. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À DERMATOLOGIA ADULTO

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tumor cutâneo suspeito de malignidade (principalmente lesões pigmentadas) ✓ Suspeita de melanoma, carcinoma espinocelular e basocelular
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dermatopatias refratárias à tratamentos anteriores ✓ Suspeita de Hanseníase, Leishmaniose cutânea, Lupus cutâneo e outros sinais e sintomas cutâneos de doenças sistêmicas ✓ Suspeita esporotricose ✓ Doenças dermatológicas desfigurantes como Vitiligo, Alopecias, dentre outros ✓ Psoríase com necessidade de imunossupressores ✓ Acne grave com necessidade de isotretinoína oral
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratamento crônico de doenças sem gravidade, mas que exigem avaliação dermatológica, como Onicomicose ou Acne não grave ✓ Diagnóstico e tratamento de lesões pré-cancerosas, como Ceratoses Actínicas ✓ Dermatite atópica
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratamento de dermatoses não relacionadas a doenças sistêmicas como Melasma, Eflúvios, Melanoses, dentre outras ✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto ou muito alto risco

DIRETRIZ
DA SMS

Opõe sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.7.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Abscessos;
- Celulite na face;
- Reações alérgicas agudas.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270



3.7.2 Evidências clínicas e complementares

- Anamnese detalhada;
- Dados do exame físico;
- Possíveis fatores desencadeantes;
- Tratamentos já realizados;
- Medicamentos em uso; e
- Se houve resposta ao tratamento.

3.7.3 Exames complementares

Condição	Exames complementares necessários
Onicomicose	Exame micológico direto e cultura de raspado ungueal do local afetado Hemograma Creatinina Função hepática
Suspeita de Esporotricose	Hemograma Creatinina Função hepática
Queda de cabelo	Hemograma Ferritina sérica TSH T4 livre

3.7.4. Outras informações importantes

- Pacientes em tratamento com Isotretinoína oral, Actiretin, Ciclosporina deverão ter consultas mensais, pois necessitam de receita de notificação especial.
- Pacientes em uso de Metotrexate consultarão de 15 em 15 dias no primeiro mês, mensalmente por 3 meses e após de 2 em 2 meses.
- Pacientes com câncer cutâneo farão acompanhamento trimestral no primeiro ano, após retirada do tumor, e semestral a partir do segundo ano.
- Pacientes em tratamento de Onicomicose com antifúngico oral (1 a 2 anos) realizarão consultas trimestrais com exames.
- Dermatoses crônicas não complicadas (Acne, Dermite atópica, Psoríase, Ceratose actínicas) receberão controle semestral.

Referência para
Atendimento
Ambulatorial em
Dermatologia
Adulto

Tele-saúde
CEM Sarzedo
ICISMEP
Centro de Referência
Divino Braga (Betim)
Belo Horizonte



3.9. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À ENDOCRINOLOGIA ADULTO E INFANTIL

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diabetes Mellitus (DM) 1 ✓ Usuários com DM 2 de muito alto risco, incluindo casos com infecção, complicações, acometimento de órgãos-alvo ou controle glicêmico muito ruim – Hemoglobina glicada > 9 ✓ Usuários com DM 2 de muito alto grau de risco, especialmente se em uso de insulina ✓ Usuários com DM 2 de muito alto grau de risco em uso de antidiabético oral em dose plena e insulinição impossível de ser realizada na unidade de saúde na Atenção Primária ✓ Diabetes recém-diagnosticado com indicação de insulinição (glicemia acima de 300mg/dl), quando for impossível de ser realizada em unidade de saúde da Atenção Primária ✓ Diabetes mellitus em crianças ✓ Diabetes gestacional (Glicemia de jejum > 126 mg/dl a qualquer momento e/ou teste oral de tolerância à glicose (TOTG) realizado com 75g apresentando um valor acima dos abaixo discriminados: Jejum: 92 mg/dl, 1 hora: 180 mg/dl, 2 horas: 153 mg/dl) ✓ Suspeita de neoplasia (nódulo tireoidiano ou cervical a esdarecer) Bócio com comprometimento do trato respiratório
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usuários com DM 2 de alto grau de risco, especialmente se em uso de insulina ✓ Usuários com DM 2 de alto grau de risco em uso de antidiabético oral em dose plena e insulinição impossível de ser realizada na unidade de saúde na Atenção Primária ✓ Diabetes Mellitus 1 e 2 com diagnóstico de perda de sensibilidade protetora plantar confirmado e/ou alterações na avaliação vascular dos pés ✓ Hipertireoidismo descompensado não responsivo ao tratamento medicamentoso ✓ Distúrbios osteometabólicos ✓ Doença de Graves ✓ Diabetes insipidus ✓ Gentiáia ambrígua ✓ Puberdade precoce ✓ Patologias de glândulas supra-renais ✓ Feocromocitomas ✓ Hipo ou hiperparatireoidismo ✓ Distúrbios hipofisárias ✓ Acromegalia ✓ Hipotireoidismo central
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Telarca ou pubarca precoce antes de 8 anos ✓ Hiperprolactinemia ✓ Descarga papilar bilateral leitosa com hiperprolactinemia, não induzida por medicação ✓ Hiperaldosteronismo primário ✓ História de hipoglicemia



Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertireoidismo sem complicações ✓ Hipertensão arterial de supra-renal ✓ Hipertensão arterial com suspeita de causa endócrina ✓ Obesidade de difícil controle e necessidade de medicação ou indicação cirúrgica ✓ Obesidade infantil e dislipidemia ✓ Dislipidemia de difícil controle em adulto ✓ Síndrome metabólica ✓ Distúrbios tireoidianos subclínicos ✓ Bócio > 6 meses, sem comprometimento cervical ✓ Puberdade retardada ✓ Ginecomastia ✓ Hirsutismo ✓ Causas endocrinológicas de infertilidade ✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto ou muito alto risco
-------------	--

DIRETRIZ DA SMS

Opõe sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.9.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Casos de instabilidade clínica que requerem avaliação do serviço de urgência/emergência;
- Crise tireotóxica;
- Coma mixedematoso;
- Cetoacidose diabética;
- Estado hiperosmolar não-cetótico.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

3.9.2 Evidências clínicas e complementares

- Anamnese detalhada;
- Dados do exame físico;
- Possíveis fatores desencadeantes;
- Tratamento já realizado;
- Medicamentos em uso; e
- Se houve resposta ao tratamento.



3.10 PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À GASTROENTEROLOGIA ADULTO

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doença crônica com sinais de alarme – dor persistente, perda de peso recente, febre, anemia, vômitos, hemorragias, alterações de função renal, alterações de função hepática, alterações de função pulmonar, alterações de função cardíaca, alterações de função endócrina, alterações de função hematológica, alterações de função imunológica, alterações de função neurológica, alterações de função psicológica, alterações de função social, alterações de função familiar, alterações de função comunitária, alterações de função profissional, alterações de função acadêmica, alterações de função esportiva, alterações de função artística, alterações de função religiosa, alterações de função política, alterações de função econômica, alterações de função social, alterações de função cultural, alterações de função científica, alterações de função tecnológica, alterações de função jurídica, alterações de função médica, alterações de função odontológica, alterações de função farmacológica, alterações de função veterinária, alterações de função zootécnica, alterações de função agropecuária, alterações de função florestal, alterações de função ambiental, alterações de função geográfica, alterações de função geológica, alterações de função meteorológica, alterações de função oceanográfica, alterações de função astronômica, alterações de função cosmológica, alterações de função física, alterações de função química, alterações de função biológica, alterações de função geográfica, alterações de função geológica, alterações de função meteorológica, alterações de função oceanográfica, alterações de função astronômica, alterações de função cosmológica, alterações de função física, alterações de função química, alterações de função biológica. ✓ Diarreia crônica – diarreia com mais de 30 dias de evolução, emagrecimento, dor abdominal ✓ Hepatopatias – Alteração das enzimas hepáticas, bilirrubinas, albumina, plaquetas, coagulograma (AP-RNI) ✓ Sorologia de hepatites positiva ou alteradas ✓ Suspeita de pancreatite crônica – dor abdominal persistente, diarreias, má absorção, emagrecimento
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doença de Refluxo Gastroesofágico ✓ Gastrites de difícil controle – esofagites / Barrett ✓ Colecistopatia – colelitíase / pólipos de vesícula ✓ Nódulos hepáticos – avaliação / pesquisa ✓ Nódulos pancreáticos – avaliação / pesquisa ✓ Anemias à esclarecer
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dor abdominal persistente sem sinais de alarme ✓ Constipação intestinal crônica ✓ Intolerâncias alimentares ✓ Outras situações não estratificadas como de média, alto e muito alto risco

DIRETRIZ DA SMS

Opte sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.10.1 Observações relevantes

- Constipação intestinal crônica: encaminhar os casos refratários ao tratamento clínico com mudança da alimentação e uso de laxativos comuns.
- Encaminhar os casos graves (avaliar sintomatologia) ou com escape fecal.
- Encaminhar os casos de dor abdominal recorrente após investigação mínima com hemograma, urina e investigação protoparasitológica (inclusive tratamento empírico) e que persistem a despeito da abordagem médica na APS.

3.10.2 Exames complementares a serem encaminhados com o paciente

- Hepatopatias: Encaminhar todos os casos suspeitos com hepatograma (AST, ALT, FALC, GGT, bilirrubinas, coagulograma e albumina realizados até 90 dias anteriores a consulta) e US de abdome e vias biliares.



3.10.3 Encaminhar para urgência nas seguintes situações

- Pacientes com dor abdominal de início recente – sinais de irritação peritoneal, ou distensão abdominal com parada de eliminação de gases e fezes, náuseas e/ou vômitos;
- Colesistites agudas – dor abdominal em hipocôndrio direito ou epigástrica, às vezes com irradiação para o dorso, acompanhado de náuseas e/ou vômitos, hemograma com leucocitose e desvio à esquerda. Sinal de Murphy positivo;
- Pancreatites agudas – dor abdominal persistente em faixa, andar superior do abdômen, com elevação das enzimas e exames laboratoriais alterados;
- Icterícias de início agudo a esclarecer;
- Hemorragias digestivas altas ou baixas a esclarecer.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Tedfio dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

Referência para Atendimento Ambulatorial em Gastroenterologia Adulto

Telessaúde
ICISMEP
Belo Horizonte
Centro de Referência
Divino Braga (Betim)



3.12. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À GERIATRIA

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	Idoso fragilizado com pontuação ≤ 5 no questionário IVCF-20, que apresente sinais de alerta e/ou que não estejam em fase final de vida (com sobrevida estimada menor que 6 meses). Encaminhamento geriatra e/ou gerontologia teleconsulta e acompanhamento compartilhado com a equipe multiprofissional NASF-AB e Serviço de Atenção Domiciliar.
Alto P1	Idoso em risco de fragilização com pontuação 7 a 14 pelo instrumento IVCF-20, que apresentem um ou mais sinais de alerta** e que não sejam restritos ao leito e/ou não estejam em fase final de vida (com sobrevida estimada menor que 6 meses). Encaminhamento geriatra e/ou gerontologia teleconsulta e acompanhamento compartilhado com a equipe multiprofissional NASF-AB e Serviço de Atenção Domiciliar.
Médio P2	Idoso em risco de fragilização com pontuação 7 a 14 pelo instrumento IVCF-20, que não apresentem os sinais de alerta** e/ou não tenham sido encaminhados para a equipe multiprofissional NASF-AB e com profissional geriatra e/ou gerontologia teleconsulta, caso necessário.
Baixo P3	Idoso robusto com pontuação 0 a 6 pelo instrumento IVCF-20** e/ou não tenham sido encaminhados para a equipe multiprofissional NASF-AB e com profissional geriatra e/ou gerontologia teleconsulta, caso necessário.

** Sinais de alerta:

1. Dependência em atividades de vida diária. (Questões 03 a 06 do questionário IVCF-20).
2. Suspeita de incapacidade cognitiva: Pontuação em uma ou mais perguntas do IVCF-20 referentes à cognição. (Questões 07 a 09 do questionário IVCF-20).
3. Presença de instabilidade postural ou quedas de repetição: Pontuação em uma ou duas perguntas do IVCF-20 referentes à marcha. (Questões 18 e 19 do questionário IVCF-20).
4. Presença de comorbidades múltiplas: Pontuação nas perguntas do IVCF-20 referentes a polipatologia (≥5 doenças) e/ou polifarmácia (≥ 5 medicamentos/dia) ou internação recente nos últimos 06 meses. (Questões 23 a 25 do questionário IVCF-20).

DIRETRIZ DA SMS

Opte sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.10.1 Observações relevantes

- Os idosos restritos ao leito e/ou que estejam em fase final de vida (com sobrevida estimada menor que 6 meses) e com grau de prioridade muito alto e alto serão acompanhados através do matriciamento ou teleconsultoria/telessaúde das equipes de ESF, equipe multiprofissional NASF-AB e Serviço de Atenção Domiciliar.

[45]



- Os idosos com grau de prioridade Médio e baixo serão acompanhados na UBS pela equipe multiprofissional via teleconsultoria/telessaúde ou matriciamento com equipe multiprofissional NASF-AB.

3.10.2 Encaminhar para urgência nas seguintes situações

- Quadros de instabilidade clínica não revertidas nas UBS.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

Referência para Atendimento Ambulatorial em Geriatra

Teleconsulta UFMG

[46]



IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

Referência para
Atendimento
Ambulatorial
em Ginecologia

Todas as Unidades Básicas de
Saúde-NASF-AB

3.13.1.4 Outras informações importantes

O exame físico das mamas é imprescindível na avaliação de lesões suspeitas de neoplasia mamária, bem como a diferenciação entre nódulos palpáveis e não palpáveis. Nódulos palpáveis têm indicação de avaliação com exame de imagem (se idade < 30 anos com ecografia, na persistência por mais de 1 ciclo menstrual, e se idade ≥ 30 anos com mamografia).

A conduta nas lesões não palpáveis segue a proposta do BI-RADS, publicado pelo Colégio Americano de Radiologia.

Indicações diretas para oncologia-Mastologia Adulto via SISREG WEB

- Pacientes com lesão maligna confirmada por exame citológico ou histológico (BIÓPSIAS) sem tratamento cirúrgico definitivo prévio;
- Em caso de Core Biopsy com diagnóstico positivo para câncer de mama;
- Paciente com diagnóstico clínico, irrefutável de câncer de mama loco regionalmente avançado, em que a biópsia não foi realizada, devidamente justificada e acompanhada de exames complementares;
- US mamas categoria 5;
- Mamografia categoria 4 e 5.

Informes mínimos necessários para encaminhamento via SISREG WEB:

- Sinais e sintomas atuais;
- Descritivo dos exames de imagem com classificação BIRADS e data;
- Resultados de exame cito ou histopatológico de mama, com data;

[49]



- Tratamento oncológicos anteriores para a patologia atual, modalidade, local de realização e datas;
- Impressão diagnóstica do médico assistente;
- Justificativa do encaminhamento atual;
- Identificação do médico assistente com CRM.

Quadro 3: Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de câncer de mama SINAIS e SINTOMAS MAMÁRIOS

Nódulo palpável endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas; ou
Linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes; ou
Descarga papilar suspeita: <ul style="list-style-type: none"> o Sanguínea, serrossanguínea ou cristalina "água de rocha"; ou o Qualquer descarga papilar unilateral ou unilateral espontânea; ou o Qualquer descarga papilar em mulher com idade superior a 50 anos.
Alteração unilateral recente do mamilo, como retração ou distorção; ou
Alteração unilateral na pele da mama, como edema cutâneo semelhante à "casca de laranja", retração cutânea ou eczema que não responde a tratamentos tópicos

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Ministério da Saúde (2013) e INCA (2015).

Quadro 4: Categorias de avaliação BI-RADS

AVALIAÇÃO	CONDUITA	PROBABILIDADE DE CâNCER
Categoria 0 Incompleta	Avaliação adicional com exame de imagem e/ou comparação com exames anteriores	Não aplicável
Categoria 1 Negativa	Rastreamento de rotina conforme faixa etária	Essencialmente 0%
Categoria 2 Achado(s) benigno(s)	Rastreamento de rotina conforme faixa etária	Essencialmente 0%
Categoria 3 Achado(s) provavelmente benigno(s)	Seguimento de curto prazo (6 meses) ou acompanhamento periódico. Recomenda-se controle radiológico por três anos (semestral no primeiro ano e anual no segundo e terceiro anos. Confirmando a estabilidade da lesão, volta à rotina	Entre 0 e 2%
Categoria 4 Achados suspeitos 4A baixa suspeita 4B moderada suspeita 4C alta suspeita	Avaliação por diagnóstico tecidual	Entre 2 e 95% Entre 2 e 10% Entre 10 e 50% Entre 50 e 95%
Categoria 5 Achado altamente sugestivo de malignidade	Avaliação por diagnóstico tecidual	Maior que 95%
Categoria 6 Malignidade comprovada por biópsia	Excisão cirúrgica quando clinicamente apropriado.	Não aplicável

Fonte: D'orsi et al. (2013).

[50]



	<p>Intercorrências clínicas (patologias controladas)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragias da gestação ✓ Infecção urinária de repetição (≥ 3 episódios) OU ≥ 2 episódios de pielonefrite ✓ Hipertensão arterial crônica diagnosticada na gestação OU hipertensão arterial gestacional OU pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade ✓ Cardiopatias (reumáticas, congêntas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação) OU infarto agudo do miocárdio ✓ Pneumopatias graves (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC, fibrose cística) ✓ Nefropatias (insuficiência renal, rins policísticos, pielonefrite de repetição) ✓ Endocrinopatias (DM, hipotireoidismo com tratamento medicamentoso e hipertireoidismo) ✓ Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia, coagulopatias) ✓ Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular, paraplégia, tetraplégia e outras) ✓ Doenças infecciosas: sífilis terciária, resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado - verruga viral no canal vaginal ou colo uterino OU lesões extensas / numerosas localizadas em região genital ou perianal; diagnóstico de HIV/AIDS ✓ Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome antifosfolípido, artrite reumatoide, esclerose múltipla, outras colagenoses) ✓ Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorne, miomas intramurais com diâmetro > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos) ✓ Câncer: os de origem ginecológica, se invasores, que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez; 2º. Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal
<p>Condições clínicas prévias à gestação</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Doença psiquiátrica grave que necessite de acompanhamento com especialista (ex.: psicoses, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outras) ✓ Doenças genéticas maternas ✓ Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar) ✓ Transplantes ✓ Cirurgia bariátrica 	<p>Características individuais e condições</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tabagista com comprometimento do crescimento fetal ✓ Uso de drogas com comprometimento do crescimento fetal
<p>Médio P2</p>	



	<p>sociodemográficas desfavoráveis</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Outras situações não identificadas como de médio, alto ou de muito alto risco 	<p>Baixa P3</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (controlada)
--	---	--

Fonte: Atenção à Saúde da Gestante: Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante. SES - MG, 2016

3.13.2.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações (Encaminhamento imediato à maternidade de referência)

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo - independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional);
- Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável;
- Crise hipertensiva (PAS ≥ 160mmHg OU PAD ≥ 110 mmHg);
- Sinais premonitórios de eclâmpsia: anormalidades visuais (escotomas, visão turva, fotofobia), cefaleia persistente ou grave, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispnéia, dor retroesternal, confusão mental;
- Eclâmpsia;
- Gestantes com sífilis E alergia à penicilina (para dessensibilização) OU com suspeita de neurosífilis por sinais e sintomas neurológicos ou oftalmológicos; Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Anidrâmico;
- Polidrâmio grave OU polidrâmio sintomático (dor, dispnéia);
- Hemoglobina ≤ 6g/dL OU anemia associada a sinais e sintomas de gravidade, como dispnéia, taquicardia, hipotensão;
- Ruptura prematura de membrana;
- Trabalho de parto a termo ou pré-termo;
- Hipertonia uterina;
- Idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas;
- Dor abdominal intensa; suspeita / diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita de TVP em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento ambulatorial (hiperêmese gravídica);
- Vômitos inexpricáveis a partir de 20 semanas de idade gestacional;
- Vitalidade fetal alterada (Perfil Biofísico Fetal < 6; diástole zero em artéria umbilical; cardiocardiografia com padrão não tranquilizador; ausência ou redução de movimentação fetal por mais de 12 horas, em gestação > 26 semanas), incluindo suspeita de morte fetal;
- Diagnóstico ultrassonográfico de doença trofoblástica gestacional;
- Outras condições clínicas agudas.



3.13.3. PROPEDEÚTICA DO COLO DO ÚTERO

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adenocarcinoma in situ (AIS) ou Invasor ✓ Carcinoma escamoso Invasor ✓ Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ✓ Lesão de Alto Grau (HSIL) ✓ Diagnóstico confirmado de tumores de colo uterino ✓ Carcinoma no colo do útero, vagina, vulva
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Citologia normal com lesão no colo do útero, vagina e vulva ✓ Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) - Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H) ✓ Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC) - Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau ✓ Células atípicas de origem indefinida (AOI) - Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lesões vulvares de modo geral ✓ Condilomatose ✓ Suspeita ou diagnóstico de líquen ✓ Acompanhamento pós-consulta
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lesão de Baixo Grau (LSIL) (Vide protocolo de acompanhamento Lesão Intraepitelial escamosa de baixo grau) ✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto ou muito alto risco

DIRETRIZ DA SMS

Opõe sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.13.3.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Hemorragias uterinas com repercussão hemodinâmica e instabilidade clínica

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270



3.13.3.2 Evidências clínicas e complementares

- Anamnese detalhada;
- Dados do exame físico;
- Possíveis fatores desencadeantes;
- Tratamento já realizado;
- Medicamentos em uso; e
- Se houve resposta ao tratamento.

3.13.3.3 Exames complementares

- Exames já realizados.

Referência para Atendimento Ambulatorial em Propedeútica do Colo do Útero

Telessaúde
CEM Sarzedo
Belo Horizonte

Quadro 6: Resumo das recomendações para conduta inicial frente aos resultados de exame citopatológico alterado.

Diagnóstico citopatológico	Possivelmente não neoplásica (ASC-US)	Faixa etária		Conduta inicial
		< 25 anos	Entre 25 e 29 anos	
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)		≥30 anos	Repetir a citologia em 6 meses.	Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)		Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)		Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
		Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
			< 25 anos	Repetir a citologia em 3 anos
			≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
			Lesão de Baixo Grau (LSIL)	



DIRETRIZ
DA SMS

Opõe **obrigatoriamente** por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista. Exceto oncologia.

3.14.1. Orientações para o encaminhamento

- Enviar relatório contendo a história do paciente e tratamentos realizados até o momento.
- Orientar o paciente a levar os exames realizados pelo menos no último ano.
- Checar se paciente apresenta hemograma recente (realizado nos últimos 3 meses); se hemograma antigo, solicitar novo exame para consulta.

3.14.2. Observações específicas e exames complementares a serem encaminhados com o paciente

- **Anemia:**
 - **Microcítica:** VCM<80 solicitar ferro sérico, ferritina, capacidade total de ligação do ferro e índice saturação da transferrina, reticulócitos, PCR, VHS.
 - **Normocítica:** VCM entre 80 e 100 solicitar ferro, ferritina, capacidade total de ligação do ferro, índice saturação da transferrina, dosagem de vitamina B12 e ácido fólico, TSH, creatinina, reticulócitos, LDH, bilirrubina, VHS, PCR, FAN, FR, TGO/TGP, FA/GGT. Solicitar eletroforese de proteínas se: acima de 50 anos sem outra etiologia para a anemia, na presença de disfunção renal, queixa de dor óssea.
 - **Macrocítica:** VCM> 100 solicitar dosagem de vitamina B12 e ácido fólico, TSH, TGO/TGP, FA/GGT, bilirrubina, reticulócitos e LDH. Na presença de anemia macrocítica solicitar dosagem de vitamina B12 e instituir tratamento de prova se exame for demorar ou paciente sintomático. Encaminhar para o especialista a seguir.
 - **Anemia Ferropriva:** Não precisa encaminhar o paciente para o especialista. Sempre pesquisar a causa da ferropenia em adultos. Mulheres em idade fértil: investigar fluxo menstrual e encaminhar para o ginecologista. Mulheres pós-menopausa ou com fluxo menstrual normal/homens: pesquisar sangramento do trato gastrointestinal com EDA e/ou colonoscopia. Lembrar que a dose correta para o tratamento da anemia ferropriva corresponde a 180 a 240mg de ferro elemento (5 comprimidos da formulação de sulfato ferroso atualmente disponível nos Postos de Saúde) e que após normalização do nível da hemoglobina devemos manter tratamento por mais 4 meses para refazer reserva medular e evitar o retorno da anemia.

[61]



Lembrar que:

- Anemia relacionada à doença crônica é causa frequente de anemia. Tratar a doença de base antes de encaminhar para o hematologista.
- Etilismo também é causa frequente de anemia microcítica.
- A grande maioria dos casos de leucopenia em pacientes assintomáticos sem outras alterações no hemograma é enquadrada no diagnóstico de Neutropenia Crônica Idiopática, condição sem relevância clínica ou repercussões significativas para a vida do paciente.
- **Plaquetopenia:** Se esplenomegalia ou história prévia de esquistossomose, solicitar US abdominal para avaliar hipersplenismo. Lembrar que pacientes com esquistossomose forma hepatoesplênica, portadores de vírus da hepatite B e C, portadores de vírus do HIV cursam muitas vezes com plaquetopenia associada à doença de base e nem sempre precisam ser encaminhados para o hematologista. Podem ser acompanhados pelo infectologista e/ou gastroenterologista apenas.

3.14.3 Encaminhar para urgência nas seguintes situações

- Se presença de blastos circulando em sangue periférico (hemograma com descrição: outras células, células imaturas ou atípicas, cromatina frouxa).
- Anemia e/ou plaquetopenia associadas a leucocitose.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

Referência para
Atendimento
Ambulatorial
em Hematologia

Belo Horizonte após
telessaúde

[62]



3.1.7 PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À MASTOLOGIA

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nódulos axilares aumentados ✓ Nódulos mamários ✓ Nódulo palpável em mulheres com alto risco para câncer de mama ✓ Nódulo palpável ao exame físico, mesmo com exame de imagem sem lesão suspeita, nas condições seguintes condições: ✓ -Nódulo palpável persistente por mais de um ciclo menstrual em mulher com mais de 30 anos ✓ -Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade ✓ -Nódulo palpável recente depois da menopausa ✓ -Nódulo palpável persistente por mais de um ciclo menstrual em mulher com menos de 30 anos, com exame de imagem negativo (lesão não visualizada) ✓ -Nódulo palpável em mulher com menos de 30 anos, com ecografia mostrando lesão sólida ≥ 2 cm ou com alta suspeita clínica ✓ Microcalcificações agrupadas à mamografia ✓ Lesão eczematosa da pele que não respondeu a tratamento tópico ✓ Mudança no formato do mamilo ✓ Retração na pele da mama ✓ Aumento Progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele de aspecto de casca de laranja ✓ Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Descargas papilares não espontâneas ✓ Mastalgia refratária ✓ Paciente assintomática com BI-RADS categoria 3 com indicação precisa de Terapia de Reposição Hormonal - provável indicação de citologia e/ou histologia
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cisto simples recidivante ✓ Cisto simples sintomático (dor/desconforto) ✓ Lesão benigna sintomática (dor/desconforto/assimetria mamária), como fibroadenoma ou lipoma, em que mesmo com confirmação benigna (por biópsia ou imagem) haja desejo de exêrese cirúrgica ✓ Abscesso subareolar crônico recidivante ✓ Pacientes com mamas acessórias ou supranumerárias que desejem cirurgia ✓ Descarga papilar bilateral leitosa sem hiperproliferativa, descartadas causas secundárias, se desejado tratamento pela paciente

[65]

<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 ✓ Ginecomastia idiopática (causa não identificada e investigação normal), em paciente com 18 anos ou mais, que deseja procedimento cirúrgico; ✓ Ginecomastia puberal que não regrediu espontaneamente em 24 meses, após afastadas causas secundárias, em adolescente com desenvolvimento puberal completo (estágio Tanner 5) ✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto ou muito alto risco

DIRETRIZ DA SMS

Opõe sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.17.1 Condutas e exames complementares a serem encaminhados com o paciente

- Sinais e sintomas;
- Anexar laudo de exames de imagem realizados, principalmente mamografia e ecografia mamária, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
- História pessoal de câncer de mama (sim ou não), ou de câncer em outros órgãos. Se sim, descreva a lateralidade (se câncer de mama), qual o órgão acometido, tratamentos realizados e o local de tratamento do câncer;
- História familiar de neoplasia mamária ou de ovário (sim ou não). Se sim, grau de parentesco e idade no diagnóstico;
- Relatório, se caso discutido com Telessaúde-MG UFMG.

3.17.2 Encaminhar para urgência nas seguintes situações

- Considerar casos de instabilidade clínica que requerem avaliação do serviço de urgência/emergência.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 3177, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

[66]



3.18.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Considerar casos de instabilidade clínica que requerem avaliação do serviço de urgência/emergência.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7090 e 3577 7270

3.18.2 Evidências Clínicas e Complementares

- Anamnese detalhada;
- Dados do exame físico;
- Possíveis fatores desencadeantes;
- Tratamento já realizado;
- Medicamentos em uso; e
- Se houve resposta ao tratamento.

3.18.3 Exames complementares

- Sumário de urina I;
- Uréia sérica;
- Creatinina sérica, com clearance ($< 60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$);
- Glicemia de jejum;
- Hemoglobina glicada recente;
- Proteinúria ($> 0,5/24\text{h}$);
- Potássio sérico;
- Outros exames realizados.

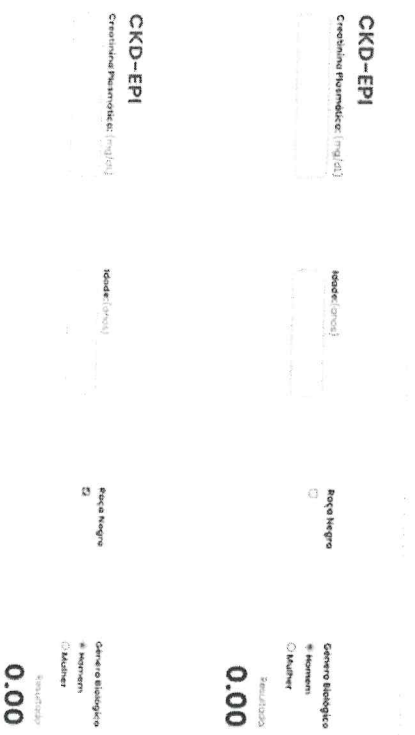
3.18.4 Outras informações importantes

- Cálculo Renal (litíase) encaminhar ao Urologista.
- A presença de hematuria em exame comum de urina (EAS/EQU ou urina tipo1) deve ser comprovada com nova coleta após 8 semanas. Persistindo a alteração, deve-se excluir causas glomerulares, por meio da avaliação de hemácias dismórficas (o exame é positivo com a presença de mais de 70% de eritrócitos dismórficos na amostra) ou causas anatômicas (como nefrolitíase). Encaminhar ao urologista primeiramente.
- O diagnóstico da DRC, particularmente nos seus estágios iniciais, quando ela é frequentemente assintomática ficou facilitada pela proposta que baseia - se na



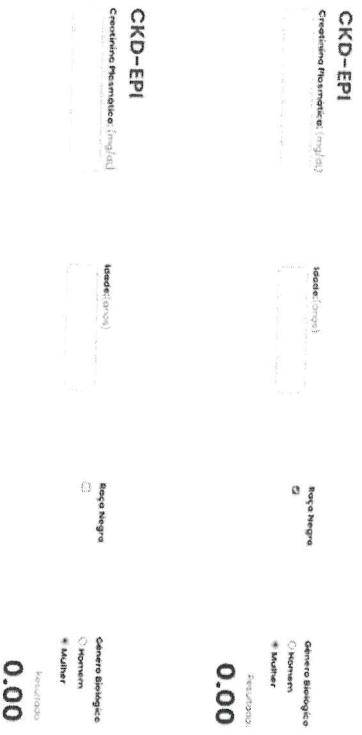
avaliação da taxa de filtração glomerular (TFG). Utilizaremos o nomograma do Grupo *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* (CKD-EPI) como fórmula padrão para análise da TFD e estratificação do estágio da DRC conforme figuras a seguir:

Figura 3: Nomogramas para estimativa da taxa de filtração glomerular em Homens baseado na fórmula CKD-EPI



Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia (Calculadoras nefrológicas – SBN)

Figura 4: Nomogramas para estimativa da taxa de filtração glomerular em Mulheres baseado na fórmula CKD-EPI



Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia (Calculadoras nefrológicas - SBN)



	<ul style="list-style-type: none"> ✓ AVC hemorrágico. Encaminhar pacientes com diagnóstico de AVC hemorrágico que não tiveram investigação diagnóstica para avaliação ✓ Tuberculose da coluna vertebral. Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo ✓ Hérnia do disco cervical. Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo ✓ Lesões do plexo braquial. Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Espasmo hemifacial. Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ✓ Síndrome pós-laminectomia. Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ✓ Síndromes compressivas do sistema nervoso periférico. Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Epilepsia. Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico; ✓ Doença de Parkinson. Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ✓ Síndrome do túnel do carpo. Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo ✓ Síndrome do túnel cubital. Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo ✓ Síndrome do desfiladeiro. Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo

3.19.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Instabilidade clínica em geral, não revertidas em nível ambulatorial.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

3.19.2 Evidências clínicas e complementares

- Anamnese detalhada;
- Dados do exame físico;
- Possíveis fatores desencadeantes;
- Tratamento já realizado;
- Medicamentos em uso; e
- Se houve resposta ao tratamento.

3.19.3 Exames Complementares

Condição	Exames complementares necessários
Fístula líquórica	RNM, RX de crânio ou coluna (dependendo da quantidade de líquido)
Hidrocefalia no adulto	TC e RNM de crânio
Neuralgia do trigêmeo	TC e RNM de crânio
Aneurismas	TC de crânio, RNM, ARNM, Angio TC
Malformações arteriovenosas do crânio	TC de crânio, RNM, ARNM, Angio TC
Malformações arteriovenosas medulares	TC e RNM da coluna, ARNM, Angio TC
Fístulas arteriovenosas	RNM, ARNM, Angio TC COLUNA
Síndrome de Chiari	TC e RNM do crânio e da coluna cervical
Doenças da junção craniocervical	TC e RNM do crânio e da coluna cervical
Cordotomias	TC e RNM da área afetada
Traumatismo raquimedular	TC e RNM de crânio
Tumores cerebrais	TC e RNM de crânio
Tumores das meninges	TC e RNM de crânio
Tumores da base do crânio	TC e RNM de crânio
Neurinomas do acústico	TC e RNM de crânio
Tumores da hipófise	TC e RNM de crânio, TC de seios da face
Tumores da pineal	TC e RNM de crânio
Tumores medulares:	TC e RNM da área afetada
Tumores da coluna vertebral	TC e RNM da área afetada
Linfomas	TC e RNM de crânio
Cistos intracranianos	TC e RNM de crânio
Metástases cerebrais	TC e RNM de crânio
Tumores do sistema nervoso periférico	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada
Trauma do sistema nervoso periférico (nervos/plexo)	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada
Síndrome pós-laminectomia	TC e RNM da área afetada
AVC hemorrágico	TC de crânio, RNM, arteriografia cerebral, Angio TC
Tuberculose da coluna vertebral	TC e RNM da área afetada
Hérnia do disco cervical	TC e RNM da coluna cervical
Lesões do plexo braquial	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada
Espasmo hemifacial	TC e RNM de crânio, ARNM
Síndrome pós-laminectomia	TC e RNM da área afetada
Síndrome do túnel cubital	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada
Síndrome do túnel do tarso	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada
Síndromes compressivas do sistema nervoso periférico	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada
Epilepsia	TC e RNM de crânio, ARNM, EEG
Doença de Parkinson	TC e RNM funcional do crânio
Síndrome do túnel do carpo	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada
Síndrome do desfiladeiro	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada, doppler MMSS e de carótidas



DIRETRIZ
DA SMS

Opte sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.20.1.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Cefaléia súbita associada a rebaixamento do nível de consciência (alteração da escala de Coma de Glasgow);
- Cefaléia pós traumatismo crânio encefálico agudo;
- Cefaléia associada a quadro febril súbito com sinais de hipertensão intracraniana (edema de papila óptica, náuseas, vômitos, crises convulsivas, hipertensão arterial e bradycardia, alteração no nível de consciência);
- Cefaléia associada à febre e petéquias pelo corpo com ou sem meningismo (meningite meningocócica);
- Cefaléia associada a déficits neurológicos súbitos (motores/sensitivos ou visuais);
- Cefaléia súbita no HIV com CID < 400.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

Referência para
Atendimento
em Neurologia
(Cefaléia)

Telessaúde
CEM Sarzedo
Belo Horizonte



3.20.2 DISTÚRBIO DE SENSIBILIDADE

Excluir causas clínicas e dermatológicas.

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes com história de perda de sensibilidade súbita e ascendente associado à paralisia flácida (Síndrome de Guillain-Barre) ✓ Pós-Traumatismo craniano ou lesão medular (Síndrome de Brown Sequard) ✓ História de lesão medular aguda (esquistossomose- incontinência urinária e fecal) ✓ História de Amaroose súbita- lesão artéria oftálmica embólica
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ História de Acidente Vascular Encefálico (AVE) agudo, perda motora e sensitiva aguda ✓ HIV positivos com perda da sensibilidade aguda ✓ HAS sem controle adequado ✓ Diabetes mellitus descompensados (alterações da hemoglobina glicosilada > 9%) ✓ Portadores de Polirradiculoneuropatia Crônica (CIDP) ✓ Neoplasia de próstata com infiltração medular ✓ Radioterapia em pelve e região lombar ✓ Hansenase ✓ Acidente de veículo automotivo com lesão neuronal
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diabetes mellitus em tratamento ✓ Hipotireoidianos ✓ Portadores de colagenoses e vasculites ✓ Síndromes dolorosas complexo regionais ✓ Sífilis
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Depressão ✓ Mononeuropatias ✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto e muito alto risco

DIRETRIZ
DA SMS

Opte sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.20.2.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Perda súbita da sensibilidade corpórea com insuficiência respiratória (Síndrome de Guillain-Barre);
- TCE e Traumas medulares;
- Perda da sensibilidade associada a déficit neurológico agudo;
- Amaroose súbita. É necessária a avaliação concomitante da oftalmologia.



- **Vertigem Periférica:** recorrente, com muitos sintomas (náuseas e vômitos), poucos sinais e nistagmo lateral.
- 3.20.3.1 **Encaminhar para Urgência nas seguintes situações**
- Pacientes pós traumas cranioencefálicos: quadro de vertigem central;
- Pós Acidente Vascular Encefálico (AVE) e crises hipertensivas: vertigem central e acompanhado de ataxia e sinais de descompensação vestibular;
- AVE de Tronco encefálico: vertigem acompanhada de déficits dos nervos cranianos.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

Referência para Atendimento Ambulatorial em Neurocirurgia (Equilíbrio, Vertigens e Tonturas)

Telessaúde
CEM Sarzedo
Belo Horizonte



3.20.4 **DISTÚRBIO DO MOVIMENTO: TREMORES, COREIA, ATETOSES**

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none"> ✓ História de quadro súbito associado a déficit neurológico focal ✓ História de crise tônico-clônica ✓ Lesões expansivas cerebrais ✓ História de traumatismo craniano ✓ História de envenenamentos ✓ Pacientes imunocomprometidos (HIVpositivo/Imunossuprimidos)
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abuso de álcool e drogas desencadeando quadro de alteração motora associado com sintomas neurovegetativos ✓ Distúrbio do movimento súbito em mulheres de 20-40 anos associado à esclerose Múltipla ✓ Diabetes mellitus descompensado (alterações da hemoglobina glicosilada > 9%) ✓ Insuficiência Renal Crônica ✓ Insuficiência hepática ✓ Coreia de Sydenham ✓ Abuso de álcool ✓ Abstinência ao álcool ✓ Medicamentos desencadeando distúrbio do movimento ✓ Hipoglicemias ✓ Doença de Parkinson e Síndromes Parkinsonianas ✓ Mulheres grávidas apresentando coreia, com história familiar positiva ✓ Doença de Huntington (Coreia+ tremores + demência+ história familiar positiva) ✓ Desencadeados por medicamentos usados na asma e DPOC
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tremor essencial ✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto e muito alto risco

DIRETRIZ DA SMS

Opte sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.20.4.1 **Encaminhar para Urgência nas seguintes situações**

- Distúrbios do movimento ocorridos após traumatismo crânio encefálicos (TCE);
- Distúrbio do movimento após perda de consciência e déficits neurológicos agudos;
- Distúrbios do movimento após envenenamentos e intoxicações exógenas.



IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

Referência para Atendimento Ambulatorial em Neurocirurgia (Epilepsia)

Telessaúde
CEM Sarzedo
Belo Horizonte



3.20.6 MICROCEFALIA e MACROCEFALIA

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none"> ✓ História de Encefalopatia anóxica/hipóxico no trabalho de parto ✓ História de Hemorragias intracranianas (p é termos) ✓ História de Traumas obstétricos ✓ História de Meningites e encefalite
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Síndromes cromossômicas e neurometabólicas ✓ Herança autossômica recessiva (Trissomia 13, 18, 21 e 22) ✓ Exposição a drogas na gravidez ✓ Alcoolismo e gestação ✓ Infecções na gestação (toxoplasmose, citomegalovirus, rubéola e varicela) ✓ Deficiência nutricional na gestação ✓ Tentativas de auto-extermínio na gestação ✓ Hidrocefalias ✓ Lesões expansivas do Sistema Nervoso Central
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Neurofibrinomatose ✓ Esclerose Tuberosa ✓ Síndrome do X Frágil ✓ Raquitismo ✓ Osteogênese imperfeita do Crânio (Macrocefalia) ✓ Talassemias Major (macrocefalias)
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pseudotumorais ✓ Pseudomacrocefalias ✓ Macrocefalia Familiar benigna ✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto e muito alto risco

DIRETRIZ DA SMS

Opõe sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.20.6.1 Alterações do formato da cabeça

- **Microcefalia:** A circunferência da cabeça é menor que o normal. Caracterizada pelo tamanho da cabeça 02 desvios padrões abaixo da média (idade/sexo/raça/estatura da criança) - Baixa produção neuronal na embriogênese. Pode aparecer no nascimento ou nos primeiros anos de vida.
- **Macrocefalia:** A circunferência da cabeça é maior que a média pela idade e sexo da criança. Tamanho da cabeça maior que 02 desvios padrões acima da média (idade/sexo/raça/estatura da criança).



P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quadro psicogênico ✓ Paralisia cerebral (encefalopatia crônica não progressiva) ✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto e muito alto risco
----	--

DIRETRIZ DA SMS

Opõe sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.20.7.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Quadro súbito de paralisia e plegia pós TCE ou trauma raquimedular;
- Perda súbita motora em pacientes portadores de HAS/DM/Coronariopatias e valvulopatias (AVE);
- Paralisia ou plegia associada à insuficiência respiratória aguda (Síndrome de GuillainBarré/Polimielite/Crise miastênica);
- Paralisia, espasmos musculares e sialorréia (Tétano).

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende.**
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

Referência para Atendimento Ambulatorial em Neurocirurgia (Paresias e Paralisias)

Telessaúde
CEM Sarzedo
Belo Horizonte



3.20.8 SÍNCOPE

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none"> ✓ História de Perda da consciência por mais de 5 minutos ✓ História de Traumatismos cranianos ✓ História de AVE
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes cardiopatas ✓ Pacientes > 65 anos ✓ Diabéticos ✓ Portadores de HAS em uso de diuréticos em altas doses
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mudança repentina da posição – sentada para de pé (alteração da pressão hidrostática)
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto e muito alto risco

DIRETRIZ DA SMS

Opõe sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.20.8.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Quadro de síncope em pacientes cardiopatas e coronariopata graves com perda da consciência por mais de 5 minutos;
- Síncope associada à arritmia cardíaca (FV/TPSV/TV);
- Síncope associada a déficits neurológicos focais;
- Síncope em pacientes que apresentem história de morte súbita na família.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende.**
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

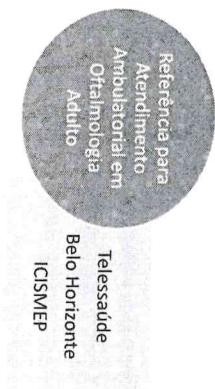
Referência para Atendimento Ambulatorial em Neurocirurgia (Síncope)

Telessaúde
CEM Sarzedo
Belo Horizonte



Após a resolução do quadro de urgência, o usuário receberá um relatório de alta emitido pelo médico do serviço contendo: o exame, diagnóstico e tratamento realizado, além da justificativa sobre a prioridade no agendamento, com orientações sobre a necessidade de agendamento de consulta oftalmológica no município de origem.

O médico do serviço de urgência deverá sinalizar, em destaque, o nível de prioridade na guia do encaminhamento.



3.22 PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA

- Todos os pacientes, exceto crianças abaixo de quatro anos, encaminhados para exame oftalmológico devem ser triados com o teste de acuidade visual (tabela de Snellen) por profissional capacitado.

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Previamente (1-32 semanas) - Ideal consulta entre quarta e sexta semana de vida ✓ Estrabismo (alteração do eixo vertical) ✓ Diferença de acuidade visual de duas linhas de um olho para o outro – risco de ambliopia ✓ Estrabismo evidente
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Todo recém-nascido. Ideal consulta entre a quarta e sexta semana de vida ✓ Lacrimejamento persistente, contínuo – se suspetar de obstrução de vias lacrimais, orientar massagem, limpeza local e encaminhar ✓ Estrabismo (suspeita) ✓ Ceratolia (frequente - mais de três vezes por semana, vespertina, após período escolar) ✓ Acuidade visual com correção menor que 20/30 ou 0,7 ✓ Prurido ocular intenso (avaliar associação com Rinite Alérgica, e tratar, se for o caso)
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Toda criança em fase de alfabetização (aos 04 anos) ✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto ou muito alto risco.

DIRETRIZ DA SMS

Opõe sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.22.1 Encaminhar para Urgência Oftalmológica nas seguintes situações

- Baixa acuidade visual súbita (menos de 7 dias);
- Alteração no campo visual súbita (incluindo moscas volantes de aparecimento súbito);
- Dor ocular intensa associada a hiperemia (Conjuntivite geralmente está associada à secreção ocular e desconforto);
- Presença de corpo estranho (tentar retirar com soro fisiológico e limpeza com cotonete dos fórnices/pálpebras). Importante inverter a pápebra;
- Trauma ocular de qualquer espécie (fator de risco para Descolamento de Retina);
- Comprometimento da integridade do globo ocular (perfuração ocular);
- Olho vermelho a menos de 7 dias.



3.23.3 Exames Complementares

- Exames radiológicos da coluna vertebral e membros;
- Queixa de dormência em membros solicitar previamente TSH, glicemia, látex, FAN, hemograma devido ao grande número de patologias associadas;
- Exames radiológicos dos joelhos solicitar com apolo.

3.23.4 Outras informações importantes

Não desvalorizar resultado de exames com laudo "normal". Na dúvida encaminhar com este exame sem necessidade de outros até avaliação ortopédica.

Referência para
Atendimento
Ambulatorial em
Ortopedia Adulto

Telessaúde
Belo Horizonte
ICSMEP
CEM Sarzedo

3.24 PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fratura recente, após atendimento na urgência ortopédica, que precise de acompanhamento; ✓ Hipertonia troneural mesmo sem tração; ✓ Alterações graves no exame físico, exames, sinais, reflexos, deformidades e dor; ✓ Grande discrepância de membros inferiores.
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recém-nascido com suspeita de luxação coxo-femoral ✓ Recém-nascido com pé torto congênito ✓ Escoliose acentuada com deformidade do tórax visível
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Crianças com distúrbio de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, que necessitem de avaliação para tratamento
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avalliação de deformidade dos pés em plano valgo ou cavo ✓ Osteocondroses ✓ Tuberosidade da tíbia e ou calcâneo ✓ Cisto de Baker ✓ Escolioses leves ✓ Dor articular persistente e refratária ao tratamento sem alterações de exame físico e ou complementares ✓ Outras situações não estratificadas como de moderado, alto e muito alto risco

DIRETRIZ
DA SIMS

Opte sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.24.1 Encaminhar para Urgência Neurológica nas seguintes situações

- Suspeita de fratura;
- Suspeita de osteomielite ou artrite séptica.

IMPORANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270



3.25.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Corpo estranho;
- Abscesso periamigdaliano;
- Epistaxe aguda - encaminhar se grande referenciar para João XXIII e se moderado para UPA.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com o Hospital João XXIII (BH) - Avenida Professor Alfredo Balena, 400, Santa Efigência - Telefone: 3239 9200 (Médico Regulador) ou com a Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende - Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

3.25.2 Evidências clínicas e complementares

- Anamnese detalhada;
- Dados do exame físico;
- Possíveis fatores desencadeantes;
- Tratamento já realizado;
- Medicamentos em uso; e
- Se houve resposta ao tratamento.

Referência para Atendimento Otorrinolaringologia

Telessaúde
Belo Horizonte
ICISMEP
CEM Sarzedo

3.26 PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À PEDIATRIA

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peso ao nascer < 1.500 gramas ou idade gestacional < 32 semanas; ✓ Malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica; ✓ Dias (2) ou mais internações (UPA/UVI e/ou Hospital);
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baixo peso, ≤ que 2.000 gramas; ✓ Prematuridade ≤ 34 semanas de idade gestacional; ✓ Assfixia perinatal e ou apgar ≤ 6 no 5º minuto de vida; ✓ Hipertilirrubinemia com nível de exangüineotransfusão; ✓ Infecções crônicas como toxoplasmose, sífilis congênita, HIV/AIDS, mononucleose, rubéola, hepatites tipo B e C, citomegalovírus, herpes simples, Zika, confirmadas ou em investigação; ✓ Malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas sem repercussão clínica; ✓ Doenças diagnosticadas no teste do pezinho: hipotireoidismo, fibrose cística, anemia falciforme, deficiência de biotinidase, hiperplasia adrenal congênita, fenilcetonúria; ✓ Desenvolvimento neuro-psico-motor insatisfatório para a faixa etária, conforme tabela de Denver (caderneira da criança); ✓ Desnutrição grave com escore ≥ menor que -3; ✓ Obesidade com escore ≥ maior + 3; ✓ Perímetro cefálico alterado (microcefalia e macrocefalia) ✓ Intercorrências clínicas repetidas (internações frequentes);
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baixo peso: de 2.000 a 2.500 gramas; ✓ Prematuridade tardia: idade gestacional de 35-36 semanas; ✓ Desname precoce: antes do 6º mês de vida; ✓ Desnutrição ou curva pônderoestatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais; ✓ Sobrepeso; ✓ Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado; ✓ Cárrie; ✓ Mãe adolescente; ✓ Mãe analfabeta ou com menos de 04 anos de estudo; ✓ Mãe com antecedente de 1 filho morto; ✓ Óbito de irmão menor que 5 anos por causas evitáveis; ✓ Gravidez indesejada; ✓ Depressão pós-parto; ✓ Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica; ✓ Pais com dependência de álcool e outras drogas; ✓ Mãe ausente por doença, abandono ou óbito; ✓ Indicios de violência doméstica; ✓ Cuidador não habilitado;
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risco inerente no ciclo de vida da criança; ✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto e muito alto risco.



tratamento por motivo de recusa na dispensação do medicamento é motivo comum de descompensação dos pacientes.

3.27.3 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Crise asmática grave e moderada que não respondem ao tratamento;
- DPOC exacerbado e pneumonia com critérios para internação;
- Derrame pleural volumoso;
- Suspeita de Trombo Embolismo Pulmonar (TEP) agudo;
- Cor pulmonale descompensado;
- Pacientes com hipoxemia aguda ou em estado de caquexia.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

Referência para Atendimento Ambulatorial em Pneumologia

Telessaúde
Belo Horizonte
Ibirite
CEM Sarzedo

[105]



3.28 PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À PROCTOLOGIA

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes com diagnóstico de Câncer Colorretal que necessitem retornar com exames pré-operatórios ✓ Suspeita de Câncer Colorretal: pacientes avaliados que apresentem sintomas sugestivos como emagrecimento ou anemia sem causa aparente, alteração do hábito intestinal com mais de 30 dias de evolução (diarreia / semi-obstrução intestinal / disquezia), hematoqueia associada a estes sintomas ✓ Paciente com pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo e história familiar positiva
Alto P1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suspeita de doença Inflamatória Intestinal: Retocolite Ulcerativa ou Doença de Crohn ✓ Pacientes com prolapso retal (considerar avaliação da urgência) ✓ Paciente com pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo ✓ Paciente com diagnóstico ou suspeita de Condiloma anal, perianal ou pólipos
Médio P2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patologias anais: queixa de dor, sangramento, nodulações, saliências ou secreções anais ou perianais ✓ Incontinência fecal ✓ Diarreia crônica/ ou constipação intestinal crônica já com avaliação pela clínica ou gastroenterologia; ✓ Pacientes assintomáticos com história familiar de Pólipos ou Câncer Colorretal ✓ Doença hemorroidária e fístulas perianais
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Queixas anais ou abdominais que tiveram regressão espontânea; ✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto ou muito alto risco

DIRETRIZ DA SMS

Opte sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

Observações:

- **Triagem de pacientes para prevenção do câncer colorretal:** Os médicos das Unidades de Saúde devem solicitar rotineiramente pesquisa de sangue oculto nas fezes em três amostras colhidas em dias diferentes para pacientes com 50 anos ou mais. **Se positivo, encaminhar para a coloproctologia.**

[106]



DIRETRIZ
DA SMS

Opte sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

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

3.29.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina;
- Perda de força progressiva medida de maneira objetiva;
- Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado;
- Diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral;
- Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas);
- Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre, outros achados);
- Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

3.29.2 Evidências Clínicas e Complementares

- Anamnese detalhada;
- Dados do exame físico;
- Possíveis fatores desencadeantes;
- Tratamento já realizado;
- Medicamentos em uso; e
- Se houve resposta ao tratamento.

[109]



3.29.3 Exames complementares

- **Artrite reumatoide**
 - Descrição da radiografia das mãos, punhos e pés, com data (se necessário);
 - Resultado de fator reumatoide, com data;
 - Resultado de proteína C reativa (PCR) ou velocidade de hemossedimentação (VHS/ VSG), com data.
- **Artrite psoriásica**
 - História prévia de psoríase cutânea (sim ou não);
 - História familiar de psoríase (sim ou não);
 - Resultado de fator reumatoide, com data;
 - Resultado de exame de imagem da articulação acometida, com data (se necessário).
- **Lúpus eritematoso sistêmico (LES)**
 - Resultado proteinúria em EQU/EAS/Urina Tipo 1 ou avaliação quantitativa de proteinúria (relação proteinúria/creatinúria ou microalbuminúria em amostra, conformedições locais), com data;
 - Resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia quando presente), com data;
 - Se anemia, resultado de exames para avaliar hemólise (reticulócitos, LDH, bilirrubinas e Coombs direto), com data;
 - Resultado de fator antinuclear (FAN), com data.
- **Sinais e sintomas que sugerem a suspeita de LES**
 - Exantema malar ou discoide;
 - Fotossensibilidade;
 - Úlcera oral;
 - Presença de artrite - sim ou não. Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;
 - Presença de serosite (pleurite ou pericardite) - sim ou não;
 - Presença de sinais ou sintomas neurológicos - sim ou não. Se sim, descrever quais;
 - Presença de outros sinais ou sintomas (sintomas constitucionais, fenômeno de Raynaud).
- **Osteoartrite**
 - Resultado de exame de imagem, com data;
 - Resultado de velocidade de hemossedimentação (VSG/VHS), com data;
 - Índice de massa corporal (IMC);
 - Tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite (não farmacológico - tipo e duração);
 - Medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação;
 - Comorbidades associadas (psoríase, doença inflamatória intestinal e outras).
- **Dor lombar**
 - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:
 - Sinais e sintomas;

[110]



3.30 PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À UROLOGIA ADULTO

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
Muito alto P0	<ul style="list-style-type: none">✓ História de retenção urinária aguda com sonda vesical de demora renal✓ Hidronefrose moderada a acentuada com alteração de função renal✓ Massa sólida heterogênea em trato urinário (rim ou bexiga) ou testicular✓ PSA total maior que 10
Alto P1	<ul style="list-style-type: none">✓ Hematúria macroscópica persistente✓ PSA total entre 4 a 10✓ Hidronefrose moderada a acentuada sem alteração de função renal✓ Hidronefrose leve com dor lombar ipsilateral
Médio P2	<ul style="list-style-type: none">✓ História de infecção urinária de repetição✓ Hidronefrose leve em paciente assintomático✓ Hematúria microscópica✓ Fimose sem exposição de glândula✓ Litíase renal✓ PSA entre 2 e 4 sem sintomas urinários
Baixo P3	<ul style="list-style-type: none">✓ Disfunção erétil ou outras alterações sexuais✓ Dor lombar ou pélvica inespecíficas sem alterações laboratoriais✓ Incontinência urinária✓ Fimose leve com ou sem balanopostite✓ Cistos Renais/Doença Policística Renal✓ Outras situações não estratificadas como de médio, alto ou muito alto risco

DIRETRIZ DA SMS

Opõe sempre por realizar a Teleconsulta para qualquer nível de prioridade, antes do encaminhamento para atendimento presencial com o especialista.

3.30.1 Encaminhar para Urgência nas seguintes situações

- Hematúria incoercível com alteração hemodinâmica;
- Retenção urinária aguda sem sucesso em passagem de sonda vesical de demora;
- Cólica lombar intratável clinicamente;
- Pielonefrite associada à ureterolitíase com risco de sepse urinária;
- Escroto agudo com suspeita de torção testicular.

IMPORTANTE

- Referenciar com Guia de Encaminhamento de Urgência e Emergência após contato com a **Unidade de Pronto Atendimento Oldack Pinheiro Rezende**.
- Rua Antônio Teófilo dos Santos, nº 317, Centro - Telefone: 3577 7030 e 3577 7270

3.30.2 Evidências clínicas e complementares

- Anamnese detalhada;
- Dados do exame físico;
- Possíveis fatores desencadeantes;
- Tratamento já realizado;
- Medicamentos em uso; e
- Se houve resposta ao tratamento.

3.30.3 Exames complementares

- PSA total, exame de urina rotina e dosagem de creatinina sérica em pacientes para controle prostático;
- Exames de urina rotina com urocultura para pacientes com suspeita de infecção urinária de repetição;
- Ultrassom rins e vias urinárias com exame de urina rotina para pacientes com dor lombar ou pélvica sugestiva de alteração do trato urinário.

Observações:

Segundo consenso da Sociedade Brasileira de Urologia o controle prostático anual deve ser feito em todos os pacientes mesmo assintomáticos maiores que 50 anos ou 45 anos para aqueles com fatores de risco (entre eles história familiar de neoplasia prostática, tabagistas ou raça negra).

Encaminhar pacientes com menos de 45 anos quando sintomáticos.

Referência para Atendimento Ambulatorial em Urologia Adulto

Tele-saúde
Belo Horizonte
CEM Sarzedo



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO
CEP 32.450-000 - ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BETIM. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo para acesso a consulta especializada.** Diretoria de Regulação em Saúde. Diretoria Operacional da Saúde. 2016. Betim. 85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.436** de 21 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada;** v. 3 Reumatologia e Ortopedia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – versão preliminar – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parâmetros para o Planejamento e Programação da Atenção Especializada -** Nota técnica. 2015.

BRASIL. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada;** v. 1. Endocrinologia e nefrologia / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas:** Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 2.546**, de 27 de outubro 2011.

BRASIL. **Mapa para Implantação de Protocolos Assistenciais: necessidades, diretrizes e orientações.** Relatório Final. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação de Regulação e Avaliação. MS, Brasília, março de 2006. 105p.

CONASS. **A construção social da atenção primária à saúde.** Eugênio Vilaça Mendes, Marco Antônio Bragança de Matos, José de Oliveira Evangelista, Ríbia Pereira Barra. 2ª ed. Brasília. Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, 2019. 192 p.

DIVINÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde **Protocolo Técnico Operacional de Regulação em Saúde - SUS/Divinópolis Versão 01.2015.** Diretoria de Regulação em Saúde/Gerencia de Regulação em Saúde, 2015. 187 p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

[117]



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO
CEP 32.450-000 - ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Brasil: Sumário Executivo para a Atenção Básica.** Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

MARTINS et al. **RegulatioSUS: Protocolos de encaminhamento para Mastologia.** Disponível em https://www.ufrrgs.br/telessaunders/documents/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_mastologia_20160324.pdf. Acesso em 10 dez de 20.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (SOGIMIG). Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC). **Atenção à Saúde da Gestante – critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante.** Nota técnica conjunta. Programa Viva Vida. Projeto Mães de Minas. Autêntica: Belo Horizonte, 2016. 21 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (SOGIMIG). **Atenção à Saúde da Gestante – novos critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante.** Nota técnica conjunta. Programa Viva Vida. Projeto Mães de Minas. Autêntica: Belo Horizonte, 2013. 16 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde (SES). **Linha Guia da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônicas.** Atenção à Saúde do Adulto. Belo Horizonte, 3ª Edição Atualizada. 2013. 200p.

PARNAÍBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Regulação do Acesso: procedimentos de média e alta complexidade.** Coordenação de Controle, Avaliação e Regulação e Auditoria. 2011

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Geral de Atenção Primária à Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Telessaúde RS (Telessaúde RS-URFRGS). **Manual de teleconsulta na APS.** Porto Alegre, jun. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolos de Acesso da Regulação do Estado de Santa Catarina.** Vol I Revisado. 2018. 411 p.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Calculadoras Nefrológicas** Disponível em <https://www.sbn.org.br/profissional/utilidades/calculadoras-nefrológicas/Acesso> em 26 nov 2020.

[118]



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO

ESTADO DE MINAS GERAIS

OFÍCIO. Nº 226/2023

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO QUE SE FAZ.

REF: OFÍCIO 167/2023 – REQUERIMENTO VERBAL Nº 37/2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CÓPIA

Prezada Secretária,

Aportou nesta Procuradoria o Requerimento supramencionado (cópia anexa), oriundo do gabinete da vereadora Gabriele Valeska Henriques, com o ensejo de solicitar a esta secretaria que sejam destinados os protocolos para os usuários, tanto das cirurgias, quando das marcações de consultas e exames.

A justificativa apresentada para tal requerimento seria para evitar que algum extravio de marcação possa prejudicar o munícipe, tendo em vista que em muitos casos pode acontecer de o contato com os pacientes não ser de fácil realização, desta forma, o próprio paciente ajudaria no controle das datas marcadas.

Deste modo, solicitamos que sejam fornecidas as informações pertinentes, bem como estudo de viabilidade de atendimento ao respectivo Ofício, e que para tanto, dar-se-á o prazo de 05 (cinco) dias.

No mais, aproveito o ensejo para renovar mensagens de distinta consideração e elevado apreço.

Atenciosamente,

Sarzedo, 29 de junho de 2023.

Dr. Marco Túlio Batista Salomão
Procurador Geral do Município
OAB/MG 134.482

A Sra.
Fabiana Chaves Cabral
Secretária Municipal de Saúde.
Sarzedo/MG.

Recebido
Vincia Lino
03/07/23