

2026

Julho

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Oferta de Cuidados Integrados OCI

Departamento de Planejamento, Gestão e Auditoria do SUS

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 25/06/2026 19:33:03.00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR: <https://c.ipm.cpm.br/p9b0a6c1a31c3d>



Araucária
PREFEITURA

SAÚDE

**Protocolo Administrativo de
Ofertas de Cuidados Integrados – OCI**



PODER EXECUTIVO

PREFEITO

Luiz Gustavo Botogoski

VICE-PREFEITO

Tatiana Assuiti

SECRETÁRIO DE GOVERNO

Robison Ricardo Furman



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIO(A)

Renata Knopik Botogoski

OUVIDORIA EM SAÚDE

Daiane Rodrigues Fontes

DIREÇÃO GERAL

Débora Regina Sabino

DIREÇÃO TÉCNICA

Ana Beatriz Siqueira Xavier Pock

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Rodrigo Esposito Soares

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Carolina de Almeida Torres

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

David Pazian

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nicolle Lucena da Silveira

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ana Maria Taborda

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Alexandro André Radin

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA

Marisa Ferraz Gavronski Gawron

NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

Alana Elisabeth Kuntze Ferreira



ELABORAÇÃO

Fernanda Caldeira Santin – Médico Clínico Geral

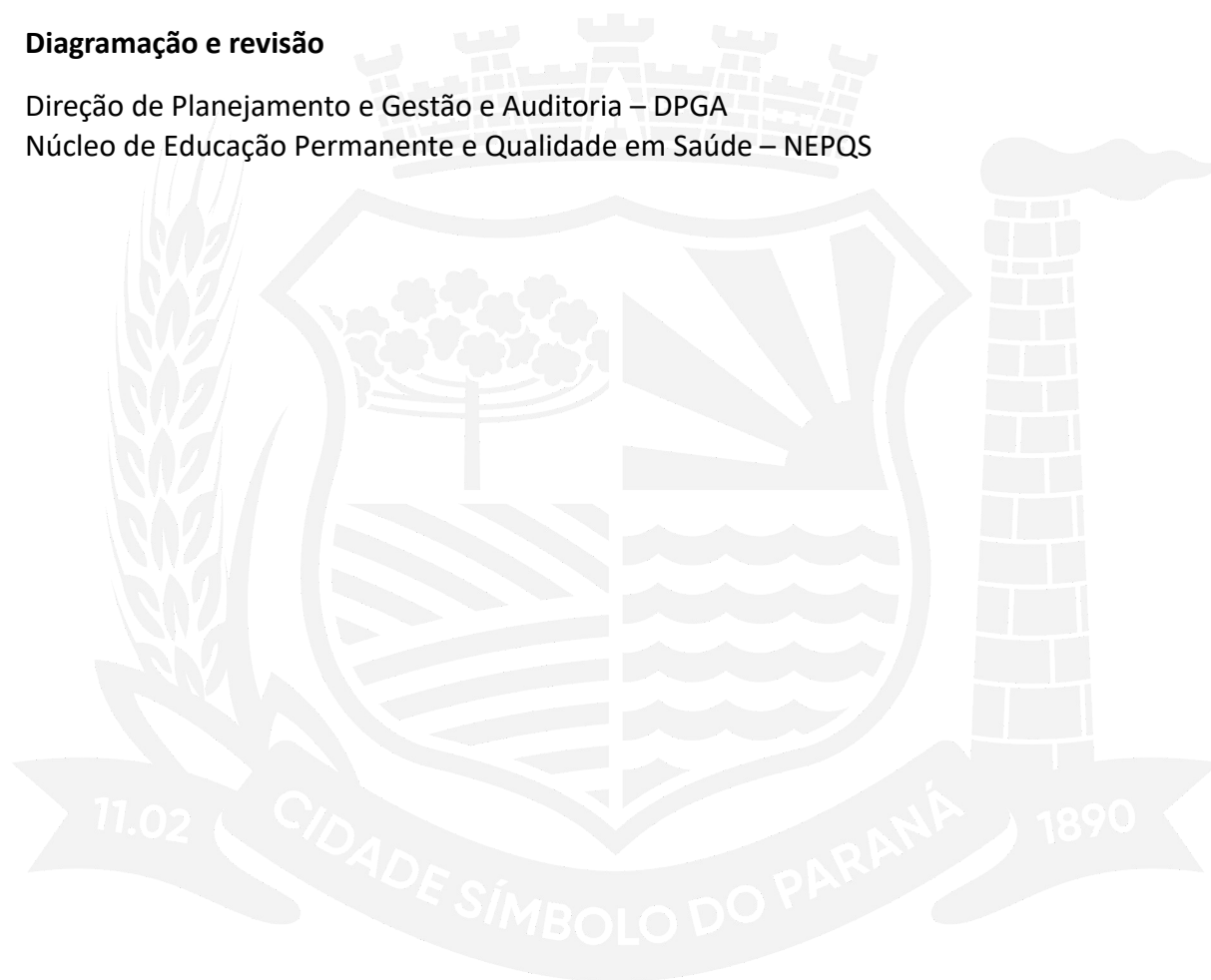
Katherine Sanzovo Pivatto Ottoboni – Médico Clínico Geral

Luis Gustavo Favretto – Médico Clínico Geral

Diagramação e revisão

Direção de Planejamento e Gestão e Auditoria – DPGA

Núcleo de Educação Permanente e Qualidade em Saúde – NEPQS



LISTA DE SIGLAS

AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual

APS – Atenção Primária à Saúde

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CRA – Central de Regulação Ambulatorial

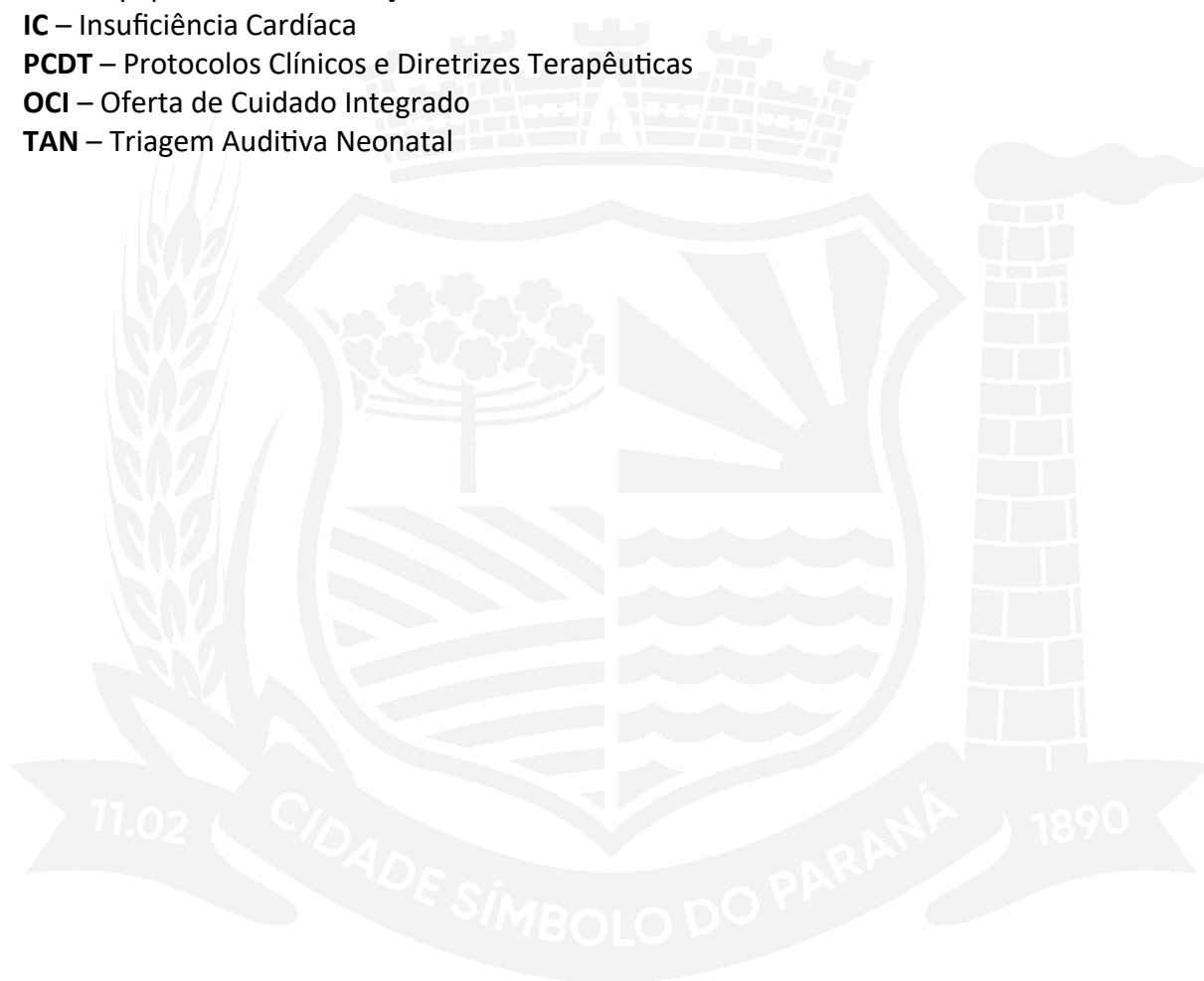
EPI – Equipamento de Proteção Individual

IC – Insuficiência Cardíaca

PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

OCI – Oferta de Cuidado Integrado

TAN – Triagem Auditiva Neonatal



SUMÁRIO

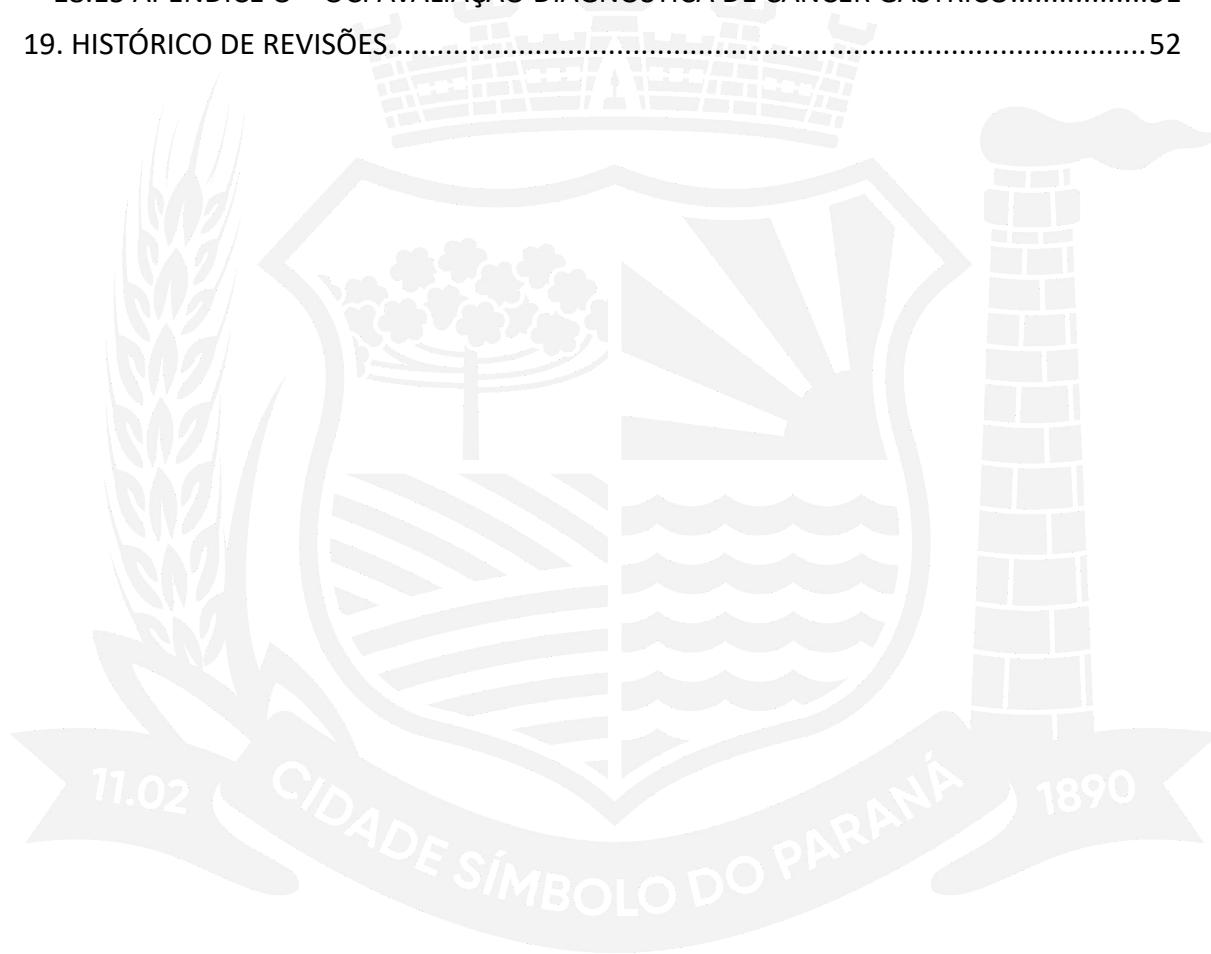
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OCI AVALIAÇÃO INICIAL DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO (09.04.01.001-5).....	11
2.1 Critérios de Encaminhamento.....	11
2.2 Descrição Mínima no Encaminhamento.....	11
2.3 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	11
3. OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA – 0 A 8 ANOS (09.05.01.001-9).....	12
3.1 Critérios de Encaminhamento.....	12
3.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	13
4. OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA – A PARTIR DE 9 ANOS (09.05.01.003-5).....	14
4.1 Critérios de Encaminhamento.....	14
4.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	14
5. OCI AVALIAÇÃO DE ESTRABISMO (09.05.01.002-7).....	15
5.1 Critérios de Encaminhamento.....	15
5.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	15
6. OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA (09.05.01.004-3).....	16
6.1 Critérios de Encaminhamento.....	16
6.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	16
7. OCI AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA (09.02.01.002-6):.....	17
7.1 Critérios de Encaminhamento.....	17
7.2 Descrição Mínima no Encaminhamento.....	17
7.3 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	17
8. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC) (09.02.01.006-9).....	18
8.1 Critérios de Encaminhamento.....	18
8.2 Descrição Mínima no Encaminhamento.....	18
8.3 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	18
9. OCI AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO (09.02.01.001-8).....	19
9.1 Critérios de Encaminhamento.....	19
9.2 Descrição Mínima no Encaminhamento.....	20
9.3 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	20
10. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL – SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA (09.02.01.003-4).....	21
10.1 Critérios de Encaminhamento.....	21
10.2 Descrição Mínima no Encaminhamento.....	21
10.3 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	22



11. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA (09.03.01.001-1).....	23
11.1 Critérios de Encaminhamento.....	23
11.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	26
12. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRAFIA (09.03.01.002-0).....	27
12.1 Critérios de Encaminhamento.....	27
12.3 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	28
13. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE CÂNCER DE MAMA (09.01.01.001-4).....	29
13.1 Critérios de Encaminhamento.....	29
13.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	30
14. OCI INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO (09.01.01.005-7).....	31
14.1 Critérios de Encaminhamento.....	31
14.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	32
15. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER COLORRETAL (09.01.01.008-1).....	33
15.1 Critérios de Encaminhamento.....	33
15.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	33
16. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER GÁSTRICO (09.01.01.007-3).....	34
16.1 Critérios de Encaminhamento.....	34
16.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores.....	34
17. REFERÊNCIAS.....	35
18. APÊNDICES.....	37
18.1 APÊNDICE A – OCI AVALIAÇÃO INICIAL DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO.....	37
18.2 APÊNDICE B – OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA – 0 A 8 ANOS.....	38
18.3 APÊNDICE C – OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA – A PARTIR DE 9 ANOS.....	39
18.4 APÊNDICE D – OCI AVALIAÇÃO DE ESTRABISMO.....	40
18.5 APÊNDICE E – OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA.....	41
18.6 APÊNDICE F – OCI AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA.....	42
18.7 APÊNDICE G – OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC)....	43
18.8 APÊNDICE H – OCI AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO.....	44
18.9 APÊNDICE I - OCI AVALIAÇÃO – SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA.....	45
18.10 APÊNDICE J - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA.....	46



18.11 APÊNDICE K - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRAFIA.....	47
18.12 APÊNDICE L – OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE CÂNCER DE MAMA.....	48
18.13 APÊNDICE M – OCI INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	49
18.14 APÊNDICE N – OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER COLORRETAL.....	50
18.15 APÊNDICE O – OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER GÁSTRICO.....	51
19. HISTÓRICO DE REVISÕES.....	52



1. INTRODUÇÃO

As Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) consistem em conjuntos organizados de procedimentos — incluindo consultas, exames e tecnologias de cuidado — estruturados de forma integrada para garantir atenção oportuna, resolutiva e de qualidade ao usuário, conforme a Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Têm como finalidade viabilizar a conclusão de etapas da linha de cuidado, especialmente em situações de diagnósticos ou tratamentos estabelecidos cronologicamente, reduzindo a fragmentação assistencial e promovendo a integralidade do cuidado.

Inseridas no Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, as OCI visam ampliar o acesso, reduzir filas e tempos de espera, qualificar a regulação e fortalecer a integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS), Central de Regulação Ambulatorial (CRA) e a atenção especializada. A APS atua como coordenadora do cuidado, sendo responsável pela avaliação inicial, definição do encaminhamento e acompanhamento dos usuários.

O rol de OCI é dinâmico e definido pelo Ministério da Saúde, conforme prioridades epidemiológicas e necessidades regionais. Cada oferta possui estrutura padronizada, incluindo procedimentos obrigatórios e eventuais, tempos de execução, códigos identificadores e parâmetros de financiamento e avaliação, podendo incorporar estratégias de saúde digital. Atualmente, as OCI contemplam cinco especialidades prioritárias: Oncologia, Cardiologia, Ortopedia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Os encaminhamentos para as OCI devem seguir protocolos clínicos e regulatórios, baseados na necessidade de saúde, estratificação de risco e adequada qualificação das informações clínicas. O processo regulatório ocorre de forma compartilhada entre APS, Central de Regulação Ambulatorial (CRA) e atenção especializada, com uso de sistemas integrados.

Este protocolo tem por finalidade orientar o acesso às OCI no âmbito municipal, estabelecendo critérios de elegibilidade, relação de exames e diretrizes assistenciais. Ressalta-se que os exames complementares, embora relevantes para qualificar a análise regulatória, não constituem requisito impeditivo para o acesso às OCIs.

Por fim, este protocolo orienta reguladores, serviços executantes e profissionais solicitantes quanto ao uso racional dos recursos, à qualificação da demanda reprimida e à melhoria da comunicação na rede de atenção à saúde. Situações excepcionais que demandem flexibilização dos critérios ou periodicidades estabelecidas deverão ser previamente avaliadas e autorizadas pela regulação, garantindo a conformidade com as normativas vigentes contribuindo para a equidade, resolutividade e integralidade do cuidado no SUS.



2. OCI AVALIAÇÃO INICIAL DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO (09.04.01.001-5)

Finalidade de avaliação diagnóstica, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada, audiometria tonal e vocal e imitanciometria (APÊNDICE A).

2.1 Critérios de Encaminhamento

- Faixa etária, a partir de 8 anos;
- Queixa de hipoacusia (progressiva ou dificuldade crescente de comunicação) / déficit auditivo autorreferido ou percebido por familiares;
- Dificuldade em compreender a fala, especialmente em ambientes ruidosos. Tinnitus (zumbido);
- Histórico de exposição ocupacional a ruído (principalmente sem uso de EPI);
- Histórico de exposição a quimioterápicos ou medicações ototóxicas;
- Infecções crônicas de ouvidos, especialmente com otorréia;
- Monitoramento da audição em crianças com indicador de risco 2 (IRDA 2);
- Achados de Exames: Como a Perda Auditiva Condutiva ou Mista identificada por audiometria, mesmo que a otoscopia seja normal; E a Perda Auditiva Neurossensorial em paciente motivado a usar Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) – neste caso, o encaminhamento pode ser para reabilitação auditiva.

2.2 Descrição Mínima no Encaminhamento

- Sinais e Sintomas: Descrição detalhada da queixa (duração, gravidade, se é em um ou ambos os ouvidos);
- Achados da Otoscopia: Descrição do exame do ouvido realizado na APS;
- Histórico: Informar a presença de indicadores de risco (IRDA), histórico de trauma, infecções ou uso de medicamentos;
- Exames Anexados: Anexar o resultado da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) e/ou Audiometria Tonal Liminar, se já tiverem sido realizados, indicando o grau e tipo da perda.

2.3 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos e Fonoaudiólogos.



3. OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA – 0 A 8 ANOS (09.05.01.001-9)

Finalidade de avaliação diagnóstica, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários de 0 a 8 anos que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada, teste ortóptico e biomicroscopia e mapeamento de retina (APÊNDICE B).

3.1 Critérios de Encaminhamento

- Teste do olhinho alterado unilateral ou bilateral ou não realizado;
- Ptose congênita;
- Sinais e sintomas de glaucoma congênito ou infantil: - Bftalmo (olho de tamanho aumentado) uni ou bilateral, megalocórnea (córnea de tamanho aumentado) com ou sem perda de transparência, lacrimejamento e/ou fotofobia associadas aos achados anteriores;
- Prematuros nascidos com peso de nascimento (PN) <1.500g e/ ou IG <35 semanas de idade gestacional (IG);
- Doença falciforme;
- Diagnóstico ou suspeita de infecções congênitas (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes, Sífilis);
- Nistagmo sem avaliação oftalmológica prévia;
- Crianças com alterações neurológicas até 3 anos de idade, sem avaliação oftalmológica prévia;
- Crianças com baixa acuidade visual ou estrabismo, sem avaliação oftalmológica prévia;
- Obstrução de vias lacrimais em crianças até 2 anos;
- Dor ocular, com ou sem olho vermelho, e/ou baixa aguda de visão, de evolução entre 7 e 30 dias;
- Crianças com síndrome de Down sem consulta oftalmológica prévia;
- Crianças com até 3 anos de idade que nunca fizeram exame oftalmológico; Obstrução de vias lacrimais em crianças maiores de 2 anos;
- Crianças com alergia ocular sem melhora com tratamento oftalmológico prévio;
- Usuários de óculos com graus elevados:
- Miopia (lente negativa) acima de 4D (Dioptrias; graus);
- Hipermetropia (lentes positivas) acima de 6D (Dioptrias; graus);
- Astigmatismo acima de 2,5D (Dioptrias; graus);
- Crianças com idade de 4 a 8 anos que nunca fizeram exame oftalmológico mesmo sem queixas visuais;
- Crianças em uso de lentes corretivas (óculos);
- Crianças com quadro de cefaleia (após leitura/escrita/assistir TV/dificuldade de ver o quadro em sala de aula) após afastados outros diagnósticos;
- Crianças com mais de 3 anos de idade com baixa acuidade visual e alteração neurológica.



3.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos e Enfermeiros.



4. OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA – A PARTIR DE 9 ANOS (09.05.01.003-5)

Finalidade de avaliação diagnóstica, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários, a partir de 9 anos de idade, que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada, teste ortóptico, tonometria, mapeamento de retina, biomicroscopia (APÊNDICE C).

4.1 Critérios de Encaminhamento

- Queixa de diminuição de acuidade visual aguda ou rapidamente progressiva;
- Antecedente pessoal de doenças sistêmicas como:
 - Doença falciforme;
 - Doenças imunossupressoras ou autoimunes;
 - Antecedente pessoal de câncer;
 - Uso de medicamentos que potencialmente causem toxicidade ocular:
 - Cloroquina, dentre outros.
- Ausência de acompanhamento, no último ano, de doença ocular já conhecida:
 - Doença Macular Relacionada à Idade;
 - Descolamento de Retina;
 - Glaucoma;
 - Ceratocone;
 - Catarata bilateral;
 - Retinopatia Hipertensiva;
 - Estrabismo de surgimento recente ou relato de visão dupla;
 - Gestante com queixas visuais.
- Refração com valores elevados:
 - Miopia (lente negativa) acima de 4D (Dioptrias; graus);
 - Hipermetropia (lentes positivas) acima de 6D (Dioptrias; graus);
 - Astigmatismo acima de 2,5D (Dioptrias; graus).
- Diagnóstico prévio de catarata unilateral;
- Usuários com queixas, sintomas visuais ou avaria de óculos;
- Paciente com diagnóstico de visão subnormal;
- Crianças e adolescentes em uso de lentes corretivas (óculos);
- Crianças, adolescentes e adultos com quadro de cefaleia (após leitura/escrita/assistir TV/dificuldade de ver o quadro em sala de aula) após afastados outros diagnósticos;
- Crianças e adolescentes com baixa acuidade visual e alteração neurológica;
- Demais queixas oculares independente da faixa etária do indivíduo.

4.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos e Enfermeiros.



5. OCI AVALIAÇÃO DE ESTRABISMO (09.05.01.002-7)

Finalidade de avaliação diagnóstica, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários que necessitem de atenção especializada. Por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada, teste ortóptico, fundoscopia, tonometria, mapeamento de retina, retinografia colorida, consulta ou teleconsulta de retorno (APÊNDICE D).

5.1 Critérios de Encaminhamento

- Faixa etária, entre 0 e 8 anos;
- Estrabismo de surgimento agudo (menor que 6 meses);
- Estrabismo associado a trauma recente (menor que 6 meses);
- Estrabismo com piora progressiva recente (menor que 6 meses);
- Estrabismo associado a nistagmo;
- Estrabismo com suspeita de associação com doença sistêmica em atividade (Miastenia Gravis, doenças neurológicas ou outras);
- Estrabismo residual ou consecutivo pós-cirúrgico, com qualquer tempo de evolução, com indicação de reoperação;
- Diplopia;
- Estrabismo associado a Síndrome de Down, Moebius ou Síndromes Genéticas;
- Estrabismo de criança ou adulto com prognóstico de melhora funcional;
- Estrabismo associado a trauma antigo (maior que 6 meses);
- Controle de estrabismo residual ou consecutivo pós-cirúrgico com qualquer tempo de evolução, sem indicação de reoperação;
- Insuficiência de convergência com indicação cirúrgica em adultos;
- Insuficiência de convergência;
- Estrabismo de crianças ou adultos, com deficiência visual em um olho, sem prognóstico funcional.

5.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos e Enfermeiros.



6. OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA (09.05.01.004-3)

Finalidade de avaliação diagnóstica, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada com oftalmologista, tonometria, mapeamento de retina, retinografia colorida, biomicroscopia (APÊNDICE E).

6.1 Critérios de Encaminhamento

- Diabéticos tipo I;
- Diabéticos tipo II em uso de insulina;
- Pacientes diabéticas gestantes;
- Pacientes com relato ou história de retinopatia diabética.

Todos os outros usuários, com diagnóstico de diabetes, devem ser encaminhados para exame oftalmológico de acordo com as orientações previstas no Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Retinopatia Diabética.

6.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos e Enfermeiros.



7. OCI AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA (09.02.01.002-6):

Finalidade de avaliação cardiológica, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada, ecocardiograma, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais específicos, consulta ou teleconsulta de retorno (APÊNDICE F).

7.1 Critérios de Encaminhamento

- Pacientes a partir de 18 anos que apresentem sinais ou sintomas sugestivos de doença cardiovascular, tais como:
 - Dor torácica;
 - Dispneia;
 - Edema periférico;
 - Síncope;
 - Presença de sopro ou ritmo irregular na ausculta cardíaca.
- Histórico de diabetes, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e tabagismo somados a presença de sinais e sintomas.
- Pressão arterial refratária ao tratamento medicamentoso.

7.2 Descrição Mínima no Encaminhamento

- Sinais e sintomas (síncope, dor torácica ou dispneia, descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, consequências hemodinâmicas);
- História familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, descrever idade do evento e grau de parentesco;
- Presença de sopro (sim ou não). Se sim, descreva a localização e as características do sopro, intensidade, com ou sem frêmito;
- Duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes, se suspeita de hipertensão resistente ou secundária;
- Outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não). Se sim, descrever;
- Medicações em uso, com posologia.

7.3 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos



8. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC) (09.02.01.006-9)

Finalidade de avaliação, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada, ecocardiograma, eletrocardiograma, teste ergométrico, exames laboratoriais específicos, monitoramento pelo sistema holter, consulta ou teleconsulta de retorno (APÊNDICE G).

8.1 Critérios de Encaminhamento

- Pacientes a partir de 18 anos que apresentem sinais ou sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca;
- Episódio de internação hospitalar no último ano devido à IC descompensada;
- Paciente com diagnóstico de IC com modificação recente no quadro clínico, apesar de tratamento clínico otimizado – piora de classe funcional ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia);
- Paciente com IC de FE reduzida ($\leq 40\%$) e que persiste em classe funcional III ou IV, apesar do tratamento clínico otimizado.

8.2 Descrição Mínima no Encaminhamento

- Sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, classe funcional, sinais de congestão e hipoperfusão);
- Medicamentos em uso, com posologia;
- Número de descompensações e internações hospitalares nos últimos 12 meses, se presentes;
- Outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não). Se sim, descrever;
- Caso tenha realizado eletrocardiograma, teste de esforço, radiografia de tórax, BNP/NT-proBNP e/ou Holter 24 horas previamente, anexar laudo(s), preferencialmente, ou descrever, na íntegra, o(s) seu(s) resultado(s), com data.

8.3 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos



9. OCI AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO (09.02.01.001-8)

Finalidade de avaliação de risco cirúrgico, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais para risco cirúrgico, consulta ou teleconsulta de retorno (APÊNDICE H).

9.1 Critérios de Encaminhamento

- Faixa etária, a partir de 18 anos;
- Indicados para cirurgias de alto risco (Exemplos: Cirurgia digestiva maior: duodenopancreatectomia, esofagectomia, hepatectomia, colectomia; cirurgia aórtica ou vascular aberta (bypass); adrenalectomia; cistectomia total; transplante hepático e pulmonar; pneumonectomia).
- Apresentação de sintomas ou sinais sugestivos de doença cardiovascular:
 - Dor torácica;
 - Dispneia;
 - Edema periférico;
 - Síncope;
 - Sopros cardíacos ou alterações do ritmo cardíaco na ausculta cardíaca.
- Presença de fatores de risco cardiovasculares:
 - Histórico de diabetes;
 - Hipertensão arterial (especialmente se associada a hipertrofia ventricular esquerda (HVE) importante);
 - Obesidade;
 - Tabagismo quando associado a um ou mais fatores de risco.
- Presença de doenças cardiovasculares ou histórico de:
 - Infarto do miocárdio;
 - Angina Instável;
 - Insuficiência cardíaca;
 - Valvopatias;
 - Doença arterial periférica.
- Portadores de Doença renal crônica, doença cerebrovascular e doença pulmonar obstrutiva crônica;
- Presença de alterações isquêmicas do segmento ST ou de ondas Q ao ECG;
- Idade acima de 70 anos associada a um ou mais fatores enumerados acima, submetidos a cirurgias de risco intermediário ou alto;
- Presença de comorbidades e/ou risco cirúrgico identificado como intermediário a alto.

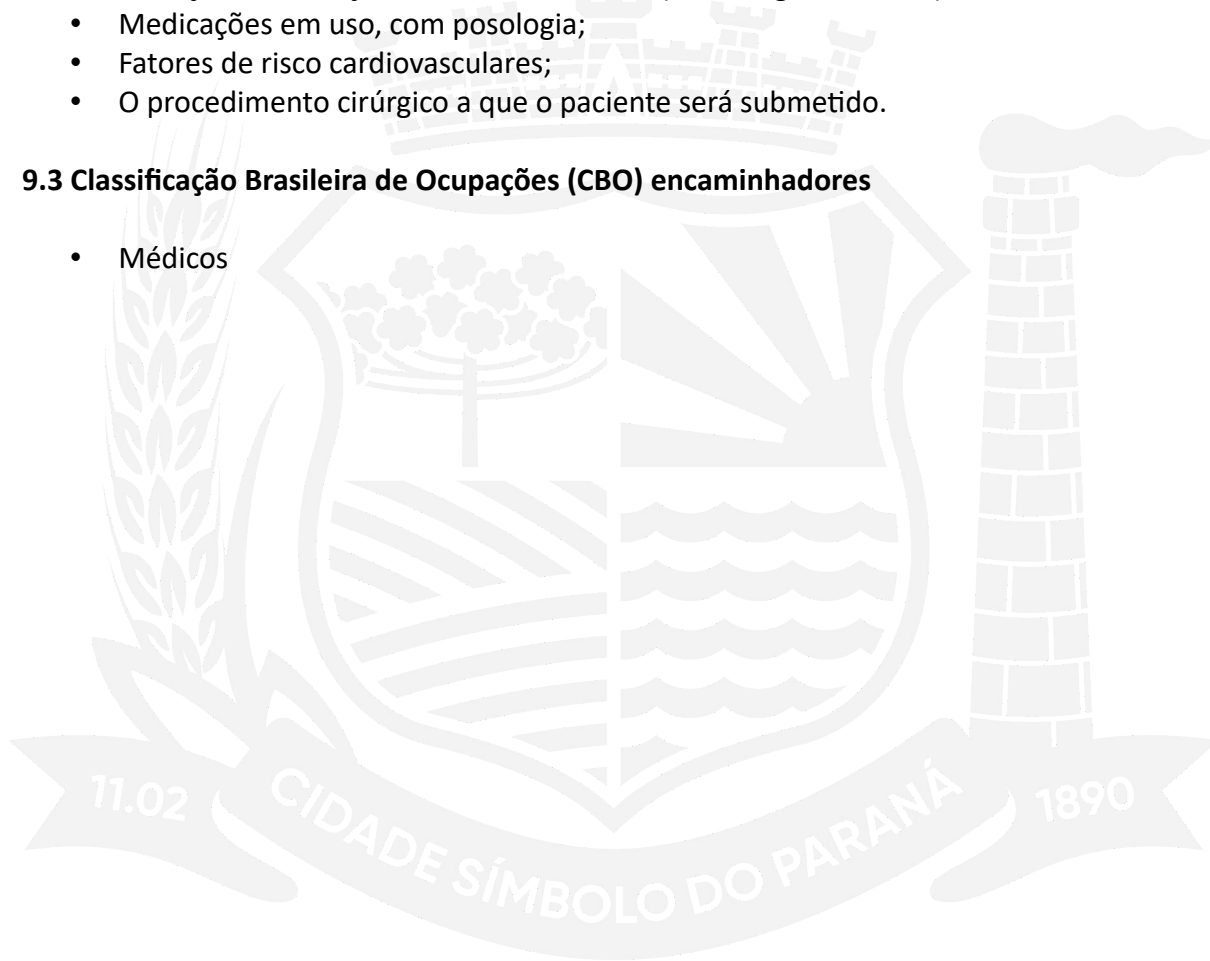


9.2 Descrição Mínima no Encaminhamento

- Sinais e sintomas (síncope, dor torácica ou dispneia, por exemplo), descrevendo também tempo de evolução, frequência dos sintomas e consequências hemodinâmicas;
- Doenças cardiovasculares descompensadas (ex.: insuficiência cardíaca, infarto nos últimos 60 dias, angina instável, taquiarritmia ou bradiarritmia);
- Doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não);
- Medicamentos em uso, com posologia;
- Fatores de risco cardiovasculares;
- O procedimento cirúrgico a que o paciente será submetido.

9.3 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos



10. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL – SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA (09.02.01.003-4)

Finalidade de avaliação diagnóstica, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada, ecocardiograma, eletrocardiograma, teste ergométrico, exames laboratoriais específicos, consulta ou teleconsulta de retorno (APÊNDICE I).

10.1 Critérios de Encaminhamento

- Faixa etária, a partir de 18 anos;
- Presença de Fatores de Risco:
 - Hipertensão arterial sistêmica;
 - Diabetes mellitus;
 - Dislipidemia;
 - Tabagismo;
 - Histórico familiar de DAC prematura (homens <55 anos, mulheres <65 anos);
 - Sedentarismo;
 - Obesidade;
- Associado a sintomas:
 - Dor torácica (angina): caracterizada por sensação de aperto ou pressão no peito, podendo irradiar para o membro superior esquerdo, mandíbula ou dorso. A dor pode ser desencadeada por esforço físico ou estresse emocional e aliviada em repouso ou com nitrato sublingual;
 - Dispneia aos esforços;
 - Fadiga inexplicada;
 - Palpitações;
 - Tontura ou síncope.

10.2 Descrição Mínima no Encaminhamento

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, consequências hemodinâmicas);
- História de infarto agudo do miocárdio ou revascularização (sim ou não). Se sim, descrever quando foi o evento e os exames realizados;
- Doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não). Se sim, descrever;
- Medicamentos em uso, com posologia;
- Fatores de risco cardiovasculares (tabagismo, obesidade, sedentarismo, histórico familiar de DAC prematura – homens < 55 anos, mulheres < 65 anos). Se sim, descrever;



- Caso tenha realizado ECG e/ou TE previamente, descrever, na íntegra, os seus resultados, com data.

10.3 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos



11. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA (09.03.01.001-1)

Finalidade de avaliação diagnóstica, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada, exames de radiologia, consulta ou teleconsulta de retorno (APÊNDICE J).

11.1 Critérios de Encaminhamento

Em casos de hipótese diagnóstica	Critérios de encaminhamento:
Suspeita de Cervicalgia: Usuário com queixa de dor na região cervical, podendo irradiar para os ombros, braços e parte superior das costas. Os sintomas podem incluir rigidez, espasmos musculares e limitação dos movimentos do pescoço. Em alguns casos, podem estar presentes sintomas associados como cefaleia cervicogênica, tontura, formigamento e fraqueza nos membros superiores, especialmente quando há envolvimento radicular devido à compressão nervosa. Radiografia da Coluna Cervical AP e Perfil: Indicada para casos com histórico de trauma, sinais de instabilidade ou doenças degenerativas avançadas. Radiografia da Coluna Cervical Transoral: Indicada em casos de trauma.	Não há melhora no tratamento conservador após 6 semanas; Presença de sinais neurológicos progressivos (deficiência motora, hiperreflexia, perda sensitiva); Suspeita de compressão medular, neoplasia, infecção vertebral ou fratura.
Suspeita de Lombalgia: Durante avaliação, usuário queixa-se de dor localizada na região lombar, podendo estar associada a rigidez muscular, espasmos, e redução da amplitude de movimento. Em alguns casos, a dor pode irradiar para os membros inferiores, geralmente secundária à compressão das raízes nervosas lombossacras. Radiografia de coluna lombar Ap e Perfil: Indicadas quando paciente apresentar perda de peso inexplicada, febre persistente, histórico de câncer, trauma recente, déficits neurológicos progressivos.	Não há melhora no tratamento conservador após 4-6 semanas; Perda de força progressiva; Retenção urinária ou incontinência fecal (síndrome da cauda equina); Suspeita de tumor, fratura ou infecção vertebral;
Suspeita de Osteoartrite da Coluna: A osteoartrite/espondiloartrose da coluna é uma condição degenerativa progressiva caracterizada pelo desgaste das articulações facetárias e dos discos	Não há melhora no tratamento conservador após 6 a 12 semanas; Dor intensa e progressiva, não responsiva a



intervertebrais. Os sintomas incluem dor crônica na região cervical, torácica ou lombar, rigidez matinal curta (<30 minutos), crepitação articular e limitação da mobilidade. A dor mecânica piora com a atividade e melhora com o repouso. Em casos avançados, pode haver compressão de estruturas nervosas, levando a dor irradiada para os membros, fraqueza e alterações sensoriais. Radiografia de coluna (citar a região da coluna acometida) Ap e Perfil: Exame indicado para pacientes com rigidez matinal > 30 minutos, histórico de trauma associado, déficits neurológicos associados e/ou agudização de quadro crônico de dor.	medidas iniciais; Instabilidade vertebral significativa ou suspeita de estenose espinhal avançada; Déficits neurológicos (fraqueza progressiva, alteração da sensibilidade, compressão medular).
Suspeita de Osteoartrite do Quadril: A osteoartrite do quadril é uma doença articular degenerativa que afeta a cartilagem e as estruturas periarticulares, levando a dor, rigidez e perda progressiva da mobilidade. A dor geralmente é localizada na região inguinal, podendo irradiar para a coxa e joelho. Nos estágios iniciais, a dor é predominantemente mecânica, piorando com o movimento e aliviando com o repouso. Com a progressão da doença, a dor pode se tornar constante, inclusive durante o repouso e o sono. Radiografia AP panorâmica da Bacia e Perfil do quadril acometido: Exame indicado para avaliação do estreitamento do espaço articular, osteófitos e alterações ósseas.	Dor persistente e progressiva não responsiva ao tratamento conservador; Comprometimento funcional significativo, com limitação severa de mobilidade; Sinais radiográficos de progressão da doença; Suspeita de complicações, como necrose avascular da cabeça femoral.
Suspeita de Osteoartrite do Joelho: A osteoartrite do joelho é uma doença articular degenerativa caracterizada pelo desgaste progressivo da cartilagem, levando a inflamação, dor e perda funcional. Os pacientes frequentemente relatam dor articular que piora com atividades de carga e melhora com o repouso. Nos estágios avançados, a dor pode ocorrer mesmo em repouso ou durante o sono. Outros sintomas comuns incluem rigidez matinal curta (<30 minutos), crepitação articular e derrame sinovial ocasional. Radiografia do joelho AP com carga, Perfil à 30° e Axial de Patela: Exame inicial para avaliação de	Dor intensa e persistente não responsiva ao tratamento conservador; Comprometimento funcional significativo, com restrição de mobilidade; Sinais de deformidade articular progressiva. Indicação para tratamento cirúrgico, incluindo artroplastia do joelho;



estreitamento do espaço articular, osteófitos e alterações ósseas.	
Suspeita de Tendinopatia do Ombro: A tendinopatia do ombro, é uma condição musculoesquelética caracterizada por dor e disfunção nos tendões do manguito rotador, frequentemente associada a micro lesões repetitivas e sobrecarga mecânica. A dor é predominantemente mecânica, agravada por movimentos acima da cabeça e ao levantar objetos. É comum a presença de dor noturna, especialmente ao deitar-se sobre o lado afetado e sensação de fraqueza progressiva do ombro. Radiografia do Ombro AP verdadeiro, Axilar, Perfil da Escápula: Indicada para identificar alterações ósseas, como proeminências do acrômio por exemplo, podendo ser a causa da tendinopatia.	Persistência dos sintomas após 06 a 12 semanas de tratamento conservador; Suspeita de ruptura do manguito rotador ou instabilidade significativa; Suspeita de alterações ósseas, como proeminência do acrômio; Falha do tratamento conservador associado a limitação funcional severa.
Suspeita de Tendinopatia do Cotovelo: A tendinopatia do cotovelo é uma condição musculoesquelética caracterizada por dor e inflamação dos tendões desta região anatômica, sendo comumente dividida em epicondilite lateral (cotovelo do tenista) e epicondilite medial (cotovelo do golfista). Os pacientes relatam dor localizada no epicôndilo lateral ou medial do cotovelo, que pode irradiar para o antebraço e punho, sendo exacerbada por atividades que envolvem preensão, torção ou elevação de objetos. A dor pode evoluir progressivamente e, em casos graves, comprometer a funcionalidade da mão e do antebraço. Radiografia do Cotovelo Ap e Perfil: Indicada para excluir artrite, calcificações tendíneas ou outras anormalidades ósseas.	Persistência dos sintomas após 06 meses de tratamento conservador; Suspeita de ruptura tendínea parcial ou total; Incapacidade funcional significativa que compromete atividades diárias; Exclusão de diagnóstico diferencial como artrite, calcificações tendíneas ou outras anormalidades ósseas; Falha no manejo conservador com necessidade de avaliação para intervenção cirúrgica.
Suspeita de Tendinopatia do Quadril: A tendinopatia do quadril é uma condição musculoesquelética caracterizada por inflamação ou degeneração dos tendões ao redor da articulação do quadril, sendo mais comumente observada nos tendões do glúteo médio e mínimo. Os sintomas incluem dor na região lateral do quadril, que pode irradiar para a coxa, especialmente ao caminhar, subir escadas ou permanecer sentado por longos períodos. Em caso mais graves, a dor pode ser contínua, dificultando atividades diárias.	Persistência dos sintomas após 06 a 12 semanas de tratamento conservador; Dor incapacitante que comprometa atividades básicas diárias; Exclusão de diagnóstico diferencial como osteoartrite ou outras anormalidades ósseas;



Radiografia AP panorâmico da Bacia, Perfil do Quadril acometido: Indicada para excluir patologias ósseas, como osteoartrite.	Falha do manejo conservador com necessidades de avaliação para possíveis intervenções cirúrgicas.
Suspeita de Tendinopatia do Joelho: A tendinopatia do joelho, comumente referida como “joelho do saltador”, é uma condição degenerativa ou inflamatória que afeta principalmente o tendão patelar e, em menor grau, o tendão quadricipital. Os sintomas incluem dor localizada na região anterior do joelho, especialmente ao flexionar ou estender a perna. Em casos mais graves, pode haver edema e sensibilidade ao toque no tendão afetado, com comprometimento progressivo da função.	Persistência da dor após 03 meses de tratamento conservador; Dificuldade funcional severa, com impacto na mobilidade e qualidade de vida; Suspeita de alterações ósseas que possam propiciar a causa da tendinopatia;
Radiografia do joelho AP com carga, Perfil à 30° e Axial de Patela: Exame indicado para avaliação inicial, visando identificar osteófitos e alterações ósseas que possam propiciar a causa da tendinopatia.	Falha no manejo conservador, com necessidade de avaliação para procedimentos invasivos.

11.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos e Fisioterapeutas.



12. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRAFIA (09.03.01.002-0)

Finalidade de avaliação diagnóstica, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada, exames de radiologia, exames de ultrassonografia, consulta ou teleconsulta de retorno (APÊNDICE K).

12.1 Critérios de Encaminhamento

Em casos de hipótese diagnóstica	Critérios de encaminhamento:
Suspeita de Tendinopatia do Ombro: A tendinopatia do ombro é uma condição musculoesquelética caracterizada por dor e disfunção nos tendões do manguito rotador, frequentemente associada a micro lesões repetitivas e sobrecarga mecânica. A dor é predominantemente mecânica, agravada por movimentos acima da cabeça e ao levantar objetos. É comum a presença de dor noturna, especialmente ao deitar-se sobre o lado afetado e sensação de fraqueza progressiva do ombro. Ultrassonografia do Ombro: Indicada em casos persistentes para avaliação do manguito rotador e bursite associada.	Persistência dos sintomas após 6 a 12 semanas de tratamento conservador; Suspeita de ruptura do manguito rotador ou instabilidade significativa; Não há melhora no tratamento conservador associada a limitação funcional severa.
Tendinopatia do Cotovelo: Não há melhora no tratamento conservador associada a limitação funcional severa. A tendinopatia do cotovelo é uma condição musculoesquelética caracterizada por dor e inflamação dos tendões desta região anatômica, sendo comumente dividida em epicondilite lateral (cotovelo do tenista) e epicondilite medial (cotovelo do golfista). Os pacientes relatam dor localizada no epicôndilo lateral ou medial do cotovelo, que pode irradiar para o antebraço e punho, sendo exacerbada por atividades que envolvem prensão, torção ou elevação de objetos. A dor pode evoluir progressivamente e, em casos graves, comprometer a funcionalidade da mão e do antebraço. Ultrassonografia do Cotovelo: Indicada para confirmar inflamação tendínea e detectar espessamento dos tendões ou rupturas tendinosas parciais.	Persistência dos sintomas após 6 meses de tratamento conservador; Suspeita de ruptura tendínea parcial ou total; Incapacidade funcional significativa que compromete atividades diárias; Não há melhora no manejo conservador com necessidade de avaliação para intervenção cirúrgica.



Suspeita de Tendinopatia da Mão: A tendinopatia da mão é uma condição musculoesquelética caracterizada por inflamação ou degeneração dos tendões flexores ou extensores dos dedos. Os sintomas incluem dor, rigidez e desconforto ao movimentar os dedos, especialmente ao agarrar objetos ou realizar movimentos repetitivos. Em casos mais avançados, pode haver sensação de travamento e dificuldade ao dobrar ou esticar os dedos, conhecida como dedo em gatilho. Ultrassonografia da Mão: Indicada na presença de inflamação tendínea e detectar espessamento dos tendões ou presença de nódulos.	Persistência dos sintomas após 6 a 12 semanas de tratamento conservador; Comprometimento funcional significativo que impacte as atividades de vida diária; Presença de bloqueio mecânico dos dedos (dedo em gatilho); Não há melhora no manejo conservador com necessidade de avaliação cirúrgica.
Suspeita de Tendinopatia do Quadril: A tendinopatia do quadril é uma condição musculoesquelética caracterizada por inflamação ou degeneração dos tendões ao redor da articulação do quadril. Os sintomas incluem dor na região lateral do quadril, que pode irradiar para a coxa, especialmente ao caminhar, subir escadas ou permanecer sentado por longos períodos. Em casos mais graves, a dor pode ser contínua, dificultando atividade de vida diária. Ultrassonografia: Indicada para identificar inflamação e espessamento tendíneo.	Persistência dos sintomas após 6 a 12 semanas de tratamento conservador; Dor incapacitante que comprometa atividades básicas diárias; Não há melhora no manejo conservador com necessidade de avaliação para possíveis intervenções cirúrgicas.
Suspeita de Tendinopatia do Joelho: A tendinopatia do joelho, é uma condição degenerativa ou inflamatória que afeta principalmente o tendão patelar e, em menor grau, o tendão quadricipital. Os sintomas incluem dor localizada na região anterior do joelho, especialmente ao flexionar ou estender a perna. Em casos mais graves, pode haver edema e sensibilidade ao toque no tendão afetado com comprometimento progressivo da função. Ultrassonografia do Joelho: Indicada para avaliar inflamação, espessamento tendíneo e microlesões.	Persistência da dor após 3 meses de tratamento conservador; Dificuldade funcional severa com impacto na mobilidade e qualidade de vida; Não há melhora no manejo conservador, com necessidade de avaliação para procedimentos invasivos.

12.3 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos e Fisioterapeutas.



13. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE CÂNCER DE MAMA (09.01.01.001-4)

Finalidade de avaliação diagnóstica, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada, mamografia e/ou ultrassonografia de mama, consulta ou teleconsulta de retorno. (APÊNDICE L).

O câncer de mama é o tipo mais incidente entre as brasileiras (excluindo o de pele não melanoma) e também a principal causa de morte por câncer na população feminina. No quadro abaixo (Quadro 1) estão descritos os resultados de acordo com a classificação BI-RADS e recomendações nacionais de conduta.

Quadro 1 – Resultados de acordo com a classificação BI-RADS® e recomendações nacionais de conduta		
Categoria BI_RADS	Achados mamográficos	Recomendações de conduta
1. Negativo	Sem achados	Rotina de rastreamento
2. Benigno	Achados benignos	Rotina de rastreamento
3. Provavelmente benigno	Achados provavelmente benignos	Controle radiológico por três anos (semestral no primeiro ano, anual nos segundo e terceiro anos). Confirmando estabilidade da lesão, volta à rotina. Eventualmente, biópsia.
4. Suspeito (baixa, média e alta suspeição)	Achados suspeitos de malignidade	Biópsia e estudo histológico
5. Alta suspeição	Achados altamente suspeitos de malignidade	Biópsia e estudo histológico
6. Achados com diagnóstico de câncer	Diagnóstico de câncer comprovado histologicamente	Seguir tratamento conforme o caso
0. Indefinido	Necessidade de avaliação adicional (outras incidências mamográficas, ultrassonografia, etc.)	Realizar a avaliação necessária e reclassificar conforme categorias anteriores
Fonte: American College of Radiology; Colégio Brasileiro de Radiologia, 2016		

13.1 Critérios de Encaminhamento

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com idade superior a 50 anos;
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos que persista por mais de um ciclo menstrual;
- Nódulo mamário de consistência endurecida, fixo ou em crescimento progressivo, em mulheres adultas de qualquer idade;
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa da pele da mama que não responde a tratamento tópico;
- Homens com mais de 50 anos com tumoração mamária unilateral palpável;
- Presença de linfadenopatia axilar;
- Aumento progressivo do volume mamário associado a sinais de edema, como pele em “casca de laranja”;
- Retração da pele da mama;
- Alterações no formato ou retração do mamilo.



13.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos e Enfermeiros.



14. OCI INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO (09.01.01.005-7)

Finalidade de avaliação diagnóstica, encaminhamento e gestão do cuidado usuários que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto procedimentos: consulta médica especializada, colposcopia e/ou biópsia de colo uterino com anátomopatológico, consulta ou teleconsulta de retorno (APÊNDICE M).

O câncer do colo do útero é frequente e altamente relacionado à infecção pelo HPV, sendo prevenível por vacinação e detecção precoce. Recomenda-se o rastreamento com exame citopatológico (Papanicolau) em mulheres de 25 a 64 anos com vida sexual ativa, a cada três anos, após dois exames anuais normais consecutivos.

No quadro abaixo (Quadro 2) estão descritos os resultados citológicos e recomendações nacionais de conduta.

Quadro 2 – Resultados citopatológicos e condutas clínicas para o rastreamento do câncer do colo do útero			
Resultado citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos
		25 – 29 anos	Repetir citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de baixo grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir citologia em 6 meses
Lesão de alto grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma insitu (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

14.1 Critérios de Encaminhamento

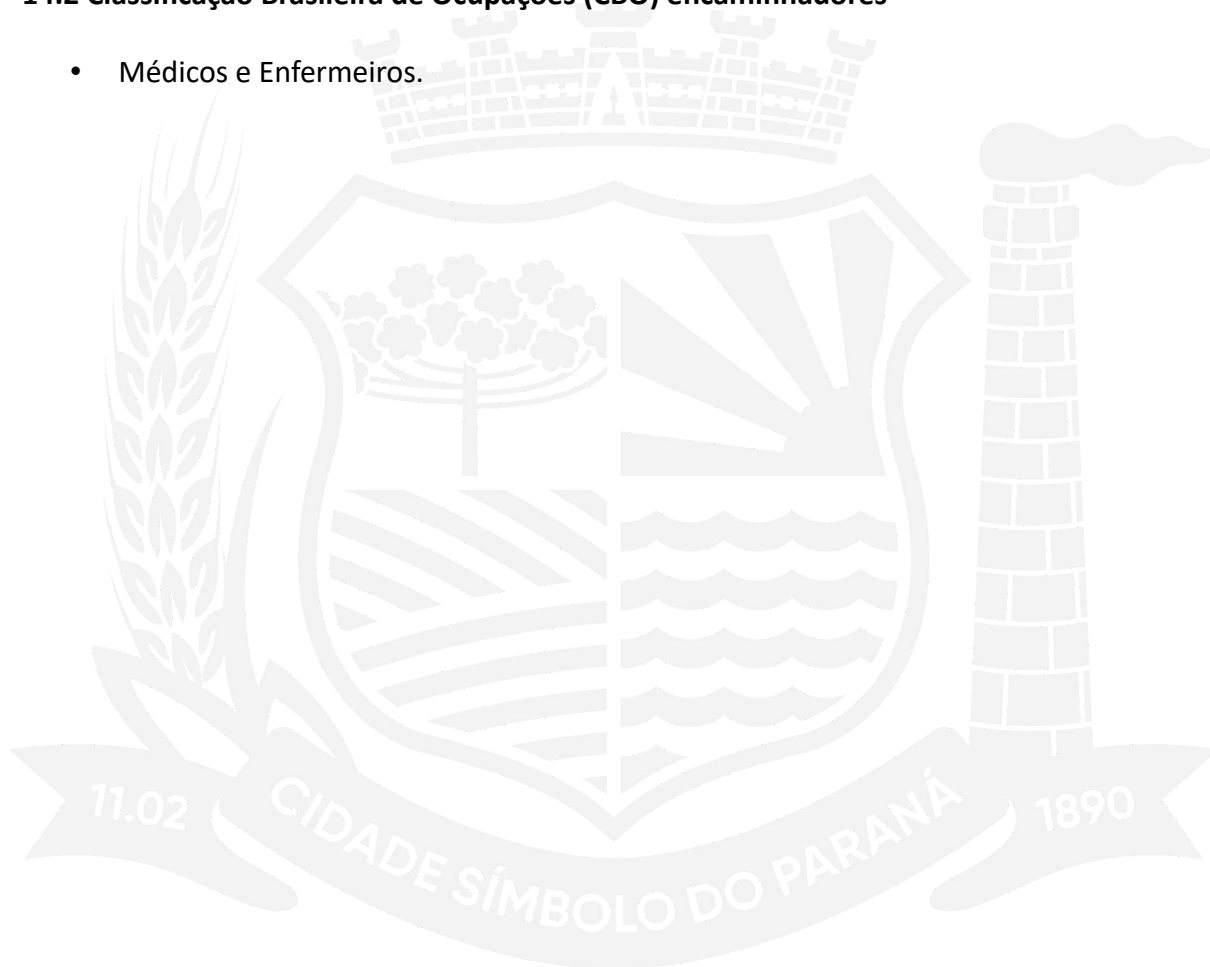
- Mulheres e pessoas com útero com os seguintes resultados de exames citopatológicos do colo uterino:
 - Carcinomas, adenocarcinomas e outras neoplasias.
 - Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL);
 - Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), não podendo afastar microinvasão;
 - Atipias escamosas de significado indeterminado, não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H);
 - Atipias glandulares de significado indeterminado (AGC);



- Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) e atipias escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) persistentes (2 resultados com intervalos de 6 meses ou 1 ano).
- Pessoas com anormalidades ao exame ginecológico (especular ou toque vaginal) que sugiram clinicamente câncer e/ou impeçam a coleta do exame citopatológico do colo uterino.

14.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos e Enfermeiros.



15. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER COLORRETAL (09.01.01.008-1)

Finalidade de avaliação diagnóstica, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada, colonoscopia, anatomopatológico e consulta ou teleconsulta de retorno (APÊNDICE N).

O câncer colorretal é um dos mais incidentes, especialmente em indivíduos acima de 50 anos. Origina-se, em geral, de pólipos benignos com evolução lenta, sendo prevenível e potencialmente curável quando diagnosticado precocemente, o que reforça a importância da investigação oportuna de sinais e sintomas suspeitos.

15.1 Critérios de Encaminhamento

- Faixa etária, a partir de 10 anos;
- Pessoas com sinais/sintomas suspeitos:
 - Massa abdominal;
 - Mudanças no hábito intestinal;
 - Perda de peso inexplicada e dor abdominal;
 - Sangramento retal com dor abdominal ou perda de peso;
 - Sangramento retal após os 50 anos;
 - Teste de sangue oculto nas fezes positivo;
 - Presença de sangue nas fezes;
 - Fezes afiladas;
 - Dores ao evacuar;
 - Diarreia ou constipação que não passam.

15.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos.



16. OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER GÁSTRICO (09.01.01.007-3)

Finalidade de avaliação diagnóstica, encaminhamento e gestão do cuidado de usuários que necessitem de atenção especializada por meio do conjunto de procedimentos: consulta médica especializada, esofagogastroduodenoscopia, anatomopatológico, consulta ou teleconsulta de retorno (APÊNDICE O).

O câncer de estômago ocupa a quinta posição entre os tipos de câncer mais frequentes. Os fatores de risco estão associados a características genéticas e hereditária, como anemia perniciosa e lesões pré-cancerosas, características das cepas de *Helicobacter pylori*, obesidade, consumo de. O diagnóstico precoce é a estratégia de controle desse câncer, por meio da investigação de sinais e sintomas sugestivos.

16.1 Critérios de Encaminhamento

- Faixa etária, a partir de 18 anos;
- Pessoas com sinais/sintomas sugestivos:
 - Massa abdominal palpável;
 - Perda de peso inexplicada maior ou igual a 10%, em indivíduos com mais de 55 anos, com um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:
 - dor em abdome superior;
 - dispepsia;
 - hematêmese;
 - melena;
 - azia (de início recente/por mais de duas semanas).

16.2 Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) encaminhadores

- Médicos.



17. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE): manual de registro da produção, controle e avaliação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-pmae-registro-da-producao-controle-e-avaliacao.pdf>.

Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de encaminhamento às ofertas de cuidados integrados de otorrinolaringologia/fonoaudiologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Nota informativa nº 11/2025-SAES/GAB/SAES/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2025/nota-informativa-no-11-2025-saes-gab-saes-ms.pdf/view>.

Acesso em: 07 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html.

Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 1.821, de 11 de junho de 2024. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 jun. 2024.

Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=12/06/2024&jornal=600&pagina=2>.

Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 1.825, de 11 de junho de 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 2.331, de 10 de dezembro de 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Nota técnica nº 1/2025-DAET-SAES/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-n-1-2025-daet-sae-ms>.

Acesso em: 29 jul. 2025.



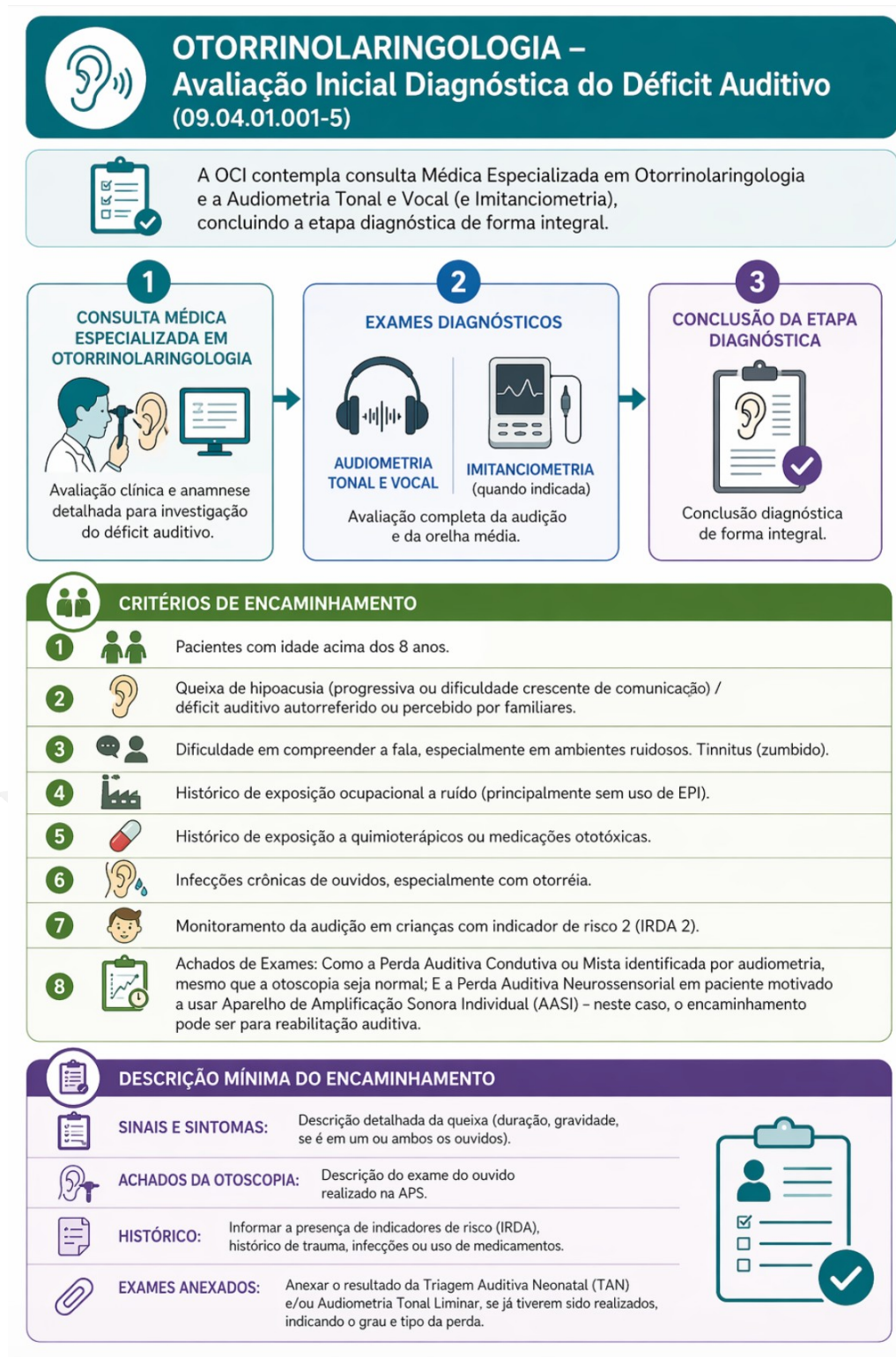
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa 2026–2028: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/inca>. Acesso em: 7 abr. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021.



18. APÊNDICES

18.1 APÊNDICE A – OCI AVALIAÇÃO INICIAL DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO



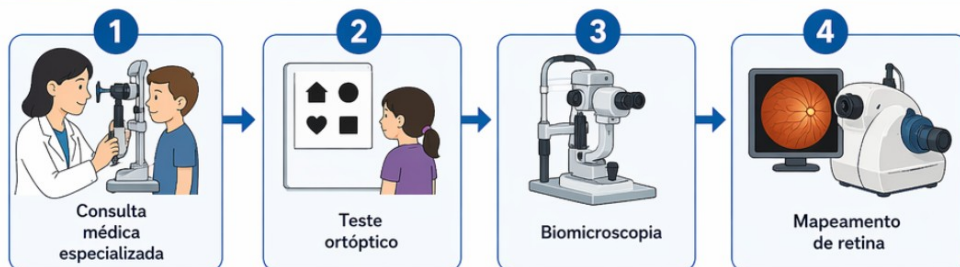
18.2 APÊNDICE B – OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA – 0 A 8 ANOS



OFTALMOLOGIA – OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA – 0 A 8 ANOS Procedimento 0905010019



Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos: consulta médica especializada, teste ortóptico, biomicroscopia e mapeamento de retina.



CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- 1 Teste do olhinho alterado unilateral ou bilateral ou não realizado;
- 2 Ptose congênita;
- 3 Sinais e sintomas de glaucoma congênito ou infantil:
– Buphalmia (olho de tamanho aumentado) uni ou bilateral, megalocórnea (córnea de tamanho aumentado) com ou sem perda de transparência, lacrimejamento e/ou fotofobia associadas aos achados anteriores.
- 4 Prematuros nascidos com peso de nascimento (PN) <1.500g e/ ou IG <35 semanas de idade gestacional (IG);
- 5 Doença falciforme;
- 6 Diagnóstico ou suspeita de infecções congênitas (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes, Sífilis);
- 7 Nistagmo sem avaliação oftalmológica prévia;
- 8 Crianças com alterações neurológicas até 3 anos de idade, sem avaliação oftalmológica prévia;
- 9 Crianças com baixa acuidade visual ou estrabismo, sem avaliação oftalmológica prévia;
- 10 Obstrução de vias lacrimais em crianças até 2 anos;
- 11 Dor ocular, com ou sem olho vermelho, e/ou baixa aguda de visão, de evolução entre 7 e 30 dias
- 12 Crianças com síndrome de Down sem consulta oftalmológica prévia;
- 13 Crianças com até 3 anos de idade que nunca fizeram exame oftalmológico;
- 14 Obstrução de vias lacrimais em crianças maiores de 2 anos;
- 15 Crianças com alergia ocular sem melhora com tratamento oftalmológico prévio;
- 16 Usuários de óculos com graus elevados:
• Miopia (lente negativa) acima de 4D (Dioptrias; graus);
• Hipermetropia (lentes positivas) acima de 6D (Dioptrias; graus);
• Astigmatismo acima de 2,5D (Dioptrias; graus).
- 17 Crianças com idade de 4 a 8 anos que nunca fizeram exame oftalmológico mesmo sem queixas visuais;
- 18 Crianças em uso de lentes corretivas (óculos);
- 19 Crianças com quadro de cefaleia (após leitura/escrita/assistir TV/dificuldade de ver o quadro em sala de aula) após afastados outros diagnósticos;
- 20 Crianças com mais de 3 anos de idade com baixa acuidade visual e alteração neurológica.

890



18.3 APÊNDICE C – OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA – A PARTIR DE 9 ANOS



OFTALMOLOGIA – OCI

AVALIAÇÃO INICIAL A PARTIR DE 9 ANOS

(procedimento 0905010035)

PROCEDIMENTOS CONTEMPLADOS

Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos:



Consulta médica especializada



Teste ortóptico



Fundoscopia



Tonometria



Mapeamento de retina



Retinografia colorida



Consulta ou teleconsulta de retorno

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

1  Queixa de diminuição de acuidade visual aguda ou rapidamente progressiva; 2  Antecedente pessoal de doenças sistêmicas como: • Doença falciforme; • Doenças imunossupressoras ou autoimunes; • Antecedente pessoal de câncer; • Uso de medicamentos que potencialmente causem toxicidade ocular: ▪ Cloroquina, dentre outros. 3  Ausência de acompanhamento, no último ano, de doença ocular já conhecida: • Doença Macular Relacionada à Idade (DMRI), • Descolamento de Retina • Glaucoma • Ceratocone • Catarata bilateral • Retinopatia Hipertensiva 4  Estrabismo de surgimento recente ou relato de visão dupla; 5  Gestante com queixas visuais; 6  Refração com valores elevados: • Miopia (lente negativa) acima de 4D (Dioptrias; graus) • Hipermetropia (lentes positivas) acima de 6D (Dioptrias; graus) • Astigmatismo acima de 2,5D (Dioptrias; graus) 7  Diagnóstico prévio de catarata unilateral; 8 	9  Diagnóstico prévio de catarata unilateral; 10  Usuários com queixas, sintomas visuais ou avaria de óculos; 11  Paciente com diagnóstico de visão subnormal. 12  Crianças e adolescentes em uso de lentes corretivas (óculos); 13  Crianças, adolescentes e adultos com quadro de cefaleia (após leitura/escrita/assistir TV/ dificuldade de ver o quadro em sala de aula) após afastados outros diagnósticos; 14  Crianças e adolescentes com baixa acuidade visual e alteração neurológica 15  Demais queixas oculares independente da faixa etária do indivíduo.
--	---

! IMPORTANTE

O encaminhamento oportuno para avaliação oftalmológica é fundamental para diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção de perda visual.





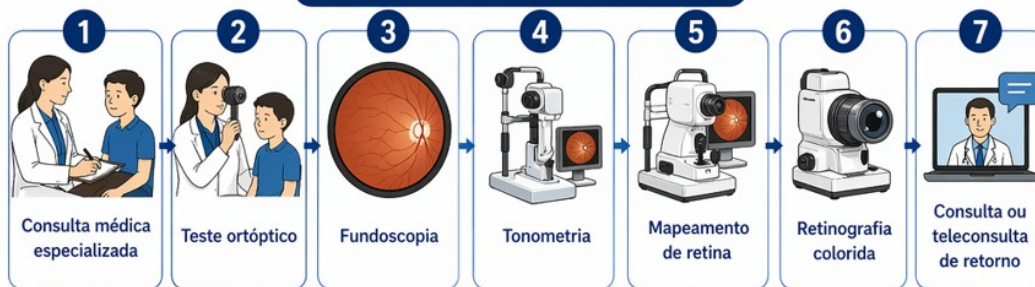
18.4 APÊNDICE D – OCI AVALIAÇÃO DE ESTRABISMO



OCI AVALIAÇÃO DE ESTRABISMO

Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos: consulta médica especializada, teste ortóptico, fundoscopia, tonometria, mapeamento de retina, retinografia colorida, consulta ou teleconsulta de retorno.

PROCEDIMENTOS CONTEMPLADOS



CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

	Estrabismo de surgimento agudo (menor que 6 meses);		Estrabismo associado a trauma antigo (maior que 6 meses);
	Estrabismo associado a trauma recente (menor que 6 meses);		Controle de estrabismo residual ou consecutivo pós-cirúrgico com qualquer tempo de evolução, sem indicação de reoperação;
	Estrabismo com piora progressiva recente (menor que 6 meses);		Insuficiência de convergência com indicação cirúrgica em adultos;
	Estrabismo associado a nistagmo;		Insuficiência de convergência;
	Estrabismo com suspeita de associação com doença sistêmica em atividade (Miastenia Gravis, doenças neurológicas ou outras);		Estrabismo de crianças ou adultos, com deficiência visual em um olho, sem prognóstico funcional.
	Estrabismo residual ou consecutivo pós-cirúrgico, com qualquer tempo de evolução, com indicação de reoperação;		
	Diplopia;		
	Estrabismo associado a Síndrome de Down, Moebius ou Síndromes Genéticas;		
	Estrabismo de criança ou adulto com prognóstico de melhora funcional.		



IMPORTANTE: O encaminhamento oportuno permite diagnóstico preciso, tratamento adequado e prevenção de complicações visuais e funcionais.



18.5 APÊNDICE E – OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA

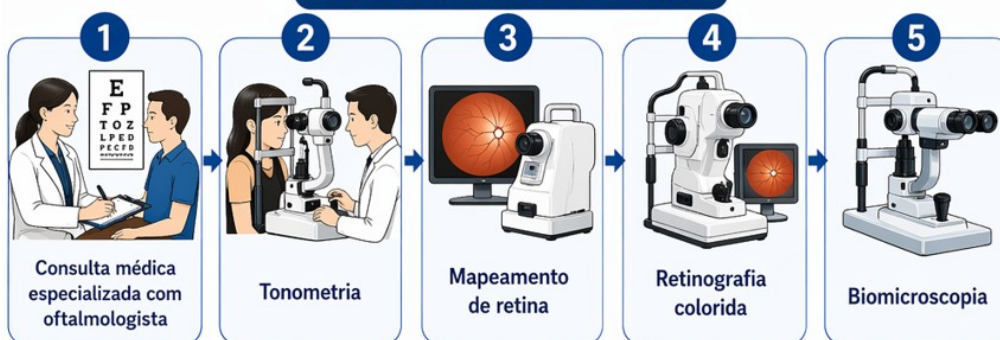


OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA (Procedimento 0905010043)



Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos: consulta médica especializada com oftalmologista, tonometria, mapeamento de retina, retinografia colorida, biomicroscopia.

PROCEDIMENTOS CONTEMPLADOS



CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO



Diabéticos tipo I



Diabéticos tipo II em uso de insulina



Pacientes diabéticas gestantes



Pacientes com relato ou história de retinopatia diabética



Todos os outros usuários, com diagnóstico de diabetes, devem ser encaminhados para exame oftalmológico de acordo com as orientações previstas no **PCDT de Retinopatia Diabética**.



IMPORTANTE

O acompanhamento oftalmológico regular é fundamental para a detecção precoce da retinopatia diabética e prevenção da perda visual.



18.6 APÊNDICE F – OCI AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

CARDIOLOGIA

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA GERAL

(Procedimento 0902010026)

CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS QUE INCLUI:

 Consulta médica especializada	 Ecocardiograma	 Eletrocardiograma	 Radiografia de tórax	 Exames laboratoriais específicos	 Consulta ou teleconsulta de retorno
---	--	---	--	---	---

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Pacientes a partir de 18 anos que apresentem sinais ou sintomas sugestivos de doença cardiovascular, tais como:

-  Dor torácica
-  Dispneia
-  Edema periférico
-  Síncope
-  Presença de sopros ou ritmo irregular na ausculta cardíaca



- Histórico de diabetes, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e tabagismo somados a presença de sinais e sintomas.



- Pressão arterial refratária ao tratamento medicamentoso.

DESCRIPTIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER:

1		Sinais e sintomas (síncope, dor torácica ou dispneia, descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, consequências hemodinâmicas).
2		História familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, descrever idade do evento e grau de parentesco.
3		Presença de sopros (sim ou não). Se sim, descreva a localização e as características do sopros, intensidade, com ou sem frêmito.
4		Duas medidas de pressão arterial , em dias diferentes, se suspeita de hipertensão resistente ou secundária.
5		Outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não). Se sim, descrever.
6		Medicações em uso , com posologia.



18.7 APÊNDICE G – OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC)



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

(Procedimento 0902010069)

CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS QUE INCLUI:



Consulta
médica
especializada



Ecocardiograma



Eletrocardiograma



Teste
ergométrico



Exames
laboratoriais
específicos



Monitoramento
pelo sistema
Holter



Consulta ou
teleconsulta
de retorno

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO



1. Paciente com suspeita clínica de IC.



2. Episódio de internação hospitalar no último ano devido à IC descompensada.



3. Paciente com diagnóstico de IC com modificação recente no quadro clínico, apesar de tratamento clínico otimizado – piora de classe funcional ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia).



4. Paciente com IC de FE reduzida ($\leq 40\%$) e que persiste em classe funcional III ou IV, apesar do tratamento clínico otimizado.

DESCRIPTIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER:

1		Sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, classe funcional, sinais de congestão e hipoperfusão).
2		Medicações em uso , com posologia.
3		Número de descompensações e internações hospitalares nos últimos 12 meses, se presentes.
4		Outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não). Se sim, descrever.
5		Caso tenha realizado ECG, TE, radiografia de tórax, BNP/NT-proBNP e/ou Holter 24 horas previamente , anexar laudo(s), preferencialmente, ou descrever, na íntegra, o(s) seu(s) resultado(s), com data.



18.8 APÊNDICE H – OCI AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO



AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

(Procedimento 0902010018)

CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS QUE INCLUI:



Consulta médica especializada



Eletrocardiograma



Radiografia de tórax



Exames laboratoriais para risco cirúrgico



Consulta ou teleconsulta de retorno

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

1



Indicados para cirurgias de alto risco
(Exemplos: Cirurgia digestiva maior: duodenopancreatectomia, esofagectomia, hepatectomia, colectomia; cirurgia aórtica ou vascular aberta (bypass); adrenalectomia; cistectomia total; transplante hepático e pulmonar; pneumonectomia).

2



Apresentação de sintomas ou sinais sugestivos de doença cardiovascular:

- Dor torácica
- Dispneia
- Edema periférico
- Síncope
- Sopros cardíacos ou alterações do ritmo cardíaco na ausculta cardíaca

3



Presença de fatores de risco cardiovasculares:

- Histórico de diabetes
- Hipertensão arterial (especialmente se associada a hipertrofia ventricular esquerda (HVE) importante)
- Obesidade
- Tabagismo quando associado a um ou mais fatores de risco

4



Presença de doenças cardiovasculares ou histórico de:

- Infarto do miocárdio
- Angina Instável
- Insuficiência cardíaca
- Valvopatias
- Doença arterial periférica

5



Portadores de Doença renal crônica, doença cerebrovascular e doença pulmonar obstrutiva crônica

6



Presença de alterações isquêmicas do segmento ST ou de ondas Q ao ECG

7



Idade acima de 70 anos associada a um ou mais fatores enumerados acima, submetidos a cirurgias de risco intermediário ou alto

8



Presença de comorbidades e/ou risco cirúrgico identificado como intermediário a alto

DESCRIPTIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER:

Nº	Ícone	Descrição
1		Sinais e sintomas (síncope, dor torácica ou dispneia, por exemplo), descrevendo também tempo de evolução, frequência dos sintomas e consequências hemodinâmicas.
2		Doenças cardiovasculares descompensadas (ex.: insuficiência cardíaca, infarto nos últimos 60 dias, angina instável, taquiarritmia ou bradiarritmia).
3		Doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não).
4		Medicações em uso , com posologia.
5		Fatores de risco cardiovasculares.
6		O procedimento cirúrgico a que o paciente será submetido.



18.9 APÊNDICE I - OCI AVALIAÇÃO – SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA.

SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA: AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL (Procedimento 0902010034)

CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS QUE INCLUI:

 Consulta médica especializada	 Ecocardiograma	 Eletrocardiograma	 Teste ergométrico	 Exames laboratoriais específicos	 Consulta ou teleconsulta de retorno
--	---	--	--	--	--

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

1. PRESENÇA DE FATORES DE RISCO:  Hipertensão arterial sistêmica  Diabetes mellitus  Dislipidemia  Tabagismo  Histórico familiar de DAC prematura (homens <55 anos, mulheres <65 anos)  Sedentarismo  Obesidade	2. ASSOCIADO A SINTOMAS:  Dor torácica (angina): caracterizada por sensação de aperto ou pressão no peito, podendo irradiar para o membro superior esquerdo, mandíbula ou dorso. A dor pode ser desencadeada por esforço físico ou estresse emocional e aliviada em repouso ou com nitrato sublingual.  Dispneia aos esforços  Fadiga inexplicada  Palpitações  Tontura ou síncope
--	--

DESCRIPTIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER:

1		Sinais e sintomas (tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, consequências hemodinâmicas).
2		História de infarto agudo do miocárdio ou revascularização (sim ou não). Se sim, descrever quando foi o evento e os exames realizados.
3		Doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não). Se sim, descrever.
4		Medicamentos em uso, com posologia.
5		Fatores de risco cardiovasculares (tabagismo, obesidade, sedentarismo, histórico familiar de DAC prematura – homens < 55 anos, mulheres < 65 anos). Se sim, descrever.
6		Caso tenha realizado ECG e/ou TE previamente, descrever, na íntegra, os seus resultados, com data.



18.10 APÊNDICE J - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA

 ORTOPEDIA – OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM ORTOPEDIA COM RECURSOS RADIOLÓGICOS (Procedimento 0903010011)			
A distribuição das OCIS da Ortopedia contemplam avaliações do esqueleto axial e apendicular, com exames de imagem disponibilizados conforme a demanda de cada caso clínico.			
SUSPEITA CLÍNICA	EXAMES RADIOLÓGICOS INDICADOS	INDICAÇÃO DO EXAME	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO
SUSPEITA DE CERVICALGIA  Dor na região cervical, podendo irradiar para ombros, braços e parte superior das costas. Pode haver rigidez, espasmos, cefaleia cervicogênica, tontura, formigamento e fraqueza nos membros superiores.	- Radiografia da Coluna Cervical AP e Perfil - Radiografia da Coluna Cervical Transoral 	Indicada para casos com histórico de trauma, sinais de instabilidade ou doenças degenerativas avançadas. Indicada em casos de trauma.	- Não há melhora no tratamento conservador após 6 semanas; - Presença de sinais neurológicos progressivos (deficiência motora, hiperreflexia, perda sensitiva); - Suspeita de compressão medular, neoplasia, infecção vertebral ou fratura.
SUSPEITA DE LOMBALGIA  Dor na região lombar, podendo irradiar para os membros inferiores, associada a rigidez, espasmos e redução da amplitude de movimento.	Radiografia da Coluna Lombar AP e Perfil 	Indicada quando o paciente apresentar perda de peso inexplicada, febre persistente, histórico de câncer, trauma recente, déficits neurológicos progressivos.	- Sinais de alerta: - Não há melhora no tratamento conservador após 4-6 semanas; - Perda de força progressiva; - Retenção urinária ou incontinência fecal (síndrome da cauda equina); - Suspeita de tumor, fratura ou infecção vertebral.
SUSPEITA DE OSTEOARTRITE DA COLUNA  Dor crônica na coluna (cervical, torácica ou lombar), rigidez matinal curta (<30 min), crepitação, limitação da mobilidade. Pode haver dor irradiada, fraqueza e alterações sensoriais.	Radiografia da coluna (citar a região acometida) AP e Perfil 	Indicada para pacientes com rigidez matinal > 30 minutos, histórico de trauma associado, déficits neurológicos associados e/ou agudização de quadro crônico de dor.	- Não há melhora no tratamento conservador após 6 a 12 semanas; - Dor intensa e progressiva, não responsiva a medidas iniciais; - Instabilidade vertebral significativa ou suspeita de estenose espinhal avançada; - Deficits neurológicos (fraqueza progressiva, alteração da sensibilidade, compressão medular).
SUSPEITA DE OSTEOARTRITE DO QUADRIL  Dor na região inguinal, podendo irradiar para coxa e joelho. Inicialmente mecânica, piora com movimento e melhora com repouso.	- Radiografia AP panorâmica da Bacia - Perfil do quadril acometido 	Indicada para avaliação do estreitamento do espaço articular, osteófitos e alterações ósseas.	- Dor persistente e progressiva não responsiva ao tratamento conservador; - Comprometimento funcional significativo, com limitação severa de mobilidade; - Sinais radiográficos de progressão da doença; - Suspeita de complicações, como necrose avascular da cabeça femoral.
SUSPEITA DE OSTEOARTRITE DO JOELHO  Dor que piora com carga e melhora com repouso, rigidez matinal curta (<30 min), crepitação e derrame ocasional.	- Radiografia do joelho AP com carga - Perfil a 30° - Axial de Patela 	Exame inicial para avaliação de estreitamento do espaço articular, osteófitos e alterações ósseas.	- Dor intensa e persistente não responsiva ao tratamento conservador; - Comprometimento funcional significativo, com restrição de mobilidade; - Sinais de deformidade articular progressiva; - Indicação para tratamento cirúrgico, inestabilidade artroplastia do joelho.
SUSPEITA DE TENDINOPATIA DO OMBRO  Dor mecânica, piora com movimentos acima da cabeça e ao levantar objetos, dor noturna e fraqueza progressiva.	- Radiografia do Ombro AP verdadeiro - Axial - Perfil da Escápula 	Indicada para identificar alterações ósseas, como proeminências do acrômio, que podem ser causa da tendinopatia.	- Persistência dos sintomas após 6 a 12 semanas de tratamento conservador; - Suspeita de ruptura do manguito rotador ou instabilidade significativa; - Suspeita de alterações ósseas, como proeminência do acrômio; - Falha do tratamento conservador associado a limitação funcional severa.
SUSPEITA DE TENDINOPATIA DO COTOVELO  Dor no epicôndilo lateral ou medial, irradiando para antebraço e punho, piora com preensão, torção ou elevação de objetos.	Radiografia do Cotovelo AP e Perfil 	Indicada para excluir artrite, calcificações tendíneas ou outras anormalidades ósseas.	- Persistência dos sintomas após 6 meses de tratamento conservador; - Suspeita de ruptura tendínea parcial ou total; - Incapacidade funcional significativa que comprometa atividades diárias; - Exclusão de diagnóstico diferencial como artrite, calcificações tendíneas ou outras anormalidades ósseas; - Falha no manejo conservador com necessidade de avaliação para intervenção cirúrgica.
SUSPEITA DE TENDINOPATIA DO JOELHO  "Joelho do saltador". Dor na região anterior do joelho, plôda e caminhar, subir escadas ou ficar e sentadi por longos períodos.	- Radiografia do joelho AP com carga - Axial de Patela 	Indicada para avaliação inicial, visando identificar osteófitos e outras anormalidades.	- Persistência da dor após 3 meses de tratamento conservador; - Dificuldade funcional severa, com impacto na mobilidade e qualidade de vida; - Suspeita de alterações ósseas que possam propiciar a causa da tendinopatias ósseas; - Falha no manejo conservador com necessidade de avaliação para possíveis intervenções inrúrgicas.
 A escolha do exame radiológico deve considerar o quadro clínico do paciente e a hipótese diagnóstica. Outros exames poderão ser solicitados conforme necessidade clínica.			

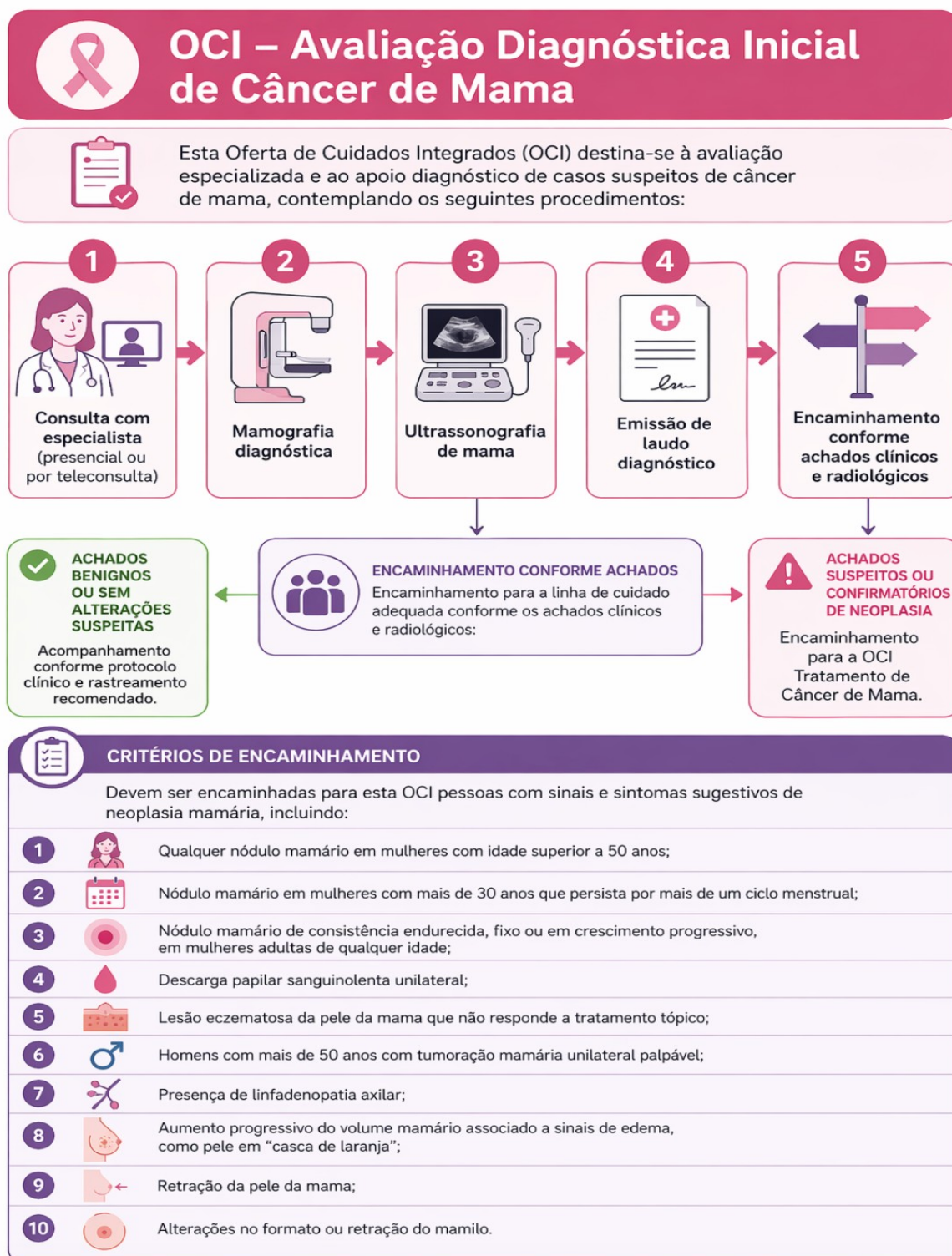


18.11 APÊNDICE K - OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRAFIA

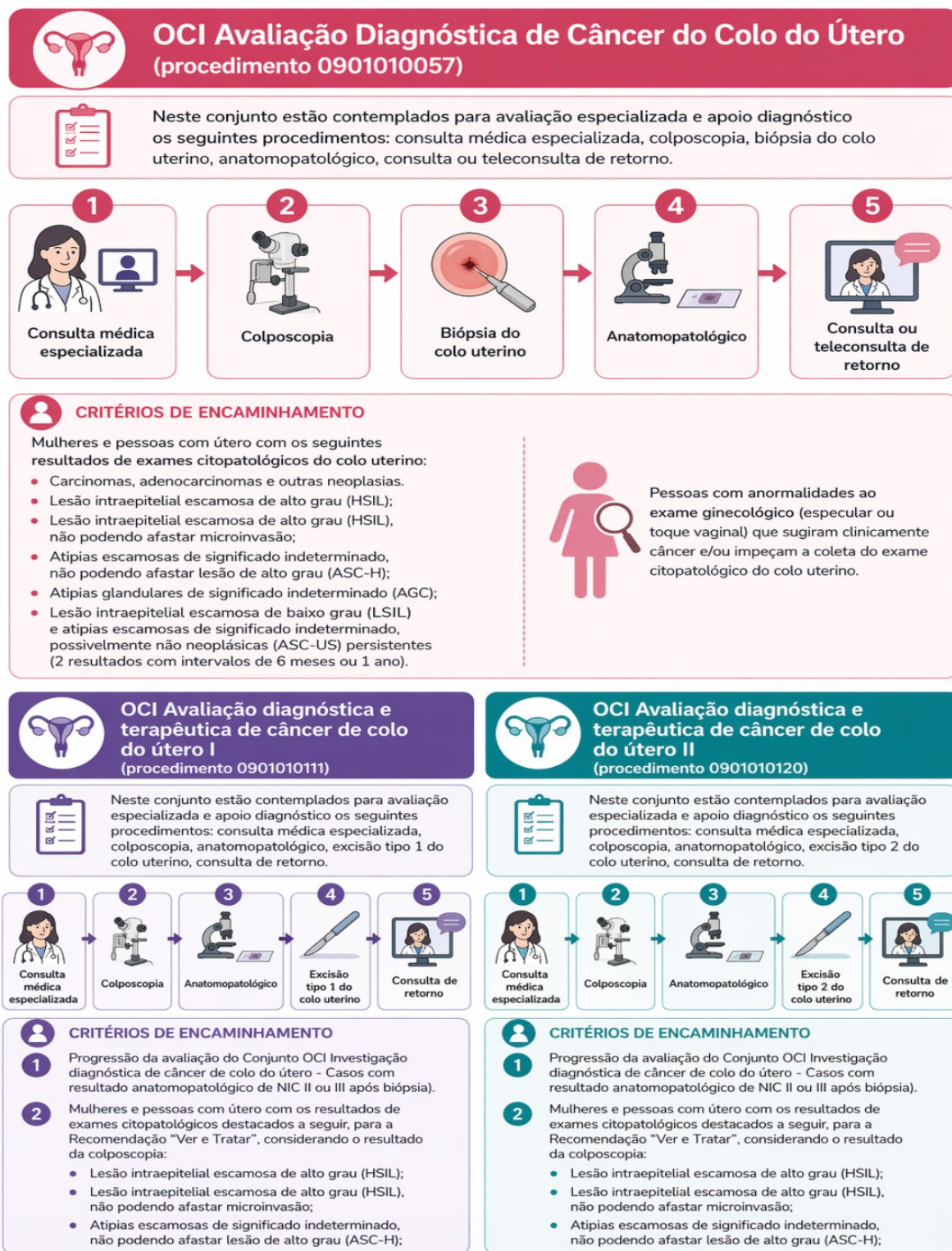
 ORTOPEDIA – OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM ORTOPEDIA COM RECURSOS RADIOLÓGICOS E ULTRASSONOGRAFIA (Procedimento 0903010020)		
 Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos: consulta médica especializada com ortopedista, exames de ultrassonografia ou teleconsulta de retorno.		
1 SUSPEITA DE TENDINOPATIA DO OMBRO  A tendinopatia do ombro é uma condição musculoesquelética caracterizada por dor e disfunção nos tendões do manguito rotador, frequentemente associada a micro lesões repetitivas e sobrecarga mecânica. A dor é predominantemente mecânica, agravada por movimentos acima da cabeça e ao levantar objetos. É comum a presença de dor noturna, especialmente ao deitar-se sobre o lado afetado e sensação de fraqueza progressiva do ombro.	ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO: Indicada em casos persistentes para avaliação do manguito rotador e bursite associada. 	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO: ✓ Persistência dos sintomas após 6 a 12 semanas de tratamento conservador; ✓ Suspeita de ruptura do manguito rotador ou instabilidade significativa; ✓ Não há melhora no tratamento conservador associada a limitação funcional severa.
2 TENDINOPATIA DO COTOVELO  A tendinopatia do cotovelo é uma condição musculoesquelética caracterizada por dor e inflamação dos tendões desta região anatômica, sendo comumente dividida em epicondilite lateral (cotovelo do tenista) e epicondilite medial (cotovelo do golfista). Os pacientes relatam dor localizada no epicôndilo lateral ou medial do cotovelo, que pode irradiar para o antebraço e punho, sendo exacerbada por atividades que envolvem preensão, torção ou elevação de objetos. A dor pode evoluir progressivamente e, em casos graves, comprometer a funcionalidade da mão e do antebraço.	ULTRASSONOGRAFIA DO COTOVELO: Indicada para confirmar inflamação tendínea e detectar espessamento dos tendões ou rupturas tendinosas parciais. 	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO: ✓ Persistência dos sintomas após 6 meses de tratamento conservador; ✓ Suspeita de ruptura tendínea parcial ou total; ✓ Incapacidade funcional significativa que compromete atividades diárias; ✓ Não há melhora no manejo conservador com necessidade de avaliação para intervenção cirúrgica.
3 SUSPEITA DE TENDINOPATIA DA MÃO  A tendinopatia da mão é uma condição musculoesquelética caracterizada por inflamação ou degeneração dos tendões flexores ou extensores dos dedos. Os sintomas incluem dor, rigidez e desconforto ao movimentar os dedos, especialmente ao agarrar objetos ou realizar movimentos repetitivos. Em casos mais avançados, pode haver sensação de travamento e dificuldade ao dobrar ou esticar os dedos, conhecida como dedo em gatilho.	ULTRASSONOGRAFIA DA MÃO: Indicada na presença de inflamação tendínea e detectar espessamento dos tendões ou presença de nódulos. 	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO: ✓ Persistência dos sintomas após 6 a 12 semanas de tratamento conservador; ✓ Comprometimento funcional significativo que impacte as atividades de vida diária; ✓ Presença de bloqueio mecânico dos dedos (dedo em gatilho); ✓ Não há melhora no manejo conservador com necessidade de avaliação cirúrgica.
4 SUSPEITA DE TENDINOPATIA DO QUADRIL  A tendinopatia do quadril é uma condição musculoesquelética caracterizada por inflamação ou degeneração dos tendões ao redor da articulação do quadril. Os sintomas incluem dor na região lateral do quadril, que pode irradiar para a coxa, especialmente ao caminhar, subir escadas ou permanecer sentado por longos períodos. Em casos mais graves, a dor pode ser contínua, dificultando atividade de vida diária.	ULTRASSONOGRAFIA: Indicada para identificar inflamação e espessamento tendíneo. 	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO: ✓ Persistência dos sintomas após 6 a 12 semanas de tratamento conservador; ✓ Dor incapacitante que comprometa atividades básicas diárias; ✓ Não há melhora no manejo conservador com necessidade de avaliação para possíveis intervenções cirúrgicas.
5 SUSPEITA DE TENDINOPATIA DO JOELHO  A tendinopatia do joelho, é uma condição degenerativa ou inflamatória que afeta principalmente o tendão patelar e, em menor grau, o tendão quadríceps. Os sintomas incluem dor localizada na região anterior do joelho, especialmente ao flexionar ou estender a perna. Em casos mais graves, pode haver edema e sensibilidade ao toque no tendão afetado com comprometimento progressivo da função.	ULTRASSONOGRAFIA DO JOELHO: Indicada para avaliar inflamação, espessamento tendíneo e microlesões. 	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO: ✓ Persistência da dor após 3 meses de tratamento conservador; ✓ Dificuldade funcional severa com impacto na mobilidade e qualidade de vida; ✓ Não há melhora no manejo conservador, com necessidade de avaliação para procedimentos invasivos.
 IMPORTANTE: O encaminhamento oportuno e a realização adequada dos exames auxiliam no diagnóstico preciso e na definição do melhor tratamento, prevenindo complicações e melhorando a qualidade de vida do paciente.		



18.12 APÊNDICE L – OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE CÂNCER DE MAMA



18.13 APÊNDICE M – OCI INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO



18.14 APÊNDICE N – OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER COLORRETAL



CÂNCER COLORRETAL

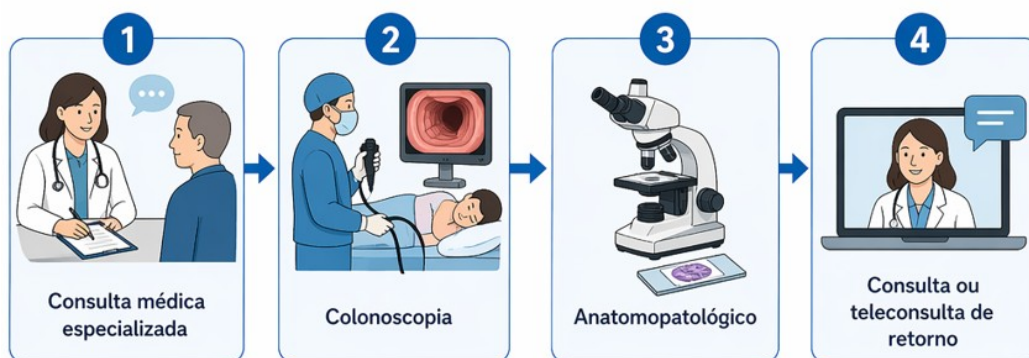
O câncer colorretal é um dos mais incidentes, especialmente em indivíduos acima de 50 anos. Origina-se, em geral, de pólipos benignos com evolução lenta, sendo prevenível e potencialmente curável quando diagnosticado precocemente, o que reforça a importância da investigação oportuna de sinais e sintomas suspeitos.



OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER COLORRETAL

(procedimento 0901010081)

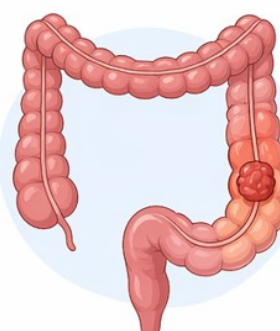
Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos: consulta médica especializada, colonoscopia, anatomopatológico e consulta ou teleconsulta de retorno.



CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Pessoas com sinais/sintomas suspeitos:

Massa abdominal	Teste de sangue oculto nas fezes positivo
Mudanças no hábito intestinal	Presença de sangue nas fezes
Perda de peso inexplicada e dor abdominal	Fezes afiladas
Sangramento retal com dor abdominal ou perda de peso	Dores ao evacuar
Sangramento retal após os 50 anos	Diarreia ou constipação que não passam



IMPORTANTE

A detecção precoce aumenta significativamente as chances de tratamento eficaz e cura.



18.15 APÊNDICE O – OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER GÁSTRICO



CÂNCER GÁSTRICO

O câncer de estômago ocupa a quinta posição entre os tipos de câncer mais frequentes. Os fatores de risco estão associados a características genéticas e hereditária, como anemia perniciosa e lesões pré-cancerosas, características das cepas de *Helicobacter pylori*, obesidade, consumo de.

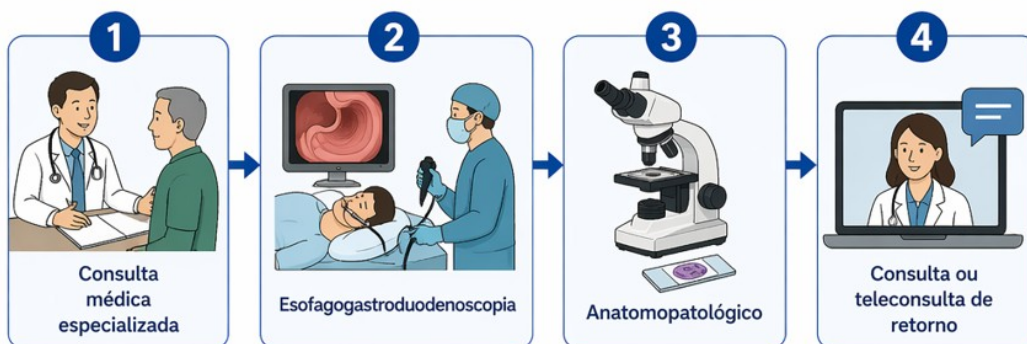
O diagnóstico precoce é a estratégia de controle desse câncer, por meio da investigação de sinais e sintomas sugestivos.



OCI 1 – AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER GÁSTRICO

(procedimento 0901010073):

Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos: consulta médica especializada, esofagogastroduodenoscopia, anatomopatológico, consulta ou teleconsulta de retorno.



CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS

Pessoas com sinais/sintomas sugestivos:



Massa abdominal palpável



Perda de peso inexplicada maior ou igual a 10%, em indivíduos com mais de 55 anos, com um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:



dor em abdome superior



dispepsia



hematêmese



melena



azia (de início recente/por mais de duas semanas)



IMPORTANTE

O diagnóstico precoce aumenta significativamente as chances de tratamento eficaz e cura. A avaliação adequada e o encaminhamento especializado são fundamentais.



19. HISTÓRICO DE REVISÕES

Identificação: Protocolo de Ofertas de Cuidados Integrados – OCI			
Edição	Elaborado por	Aprovado por	Descrição da Edição
00	Fernanda Caldeira Santin Katherine Sanzovo Pivatto Ottoboni Luis Gustavo Favretto	Aprovado pelas Direções da SMSA Conforme processo administrativo nº 63826 / 2026	Elaboração do Protocolo

