

Protocolos de Regulação Ambulatorial - Clínica Médica

Fevereiro de 2025



Prefeitura do Município de Araucária
Secretaria Municipal de Saúde de Araucária

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: CLÍNICA MÉDICA

Araucária, 25 de fevereiro de 2025.

Versão 2

Página | 2 de 122



PODER EXECUTIVO

PREFEITO

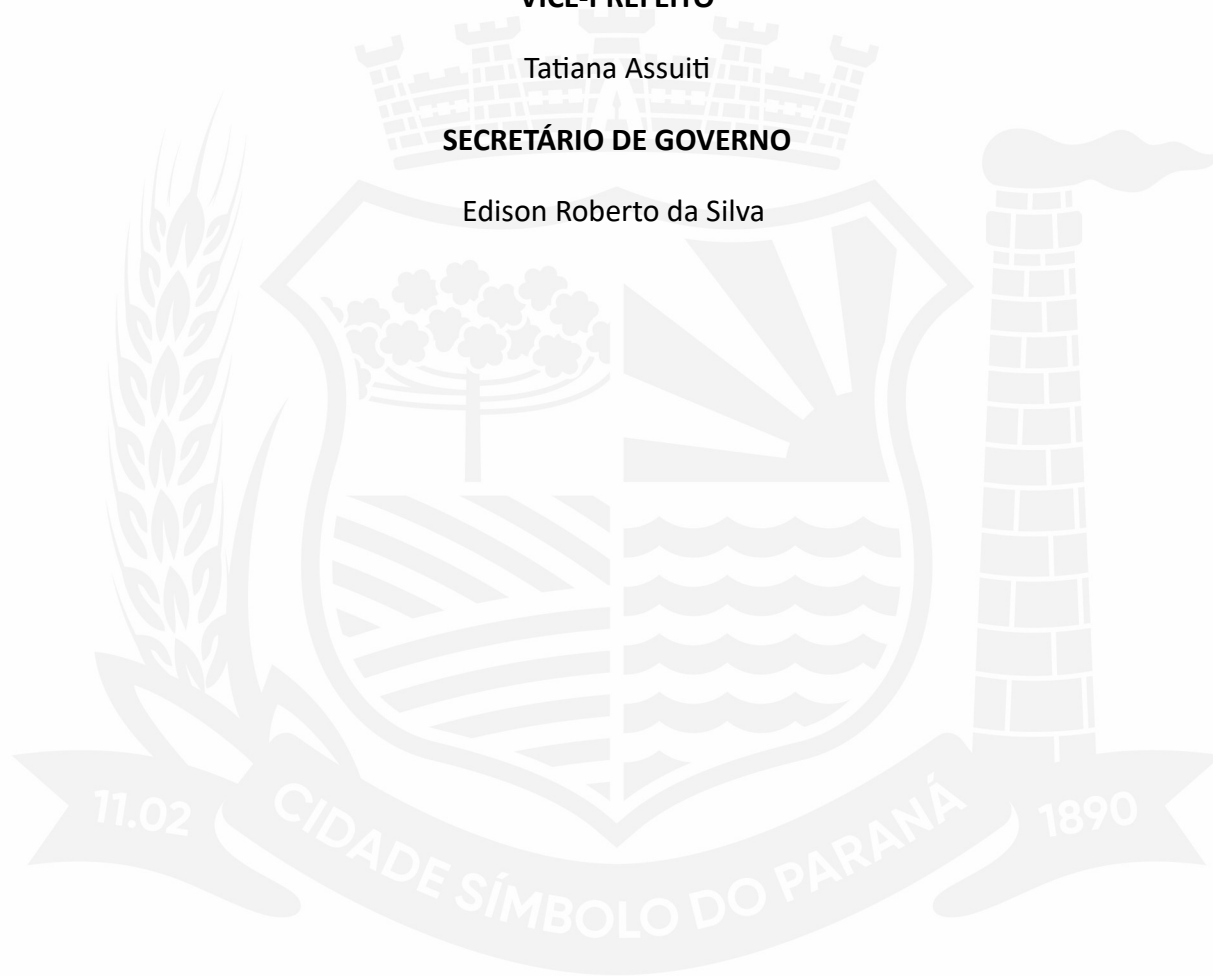
Gustavo Botogoski

VICE-PREFEITO

Tatiana Assuiti

SECRETÁRIO DE GOVERNO

Edison Roberto da Silva



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIO

Renata Knopik Botogoski

OUVIDORIA EM SAÚDE

Tatiane Vaz Storrer

DIREÇÃO GERAL

Débora Regina Sabino

DIREÇÃO TÉCNICA

Ana Beatriz Siqueira Xavier Pock

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Marcio Souza dos Santos

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Carolina de Almeida Torres

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

Juliana Contini

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

Alana Elisabeth Kuntze Ferreira

NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

Fernanda Mello Ribeiro



EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Dra Thaís Sanzovo Pivatto - Médica reguladora

Dra Katherine Sanzovo Pivatto - Médica reguladora

Colaboração técnica

Dr Alexsandro Fabiano Zavadniak - Alergologista

Dr Regis Marcel Scheffer Szeliga - Cirurgião de Cabeça e Pescoço

Dra Edilene Márcia Pavezzi - Cirurgia Vascular

Dr Gunther Langendyk/Dr Hussem Osman Kader Hussein - Cardiologista

Dr Felipe Monteiro - Coloproctologista

Dra Adriana Regina Nanuch Godoy/Dra Fania Mary Yoshida - Dermatologista

Dr Orestes Giovannoni Chaves Filho - Endocrinologista

Dra Danielle Maria Cherobim Kreutzer - Gastroenterologista

Dra Maria Angélica Gatti Pereira Corradin -Gastroenterologista:

Dr Mauro Roberto Duarte Monteiro - Gastroenterologista

Dra Ana Paula Maciel Moreira Blaskowski - Geriatria

Dra Claudia Santos Lorenzato - Hematologista

Dr Ricardo Nascimento Riet - Neurologista

Dra Daniela Carneiro Macedo - Nutróloga

Dra Ticyane Teixeira Kaimoto - Oftalmologista

Dr José Luiz de Souza Guerra - Ortopedista

Dr Osiris Pachekowski Junior - Otorrinolaringologista

Dra Maria de Guadalupe de Vilhena Cota - Pneumologista

Dr Andre Luiz Basso - Psiquiatra

Dra Cíntia Gelbert - Reumatologista

Dr Luiz Augusto de Souza - Urologista



SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	11
2. BASE LEGAL OU CONCEITOS OU JUSTIFICATIVA.....	11
3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO.....	11
4. ORIENTAÇÕES ACERCA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES PARA ESPECIALIDADES.....	13
5. ALERGIA E IMUNOLOGIA.....	14
5.1 Angioedema.....	14
5.2 Asma.....	14
5.3 Dermatite Atópica.....	15
5.4 Imunodeficiência Primária/Erros Inatos Da Imunidade.....	15
5.5 Rinite Alérgica.....	16
5.6 Urticária.....	16
REFERÊNCIAS.....	17
6. CARDIOLOGIA.....	18
6.1 Arritmias.....	18
6.2 Avaliação Cardiológica Para a Prática De Atividade Física.....	18
6.3 Doença Coronariana Crônica.....	19
6.4 Hipertensão.....	20
6.5 Insuficiência Cardíaca Congestiva.....	21
6.6 Síncope.....	22
6.7 Valvulopatias.....	22
6.8 Avaliação Cardiológica Pré-Operatória / Risco Cirúrgico.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
7. CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO.....	26
7.1 Lesões De Cavidade Oral.....	26
7.2 Lesões De Glândulas Salivares.....	26
7.3 Massa Cervical.....	26
7.4 Nódulo Tireoidiano.....	27
REFERÊNCIAS.....	29
8. ANGIOLOGIA.....	30
8.1 Acidente Vascular Cerebral.....	30
8.2 Aneurisma.....	30
8.3 Doença Arterial Periférica.....	30
8.4 Insuficiência Venosa Crônica.....	31
8.5 Trombose Venosa Profunda.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
9. COLOPROCTOLOGIA.....	33
9.1 Fissura Anal.....	33
9.2 Fístula Anorretal.....	33
9.3 Hemorroidas.....	33
9.4 Indicações de Colonoscopia na Indisponibilidade de Solicitação na APS:.....	33
9.5 Pólipos Colônicos.....	33



9.6 Suspeita ou Diagnóstico de Câncer Colorretal ou Canal Anal.....	34
REFERÊNCIAS.....	35
10. DERMATOLOGIA.....	36
10.1 Acne.....	36
10.2 Alopecia.....	36
10.3 Carcinoma Basocelular.....	37
10.4 Carcinoma Espinocelular.....	37
10.5 Ceratose Actínica.....	38
10.6 Dermatite Atópica.....	38
10.7 Dermatite de Contato.....	38
10.8 Hanseníase.....	38
10.9 Lesões Bolhosas.....	39
10.10 Melanoma.....	39
10.11 Melasma.....	40
10.12 Micoses.....	40
10.13 Molusco Contagioso.....	40
10.14 Prurido.....	40
10.15 Psoríase.....	41
10.16 Rosácea.....	41
10.17 Vitiligo.....	42
REFERÊNCIAS.....	43
11. ENDOCRINOLOGIA/ METABOLOGIA.....	44
11.1 Diabetes Mellitus.....	44
11.2 Hipertireoidismo.....	44
11.3 Hipotireoidismo.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
12. GASTROENTEROLOGIA.....	47
12.1 Cirrose Hepática.....	47
12.2 Constipação.....	47
12.3 Diarreia Crônica.....	48
12.4 Dispepsia.....	48
12.5 Doença Do Refluxo Gastroesofágico.....	49
12.6 Doença Ulcerosa Péptica E Duodenal.....	49
12.7 Dor Abdominal.....	50
12.8 Esteatose Hepática.....	50
12.9 Hepatites.....	51
12.10 Massas Hepáticas.....	51
REFERÊNCIAS.....	53
13. GERIATRIA.....	55
13.1 Demência.....	55
13.2 Idosos.....	55
REFERÊNCIAS.....	56
14. HEMATOLOGIA.....	57



14.1 Anemia.....	57
14.1.1 Ferropriva.....	57
14.1.2 Anemia macrocítica (VCM > 100).....	57
14.2 Distúrbios Hemorrágicos.....	59
14.3 Esplenomegalia.....	59
14.4 Hemocromatose/Hiperferritinemia.....	59
14.5 Leucocitose.....	60
14.6 Leucopenia.....	60
14.7 Linfonodomegalia.....	61
14.8 Pancitopenias.....	61
14.10 Trombocitopenia.....	62
14.11 Trombocitose.....	63
14.12 Trombofilias.....	64
REFERÊNCIAS.....	65
15. INFECTOLOGIA.....	67
15.1 Condiloma Acuminado.....	67
15.2 HIV.....	67
15.3 Sífilis.....	68
15.4 Toxoplasmose.....	68
REFERÊNCIAS.....	70
16. NEUROLOGIA.....	71
16.1 Acidente Vascular Cerebral.....	71
16.2 Cefaleia.....	71
16.3 Distúrbios Do Movimento.....	72
16.5 Epilepsia.....	74
16.6 Síndromes Parkinsonianas.....	75
16.7 Vertigem.....	75
REFERÊNCIAS.....	76
17. NUTROLOGISTA.....	78
17.1 Cirurgia Bariátrica.....	78
17.2 Desnutrição.....	78
17.3 Obesidade.....	78
REFERÊNCIAS.....	80
18. OFTALMOLOGIA.....	81
18.1 Alterações De Pálpebras.....	81
18.2 Alterações De Vias Lacrimais.....	81
18.3 Catarata.....	81
18.4 Conjuntivite.....	81
18.5 Doenças De Córnea.....	82
18.6 Doenças Sistêmicas.....	82
18.7 Glaucoma.....	82
18.8 Medicações Sistêmicas.....	83
18.9 Órbita.....	83



18.10 Rastreamento.....	84
18.11 Retinopatia.....	84
REFERÊNCIAS.....	85
19.ORTOPEDIA.....	86
19.1 Lombalgia/Cervicobraquialgia.....	86
19.2 Patologias Do Ombro e Mão.....	86
19.3 Patologias Do Joelho.....	88
19.4 Patologias Do Tornozelo E Pé.....	88
19.5 Osteoartrite.....	89
19.6 Osteonecrose.....	89
REFERÊNCIAS.....	90
20.OTORRINOLARINGOLOGIA.....	91
20.1 Apneia Obstrutiva Do Sono.....	91
20.2 Disfonia.....	91
20.3 Perda Auditiva/Hipoacusia.....	91
20.4 Otites.....	92
20.5 Rinossinusite Crônica.....	92
20.6 Vertigem.....	93
REFERÊNCIAS.....	94
21. PNEUMOLOGISTA/ TISIOLOGISTA.....	95
21.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.....	95
21.2 Nódulos Pulmonares.....	95
21.3 Tosse Crônica (Tosse Com Duração > 8 Semanas).....	96
21.4 Tuberculose.....	97
21.5 Síndrome do Pós COVID -19.....	97
REFERÊNCIAS.....	98
22. PSIQUIATRIA.....	99
22.1 Dependência E Abuso De Álcool E Drogas.....	100
22.2 Depressão.....	100
22.3 Esquizofrenia E Outros Transtornos Psicóticos.....	101
22.4 Transtorno Bipolar.....	101
22.5 Transtorno De Ansiedade, Transtorno De Estresse Pós Traumático, Transtorno Do Pânico, Transtorno Obsessivo Compulsivo.....	101
REFERÊNCIAS.....	103
23.REUMATOLOGIA.....	105
23.1 Artrite Psoriática.....	105
23.2 Artrite Reumatoide.....	105
23.3 Artrite Séptica.....	105
23.4 Bursites/Tendinites.....	106
23.5 Dor Miofascial.....	106
25.6 Esclerose Sistêmica (Esclerodermia).....	106
25.7 Espondilite Anquilosante.....	107
25.8 Fibromialgia.....	107



25.9 Gota.....	107
25.10 Lombalgia.....	108
25.11 Lúpus Eritematoso Sistêmico.....	108
25.12 Osteoporose.....	109
25.13 Polimiosite / Dermatomiosite.....	109
25.14 Síndrome De Sjogren.....	110
25.15 Vasculites.....	110
25.16 Artrite reativa.....	111
REFERÊNCIAS.....	112
26. UROLOGIA.....	115
26.1 Cistos Renais.....	115
26.2 Distúrbio De Ereção.....	115
26.3 Hiperplasia Prostática Benigna.....	115
26.4 Infecção Urinária De Repetição.....	116
26.5 Infertilidade Masculina.....	116
26.6 Nefrolitíase.....	117
26.7 Neoplasia Prostática.....	117
26.8 Patologias Escrotais.....	118
REFERÊNCIAS.....	119
27. ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES.....	120
27.1 Prazos.....	120
27.2 Descrição de responsabilidades.....	120
28. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	121
29. HISTÓRICO DE REVISÕES.....	122



1. APRESENTAÇÃO

A Prefeitura Municipal de Araucária optou pela criação e desenvolvimento de protocolos para encaminhamentos para consultas especializadas com objetivo de ordenar o acesso aos atendimentos e ações aos serviços de saúde.

Este projeto tem como objetivo possibilitar um atendimento mais ágil das consultas médicas ambulatoriais e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, além de evitar deslocamentos desnecessários, buscando maior eficiência e equidade na gestão das listas de espera.

Assim, os protocolos são ferramentas facilitadoras e não engessadas para o direcionamento de fluxo.

Existem situações clínicas ou mesmo achados relevantes na história clínica e exames complementares que justificam a necessidade de avaliação e acompanhamento pelo especialista, tendo em vista que estes podem não estar descritos nos protocolos. Nesses casos é importante a descrição de dados relevantes para que a regulação entenda a necessidade do usuário no contexto descrito.

É importante destacar que estes protocolos regulam os fluxos de encaminhamento para os setores ambulatoriais do Município, não contemplando as situações relacionadas à urgência e emergência, portanto cabe ao médico assistente o julgamento e o encaminhamento para esses serviços.

2. BASE LEGAL OU CONCEITOS OU JUSTIFICATIVA

Os protocolos clínicos, criados pela Secretaria Municipal de Saúde, estão embasados na política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde (Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008), segundo a qual todos os municípios deverão buscar mecanismos e instrumentos que direcionam a atenção básica para que ela seja resolutiva e que faça encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência.

3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

A avaliação dos critérios de priorização dos encaminhamentos foram realizados, baseados nas diretrizes e consensos de cada especialidade, discutindo cada um deles



com os especialistas da rede municipal de saúde e convidados, visando a dar credibilidade científica ao documento.

A classificação é realizada em níveis, de acordo com o grau de gravidade de cada situação (vide tabela). Lembramos que a classificação não é fixa, podendo ser modificada de acordo com a evolução do quadro ou surgimento de fatores agravantes, podendo determinar um maior ou menor grau de prioridade.

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE		
Classificação IPM	Grau de Prioridade	Descrição
Emergência	Prioridade 0. Não deve ser encaminhado para fila ambulatorial	Emergência que necessita do atendimento imediato
Muito Urgente	Prioridade 1	Usuários que necessitam de atendimento especializado prioritário por possíveis/ ou prováveis complicações.
Urgente	Prioridade 2	Usuários que necessitam de atendimento especializado em curto período de tempo.
Pouco Urgente	Prioridade 3	São situações clínicas sem gravidade que necessitam de atendimento especializado eletivo.
Não Urgente	Prioridade 4	Usuários que necessitam de atendimento especializado não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pela APS.

Fonte: Adaptado SISREG.



4. ORIENTAÇÕES ACERCA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES PARA ESPECIALIDADES

As informações do conteúdo descritivo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e indicação de prioridade. Em todos os encaminhamentos devem constar as seguintes informações:

1. História Clínica: Queixa principal; História mórbida atual; História mórbida pregressa (deve incluir comorbidades associadas a medicações de uso contínuo com posologia); Condições e hábitos de vida; História mórbida familiar.
2. Exame Físico.
3. Exames Complementares: Devem ser descritos na íntegra e datados e/ou anexados ao encaminhamento.
4. Hipótese Diagnóstica.
5. Tratamento Já Empregado.
6. Motivo do Encaminhamento.



5. ALERGIA E IMUNOLOGIA

5.1 Angioedema

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Angioedema não acompanhado de urticária sem causa definida e recorrente;
- Angioedema crônico (mais de 6 semanas);
- Angioedema associado a sinais de gravidade após avaliação nos serviços de urgência e emergência;
- Reação anafilática após alta hospitalar.

Exames complementares

- Hemograma, glicemia, TGO, TGP, PCR, IgE total, FAN, TSH, T4, anti-TPO, parcial de urina, parasitológico de fezes.

Pacientes com quadro de angioedema associado a sinais de gravidade devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência do Município.

5.2 Asma

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Suspeita de asma (o diagnóstico clínico da asma é sugerido por um ou mais sintomas: dispneia, tosse crônica, sibilância, opressão ou desconforto torácico sobretudo à noite e nas primeiras horas da manhã), na impossibilidade de solicitar espirometria na Atenção Primária de Saúde – APS;
- Achados que gerem dúvida quanto ao diagnóstico;
- Suspeita de asma ocupacional;
- Asma complicada por outras doenças;
- Asma refratária ao tratamento;
- Pacientes em estágio 4 e 5 quanto a tratamento.



Exames complementares:

- Espirometria com prova broncodilatadora deve ser solicitada, porém não deve postergar a avaliação com especialista, RX de tórax.

Pacientes com sinais de exacerbação de asma (broncoespasmo acompanhado de dispneia), devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência do Município.

5.3 Dermatite Atópica

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Moderada a grave, refratária ao tratamento instituído na APS (SCORAD é o escore utilizado na avaliação da gravidade da dermatite atópica, baseado na extensão do acometimento cutâneo, intensidade das lesões e sintomas subjetivos);
- Associada a outras manifestações alérgicas (ex: asma, rinite).

Exames complementares:

- Hemograma, PCR, glicemia de jejum, IgE total.

5.4 Imunodeficiência Primária/Erros Inatos Da Imunidade

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Infecções recorrentes de repetição (duas ou mais sinusites no período de um ano, duas ou mais otites em 1 ano, duas ou mais pneumonias por ano, diarreia crônica com perda de peso, infecções virais de repetição);
- Infecções recorrentes graves;
- Infecções recorrentes complicadas;
- Infecções recorrentes resistentes ao tratamento;
- Infecções recorrentes causadas por microorganismos não usuais;
- Infecções recorrentes associadas à história familiar de imunodeficiência.

Exames complementares:



Hemograma, anti HIV, PCR, TSH, hemoglobina glicada, parcial de urina, parasitológico de fezes.

5.5 Rinite Alérgica

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Quadros refratários ao tratamento clínico adequado na APS após período de 3 meses;
- Rinite moderada/grave: um ou mais dos seguintes critérios: distúrbios de sono, comprometimento das atividades diárias (escola, trabalho, lazer), comprometimento do desempenho escolar/profissional, sintomas perturbadores.

Exames complementares:

Hemograma, IgE total.

5.6 Urticária

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Urticária crônica (mais de 6 semanas) refratária ao tratamento clínico adequado instituído na APS;
- Urticária crônica caso haja necessidade de uso de imunossupressores ou necessidade de uso crônico ou recorrente de corticoide (mais de 3 x no ano).

Exames complementares:

Hemograma, glicemia, TGO, TGP, IgE total, PCR, FAN, TSH, T4, anti-TPO, anticorpo antimicrosomal, parcial de urina, parasitológico de fezes.

Urticárias agudas associadas a sintomas sistêmicos: estridor, disfonia, edema de glote, náusea, vômito, hipotensão, choque, devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.



REFERÊNCIAS

ANTUNES, A. A.; SOLÉ, D.; CARVALHO, **Guia prático de atualização em dermatite atópica – Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria.** Arq Asma Alerg Imunol – Vol. 1. N° 2, 2017. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Consenso_-_Dermatite_Atopica_-_vol_1_n_2_a04__1_.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

ASBAI. **Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Mais de 400 doenças representam as imunodeficiências primárias.** Disponível em: <<http://asbai.org.br/mais-de-400-doencas-representam-as-imunodeficiencias-primarias>>. Acesso em: 06 jan. 2021.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIULIANI, R.R.J. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ENSINA, L. F.; VALLE, S. O. R.; CAMPOS, **Guia prático da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia para diagnóstico e tratamento das urticárias baseado em diretrizes internacionais.** Arq Asma Alerg Imunol. 2019; 3 (4): 382-92. Disponível em: <http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1045>. Acesso em: 21 jan. 2021.

GIAVINA-BIANCHI P.; ARRUDA, L. K.; AUN, **Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento do angioedema hereditário – 2017. Revista oficial da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia – ASBAI.** Revista oficial da Sociedad Latinoamericana de Alergia, Asma e Imunología SLA. Disponível em: <http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=758>. Acesso em: 15 dez. 2020.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de medicina de família e comunidade.** 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2019.

PASTORINO, A. C. **Alergia. Recomendações. Atualização em conduta de pediatria** n 66. Sociedade Brasileira de Pediatria de São Paulo. Departamento Gestão 2013-2016. Disponível em: <<https://www.spasp.org.br/site/asp/recomendacoes/80.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma – 2012.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 38, supl. 1, p. s1-s46, 2012.



6. CARDIOLOGIA

6.1 Arritmias

O médico da APS poderá encaminhar o paciente quando não se sentir à vontade em acompanhar a patologia. Após avaliação cabe ao especialista definir se o acompanhamento permanecerá na especialidade ou retorna à atenção primária.

Priorizar o encaminhamento nos seguintes casos:

- Arritmia complexa de início não agudo;
- Bloqueios atrioventriculares de segundo grau após alta hospitalar;
- Bloqueios atrioventriculares de terceiro grau após alta hospitalar;
- Fibrilação atrial crônica ou fibrilação atrial aguda após alta hospitalar;
- Após alta hospitalar por implante de marcapasso.

Pacientes com arritmias agudas ou crônicas com sinais de instabilidade hemodinâmica (hipotensão, choque, rebaixamento de nível de consciência, dor precordial, dispneia, síncope), devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.

Exames Complementares:

Eletrocardiograma, hemograma, creatinina, uréia, eletrólitos, TAP, KPTT, TSH, glicemia, lipidograma, TGO, TGP, demais exames de imagem, caso houver (ecocardiograma, teste de esforço, cateterismo).

Pacientes diagnosticados com fibrilação atrial, devem ser encaminhados com escore de risco (CHA2DS2-VASc) e avaliação de risco de sangramento (HAS-BLED).

6.2 Avaliação Cardiológica Para a Prática De Atividade Física

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Paciente que em repouso refere dispneia paroxística noturna, ortopnéia e palpitação;
- Pacientes que durante o exercício refiram dor ou desconforto torácico, palpitações, pré síncope, síncope, dispneia de causa indefinida ou arritmia;



- Pacientes com sopro cardíaco avaliado no exame físico;
- Pacientes que tenham seguintes comorbidades:
- Doença aterosclerótica significativa estabelecida;
- Doença coronariana sintomática;
- Pacientes com ICC moderada ou grave;
- Portadores de arritmias ameaçadoras de vida (TV, Brugada, CAVD);
- Bloqueios atrioventriculares de alto grau, valvulopatias graves e sintomáticas;
- Doença renal crônica.

Pacientes que não contemplem as situações acima serão considerados prioridade, caso não apresentem condições agravantes que justifiquem maior grau de prioridade.

Exames complementares:

- Hemograma, glicemia, uréia, creatinina, lipidograma, ácido úrico, TGO, TGP, parcial de urina, eletrocardiograma, RX de tórax.

6.3 Doença Coronariana Crônica

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Coronariopatia já documentada (pós IAM, angioplastia, cateterismo ou revascularização);
- Suspeita de cardiopatia isquêmica que necessite de exames não disponíveis para os médicos das unidades básicas de saúde, tanto para elucidação diagnóstica quanto para avaliação de prognóstico;
- Doença coronariana crônica que apresenta piora relevante no eletrocardiograma.

Suspeita ou diagnóstico de síndrome coronariana aguda (angina instável, IAM com ou sem supradesnívelamento de ST) devem ser encaminhados para avaliação em unidades de urgência e emergência do Município.

Exames Complementares:

- Hemograma, creatinina, uréia, ácido úrico, lipidograma, TSH, glicemia, hemoglobina glicada, sódio, potássio, TGO, TGP, eletrocardiograma, RX de tórax e exames cardiológicos que já tenham sido realizados.



6.4 Hipertensão

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Suspeita de hipertensão secundária;
- Apneia obstrutiva do sono;
- Coarctação da aorta;
- Feocromocitoma;
- Hipertensão renovascular;
- Hipertireoidismo;
- Hiperparatireoidismo;
- Hiperaldosteronismo;
- Miocardiopatia por quimioterápicos;
- Síndrome de Cushing.

Pacientes com HAS secundária descompensados terão prioridade:

- Hipertensão resistente (hipertensão não controlada mesmo com a utilização de três anti-hipertensivos em doses máximas de classes diferentes, sendo 1 deles um diurético (se tolerado), em pacientes aderentes à terapia;
- Hipertensão arterial estágio 2 (PAS 160-179 mmHg PAD 100-109 mmHg) com outras cardiopatias;
- Hipertensão arterial estágio 3 (PAS $\geq$ 180 mmHg PAD $\geq$ 110 mmHg)

Obs. 1: a classificação da hipertensão arterial utilizada será a das diretrizes brasileiras.

Obs. 2: Devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município os pacientes com diagnóstico de:

- Urgência hipertensiva (PAS $\geq$ 180 mmHg e/ou PAD $\geq$ 120 mmHg) sem lesão aguda e progressiva em órgão-alvo e sem risco iminente de morte;
- Emergência hipertensiva: são situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da pressão (PAS $\geq$ 180 mmHg ou PAD $\geq$ 120 mmHg) com lesão em órgão alvo aguda e progressiva, com risco iminente de morte.

Entende-se como lesão em órgão alvo:



- Síndromes coronarianas agudas;
- Edema agudo de pulmão;
- Dissecção aórtica aguda;
- Encefalopatia hipertensiva;
- AVE isquêmico ou hemorrágico;
- Hipertensão maligna.

Exames Complementares:

- Eletrocardiograma, potássio, sódio, microalbuminúria, creatinina, uréia, glicemia, lipidograma, ácido úrico, parcial de urina, hemograma, TSH. Em caso de suspeita de hipertensão secundária, solicitar exames relacionados com a provável causa da patologia.

6.5 Insuficiência Cardíaca Congestiva

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- No momento do diagnóstico provável de insuficiência cardíaca congestiva para confirmação diagnóstica e avaliação de etiologia;
- Mudança clínica significativa (piora da classe funcional ou nova patologia cardíaca associada);
- Após alta hospitalar por ICC descompensada;
- Pacientes classificados pelo NYHA classe III e IV;
- Insuficiência cardíaca por valvulopatia;
- Pacientes com menos de 40 anos.

Exames complementares:

- Hemograma, creatinina, ureia, eletrólitos, parcial de urina, glicemia, lipidograma, TSH, eletrocardiograma, RX de tórax e ecocardiograma.

Obs.: Pacientes com sinais e sintomas de insuficiência cardíaca descompensada (sintomas como dispneia, ortopneia, fadiga, sinais de sobrecarga de volume - ascite, edema +++/++++, hipotensão e disfunção em órgão alvo), devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.



6.6 Síncope

Definição: perda transitória da consciência com perda do tônus postural e recuperação espontânea das funções neurológicas.

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Síncope sem pródromos, associada a palpitação, dor precordial ou dispneia (indicar se há presença de sopro cardíaco e se houve lesão significativa durante síncope);
- Síncope associada a alterações eletrocardiográficas (ex.: taquiarritmias/bradiarritmias/ bloqueios) ou a cardiopatias estabelecidas (ex.: IAM, estenose aórtica, cardiopatia hipertrófica, ICC);
- Síncope relacionadas ao exercício ou deitado;
- Síncope recorrente sem causa definida;
- Síncope em pacientes com história familiar - familiares de primeiro grau com morte súbita antes dos 40 anos.

Exames complementares:

- Hemograma, glicemia, creatinina, uréia, potássio, sódio, eletrocardiograma, ecocardiograma.

6.7 Valvulopatias

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Doenças cardíacas valvares pré estabelecidas;
- Alterações na ausculta cardíaca – sopro (excluir causas reversíveis: hipertireoidismo, anemia, febre, gravidez);
- Após alta hospitalar por troca valvar.

Descrições mínimas no encaminhamento:

Sintomatologia associada (dispneia, cianose); história mórbida pregressa (febre reumática, uso de drogas injetáveis); alterações ao exame físico (visceromegalias, arritmias, alterações na frequência cardíaca e/ou na pressão arterial).



Obs.: Cabe ao especialista definir a alta ambulatorial e acompanhamento na APS.

Exames complementares

- Hemograma, TSH, T4, TGO, TGP, creatinina, ureia, TAP, eletrocardiograma, RX de tórax, ecocardiograma.

6.8 Avaliação Cardiológica Pré-Operatória / Risco Cirúrgico

Possuem prioridade na regulação os pacientes de alto risco (risco cardíaco $\geq$ 5%): cirurgias vasculares (aórtica, grandes vasos, vascular periférica), cirurgias de urgência e cirurgias de grande porte.

Informações mínimas do encaminhamento:

- Idade, diagnóstico e tipo de cirurgia a que o paciente será submetido.

Exames complementares:

- Hemograma, glicemia de jejum, ureia, creatinina, coagulograma, eletrocardiograma, RX tórax; exames prévios relacionados ao quadro que motivou o procedimento cirúrgico (por exemplo: ecocardiograma, Doppler venoso ou arterial, cateterismo cardíaco).

Após a avaliação, caberá ao especialista definir a necessidade de acompanhamento na UBS, em posse do relatório de contrarreferência.



REFERÊNCIAS

BOCCHI EA, MARCONDES-BRAGA FG, BACAL F, **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. Arq Bras Cardiol 2012; 98 (1 supl. 1): 1-3.

BRIGNOLE, M.; MOYA, A.; LANGE, **Guidelines for the diagnosis and management of syncope**, EUROPEAN HEART JOURNAL, EHY037, 2018.

DIRETRIZES. **Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial** – 2020. BARROSO et al. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2021.

EUROPEAN HEART JOURNAL. **Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009)**. Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology, European Heart Rhythm Association, Heart Failure Association and Heart Rhythm Society. **Guidelines for the diagnosis and management of syncope**. European heart journal. 2009;30(21):2631-71.

GUSSO G, LOPES J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. – ICC.

MANOLE Medicina de emergência: abordagem prática / editores Irineu Tadeu Velasco ... [et al.]. - 14. ed., rev., atual. e ampl. - Barueri [SP]: Manole, 2020.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz em cardiologia do esporte e do exercício da sociedade de cardiologia e da sociedade brasileira de medicina do esporte**. ARQ BRAS CARDIOL. 2013; 100 (1supl.2):1-41

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz de Angina estável Sociedade Brasileira de Cardiologia**. **Vários autores**. ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. 2004; 83(supl. II).



SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz de Doença Coronária Estável. Vários autores. Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 103, n. 2, Supl. 2, 2014.

SBC. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. José Francisco Kerr Saraiva (Coord. E ed.) Pocket Book, 8 ed. 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/img/pockets/POCKETBOOK_2016_interativa.pdf. Acesso em: 16 mar. 2021.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018; 111(3):436-539.

TARASOUTCHI F.; MONTERA M.W; GRINBERG M.; B, **Diretriz Brasileira de Valvopatias – SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011**. Arq Bras Cardiol. 2011; 97(5 supl. 1): 1-67.



7. CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

Lesões de pele de cabeça e pescoço com biópsia, comprovando e/ou sugestivo de neoplasia, devem ser encaminhadas ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do Município.

7.1 Lesões De Cavidade Oral

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Quadro de lesão oral com surgimento há semanas, geralmente indolores e que não cicatrizam;
- Úlcera dolorosa de crescimento progressivo em região orofaríngea, associada a disfagia, odinofagia, otalgia, perda de peso, sangramento e linfonodomegalia cervical.

7.2 Lesões De Glândulas Salivares

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Massas em topografia de glândulas salivares devem ser encaminhadas para avaliação do especialista, cuja prioridade deve ser dada a massas associadas: sintomas obstrutivos, disfagia, paralisia facial periférica, trismo, ulceração da massa com sangramento e dor local, linfonodomegalia cervical.

Exame complementar:

- Ultrassonografia de glândulas salivares.

7.3 Massa Cervical

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Massas cervicais de crescimento progressivo;
- Massa cervical com duração maior que 2 semanas;



- Massa cervical com tamanho maior de 1,5 cm, com ausência de sinais flogísticos aderentes à pele e planos profundos;
- Massa associada a rouquidão, edema facial, dispneia, assimetria em tonsilas, perda auditiva e disfagia.

Exame complementar:

- Ultrassonografia cervical.

7.4 Nódulo Tireoidiano

Condição clínica que justifica encaminhamento:

Obs.: Nódulos tireoidianos devem ser encaminhados para avaliação do especialista, cabendo a este a definição de conduta.

Prioridade quanto ao encaminhamento deve ser dada a pacientes com: Nódulos com as seguintes características ultrassonográficas:

- Lesão sólida ou sólida cística;
- Lesão hipoecogênica;
- Margens irregulares;
- Microcalcificação;
- Halo hipoecogênico ausente.

Prioridades para realização de ultrassonografia:

- Nódulos associados a sintomas compressivos (ex.: rouquidão, disfagia e/ou dispneia);
- Nódulos endurecidos aderidos a planos;
- Gânglios das cadeias cervicais palpáveis;
- Nódulos associados aos seguintes sintomas: disfagia, comprometimento ventilatório, hemoptise, alterações na fonação, paralisia de pregas vocais;
- Nódulos com crescimento rápido;
- Nódulos associados a linfonodomegalia cervical.



Exames complementares:

- Ultrassonografia cervical, TSH, T4 livre.

Obs: Pacientes com diagnóstico já estabelecido de câncer de tireoide (carcinoma papilífero, carcinoma folicular, carcinoma medular ou carcinoma anaplásico), devem ser encaminhados para a Oncologia.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 516, de 17 de junho de 2015. **Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de cabeça e pescoço**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jun. 2015, Seção 1, p. 61.

HAUGEN, B.R; ALEXANDER, EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid 2016; 26:1. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4739132/>>. Acesso em: 16 abr. 2021.

PYNNONEN, M.A; GILLESPIE, M.B; ROMAN, B. et al. **Clinical Practice Guideline: Evaluation of de Neck Mass in Adults. Otolaryngol Head Neck Surg. Practice Guideline Otolaryngol Head Neck Surg.** 2017 Sep;157(2_suppl):S1-S30. In: National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28891406/>>. Acesso em: 4 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço Sociedade Brasileira de Citopatologia. **Doença Nodular da Tireoide: Tratamento e Seguimento. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar.** Elaboração Final: 31 de janeiro de 2011 Participantes: Kimura ET, Tincani AJ, Ward LS, Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/ans/doenca_nodular_da_tireoide-tratamento_e_seguimento.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2021.



8. ANGIOLOGIA

Não são realizados tratamentos estéticos no Centro de Especialidade de Cirurgia Vascular.

8.1 Acidente Vascular Cerebral

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Estenose de carótida sintomática (AVC isquêmico ou AIT) com evidência de obstrução de carótida > 50 %;
- Estenose de carótida assintomática > 60 %.

Exame complementar:

- Ecodoppler confirmando a obstrução.

8.2 Aneurisma

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Suspeita de aneurisma em qualquer parte da árvore arterial.

8.3 Doença Arterial Periférica

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Claudicação que interfere nas atividades diárias, mesmo com tratamento instituído na APS;
- Casos graves refratários à mudança de estilo de vida e tratamento farmacológico;
- Dor em repouso;
- Úlceras/gangrena.

Exames complementares:

- Exame de imagem caso o paciente já tenha realizado, ecodoppler arterial.



Obs.: Pacientes com sinais de oclusão arterial periférica aguda (dor intensa, sensação de frio, palidez e ausência de pulso no membro comprometido), devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.

8.4 Insuficiência Venosa Crônica

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Insuficiência venosa classificada C3 – C5 se refratária ao tratamento clínico instituído na APS;
- Classificação C6 (alterações cutâneas devido à estase venosa e ulceração ativa).

Obs.: Os encaminhamentos serão baseados na classificação clínica da insuficiência venosa.

Exame complementar:

- Ecodoppler venoso.

8.5 Trombose Venosa Profunda

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Trombose venosa profunda associada a complicações:
- Síndrome pós trombótica;
- Insuficiência venosa crônica
- Hipertensão pulmonar por tromboembolismo crônico.
- Trombose venosa profunda após alta hospitalar para monitorização terapêutica enquanto estiver em uso de anticoagulante.

Obs: Pacientes com suspeita de trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar, devem ser imediatamente encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.

Exames complementares:

- Anexar exames de imagem caso paciente já tenha realizado na investigação;
- Hemograma, TAP.



REFERÊNCIAS

BELCZAK, S.Q. (Editor). **Cirurgia endovascular e angiologia**. 1.ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2016.

CHAVES, M. L. F.; FINKELSZTEJN, A.; STEFANI, M. A. (Orgs.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia [recurso eletrônico]** / , Adroaldo B. Mallmann ... [et al.]. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ROSA, A. A. A. **Sintomas e sinais na prática médica [recurso eletrônico]: consulta rápida**/Alberto Augusto Alves Rosa, Elvino Barros, José Luiz Möller Flores Soares. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2007.

SBACV. **Insuficiência venosa crônica diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes. Elaboração final: novembro de 2015. Participantes: Calógero Presti** – Responsável do Projeto Diretrizes: Fausto Miranda Júnior – Coordenador Geral - Projeto Diretrizes Ivanésio Merlo – Coordenador da Diretriz Marcelo Rodrigo de Souza Moraes – Vice coordenador. Grupo de estudo: Rodrigo Kikuchi Walter Campos Junior Marcelo Ruettimann Liberato de Moura.

SBACV. **Trombose venosa profunda diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes. Elaboração final: novembro de 2015. Calógero Presti** – Responsável do Projeto. Diretrizes SBACV. Fausto Miranda JR. – Coordenador-geral do Projeto Diretrizes SBACV. Marília Duarte Brandão Panico – Coordenadora da Diretriz. Marcelo Fernando Matielo – Vice-coordenador. Grupo de estudos: Carmen Lucia Lascasas Porto Marcos Áreas Marques Ricardo de Alvarenga Yoshida.

SBACV. **Doença arterial periférica obstrutiva de membros inferiores diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes. Elaboração final: novembro de 2015. Responsável pelo Projeto Diretrizes da SBACV: Calógero Presti** Coordenação geral: Fausto Miranda Jr. Coordenador: Ivan Benaduce Casella Vice- Coordenador Nelson De Luccia. Grupo de estudo: Marcos Rogério Covre Calógero Presti.

SBACV. **Doença carotídea extracraniana diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes. Elaboração final: dezembro de 2015. Participantes: Calógero Presti** - Responsável do Projeto Diretrizes Fausto Miranda Júnior - Coordenador Geral - Projeto Diretrizes José Carlos Costa Baptista Silva – Coordenador da Diretriz André E. Stensoro – Vice Coordenador da Diretriz Ivanésio Merlo Liberato Karaoglan de Moura Túlio Pinho Navarro.



9. COLOPROCTOLOGIA

9.1 Fissura Anal

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Caso haja falha no tratamento conservador;
- Caso a fissura seja recorrente.

9.2 Fístula Anorretal

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Diagnóstico suspeito ou confirmado.

9.3 Hemorroidas

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Hemorroidas grau I e II caso a qualidade de vida do paciente permaneça ruim mesmo após a instituição do tratamento na APS;
- Hemorroidas grau III e IV.

9.4 Indicações de Colonoscopia na Indisponibilidade de Solicitação na APS:

- Alteração do hábito intestinal com mudança na característica do bolo fecal;
- Presença de sangue e/ou muco nas fezes;
- Dor abdominal antes da evacuação associada à astenia, anemia ou perda ponderal;
- Tenesmo e perda de sangue claro;
- Pacientes que necessitem de acompanhamento de lesões polipóides pré malignas.

9.5 Pólipos Colônicos

- Condição clínica que justifica encaminhamento: Pólipos colônicos devem ser encaminhados para avaliação do especialista, cabendo a ele avaliar e disponibilizar a contra referência para conduta e acompanhamento.

Obs.: Encaminhamento prioritário deve ser dado a pacientes com:



- Polipose adenomatosa familiar;
- Síndrome da polipose serrilhada, pólipos serrilhados > ou igual a 1 cm, presença de displasia ou adenoma serrilhado tradicional;
- Pólipos adenomatosos: adenomas > ou igual a 1 cm, adenomas com componente viloso, adenomas com displasia de alto grau, 3 adenomas ou mais.

Exames complementares:

- Colonoscopia comprovando a doença, hemograma, TGO, TGP, fosfatase alcalina, gama GT, cinética do ferro, creatinina, ureia.

9.6 Suspeita ou Diagnóstico de Câncer Colorretal ou Canal Anal

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Massa pélvica palpável ou saída de fezes pela urina (sinal de fístula).

Obs.: Pacientes diagnosticados com neoplasia colorretal ou do canal anal, devem ser encaminhados para avaliação da Oncologia.



REFERÊNCIAS

BICALHO, L. M. F.; RUIZ, R. F. R.; PICOLO, M. M.; ALVES, P. R. A. **Epidemiologia dos adenomas serrilhados em uma clínica do Hospital Alemão Oswaldo Cruz em São Paulo.** GED gastroenterol. endosc. Dig. 2015: 34(3):101-106.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer do intestino** / Instituto Nacional de Câncer, Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. - Rio de Janeiro: INCA, 2003.

LIEBERMAN, D. A.; REX, D. K.; WINAWER, S. J.; GIARDIELLO, Guidelines from the American College of Gastroenterology and the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. AGA. **GUIDELINES FOR COLONOSCOPY SURVEILLAN.** GASTROENTEROLOGY September 2012; 143:844–8. Disponível em: <https://acgcdn.gi.org/wpcontent/uploads/2012/09/Lieberman_et_al_Surveillance_after_Polypectomy_Gastro_Sept2012.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. **Hemorroida: manejo não-cirúrgico.** São Paulo: Projeto Diretrizes/Associação Médica Brasileira, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. **Fissura anal: manejo.** São Paulo: Projeto Diretrizes/Associação Médica Brasileira, 2008.

ZANDONÁ, B.; CARVALHO, L. P. de; SCHIMEDT, J.; KOPPE, D. C.; KOSHIMIZU, R. T.; MALLMANN, A. C. M. **Prevalência de adenomas colorretais em pacientes com história familiar para câncer colorretal Artigos Originais** • Revista Brasileira de Coloproctologia, 31 (2) • Jun. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbc/a/8psdcKs8wzRHFsfXXdFjrSr/?lang=pt>>. Acesso em: 18 jan. 2021.



10. DERMATOLOGIA

Todo medicamento tópico deverá ser suspenso antes do encaminhamento para especialista; Não são realizados tratamentos estéticos no centro de especialidade de Dermatologia.

10.1 Acne

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Acne com necessidade de tratamento com isotretinoína oral;
- Acne resistente ao tratamento, quando há cicatrizes significativas;
- Suspeita de acne fulminante (acne severa, de aparecimento súbito, com febre e poliartralgias).

Exames Complementares:

- Hemograma, lipidograma, triglicérides, TGO, TGP; beta-HCG em mulheres em idade fértil.

Obs: Pacientes com acne associada a sintomas ou sinais de ovário policístico, devem ser encaminhadas para avaliação do Ginecologista; caso haja necessidade de apoio do Dermatologista, serão encaminhadas pelo próprio especialista.

10.2 Alopecia

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Alopecia cicatricial;
- Alopecia areata;
- Alopecia androgenética sem resposta ao tratamento clínico otimizado na APS (se ocorrer em mulheres solicitar apoio do Ginecologista);
- Eflúvio telógeno após correção do fator desencadeante, se houver persistência de queda após 6 meses.

Obs.: Pacientes com alopecia por tricotilomania (perda de cabelo auto induzida) devem ser encaminhados para avaliação da Psiquiatria.



Exames complementares:

Hemograma, TSH, T4, ferritina, vitamina B12, vitamina D, FAN, (em mulheres com alopecia androgenética deve-se fazer investigação hormonal: dosagem de testosterona total e livre, SDHEA, 17-OH-progesterona, LH, FSH).

10.3 Carcinoma Basocelular

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado (encaminhar para Oncologia);
- Lesões suspeitas:
- Epitelioma basocelular nódulo ulcerativo: lesão papular rósea, perolada que cresce progressivamente a nódulo com posterior ulceração central, recoberta por crosta que, retirada, determina sangramento;
- Tipo esclerosante: lesão caracterizada por placa branco amarelada, escleroatrófica, dura, lisa, às vezes com telangiectasias, bordas mal definidas;
- Epitelioma basocelular superficial ou planetoide: lesões múltiplas, eritemato-escamosas, discretamente infiltradas, emolduradas por bordas irregulares e ligeiramente elevadas;
- Carcinoma basocelular pigmentado: tem forma de nódulo-ulcerativa com variável pigmentação melânica.

10.4 Carcinoma Espinocelular

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado (encaminhar para Oncologia);
- Lesão suspeita: as localizações mais comuns são lábio inferior, orelhas, face, dorso das mãos, mucosa bucal e genitália externa:
- Na pele, há, inicialmente, área queratósica infiltrada e dura ou nódulo. A lesão aumenta gradualmente e ulcera-se. Na evolução pode adquirir aspecto de ulceração com infiltração na borda ou tornar-se vegetante ou córnea;
- Na mucosa pode iniciar-se em placa de leucoplasia, por área de infiltração ou lesão vegetante;
- Carcinoma verrucoso: a lesão apresenta-se como placa verrucosa, ulcerada ou não, localizada na mucosa oral (papilomatose oral florida), pênis (doença de



Buschke-Lowenstein), região plantar (epitelioma *cuniculatum*), ou outras partes.

10.5 Ceratose Actínica

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado;
- Lesão suspeita: placa eritematosa, de superfície ceratósica, podendo apresentar crostas e ocasionalmente corno cutâneo sobreposto.

10.6 Dermatite Atópica

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Pacientes refratários ao tratamento clínico adequado na APS;
- Dúvida quanto ao diagnóstico.

10.7 Dermatite de Contato

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Dúvida quanto ao diagnóstico;
- Dermatite de contato sem causa definida.

10.8 Hanseníase

Pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado, devem ser encaminhados para avaliação com prioridade.

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado;
- Lesão suspeita;
- Manchas em qualquer parte do corpo, com perda ou alteração de sensibilidade ao calor, dor ou tato;
- Formigamentos, choques, agulhadas, câimbras ou dormência nos membros superiores e inferiores;
- Diminuição da força muscular;
- Feridas difíceis de curar, principalmente nos pés e nas mãos;



- Áreas da pele muito ressecadas, que não suam;
- Diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose).

10.9 Lesões Bolhosas

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado de pênfigo vulgar;
- Suspeita clínica de pênfigo vulgar (pacientes entre 40 e 60 anos com lesões mucosas, caracterizadas por bolhas flácidas que se rompem, formando erosões dolorosas e que sangram facilmente);
- Diagnóstico confirmado de pênfigo foliáceo;
- Suspeita clínica de pênfigo foliáceo (em geral acomete pacientes entre 40 e 50 anos, caracterizado por bolhas superficiais que se rompem com facilidade, deixando áreas erodadas; as lesões são recobertas por escamas e crostas com base eritematosa);
- Diagnóstico confirmado de penfigóide bolhoso;
- Suspeita clínica de penfigóide bolhoso (em geral acomete indivíduos idosos com mais de 60 anos, caracterizando-se por bolhas grandes e tensas de conteúdo claro ou hemorrágico, que aparecem sobre a pele normal ou eritemato-edematosa, urticariformes e intensamente pruriginosas).

10.10 Melanoma

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado (encaminhar para Oncologia);
- Lesões suspeitas:
- Lesões assimétricas;
- Com bordas irregulares ou mal definidas;
- Variação da coloração;
- Diâmetro maior que 5 mm;
- Que estejam em mudança evolutiva com relação à cor, crescimento ou presença de sintomas associados – sangramento, prurido local entre outros.



10.11 Melasma

Obs.: Esses pacientes não devem ser encaminhados com prioridade para avaliação do especialista.

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Dúvida quando ao diagnóstico na APS;
- Ausência de resposta ao tratamento clínico adequado na APS.

10.12 Micoses

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Micoses superficiais ou onicomicoses na dúvida quando ao diagnóstico na APS;
- Micoses superficiais ou onicomicoses que tenham lesões refratárias ao tratamento adequado, instituído na APS;
- Micoses subcutâneas;
- Micoses profundas.

Exames complementares: Em pacientes com mais de 60 anos, TGO e TGP.

10.13 Molusco Contagioso

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Pacientes com suspeita de imunodeficiência (lesões muito disseminadas e/ou múltiplas);
- Pacientes refratários ao tratamento clínico instituído na APS.

Exame complementar:

Anti HIV em adultos.

10.14 Prurido

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Prurido refratário ao tratamento clínico adequado, instituído na APS;
- Prurido associado a doenças dermatológicas extensas ou graves.



Exames complementares:

- Exames devem ser solicitados para prurido generalizado sem lesão cutânea primária; hemograma, TSH, TGO, TGP, creatinina, ureia, anti HIV, RX de tórax.

Obs.: Na suspeita de prurido psicogênico (em geral o prurido é localizado sem lesão cutânea primária), os pacientes devem ser encaminhados ao Psiquiatra.

10.15 Psoríase

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Ausência de resposta ao tratamento tópico adequado na APS;
- Quadros extensos;
- PASI > 10 (índice utilizado para avaliar a gravidade e extensão das lesões de psoríase baseado em dados de ectoscopia);
- Psoríase eritrodérmica (eritema intenso, acompanhado de descamação discreta, generalizado);
- Psoríase pustulosa generalizada (lesões eritemato-escamosas e pustulosas generalizadas, em geral o paciente apresenta comprometimento do estado geral e febre), após avaliação nos serviços de urgência e emergência do Município.

Obs: Pacientes com artrite psoriática, devem ser encaminhados para o Reumatologista.

10.16 Rosácea

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Lesões refratárias ao tratamento adequado na APS;
- Dúvida quanto ao diagnóstico na APS.

Obs.: Pacientes que tenham rosácea com acometimento ocular, devem ser encaminhados para avaliação do Oftalmologista.

Exames complementares:

- Lipidograma, triglicérides, TGO, TGP; em mulheres em idade fértil: beta-HCG.



10.17 Vitiligo

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Dúvida quanto ao diagnóstico na APS;
- Doença de rápida expansão ou extensa.

Exames complementares:

- TSH, T4, anti-TPO.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

GUSSO, G.; LOPES J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2012.

RIVITTI, E. A. **Alopecia areata: revisão e atualização**. *An Bras Dermatol*. 2005;80(1):57-68. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abd/a/vXCLdmVdz8ct6qzkmjBCSyd/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 mai. 2021.

SBD. Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Consenso Brasileiro de Psoríase 2020: algoritmo de tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia/** Coordenação Geral: Sérgio Palma. Editores: Ricardo Romiti, André Vicente E. de Carvalho, Gleison, V. Duarte. Revisão geral: Hélio Amante Miot. - 3. ed. - Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2020.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 3 ed. Rev. Ampl. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

SILVA, A.M.F; COSTA, F. P.; MOREIRA M. **Acne vulgar: diagnóstico e manejo pelo médico de família e comunidade**. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(30):54-63. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)754](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)754)>. Acesso em: 01 mar 2021.

STEINER D.; BEDIN, V.; MORAES, M. B., **Vitiligo**. Artigo de Revisão • AN. BRAS. DERMATOL. 79 (3) • MAIO. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abd/a/VWZFWJY5MmcBmGCxpFcKMzG/?lang=pt>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

TOVO, L.F.R, FESTA NETO C, CASTRO, C.V.B.: SAMPAIO, S. A. P. **Carcinoma Basocelular**. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Elaboração Final: 11 de Julho de 2002. Disponível em: <<https://www.bibliomed.com.br/lib/showdoc.cfm?LibDocID=14184>>. Acesso em: 14 jan. 2021.



11. ENDOCRINOLOGIA/ METABOLOGIA

11.1 Diabete Mellitus

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diabete mellitus tipo 1;
- Diabete mellitus, tipo 2, com lesão em órgão alvo (microalbuminúria, retinopatia diabética e neuropatia diabética que necessitem de testes adicionais, caso haja dúvidas diagnósticas no exame físico);
- Diabetes mellitus, tipo 2, em uso de insulina, descompensados com sintomas de hiperglicemia ou hipoglicemia.

Obs.: É importante o médico assistente da APS auxiliar na orientação do paciente quanto à necessidade de monitorização de glicemia capilar para levar ao especialista, bem como descartar má aderência ao tratamento instituído.

Exames complementares:

- Hemoglobina glicada, glicemia, lipidograma, creatinina, ureia, albuminúria.

Obs: Pacientes com suspeita clínica de cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar, devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência do Município.

11.2 Hipertireoidismo

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Pacientes com diagnóstico de hipertireoidismo, serão encaminhados para a especialidade;

Exames complementares:

- TSH, T4, anti-TPO.

Obs: Pacientes com suspeita clínica de crise tireotóxica, devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência do Município.



11.3 Hipotireoidismo

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Hipotireoidismo secundário ou terciário (TSH inadequado – normal ou baixo para T4 livre ou total baixo);
- Ausência de melhora clínica ou de exames laboratoriais, mesmo com prescrição correta de levotiroxina e adesão medicamentosa;
- Coma mixedematoso após alta hospitalar;
- Hipotireoidismo associado ao uso de amiodarona, lítio ou anticonvulsivante;
- Hipotireoidismo associado a doenças cardiovasculares;
- Nódulo de tireoide;
- Bócio multinodular.

Exames complementares:

- TSH, T4 e anti- TPO.

Obs: Pacientes com suspeita de coma mixedematoso, devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência do Município.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília, 2013.

BRENTA, G.; VAISMAN, M.; SGARBI, J. **Em nome da Força Tarefa em Hipotireoidismo da Sociedade Latino-Americana de Tireoide (LATS). Diretrizes Clínicas Práticas para Manejo do Hipotireoidismo.** Arq Bras Endocrinol Metab vol.57 no.4 São Paulo, junho 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/abem/a/RyCDtMtQqCKP5vG8hVSwpQC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 fev. 2021.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIULIANI, R.R.J. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade.** 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2019.

MAIA, A. L.; SCHEFFEL, R. S.; MEYER, S. **Consenso brasileiro para diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo.** Arq Bras Endocrinol Metab vol.57 nº3, São Paulo Apr.2013.

RIO DE JANEIRO. **Secretaria Municipal de Saúde. Diabetes Mellitus.** 1. ed. Coleção Guia de Referência Rápida. Rio de Janeiro: SMS, 2016. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176318/GuiaDiabetes_reunido.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-20.** Clannad: Editora Científica. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2021.



12. GASTROENTEROLOGIA

12.1 Cirrose Hepática

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Paciente diagnosticado com cirrose, independente da etiologia;
- Paciente com diagnóstico de cirrose por etiologia viral, deve ser encaminhado para avaliação no ambulatório do SOA.

Exames complementares:

- Hemograma, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, bilirrubina total e frações, TAP, KPTT, creatinina, uréia, eletrólitos, albumina, proteína total, sorologias para hepatite B e C, ultrassonografia abdominal.

Obs.: Pacientes com suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática, com sinais de descompensação (hemorragia digestiva alta, aumento do volume da ascite, encefalopatia), devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência do Município.

12.2 Constipação

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Constipação, sem melhora com tratamento instituído na APS, por 12 semanas.

Exames complementares:

- Hemograma, creatinina, ureia, eletrólitos, glicemia, TSH, T4, pesquisa de sangue oculto nas fezes.

Obs.: Colonoscopia deve ser realizada em pacientes com sinais de alarme:

- Constipação em pacientes idosos;
- História familiar de neoplasia colorretal;
- História familiar de doença inflamatória intestinal;
- Hematoquezia, enterorragia;
- Sangue oculto fecal positivo;
- Anemia ou deficiência de ferro inexplicada;



- Perda de peso acentuada não explicada.

12.3 Diarreia Crônica

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Forte suspeita e/ou confirmação de doença inflamatória intestinal;
- Diarreia crônica com diagnóstico inconclusivo na APS;
- Patologias diagnosticadas, porém sem possibilidade de tratamento na APS;
- Patologias diagnosticadas na APS, porém sem resposta ao tratamento instituído.

Exames complementares:

- Hemograma, TSH, T4, eletrólitos, exame de microscopia de ovos e parasitas, sangue oculto nas fezes, anti HIV (em pacientes com mais de 40 anos, anemia, sinais de alarme, diagnóstico inconclusivo ou ausência de resposta à terapia, solicitar colonoscopia).

12.4 Dispepsia

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

Pacientes que apresentem sinais de alarme quando a endoscopia digestiva alta não estiver disponível na APS:

- Idade maior que 50 anos com dispepsia de início recente;
- Perda de peso;
- Disfagia;
- Náusea e vômito persistentes;
- Inapetência;
- Massa palpável do abdômen;
- Icterícia;
- Anemia ferropriva de etiologia inexplicada;
- Sangramento gastrointestinal;
- Linfadenopatia;
- História de CA gástrico em familiar de primeiro grau;
- Sinais de malignidade em pacientes que necessitem de endoscopia digestiva alta, quando esta não estiver disponível na APS;



- Persistência dos sintomas após tratamento clínico otimizado, quando a endoscopia não estiver disponível na APS.

12.5 Doença Do Refluxo Gastroesofágico

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Esofagite grau C e D pela classificação de Los Angeles;
- Esôfago de Barret (transformação do epitélio escamoso do esôfago distal para o epitélio colunar especializado);
- Estenose péptica;
- DRGE (doença do refluxo gastroesofágico) documentada por endoscopia com resposta parcial ou ausente ao tratamento;
- Hérnia de hiato refratária ao tratamento;
- Dor retroesternal e/ou disfagia com endoscopia normal.

Exame complementar:

- Endoscopia digestiva alta.

12.6 Doença Ulcerosa Péptica E Duodenal

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Úlcera maior que 2 cm;
- Úlcera refratária (úlceras maiores que 5 mm após 12 semanas de terapia antissecretora);
- Úlcera recorrente (mais de 2 episódios/ano);
- Úlcera intratável (incapacidade de uma úlcera cicatrizar após 12 semanas de tratamento ou se o paciente apresentar recaída após suspensão da terapia);
- Uso contínuo de anti-inflamatório não esteroide;
- Falha em erradicar *H. Pylori* (lembrar que o tratamento tem duração de 14 dias);
- Características macroscópicas sugestivas de malignidade na primeira endoscopia;
- Primeira endoscopia feita devido a sangramento;
- Persistência de úlcera péptica após tratamento em controle endoscópico.



Exame complementar:

- Endoscopia digestiva alta.

Obs: Pacientes com complicações associadas à doença ulcerosa: sangramento, perfuração, obstrução, devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência do Município.

12.7 Dor Abdominal

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Dor abdominal crônica em caso de diagnóstico inconclusivo na APS;
- Pancreatite crônica.

Condições clínicas que justificam o encaminhamento para urgência e emergência do Município:

- Dor abdominal aguda com suspeita de:
- Colecistite aguda (dor abdominal epigástrica ou em HD, geralmente em cólica após ingestão rica em gordura, início súbito com aumento de intensidade, mantendo-se por mais de 6 horas;
- Colangite (dor em quadrante superior direito, febre, icterícia – tríade de Charcot);
- Pancreatite aguda (dor epigástrica com irradiação em faixa para dorso, náusea e vômito);
- Apendicite (dor periumbilical, migrando para fossa ilíaca direita, associada à anorexia e vômito);
- Diverticulite (hemorragia digestiva, dor em quadrante inferior esquerdo, alteração em hábito evacuatório);
- Outras doenças como: suspeita de perfuração intestinal, obstrução e isquemia mesentérica.

12.8 Esteatose Hepática

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Suspeita de NASH (esteato hepatite não alcoólica);
- DHGNA (doença hepática gordurosa não alcoólica), com risco elevado de esteato-hepatite e/ou fibrose avançada (idade > 45 anos, HAS, índice ASL/ALT >



- 1, hiperferritinemia, obesidade ou diabetes), sugerida pelos marcadores sorológicos;
- Elevação sustentada de enzimas hepáticas (TGO/TGP);
 - DHGNA, associada à síndrome metabólica, especialmente em pacientes com menos de 40 anos.

Exames complementares:

- TGO, TGP, fosfatase alcalina, TAP, albumina, bilirrubina, lipidograma, glicemia, TSH, ferritina, gama GT, sorologia para as hepatites, ultrassonografia de abdome total, comprovando a patologia.

12.9 Hepatites

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Pacientes diagnosticados com hepatite, independente da etiologia;
- Pacientes com hepatites de causas virais devem ser encaminhados para o ambulatório o SOA.

Exames complementares:

- Sorologia para hepatite B e C, anti HIV, VDRL, TGO, TGP, fosfatase alcalina, gama GT, TAP, bilirrubina, albumina, eletrólitos, glicemia, lipidograma, TSH, T4, parcial de urina.

12.10 Massas Hepáticas

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

Massas hepáticas malignas devem ser encaminhadas para a Oncologia:

- Doença metastática hepática;
- Cistoadenocarcinoma;
- Angiossarcoma;
- Hepatoblastoma;
- Carcinoma hepatocelular;
- Colangiocarcinoma;



Massas hepáticas benignas devem ser encaminhadas para avaliação do Hepatologista, cabe ao especialista avaliar e disponibilizar a contrarreferência para a conduta e acompanhamento.

Encaminhamentos prioritários devem ser dados nas seguintes situações:

- Hemangioma associado a sintomas, dúvida quanto ao diagnóstico, crescimento rápido ou com tamanho > 5 cm;
- Adenomas com tamanho > 1 cm, lesões múltiplas ou capsular;
- Doença policística hepática;
- Hiperplasia nodular focal, em caso de dúvida quanto ao diagnóstico ou associado a sintoma;
- Cistos biliares simples: cistos associados a sintomas ou em casos duvidosos;
- Cisto adenoma biliar.

Exame complementar:

- Exame de imagem com data, caso paciente tenha realizado.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

COELHO, L. M, MARINHO, J, R ; GENTA, R.; RIBEIRO, L. **IV Consenso Brasileiro sobre a infecção por Helicobacter pylori. CONSENSUS** • Arq. Gastroenterol. 55 (2) • Apr-Jun. 2018. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/ag/a/DQtggHCHth5R6xx75G8tVtC/abstract/?lang=pt>>.
Acesso em: 07 abr. 2021.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIULIANI, R.R.J. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA. **Refluxo Gastroesofágico: Diagnóstico e Tratamento**. Participantes: Chinzon D, Rossini ARA, Kiburd B.; Navarro-Rodrigues T, Barbuti R.C, Hashimoto CL, Eisig JN, Moraes-Filho J.P.P. 21 de outubro de 2003. Projeto Diretrizes. Disponível em:
<<https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/refluxo-gastroesofagico-diagnostico-e-tratamento.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2021.

FIGUEIREDO, M. (ORG.) A. **Tratado de oncologia**. 1.st ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2013.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. Tratado de medicina de família e comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2019.

HENRIQUES, M. S. de M.; ARAUJO, M. S. T., **Doença hepática gordurosa não alcoólica**. João Pessoa: Ideia, 2016.

HOFF, P. M. G. (Ed.). **Tratado de oncologia**. São Paulo: Atheneu, 2013.

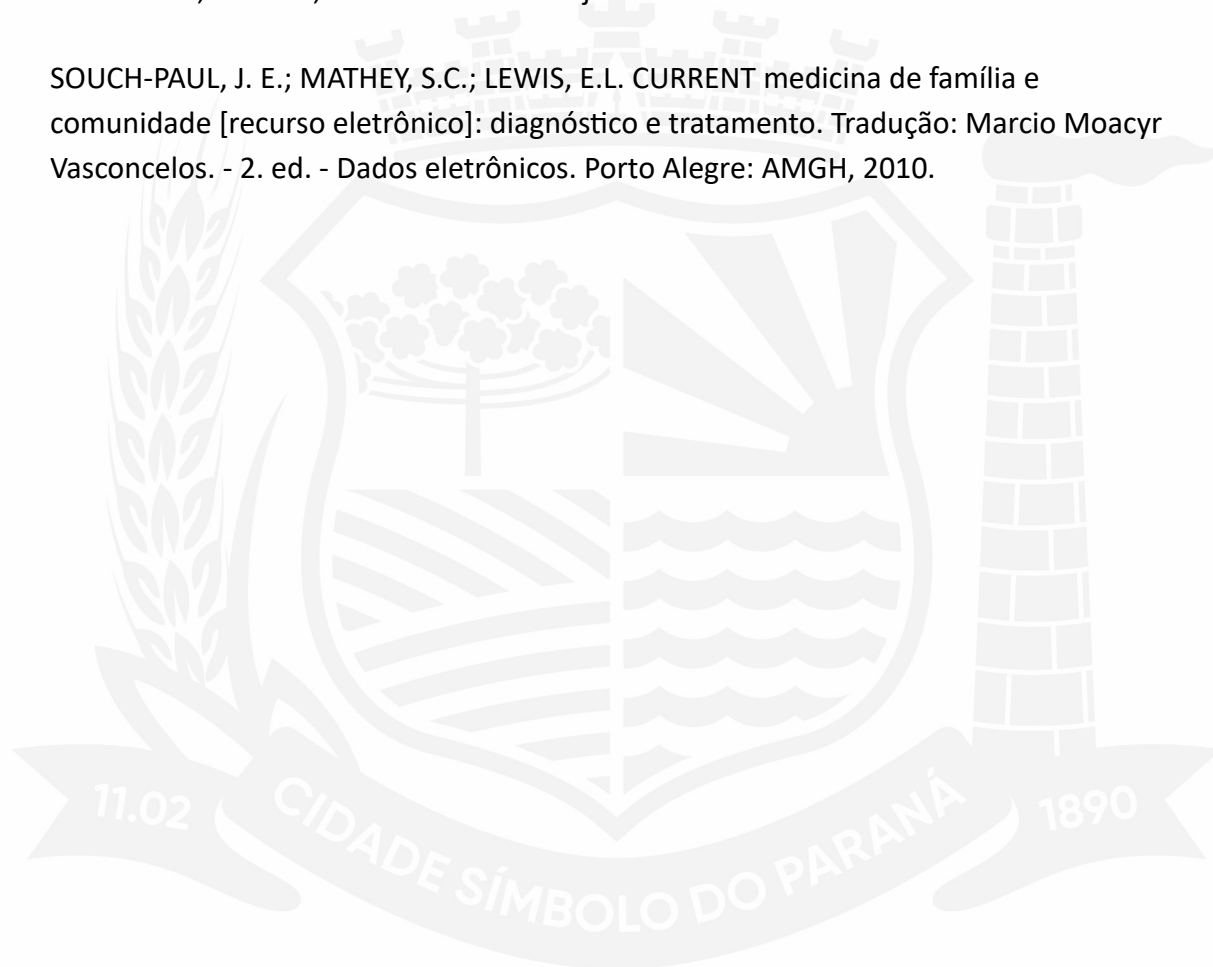
MORAES-FILHO, J. P. P.; NAVARRO-RODRIGUEZ T, **Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease: an evidence-based consensus**. Working Group: Department of Gastroenterology, University of São Paulo School of Medicine Brazilian Medical Association, São Paulo, SP, Brazil Consensus. Arq. Gastroenterol. 47 (1). Mar 2010. Disponível em
<<https://www.scielo.br/j/ag/a/R7vQGpkgJRgQ7YqcVV7n4vB/?lang=en>>. Acesso em: 26 fev. 2021.



ROSA, A. A. A.; SOARES, J. L. M. F. S.; BARROS, E. **Sintomas e sinais na prática médica [recurso eletrônico]: consulta rápida. Dados eletrônicos.** – Porto Alegre: Artmed, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Dispepsia Não-investigada: Diagnóstico e Tratamento na Atenção Primária à Saúde.** Participantes: Harzheim E, Stein AT, Castro Filho ED. Projeto Diretrizes. 30 de maio de 2009.

SOUCH-PAUL, J. E.; MATHEY, S.C.; LEWIS, E.L. CURRENT medicina de família e comunidade [recurso eletrônico]: diagnóstico e tratamento. Tradução: Marcio Moacyr Vasconcelos. - 2. ed. - Dados eletrônicos. Porto Alegre: AMGH, 2010.



13. GERIATRIA

13.1 Demência

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Pacientes com SCORE compatível com demência, baseado no Mini Mental, já descartadas causas reversíveis de demência.

Exames complementares:

- Hemograma, lipidograma, TGP, TGO, glicemia, sódio, potássio, cálcio, creatinina, ureia, TSH, T4, dosagem de vitamina B12, ácido fólico, VDRL, anti HIV.

Obs: Lembrar que a depressão faz parte das causas reversíveis de demência, portanto deve constar quais tratamentos foram instituídos na APS.

13.2 Idosos

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Idoso frágil, ou seja, o idoso com maior vulnerabilidade, mais suscetível a eventos deletérios como quedas, hospitalizações, descompensação de doenças de base e óbito.

Obs: O índice de vulnerabilidade clínico funcional (IVCF-20) é utilizado para classificação dos idosos para encaminhamento para a especialidade.



REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

MORAES, E. N. de; CARMO, J. A. do; MORAES, F. L. R. **Índice de Vulnerabilidade Clínica Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil**. Artigo Original • Rev. Saúde Pública 50 • 2016. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

SBM. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Academia Brasileira de Neurologia Demência do Idoso: Diagnóstico na Atenção Primária à Saúde**. Projeto Diretrizes. Elaboração Final: 8 de julho de 2009 Participantes: Ramos A.M.; Stein A.T.; Castro Filho E.D.; Chaves M.L.F.; Okamoto I.; Nitrini R. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/demencia-do-idoso-diagnostico-na-atencao-primaria-a-saude.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2021.



14. HEMATOLOGIA

14.1 Anemia

Anemias com diagnóstico inconclusivo, após investigação na APS, devem ser encaminhadas para avaliação do especialista.

14.1.1 Ferropriva

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Anemia ferropriva quando o diagnóstico é incerto ou quando se considera administração parenteral de ferro.

Obs.: Pacientes com perda sanguínea gastrointestinal ou quando houver suspeita de má absorção, devem ser encaminhados também para avaliação do Gastroenterologista; mulheres com hipermenorreia ou menorragia devem ser encaminhadas também para avaliação da Ginecologia.

Exames complementares:

- Hemograma, contagem de reticulócitos, cinética do ferro (ferro sérico, TIBC total, saturação transferrina e ferritina).

Obs: Pacientes com anemia severa e/ou de rápida instalação com instabilidade hemodinâmica, devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.

14.1.2 Anemia macrocítica (VCM > 100)

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Anemia macrocítica após exclusão de causas secundárias (ex.: doença de base que a justifique ou uso de medicamento);
- Anemia macrocítica com dosagem de vitamina B12 e ácido fólico normais.

Exames complementares:

- Hemograma, contagem de reticulócitos, marcadores de hemólise (bilirrubina, LDH, haptoglobulina), vitamina B12, ácido fólico, creatinina, ureia, eletrólitos,



TSH, T4, TGO, TGP, sorologias (especialmente HIV).

14.1.3 Anemia hemolítica

a) Falciforme

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Suspeita ou diagnóstico de anemia falciforme.

Exames complementares:

- Hemograma e contagem de reticulócitos.

Obs: Pacientes com anemia falciforme em crise vaso-oclusiva, infecção, disfunção orgânica, anemia grave e sintomática, devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.

b) Talassemia

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Suspeita ou diagnóstico de talassemia.

Exames complementares:

- Hemograma, contagem de reticulócitos, LDH.

c) Outras anemias hemolíticas

Condição clínica que justifica encaminhamento:

Suspeita ou diagnóstico de outros tipos de anemia hemolítica (ex.: esferocitose hereditária, deficiência de G6PD, anemia hemolítica autoimune, hemoglobinas anômalas/variantes), sugeridos no teste de triagem neonatal – teste do pezinho – ou não.

Exames complementares:

- Hemograma, dosagem de reticulócitos, marcadores de hemólise (LDH, haptoglobina, bilirrubina), parcial de urina.



14.2 Distúrbios Hemorrágicos

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Sangramento fácil aos pequenos traumas ou sangramento espontâneo;
- Sangramento muscular ou articular;
- Sangramento prolongado após procedimentos invasivos;
- Sangramento que necessite de transfusão após realização do procedimento;
- Alargamento de tempo de tromboplastina parcial (KPTT).

Exames complementares:

- Hemograma, TGP, TGO, TAP, KPTT, albumina, gama GT, creatinina, ureia, parcial de urina.

Obs: Pacientes com sangramento grave e/ou potencialmente fatal, devem ser encaminhados para avaliação nos serviços de urgência e emergência do Município.

14.3 Esplenomegalia

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Esplenomegalia associada a outras alterações hematológicas;
- Esplenomegalia, isolada não relacionada a quadro infeccioso agudo ou à hepatopatia crônica.

Exames complementares:

- Hemograma, VHS, creatinina, ureia, eletrólitos, TGO, TGP, LDH, PCR, sorologias para hepatite B e C, EPSTEIN-BARR, anti HIV, TAP, KPTT, parcial de urina, RX de tórax, outros exames de imagem caso o paciente tenha realizado.

14.4 Hemocromatose/Hiperferritinemia

Condição clínica que justifica encaminhamento:

Suspeitas de hemocromatose/hiperferritinemia devem ser acompanhadas por especialista, quando houver:



1. Saturação de transferrina > 45 % em homens; > 55 % em mulheres;
2. Ferritina sérica > 300 nanogramas/ml em homens, e em mulheres pós-menopausa, ou > 200 nanogramas/ml em mulheres na pré-menopausa.

Obs.: O manejo clínico do paciente deve respeitar as determinações da especialidade, incluindo procedimentos (ex.: sangria).

Exames complementares:

- Hemograma, cinética do ferro (ferro sérico, ferritina, saturação transferrina, TIBC), glicemia de jejum, hemoglobina glicada, TGO, TGP, sorologias para hepatite B e C, anti HIV, eletrocardiograma, RX das articulações acometidas se houver artropatia associada.

14.5 Leucocitose

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Leucocitose persistente, sem causa definida (ex.: evidências de uso de medicação, infecções, doenças inflamatórias);
- Leucocitose associada à neutrofilia extrema > 30.000/ μ l;
- Leucocitose associada a outras alterações hematológicas (ex.: presença de blastos, desvio à esquerda, metamielócitos).

Exames complementares:

- Hemograma, sorologia para hepatite B e C, anti HIV, FAN, fator reumatoide.

14.6 Leucopenia

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Leucopenia persistente (3500-2000/ μ l leucócitos), confirmada em dois hemogramas, com intervalos de 30 dias, sem causa definida, evidências de infecção, uso de medicamentos, doenças nutricionais, endocrinopatias, hiperesplenismo, doença renal;
- Leucopenia associada a outras alterações hematológicas.



Obs: Leucopenia < 2000µl deve ser encaminhada com prioridade.

Exames complementares:

- Hemograma, sorologia para hepatite B e C, anti HIV, FAN, fator reumatoide, vitamina B12, TSH, creatinina, uréia, TGO, TGP.

Obs.: 1) Pacientes com febre ($T > 37,8^{\circ}\text{C}$) associada à neutropenia (contagem de neutrófilos menor que 1500 mm); 2) Pacientes, com hemograma com presença de blastos e promielócitos no sangue periférico, devem ser reportados para autoridade sanitária da APS, para encaminhamento diretamente para Hematologia do Município, via coordenação do CEMO.

14.7 Linfonodomegalia

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Linfonodomegalia generalizada;
- Linfonodo maior que 2 cm persistente, sem causa definida (ex.: HIV, EPSTEIN-BARR, toxoplasmose, HTLV);
- Linfonodo supraclavicular;
- Linfonodo endurecido e aderido a planos profundos;
- Linfonodo localizado, associado a sintomas constitucionais (febre, perda de peso, sudorese noturna).

Exames complementares:

- Hemograma, VHS, PCR, sorologias para hepatite B e C, EPSTEIN-BARR, anti HIV, creatinina, uréia, TGO, TGP, LDH

14.8 Pancitopenias

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Pacientes com pancitopenias, devem ser encaminhados para o Hematologista.

Obs.: O médico da APS deve estar atento a causas secundárias de pancitopenia.

Exames complementares:



- Hemograma, contagem de reticulócitos, TSH, T4, eletrólitos, creatinina, uréia, dosagem de vitamina B12, ácido fólico, TGP, TGO, sorologias para hepatite B e C, anti HIV.

Obs.: Pacientes nas seguintes condições deverão ser reportados para autoridade sanitária da APS para encaminhamento diretamente para Hematologia do Município, via coordenação do CEMO: 1) Pancitopenia e manifestações suspeitas de leucemia aguda como: fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimoses, petéquias, sangramentos infecções recorrentes; 2) Pancitopenias em pessoas com linfadenomegalia/esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; 3) Bicitopenia ou pancitopenia com alterações hematológicas graves (Hb < 7, neutrófilos < 500, plaquetas < 50.000/ μ l).

14.9 Policitemia

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Pacientes com policitemia (homens Hb > ou igual a 16,5 g/dl, ou Ht > ou igual a 49%; mulheres com hemoglobina > ou igual a 16 g/dl, ou hematócrito > ou igual a 48 %), após exclusão de doenças que ocasionam hipóxia crônica, devem ser encaminhados para especialista, cabendo a este a definição de conduta.

Exames complementares:

- Hemograma, creatinina, uréia, eletrólitos, gasometria arterial, TGO, TGP, RX de tórax.

Obs: Síndrome de hiperviscosidade com hipoperfusão tecidual ou trombose devem ser encaminhadas para avaliação nos serviços de urgência e emergência do Município.

14.10 Trombocitopenia

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Trombocitopenia leve (100.000 a 150.000/ μ l) sintomática e/ou associada a outros achados no hemograma;



- Trombocitopenia moderada (50.000 a 99.000/ μ l) e graves (< 50.000/ μ l) independente da sintomatologia.

Exames complementares:

- Hemograma, vitamina B12, ácido fólico, PCR, FAN, anti HCV, anti HIV, TGO, TGP, gama GT, TSH, T4.

Obs.: As emergências médicas abaixo:

- plaquetas < 10. 000/ μ l;
- plaquetas < 30.000/ μ l com sintomas hemorrágicos;
- plaquetas < 50. 000/ μ l associadas a outras alterações no hemograma

Devem ser imediatamente reportadas para autoridade sanitária da unidade para encaminhamento diretamente para a Hematologia do Município, via coordenação do CEMO (Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas).

14.11 Trombocitose

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Trombocitose associada a sintomas vasomotores, hemorrágicos ou tromboembólicos após alta do serviço de urgência e emergência;
- Plaquetometria > 500. 000/ μ l persistente, identificada em dois hemogramas, excluindo causas secundárias (ex.: trauma, cirurgia recente, esplenectomia prévia, história farmacológica, tabagismo, consumo de álcool, infecção ou inflamação);
- Trombocitose associada a outros achados no hemograma.

Obs.: Trombocitose associada a:

- Sintomas vasomotores (ex.: cefaleia, síncope, dor torácica, parestesia de extremidades, tonturas, alterações visuais);
- Eventos tromboembólicos (ex.: AVC, IAM, TVP,TEP);
- Eventos hemorrágicos (ex.: sangramento gastrointestinal ou ureteral, epistaxe, hemartrose);
- Trombocitose severa (> ou igual a 1. 000. 000/ μ l);



Deve ser imediatamente encaminhada aos serviços de urgência e emergência do Município.

Exames complementares:

- Hemograma, PCR, VHS, cinética do ferro (ferro sérico, ferritina, saturação da transferrina e capacidade total de ligação do ferro), FAN, fator reumatoide.

14.12 Trombofilias

O encaminhamento será indicado quando houver necessidade de complementação de investigação diagnóstica.

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Trombose em pacientes com menos de 50 anos, sem fator de risco identificável;
- Trombose venosa recorrente;
- Trombose de sítios atípicos (veia porta, veia hepática, veia mesentérica, veias cerebrais);
- História de necrose cutânea, induzida por varfarina.

Exames complementares:

- Hemograma, VHS, creatinina, uréia, TGO, TGP, TAP, KPTT, doppler venoso de membros inferiores ou angiografia de tórax documentando TVP ou embolia pulmonar respectivamente.



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA. **Trombocitose essencial: o que é essencial saber.** Bittencourt RI et al. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2010;32(2):162-170.

BEUTLER, E., WAALLEN, J. **The Definition of Anemia: what is the lower limit of de blood hemoglobin concentration?** *Blood* (2006) 107 (5): 1747–1750. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16189263/>>. Acesso em: 24 fev. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: v. 2 /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.247, de 10 de novembro de 2014. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.** Anemia por deficiência de ferro. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1247_10_11_2014.html>. Acesso em: 30 mar 2021.

CONITEC, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no Sus. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Púrpura Trombocitopênica Idiopática.** Março de 2019. **DARRYL J.; PEOWLL, M.D.; Maureen Okam Achebe M. D, M.PH^c** Anemia for the Primary Care Physician. Primary Care: Clinics in Office Practice Volume 43, Issue 4, December 2016, Pages 527-542. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009545431630046X?via%3Dihub>>. Acesso em: 19 mar 2021.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Ed.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LORENZI, T. F. **Manual de Hematologia: propedêutica e clínica.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

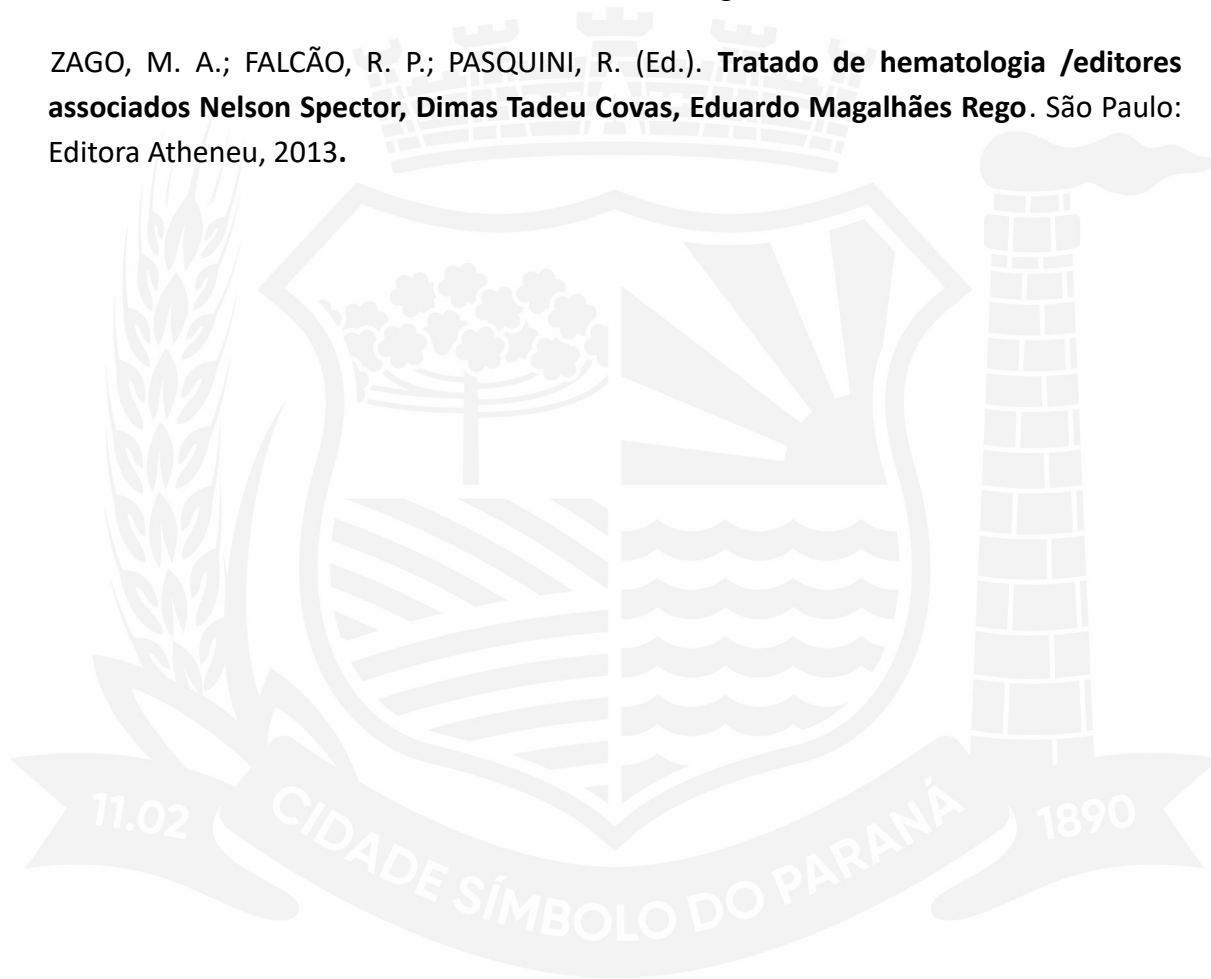
NEUNERT, C.; LIM, W.; CROWTHER, M.; COHEN, A. **The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia.** REVIEW ARTICLE| April 21, 2011. Blood online Latin America. Disponível em: <<https://ashpublications.org/blood/article/117/16/4190/20799/The-American-Society-of-Hematology-2011-evidence>>. Acesso em: 07 jun. 2021.



SANTA CATARINA. **Biblioteca virtual em Saúde. Atenção Primária em Saúde. Qual abordagem diagnóstica inicial em pacientes com plaquetopenia?**__Núcleo de Telessaúde Santa Catarina | 15 ago 2018 | ID: sof-39864.

SOUCH-Paul, JEANNETTE E. **Medicina de Família. Medicina de Família e Comunidade Current. [recurso eletrônico]: diagnóstico e tratamento.** Tradução: Mareio Moacyr Vasconcelos. - 2. ed. - Dados eletrônicos. - Porto Alegre: AMGH, 2010.

ZAGO, M. A.; FALCÃO, R. P.; PASQUINI, R. (Ed.). **Tratado de hematologia /editores associados Nelson Spector, Dimas Tadeu Covas, Eduardo Magalhães Rego.** São Paulo: Editora Atheneu, 2013.



15. INFECTOLOGIA

Doenças sexualmente transmissíveis são de responsabilidade da atenção primária. Por isso devem ser realizados o acolhimento e o diagnóstico precoce, garantindo, assim, a assistência às pessoas com essas patologias.

15.1 Condiloma Acuminado

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Pacientes do sexo masculino devem ser encaminhados para avaliação da Infectologia;
- Pacientes do sexo feminino devem ser encaminhadas para avaliação ginecológica no SOA.

Exames complementares:

- Sorologias ou teste rápido para as demais infecções sexualmente transmissíveis.

15.2 HIV

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Pacientes com diagnóstico de HIV, devem ser encaminhados para o SOA.

Obs.: O médico da atenção primária deve estar atento a casos em que haja infecção oportunista grave, disfunção renal, hepática, alterações metabólicas, cujos pacientes devem ser encaminhados diretamente aos serviços de atendimento de urgência e emergência do Município.

Exames complementares:

- Hemograma, creatinina, uréia, eletrólitos, TGO, TGP, sorologias para hepatite B e C, anti HIV, EBV, CMV, toxoplasmose, VDRL.



15.3 Sífilis

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Sífilis e manifestações neurológicas, otológicas, oculares, após passar pelo serviço de urgência e emergência;
- Pacientes assintomáticos, portadores de HIV, com diagnóstico de sífilis latente ou indeterminada;

Em caso de falha no tratamento:

- Ausência de declínio de celularidade em seis meses;
- Ausência de queda de mais de 4 vezes na titulação do VDRL;
- Ausência de negatificação (se titulação inicial de 1:2) em 1 ano;
- Qualquer aumento de celularidade ou aumento de quatro vezes na titulação do VDRL durante o acompanhamento.

Exames complementares:

- Teste não treponêmico, teste treponêmico, anti HIV, sorologia para hepatite B e C.

Obs: Pacientes com quadros graves, especialmente na sífilis terciária (com neurosífilis ou sífilis cardíaca), devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.

15.4 Toxoplasmose

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Pacientes com toxoplasmose aguda, com sinais de inflamação intraocular, uveíte posterior e retinocoroidite, devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica, nos serviços de urgência e emergência do Município e posteriormente devem ser acompanhados no ambulatório de Oftalmologia;
- Pacientes com toxoplasmose gestacional suspeita, provável ou confirmada, devem ser encaminhadas para o serviço de Obstetrícia de alto risco do Município;
- Pacientes com infecção aguda que progride para pneumonite, miocardite, linfadenite, neurotoxoplasmose, devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência do Município e, posteriormente, devem ser acompanhados pelo Infectologista;



- Pacientes imunocomprometidos com toxoplasmose aguda, devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência do Município e, posteriormente, devem ser encaminhados para a Infectologia.

Exames complementares:

- Sorologias (IGM, IGG, anti HIV);
- Caso o paciente tenha exames realizados nos serviços de urgência e emergência, estes devem ser anexados.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

DOMINGUES; C. S. B.; DUARTE, G.; PASSOS, M. R. L.; **Protocolo brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: sífilis adquirida**. Epidemiol. Serv. Saúde, vol 30 no.spe1 Brasília 2021 Epub mar 15, 2021. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742021000500005>. Acesso em: 30 jun. 2021.

VERONESI-FOCACCIA. **Tratado de infectologia**. Editor científico Roberto Focaccia. 5. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.



16. NEUROLOGIA

16.1 Acidente Vascular Cerebral

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- AVC hemorrágico sem etiologia definida;
- AVC isquêmico ou AIT (acidente isquêmico transitório) em pacientes com menos de 45 anos;
- AVC isquêmico com investigação diagnóstica inconclusiva, ou não realizada na emergência (entende-se por investigação inconclusiva a não realização de eletrocardiograma, ecocardiograma e doppler de carótidas e vertebrais).

Exame complementar:

- Exame de imagem, caso o paciente tenha realizado.

Obs: Pacientes com sintomas de AVC ou AIT agudos, devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.

16.2 Cefaleia

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Cefaleias primárias, refratárias à analgesia otimizada, que não melhoram, apesar do tratamento medicamentoso proposto;
- Cefaleia associada à alteração no exame neurológico, ou alterações comportamentais e/ou flutuação do nível de consciência, após avaliação nos serviços de urgência e emergência do Município;
- Cefaleia associada à alteração em exame de imagem, após avaliação nos serviços de urgência e emergência do Município.

Condições clínicas que justificam encaminhamento para realização de exame de imagem:

- Cefaleia que piorou seu padrão recentemente (em frequência, duração e/ou intensidade), sem indicação de avaliação emergencial;



- Cefaleia desencadeada por exercícios extenuantes, atividade sexual, tosse ou manobra de valsalva;
- Cefaleia que inicia em pacientes com mais de 50 anos;
- Cefaleia com evolução insidiosa, progressiva, com ápice em poucos dias, semanas ou meses, sem sinais de alarde;
- Cefaleia que acorda o paciente durante o sono.

Obs.: Pacientes com cefaleia associada a sinais de alerta, devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município. São sinais de alerta:

- Primeira ou pior cefaleia da vida;
- Cefaleia com evolução insidiosa, progressiva, com ápice em poucos dias;
- Cefaleia iniciada após traumatismo crânio encefálico;
- Cefaleia, com início recente, em pacientes com HIV ou neoplasia;
- Cefaleia associada à alteração no exame neurológico, ou com alterações comportamentais e/ou flutuação do nível de consciência;
- Suspeita de glaucoma (cefaleia frontal associada à visão borrada, náusea, vômito, visão em halos);
- Cefaleia associada a papiledema;
- Cefaleia associada a sinais de doença sistêmica;
- Cefaleia associada a sinais e sintomas de arterite temporal.

Exame complementar:

- Tomografia de crânio.

16.3 Distúrbios Do Movimento

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Suspeita ou diagnóstico de distonia (distúrbio de movimento, caracterizado por contrações musculares involuntárias, causando movimentos ou posturas anormais);

Exames complementares:

- Hemograma, creatinina, uréia, TGO, TGP, sódio, potássio, cálcio, magnésio, FAN, VDRL.



Suspeita ou diagnóstico de coreia (movimento involuntário não rítmico, espasmódico, rápido e não suprimível, principalmente dos músculos distais e da face);

Exames complementares:

- TSH, T4, glicemia, FAN, anti HIV, vitamina B12, sódio, potássio, cálcio, beta-HCG em mulheres em idade fértil.

Obs: Pacientes com coreia aguda, devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.

Suspeita ou diagnóstico de ataxia (falta de coordenação dos movimentos musculares voluntários e do equilíbrio).

Exames complementares:

- TSH, T4, vitamina B12, VDRL, anti HIV, creatinina, uréia, TGO, TGP, glicemia, sódio, potássio.

Obs: Pacientes, com ataxia aguda ou subaguda, devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.

16.4 Doenças Neuromusculares

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Doenças do neurônio motor: esclerose lateral amiotrófica, esclerose lateral primária, atrofia muscular progressiva, paralisia bulbar progressiva, síndrome de pós-poliomielite;
- Doenças dos nervos periféricos: síndrome de Guillain-Barré, síndrome de Miller-Fisher, polineuropatia inflamatória crônica desmielinizante, doença de Charcot-Marie-Tooth, neuropatias por vasculites, devem ser encaminhadas ao especialista; neuropatias diabética e nutricional devem ser inicialmente tratadas na APS e, em casos refratários ao tratamento, devem ser encaminhadas ao especialista;
- Doença de junção neuromuscular: miastenia grave, síndrome miastênica de Lambert-Eaton.



Obs.: Suspeita de polineuropatia aguda (ex.: síndrome de Guillain-Barré) e crise colinérgica por miastenia grave devem ser encaminhadas para os serviços de urgência e emergência do Município.

Exames complementares:

- Hemograma, glicemia de jejum, vitamina B12, TSH, creatinina, ureia, sódio, potássio, cálcio, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, anti HIV, sorologia para hepatite B e C, VDRL.

16.5 Epilepsia

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Epilepsia refratária a tratamento medicamentoso (persistência de crises epiléticas, apesar do uso de dois fármacos anticonvulsivantes de primeira linha, em doses adequadas e descartada má adesão – lembrar que os tratamentos já instituídos com as respectivas doses são informações fundamentais ao especialista);
- História de alteração de nível de consciência sugestiva de crise convulsiva.

Obs: Pacientes com:

- Crise convulsiva associada à história recente de trauma;
- Alterações nos dados vitais;
- Crise que tenha duração maior que 5 min, caso paciente persista inconsciente ou com confusão prolongada;
- Paciente com crise convulsiva, sem história prévia de epilepsia;

Devem ser encaminhados para avaliação nos serviços de urgência e emergência do Município.

Exames complementares:

- Exame de imagem, caso o paciente já tenha realizado, hemograma, sódio, potássio, glicemia, cálcio, magnésio, creatinina, uréia, TGO, TGP, anti HIV, VDRL.



16.6 Síndromes Parkinsonianas

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Pacientes com quadro clínico compatível com diagnóstico de doença de Parkinson, sem uso de medicamentos potencialmente indutores: neurolépticos, antipsicóticos típicos, anti miméticos, antagonistas do cálcio, anti-hipertensivos, antipsicóticos atípicos, amiodarona, lítio entre outros;
- Em caso de tremor essencial sem resposta ao tratamento clínico otimizado.

16.7 Vertigem

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Associada a déficit focal não agudo;

Suspeita de vertigem de origem central, após avaliação nos serviços de urgência e emergência do Município:

- Nistagmos verticais ou multidirecionais não inibidos pela fixação ocular;
- *Head-impulse*: (avaliação do reflexo vestibulo-ocular) negativo;
- *Test of skew*: presença de desvio.

Exames complementares:

- TSH, T4, glicemia de jejum, hemoglobina glicada.

Obs: Pacientes, com vertigem intensa, vômitos incoercíveis, suspeita de AVC, associada a outro déficit focal agudo, devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

CHAVES, M. L. F. C.; FINKELSZTEJN, A.; STEFANI, Marco A. (Orgs.) **Rotinas em neurologia e neurocirurgia [recurso eletrônico]** /. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COSTA, L. L. O.; BRANDÃO, E.C.; MARINHO. **Atualização em epilepsia: revisão de literatura / Update on epilepsy: literature review**. Rev Med (São Paulo). 2020 mar.-abr.;99 (2):170-81.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M.I.; GIULIANI, R. R. J. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

GUSSO, G., LOPES, J. M. C.(Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

NIH – National Library of Medicine. National Center for Biotechnology. Information. Cephalgia. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS), **The international classification of headache disorders**, 3rd edition.Cephalgia.2018; 38 (1): 1-211.

ROSA, A. A. A. SOARES, J. L. M. F.; BARROS, E. **Sintomas e sinais na prática médica - consulta rápida**. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SPECIALI, J. G.; KOWACS, F.; JURNO, M. E., **Protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil – 2018**. Academia Brasileira de Neurologia – Departamento Científico de Cefaleia Sociedade Brasileira de Cefaleia. Disponível em: <<https://sbcefaleia.com.br/images/file%205.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2021.



POWERS, W. J.; RABINSTEIN, A. A.; ACKERSON, T.; **Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association.** Stroke. Vol. 49, No. 3 2018. Disponível em: <<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.000000000000158>>. Acesso em: 16 jun.2021.



17. NUTROLOGISTA

Serão atendidos pacientes acima de 12 anos.

17.1 Cirurgia Bariátrica

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Seguimento pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Exames complementares

- Hemograma, TGO, TGP, glicemia, eletrólitos, ferro/ferritina, vitamina B12, folato, cálcio, PTH, vitamina D, albumina, vitamina A.

17.2 Desnutrição

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Pacientes com IMC < 18,5kg/m²;

Exames complementares:

- Albumina, transferrina, vitamina B12, ácido fólico, potássio, magnésio, cálcio, vitamina D, pré albumina, lipidograma.

17.3 Obesidade

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- IMC > 30 kg/m² caso haja falha terapêutica, após 4 meses de tratamento com clínico e nutricionista da rede;
- IMC grau II (IMC 35-39,9 kg/m²) associada a comorbidades (HAS de difícil controle, diabetes, apneia do sono, dislipidemia, doenças articulares degenerativas);
- IMC grau III (IMC ≥ 40 kg/m²);
- Suspeita de obesidade secundária já com investigação de causas mais frequentes.



Exames complementares:

- Glicemia de jejum, hemograma, hemoglobina glicada, lipidograma, TSH, TGO, ácido úrico.

Obs.: Encaminhamento para Cirurgia Bariátrica deve seguir o fluxo da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, conforme Resolução nº 475/2024 que revoga a 225/2020 SESA.



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/abeso** - Associação brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. - 4.ed. - São Paulo, SP.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de Saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antrpometricos.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 424, de 19 de março de 2013. **Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2013. Seção 1, p. 23-24. 2013b.

GUSSO G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina da Família e Comunidade** – 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2019.



18. OFTALMOLOGIA

Atendimentos serão realizados em pacientes acima de 4 anos.

18.1 Alterações De Pálpebras

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Hordéolo e calázio, se a lesão persistir após tratamento clínico por 3 a 4 semanas, para avaliação e possibilidade de injeção de esteróide e cirurgia;
- Suspeita de tumor benigno ou maligno;
- Ectrópio, entrópio, triquíase, distíquia, dermatocalase associada à obstrução do eixo visual, lagofalmo.

18.2 Alterações De Vias Lacrimais

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Lacrimejamento ocular excessivo;
- Dacriocistite crônica.

18.3 Catarata

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Suspeita de catarata (borramento ou perda progressiva e indolor da visão);
- Pacientes, que não realizaram remoção cirúrgica, devem passar pela Oftalmologia anualmente, com maior frequência se os sintomas se agravarem;
- Pacientes, que realizaram cirurgia, porém vêm apresentando alteração na acuidade visual.

18.4 Conjuntivite

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Conjuntivites que não melhoram em 3 semanas;



- Presença de fotofobia, incapacidade de abrir os olhos, diminuição da acuidade visual, dor ocular;
- Cefaleia de forte intensidade, associada à náusea;
- Suspeita de outros diagnósticos oftalmológicos;
- Usuários de lentes de contato com hiperemia ocular, dor ou embaçamento visual.

18.5 Doenças De Córnea

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Ceratocone, distrofias, ceratites, degeneração, síndrome do olho seco, ceratoglobos, ceratopatia bolhosa, leucoma;

Pterígio:

- Progressão em direção ao eixo visual;
- Inflamação crônica;
- Lesão que interfere no uso de lentes de contato;
- Assintomático, deve ser avaliado anualmente

18.6 Doenças Sistêmicas

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diabetes mellitus tipo 1, após 5 anos do diagnóstico (posteriormente à avaliação, o encaminhamento será anual; pacientes assintomáticos não devem ser encaminhados com prioridade);
- Diabetes mellitus tipo 2, no momento do diagnóstico (posteriormente à avaliação, o encaminhamento será anual; pacientes assintomáticos não devem ser encaminhados com prioridade);
- Toxoplasmose ocular aguda ou reativa após avaliação nos serviços de urgência e emergência do Município;
- Doença de Sjogren no momento do diagnóstico.

18.7 Glaucoma

Condição clínica que justifica encaminhamento:



- Glaucoma diagnosticado ou suspeita clínica devem estar em acompanhamento com especialista.

Obs: Suspeita de glaucoma agudo deve ser encaminhada para avaliação nos serviços de urgências e emergência do Município.

18.8 Medicações Sistêmicas

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Uso crônico (mais de 6 anos) de cloroquina/hidroxicloroquina, a avaliação será anual;
- Vigabatrina, avaliação antes de iniciar tratamento, a cada 6 meses por 3 anos; posteriormente anualmente;
- Etambutol, avaliação a cada quatro semanas se dose > 15 mg/kg; a cada 3 a 6 meses para doses menores;
- Lamotrigina, com sintomas oftalmológicos (Síndrome Steven Johnson).

18.9 Órbita

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Ptose.

Obs: Pacientes, com ptose associada a sinais de alarme: dor ou rubor ocular, cefaleia, perda visual, diplopia, febre, proptose pulsante, devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência do Município.

As seguintes condições clínicas devem ser encaminhadas para os serviços de urgência e emergência do Município:

- Queimadura química, suspeita de corpo estranho (ex.: fio cirúrgico solto pós operatório, cirurgia de catarata, transplante de córnea, suspeita de herpes zoster com comprometimento ocular);
- Perfuração ocular e/ou trauma penetrante;
- Celulite pré septal (dor, vermelhidão, edema de pálpebra, pode ocorrer febre), pós septal (vermelhidão, dor, visão borrada, visão dupla, edema palpebral);



- Glaucoma agudo (dor intensa, redução da acuidade visual, pode vir associado a náuseas e vômito);
- Endoftalmite (dor aguda associada à baixa acuidade visual, hiperemia ocular e secreção purulenta);
- Neurite óptica (perda visual de graus variáveis, embaçamento visual recente com aguda progressão, dor ou desconforto ao redor dos olhos que piora com a movimentação ocular);
- Olho vermelho com sinais de alarde (unilateral com náusea e vômito, hipópio ou hifema, dor ocular intensa, baixa acuidade visual);
- Descolamento de retina;
- Oclusão da artéria central da retina (perda de acuidade visual unilateral e indolor que ocorre ao longo de horas, dias ou semanas);
- Dacriocistite associada a sinais de gravidade (febre, prostração, suspeita de sinusite etmoidal ou celulite orbitária).

18.10 Rastreamento

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Queixa de alteração crônica da acuidade visual;
- Necessidade de revisão de lentes corretivas;
- Uso de lentes de contato.

Obs: Perdas agudas de visão devem ser encaminhadas aos serviços de urgência e emergência do Município.

18.11 Retinopatia

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Diagnóstico estabelecido de retinopatia deve estar em acompanhamento com especialista.



REFERÊNCIAS

DUNCAN; B. B.; SCHMIDT; M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GERSTENBLITH, A. T.; RABINOWITZ, M. P. Rabinowitz (Orgs.). **Manual de doenças oculares do Wills Eye Hospital: [recurso eletrônico] diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência**; Tradução: André Islabão; Revisão técnica: Eduardo Marques Mason, Rafael Zaniol Migon, Betina Wächter. – 6. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2015.

MOREIRA, C.A. **Semiologia básica em oftalmologia**. 3.ed. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Série Oftalmologia Brasileira) Milton Ruiz Alves (Coord.) - 3. ed. – Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013.

SOUZA, N.V. de & RODRIGUES, M. de. L.V. **Manifestações oculares de doenças sistêmicas**. Medicina, Ribeirão Preto, 30: 79-83, jan./mar. 1997.



19. ORTOPEDIA

Suspeitas de fratura devem ser encaminhadas diretamente para os serviços de urgência e emergência do Município.

19.1 Lombalgia/Cervicobraquialgia

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Sinais e sintomas de radiculopatia sem controle com tratamento clínico, candidatos à cirurgia;
- Dor subaguda ou crônica refratária a tratamentos não invasivos realizados por um período de 3 meses.

Exame complementar:

- RX simples de coluna AP, perfil e oblíqua.

As seguintes condições clínicas devem ser encaminhadas para os serviços de urgência e emergência do Município:

- Déficit neurológico rapidamente progressivo (fraqueza muscular grave ou progressiva, perda de sensibilidade);
- Suspeita de síndrome da compressão medular (dor associada à alteração de sensibilidade, déficits motores, reflexos alterados);
- Síndrome da cauda equina (paresia de membros inferiores, anestesia perineal, retenção urinária, incontinência fecal);
- Exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia;
- Suspeita de infecção (febre, história de infecção recente, imunossupressão, uso de drogas endovenosas);
- Suspeita de fratura ou luxação associada a trauma recente.

Obs: Lombalgias subaguda ou crônica, que apresentem sinais sugestivos de espondiloartrites com acometimento axial, devem ser encaminhadas para o Reumatologista.

19.2 Patologias Do Ombro e Mão

Condições clínicas que justificam encaminhamento:



Lesão do manguito rotador:

- Sintomas agudos associados à fraqueza do membro;
- Tratamentos anteriores ineficazes;
- Dor crônica resistente ao tratamento conservador por 8 a 12 semanas;
- Rompimento parcial ou completo do manguito rotador.

Síndrome do túnel do carpo:

- Falha no tratamento conservador na APS, após 6 meses;
- Atrofia tenar e paresia dos movimentos relacionados ao nervo mediano (paresia do movimento de pinça e abdução do polegar do plano frontal).

Obs: Quando ocorrer síndrome do túnel do carpo bilateral é de fundamental importância a investigação de doença sistêmica que pode causar essa complicação (cervicartrose, amiloidose, hipotireoidismo e diabetes mellitus).

Síndrome do canal de Guyon:

- Deve ser encaminhada para avaliação do especialista.

Cisto sinovial:

- Lesão sintomática (dor persistente).

Obs: Nos casos clinicamente silenciosos, o médico da APS deve orientar o paciente de que se trata de uma lesão benigna, cujo tratamento não assegura solução definitiva.

Dedo em gatilho:

- Deve ser encaminhado para avaliação do especialista.

Tenossinovite de Quervain:

- Dor refratária ao tratamento conservador;
- Incapacidade funcional

Exames complementares

- Lesão do manguito rotador: RX do ombro em AP, perfil de escápula, axilar, ultrassom do membro;



- Síndrome do túnel do carpo bilateral: hemograma, VHS, PCR, creatinina, TGO, TGP, TSH, glicemia de jejum;
- Síndrome do canal de Guyon: RX AP, perfil e oblíqua de punho;
- Cisto sinovial: RX do local onde se encontra o cisto;
- Dedo em gatilho: ecografia de mão, hemoglobina glicada em caso de diabetes;
- Tenossinovite de Quervain: RX de mão (especificar na solicitação do exame, enfatizando a possibilidade de Rizartrose).

19.3 Patologias Do Joelho

Condição clínica que justifica encaminhamento:

Suspeita de lesão de menisco ou ligamento devem ser encaminhados para avaliação do especialista, com prioridade, em caso de:

- Bloqueio articular;
- Lesão meniscal associada à osteoartrose;
- Desalinhamento e instabilidade.

Exames complementares:

- RX de joelho AP, perfil e axial da patela.

19.4 Patologias Do Tornozelo E Pé

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

Hálux valgo:

- Dor refratária ao tratamento conservador;
- Tratamento estético em pacientes jovens com deformidade progressiva e importante.

Fascite plantar:

- Dor refratária após 6 meses de tratamento conservador.

Síndrome do túnel do tarso:

- Dor refratária ao tratamento clínico;
- Perda motora progressiva.



Exames complementares:

- Hálux valgo: RX AP e perfil com carga, oblíqua, lateral e axial dos sesamóides;
- Fascite plantar; ecografia do pé;
- Síndrome do túnel do tarso: RX de tornozelo AP e perfil para diagnóstico diferencial.

19.5 Osteoartrite

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Ausência de melhora, mesmo com o tratamento clínico otimizado por 6 meses;
- Incapacidade funcional;
- Incerteza diagnóstica;
- Piora aguda dos sintomas;
- Sinais de infecção na articulação.

Exame complementar:

- RX da articulação acometida.

19.6 Osteonecrose

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Osteonecrose, independente da etiologia, deve ser encaminhada para avaliação do especialista.

Exames complementares:

- RX panorâmico de bacia, AP e perfil do quadril.



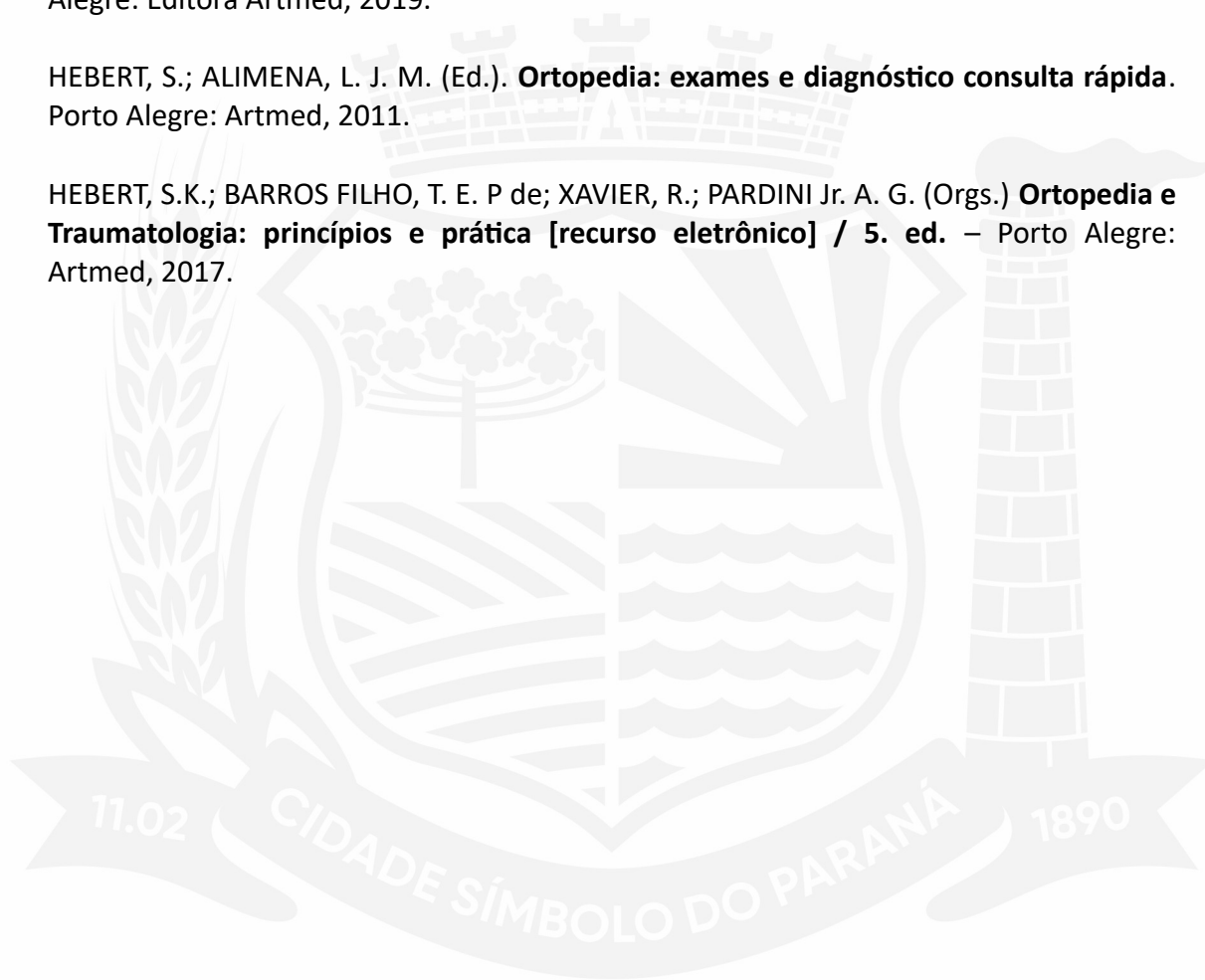
REFERÊNCIAS

DUCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO G, LOPES, J.M.C. **Tratado de medicina de família e comunidade**. 2 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2019.

HEBERT, S.; ALIMENA, L. J. M. (Ed.). **Ortopedia: exames e diagnóstico consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

HEBERT, S.K.; BARROS FILHO, T. E. P de; XAVIER, R.; PARDINI Jr. A. G. (Orgs.) **Ortopedia e Traumatologia: princípios e prática [recurso eletrônico] / 5. ed.** – Porto Alegre: Artmed, 2017.



20. OTORRINOLARINGOLOGIA

Quando solicitar audiometria, realizar otoscopia; caso haja presença de cerume, realizar lavagem antes do exame.

Disfunções de articulação temporomandibular e sequelas de trauma devem ser encaminhadas para avaliação no serviço de bucomaxilo do Município.

20.1 Apneia Obstrutiva Do Sono

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Moderada (índice apneia-hipopneia entre 15 a 30 episódios por hora sono);
- Grave (índice apneia-hipopneia de mais de 30 episódios por hora de sono).

Obs.: Caso o paciente seja obeso, especialmente grau II e III, encaminhar primeiramente para Nutrologia, para corrigir a doença de base. Posteriormente, passará novamente pelo clínico para avaliar a necessidade do encaminhamento para a especialidade.

20.2 Disfonia

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Mudanças persistentes de voz (duração maior do que 4 semanas);
- Disfonia associada a tabagismo, independente da duração do quadro.

20.3 Perda Auditiva/Hipoacusia

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Hipoacusia e otoscopia normal (lembrar que cera e infecções são causas comuns de perda auditiva).

Exames complementares

- Audiometria tonal vocal com impedanciometria; em perda auditiva associada a zumbido: hemograma, glicemia de jejum, lipidograma, VDRL, uréia, creatinina, zinco, TSH e T4 livre para exclusão de causas secundárias de zumbido.



Obs: Perdas auditivas agudas, especialmente associadas a sintomas neurológicos, devem ser encaminhadas para avaliação nos serviços de urgência e emergência do Município.

20.4 Otites

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Otite média aguda recorrente;
- Otite média crônica colesteatomatosa;
- Otite média crônica não colesteatomatosa: refratária ao tratamento clínico, se houver complicações ou hipoacusia;
- Otite serosa unilateral em adultos (pensar em tumor).

Obs: Pacientes que apresentem complicações como mastoidite, sinais de sepse, alterações neurológicas, devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência do Município.

20.5 Rinossinusite Crônica

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Refratária ao tratamento clínico por um período de 3 meses;
- Rinossinusite aguda recorrente.

Exame complementar:

- Tomografia de seios da face

Obs: Pacientes com sinais de gravidade relacionados à rinossinusite aguda ou crônica:

- Alteração da acuidade visual;
- Mobilidade ocular, proptose ocular, edema e hiperemia peri orbitários;
- Sinais meníngeos;
- Sinais de sepse ou confusão mental;

Devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.



20.6 Vertigem

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Vertigem posicional paroxística benigna (vertigem desencadeada pela movimentação da cabeça com duração de segundos a minutos), caso o médico da APS não se sinta confortável em realizar manobra de Epley;
- Doença de Ménière (em geral, vertigem com duração > 20 min, piora com a movimentação da cabeça, perda auditiva neurosensorial flutuante, zumbidos e plenitude auricular) sem resposta ao tratamento clínico instituído;
- Neurite vestibular (início abrupto de vertigem severa e debilitante associada a náuseas ou vômito) após alta hospitalar;
- Vertigem periférica (nistagmo é inibido pela fixação ocular, *head-impulse* ou avaliação do reflexo vestibulo-ocular positivo, *test of skew*: ausência de desvio), caso o médico da APS tenha dúvidas quanto ao diagnóstico.

Obs.: Lembrar que alguns fármacos ou doenças crônicas descompensadas (ex.: DM, hipo ou hipertireoidismo) podem causar vertigem.

Exames complementares:

- TSH, T4, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, hemograma, lipidograma, uréia, creatinina, VDRL, audiometria tonal vocal com impedância.

As seguintes condições clínicas devem ser encaminhadas para os serviços de urgência e emergência do Município:

- Abscesso periamigdaliano (abaulamento do pilar amigdaliano e trismo);
- Abscessos cervicais e profundos (febre alta, dor, abaulamento cervical, restrição de mobilidade, trismo);
- Epistaxe (não responsiva à compressão digital da narina ou uso de pequeno tampão de algodão ou gaze); lembrar que o sintoma pode estar relacionado a crise hipertensiva ou ao uso de anticoagulante;
- Presença de corpos estranhos em ouvido e nariz.

Obs: Pacientes que tenham realizado tampão, devem retornar ao serviço em que o procedimento foi realizado.



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SONO – ABS. **Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono no Adulto**. Diretrizes - São Paulo: Estação Brasil, 2013.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial Academia Brasileira de Neurologia Sociedade Brasileira de Cardiologia Sociedade Brasileira de Pediatria Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Apneia Obstrutiva do Sono e Ronco Primário: Diagnóstico**. Participantes: Zancanella E.; Haddad, F.M.; Oliveira, L.A.M.P.; Nakasato, A., Duarte B.B.; Soares, C.F.P.; Cahali, M.B., Eckeli, A, Caramelli B.; Drager, L, Ramos, B.D., Nóbrega, M, Fagondes, S.C, Andrada, N.C., 2012.

BERTOL, E.; RODRÍGUEZ, C. A. **Da tontura à vertigem: uma proposta para o manejo do paciente vertiginoso na atenção primária**. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 62-73, jan./mar. 2008.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIULIANI, R. R. J. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, G., LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

LIMA NETO, C. R.; MENDES, F. A., SILVA, I. D., **Complicações das otites médias crônicas**. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 10, n. 3, p. 21 - 24, 2008.

MELLO JR., J.F. **Diretrizes Brasileiras de Rinossinusites**. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. Cadernos de Debates (Suplementos). - Vol. 74 nº 2 mar/abr, 2008.

PILTCHER, O. B.; COSTA, S. S. da; MAAHS, G.S. (Orgs.). **Rotinas em Otorrinolaringologia** [recurso eletrônico] /Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2015.

ROSA, A. A. A. **Sintomas e sinais na prática médica** [recurso eletrônico]: consulta rápida/Alberto Augusto Alves Rosa, Elvino Barros, José Luiz Möller Flôres Soares. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2007.



21. PNEUMOLOGISTA/ TISIOLOGISTA

21.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Suspeita de DPOC (tosse crônica, expectoração crônica, bronquite aguda frequente, dispneia progressiva persistente que piora com o exercício, infecção, exposição à fumaça de cigarro, à poeira ou a produtos químicos) para confirmação diagnóstica caso o médico da APS não consiga solicitar espirometria.;
- Dificuldade de manuseio do paciente;
- Achados que gerem dúvida quanto ao diagnóstico;
- DPOC em pacientes jovens (<45 anos);
- DPOC estágio IV - muito grave (VEF1<30% do previsto);
- Declínio rápido do VEF1;
- Suspeita de cor pulmonale (aumento do ventrículo direito secundário à pneumopatia, que provoca hipertensão arterial pulmonar, sucedida por insuficiência cardíaca direita);
- Necessidade de oxigenioterapia domiciliar;
- Alto risco (limitação de fluxo severa ou muito severa, exacerbação frequente – mais de 2 exacerbações ou mais de 1 hospitalização por ano ou escala mMRC >2), apesar do tratamento instituído na APS.

Exames complementares:

- Espirometria com prova broncodilatadora, RX PA e perfil.

Obs.: Pacientes, com sinais de DPOC exacerbada, devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.

21.2 Nódulos Pulmonares

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

Neoplasias malignas:

- Carcinoma pulmonar;



- Tumor carcinóide;
- Linfoma pulmonar;
- Sarcoma pulmonar;
- Metástases pulmonares.

Nódulos pulmonares (devem ser encaminhados para o Pneumologista, cabendo ao especialista a definição de conduta e contra referência) com prioridade:

- Nódulo pulmonar sólido isolado > 8 mm;
- Nódulo pulmonar subsólidos > 6 mm;
- Nódulos com margens irregulares ou espiculadas;
- Nódulos múltiplos (utilizar o nódulo mais suspeito como guia para o manejo).

Obs: O encaminhamento a Oncologia Clínica deve ser efetuado concomitante ao acompanhamento pneumológico.

21.3 Tosse Crônica (Tosse Com Duração > 8 Semanas)

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Tosse persistente, sem melhora após tratamento instituído na APS;
- Tosse persistente, cujo diagnóstico foi inconclusivo na APS.

Obs: Medicamentos podem causar tosse crônica, por isso é essencial identificar seu uso (ex.: IECA – a tosse desencadeada por este medicamento pode persistir por até 3 meses, após a suspensão do uso; os beta bloqueadores podem piorar a obstrução das vias aéreas em pacientes que tenham asma ou DPOC);

Lembrar das principais causas de tosse na instituição do tratamento empírico (resfriados, gripe, sinusite, traqueobronquite, rinite, rinossinusite, exposição a alérgenos e irritantes, asma, doença do refluxo gastroesofágico).

Exames complementares:

- RX de tórax, BAAR de escarro em - 2 amostras, cultura, anti HIV.



21.4 Tuberculose

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Dúvida ou dificuldade diagnóstica na APS;
- Evolução insatisfatória (clínica, bacteriológica ou radiológica);
- Toxicidade ou intolerância grave à medicação;
- Resistência detectada em cultura;
- Antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda ou crônica;
- Antecedentes ou evidências clínicas de nefropatia (IRC, paciente dialítico);
- Portador de HIV ou doente de AIDS.

Exames complementares:

- Hemograma completo, creatinina, uréia, eletrólitos, TGO, TGP, ácido úrico, sorologias para hepatite B e C, anti HIV, BARR de escarro – 2 amostras, teste rápido molecular, cultura, RX de tórax.

Obs.: Pacientes, com hemoptise franca, suspeita de pneumotórax, tromboembolismo venoso, suspeita de tuberculose meningoencefálica, devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência do Município.

21.5 Síndrome do Pós COVID -19

- Intolerância ao esforço, fadiga, distúrbio do sono e dispneia pós infecção por COVID-19, sem outra doença de base que justifique a sintomatologia descrita.

Exames complementares:

- Espirometria com prova broncodilatadora, RX PA e perfil.



REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. Portaria nº 609, 6 de junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: MS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: . Acesso em: 16 de junho 2021.

DUNCAN B.B.; SCHMIDT M. I.; GIULIANI, R.R.J. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO G.; LOPES J.M.C. **Tratado de medicina de família e comunidade**. 2 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2012.

MACMAHON, H.; NAIDICH, D. P. ; GOO, J. M. LEE, K. S.; **Guidelines for management of incidental pulmonary nodules detected on ct images: from the fleischner society 2017**. RSNA. Radiological of North America. Disponível em: <<https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2017161659>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SILVA, D. R.; BAGLIO, P. T.; GAZZANA, M. B. **Nódulo pulmonar solitário**. Rev. Soc. Bras. Clín. Méd ; 7(2) 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n2/a010.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISOLOGIA. **II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC** - 2004. Volume 30 - suplemento 5 - novembro de 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISOLOGIA. **II Diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica**. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v. 32, supl. 6, p. s403-s446, 2006.



22. PSIQUIATRIA

O Município de Araucária disponibiliza dois CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para atendimento de pacientes que sofrem de transtornos mentais.

O CAPS AD atende quadros psiquiátricos, associados ao abuso/dependência de substâncias; o CAPS II atende pessoas em sofrimento psíquico, decorrente de transtornos mentais graves e persistentes.

A definição do diagnóstico de doenças psiquiátricas deve ser orientada pelo *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – DSM-5*.

O encaminhamento para especialista não deve postergar o tratamento, portanto este deve ser iniciado na APS.

Pacientes, com indicações de internamento integral, devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município, quando apresentarem:

- Risco de auto ou heteroagressão;
- Perda da capacidade de autocuidado;
- Perda da capacidade de seguir as orientações médicas, associada à falta de suporte familiar;
- Presença de condições médicas que justifiquem manejo terapêutico;
- Transtorno bipolar com comportamento desorganizado/sintomas francamente psicóticos;
- Esquizofrênicos com agudização psicótica;
- Esquizofrênicos com episódio catatônico;
- Sinais de abstinência do uso de álcool ou drogas (tremores intensos, vômito, alucinações);
- Abuso de substância, associada a convulsões nas últimas 24 horas;
- Abuso de substância, associada à síndrome de Wernicke-Korsakoff (sinais de confusão, ataxia postural, disfunção oculomotora);

Intoxicação aguda por substâncias psicoativas:

- Cocaína e estimulantes: sintomas cardiovasculares (arritmias, palpitações, dor torácica, HAS), neurológicos (sinais focais, distúrbios de movimento, convulsões), sintomas psicóticos, agitação psicomotora;
- Alucinógenos: sintomas cardiovasculares (arritmias, HAS), sintomas neurológicos (alteração do estado mental), sintomas psicóticos;
- Álcool: sintomas cardiovasculares (HAS, hipotensão, arritmias), sintomas neurológicos (distúrbios de movimento, convulsão, sinais focais), alterações



gastrointestinais (pancreatite, hepatite, descompensação da cirrose).

22.1 Dependência E Abuso De Álcool E Drogas

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Caso o médico da APS não se sinta apto para a realização de acompanhamento, cabe ao médico do CAPS a realização de contra referência quanto ao retorno;
- Transtorno psiquiátrico associado ao abuso de substâncias psicoativas.

Exames complementares:

- Hemograma, eletrólitos, creatinina, uréia, TGO, TGP, gama GT, lipase, VDRL, sorologia para hepatite B e C, anti HIV, ácido fólico, vitamina B12; ECG caso o paciente tenha mais de 50 anos.

22.2 Depressão

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Associada a risco de suicídio;
- Associada a sintomas psicóticos (delírios e alucinações);
- Associada a outros transtornos psiquiátricos (ex.: transtorno de personalidade *Borderline*, transtorno de ansiedade);
- História prévia de episódios depressivos graves (história de tentativa de suicídio ou internamentos psiquiátricos prévios);
- Contraindicação ao uso de antidepressivo;
- Dúvida diagnóstica quanto a transtorno bipolar;
- Refratária ao tratamento.

Exames complementares:

- Hemograma, TGO, TGP, creatinina, ureia, TSH, T4, vitamina B12, ácido fólico, vitamina D, eletrocardiograma.



22.3 Esquizofrenia E Outros Transtornos Psicóticos

Pacientes com esquizofrenia devem ser acompanhados por especialista, cabendo a este, por meio de contrarreferência, manter o médico da atenção básica ciente das condutas e retornos.

Exames complementares:

- Hemograma, TGO, TGP, creatinina, ureia, TSH, T4, anti- HIV, VDRL, sorologia para hepatite B e C, sódio, potássio;
- Caso o paciente faça uso de Risperidona, Haldol ou Clorpromazina, dosar prolactina.

22.4 Transtorno Bipolar

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

Pacientes com transtorno bipolar devem ser avaliados por especialista cuja prioridade deve ser dada nas seguintes situações:

- Pacientes pouco aderentes ao tratamento;
- Idosos ou com comorbidades importantes;
- História pregressa de tentativa de suicídio;
- Catatonia;

Exames complementares:

- Hemograma, TGO, TGP, creatinina, ureia, TSH, T4, gama GT, bilirrubinas;
- Caso o paciente faça uso de Ácido Valproico e Lítio, dosagens séricas desses medicamentos;
- Caso o paciente faça uso de Risperidona, Haldol ou Clorpromazina, dosar prolactina.

22.5 Transtorno De Ansiedade, Transtorno De Estresse Pós Traumático, Transtorno Do Pânico, Transtorno Obsessivo Compulsivo

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Ausência de resposta ao tratamento farmacológico inicial;
- Sintomas de outros transtornos psiquiátricos associados;

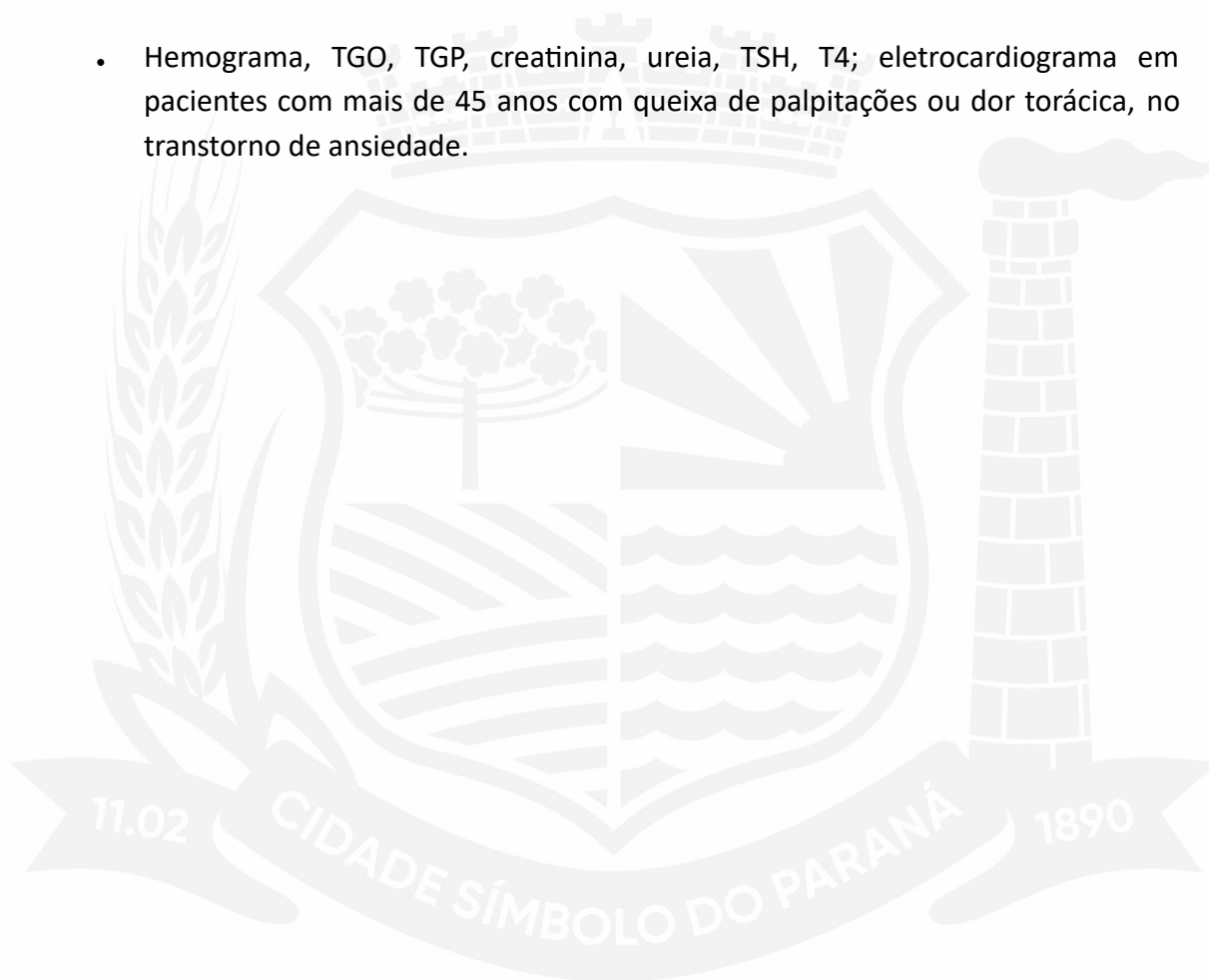


- Dúvida quanto ao diagnóstico;
- História prévia de tentativa de suicídio.

Obs: Cuidado quanto ao uso de benzodiazepínico no transtorno de estresse pós traumático, evitando utilizá-lo como droga de primeira escolha.

Exames complementares:

- Hemograma, TGO, TGP, creatinina, ureia, TSH, T4; eletrocardiograma em pacientes com mais de 45 anos com queixa de palpitações ou dor torácica, no transtorno de ansiedade.



REFERÊNCIAS

AMARAL, R. A. do; MALBERGIER, A.; ANDRADE, A. G. de. **Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica.** Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol 32. Supl II. Out 2010. S104.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Abuso e Dependência de cocaína.** Participantes: Gigliotti, A.; Malbergier, A.; Marques, A. C. P. R.; Marques, R.; Araújo, M. R.; Andrada, N.C.; Laranjeira, R.; Buzzini, R. F.; Bernardo, W. M. Elaboração final: 06 de janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013.** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Esquizofrenia.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 315, de 30 de março de 2016.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.

DSM5/[American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** [recurso eletrônico]: DSM-5; Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

DUNCAN; B. B.; SCHMIDT; M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, G.; LOPES J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade.** Porto Alegre: Editora Artmed, 2012.

LARANJEIRAS, R, NICASTRI, S., (SP); JERÔNIMO, C. (SP), **Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento.** Departamento de Dependência Química da Associação Brasileira de Psiquiatria. Braz. J. Psychiatry 22 (2) • Jun 2000.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Depressão – Tratamento e acompanhamento de adulto (incluindo pessoas portadoras de doenças crônicas).** 1. ed. Rio de Janeiro: SMS, 2016

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. **Coleção Guia de Referência Rápida: Ansiedade generalizada e transtorno de pânico em adultos- manejo nos níveis primário e secundário de atenção.** 1 ed. Rio de Janeiro: SMS, 2016.



SOUCH-PAUL, J. E.; MATHEY, S.C.; LEWIS, E.L., **Medicina de família e comunidade: diagnóstico e tratamento** [recurso eletrônico]. Tradução: Marcio Moacyr Vasconcelos. - 2. ed. - Dados eletrônicos. - Porto Alegre: AMGH, 2010.

USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS. **Abordagem, diagnóstico e tratamento/Coordenação de Ronaldo Laranjeira** et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

YATHAM, L. N.; KENNEDY, S.H.; PARIKH, S.V.; SCHAFFER, A.; BOND, D.J.; FREY, B.N. et al. **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 Guidelines for the management of patients with bipolar disorder**. Bipolar Disord. 2018 Mar;20(2):97-170.

ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. R.; PETTA, **Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias**. Jun. 2006, vol.28, n.2 p.142-148. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/Vf488xMmLL9j54HQsxfDzNm/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2021.



23. REUMATOLOGIA

23.1 Artrite Psoriática

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico de artrite psoriática;
- Suspeita (doença inflamatória articular associada a quadro de psoríase atual, história de psoríase ou história familiar de psoríase).

Exames complementares:

- Hemograma, VHS, PCR, creatinina, uréia, TGO, TGP, gama GT, parcial de urina, fator reumatoide, anti HIV, sorologia para hepatite B e C;
- Caso o paciente tenha radiografia das possíveis articulações acometidas, estas devem ser anexadas.

23.2 Artrite Reumatoide

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado;
- Suspeita (artrite poliarticular simétrica, particularmente em punhos, das metacarpofalangeanas e das interfalangeanas proximais, associada à rigidez matinal, maior que 1 hora, com duração maior que 6 semanas).

Exames complementares:

- Hemograma, creatinina, uréia, eletrólitos, TGO, TGP, VHS, PCR, fator reumatóide, anti-CCP, FAN, parcial de urina, RX de mãos e pés, sorologias para hepatite B e C, anti HIV, VDRL.

23.3 Artrite Séptica

Condição clínica que justifica encaminhamento: Diagnóstico ou suspeita devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência do Município, para realização de artrocentese e antibioticoterapia empírica.



23.4 Bursites/Tendinites

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Pacientes que permanecem sintomáticos, apesar do tratamento médico e fisioterápico, instituído na APS, após período de 6 meses.

Exames complementares:

- RX e ultrassonografia da articulação acometida.

23.5 Dor Miofascial

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Dor refratária, apesar do tratamento instituído na APS, após período de 6 meses.

Exames complementares:

- Hemograma, VHS, PCR, FAN, fator reumatoide.

25.6 Esclerose Sistêmica (Esclerodermia)

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado;
- Suspeita (pico de incidência ocorre entre 30 e 50 anos, espessamento cutâneo dos dedos, telangiectasia, fenômeno de Raynaud, sintomas gastrointestinais, pulmonares e dores articulares).

Exames complementares:

- Hemograma, VHS, PCR, TGO, TGP, fosfatase alcalina, gama GT, creatinina, ureia, CPK, parcial de urina, FAN, sorologias para hepatite B e C;
- Caso o paciente tenha realizado exames que auxiliem no diagnóstico, estes devem ser anexados ao encaminhamento.



25.7 Espondilite Anquilosante

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado;
- Suspeita (lombalgia crônica associada à rigidez matinal > 30 min que alivia com o exercício, dor glútea alternante, despertares noturnos; pode estar associada à limitação da mobilidade da coluna lombar, nos planos sagital e frontal e limitação da expansibilidade torácica).

Exames complementares:

- Hemograma, VHS, PCR, creatinina, uréia, TGO, TGP, sorologias para hepatite B e C, parcial de urina, RX de coluna cervical, dorsal e lombar.

25.8 Fibromialgia

Condição clínica que justifica encaminhamento:

- Dor refratária, apesar do tratamento clínico instituído na APS, após período de 6 meses.

Obs.: O diagnóstico de fibromialgia é exclusivamente clínico, usando-se como suporte os critérios classificatórios/diagnósticos do *American College of Rheumatology* – ACR 2010; os exames são utilizados para excluir outras causas de dor.

Exames complementares:

- Hemograma, VHS, PCR, creatinina, uréia, eletrólitos, TGO, TGP, TSH, FAN, fator reumatoide.

25.9 Gota

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Depósitos de tofos;
- Crises frequentes ou debilitantes (> 3 crises/ano) de artrite gotosa, apesar da profilaxia com colchicina, AINE ou ambos;



- Comorbidades que são contra indicações aos fármacos usados para tratar crise aguda;
- Ácido úrico fora do alvo terapêutico (< 6 mg/dl em pacientes sem tofos e < 5 mg/dl com presença de tofos), apesar da terapia com uso de hipouricemiante.

Exames complementares:

- Ácido úrico, creatinina, ureia, gama GT, TGO, TGP, lipidograma, glicemia, parcial de urina;
- Caso o paciente tenha exame de imagem, este deve ser anexado ao encaminhamento.

25.10 Lombalgia

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Lombalgia que tenha RX normal ou inconclusivo nas seguintes situações:
- História de câncer ou múltiplos fatores de risco para câncer;
- Uso crônico de corticóide ou histórico de HIV;
- Associada a sintomas sistêmicos (perda ponderal inexplicada, febre);
- Diagnóstico prévio de osteoporose;
- Sintomas que iniciaram no paciente com mais de 50 anos ou menos que 20 anos;
- Piora em decúbito e em período noturno.

11. Exames complementares:

- RX simples de coluna, VHS, PCR, TSH, TGO, TGP, fator reumatoide, cálcio, creatinina, ureia, parcial de urina, eletroforese de proteína.

25.11 Lúpus Eritematoso Sistêmico

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado;
- Suspeita de lúpus eritematoso sistêmico, baseado nos critérios de diagnóstico da doença; os critérios de classificação utilizados atualmente são: *American College of Rheumatology* (1977), *Systemic Lupus International Collaborating Clinics* (2012), *ACR/EULAR* (2019).



Exames complementares:

- Hemograma, VHS, PCR, creatinina, uréia, TGO, TGP, fosfatase alcalina, gama GT, parcial de urina, proteinúria de 24 horas, FAN, anti-DNA C3 e C4, anticorpo antifosfolípide, Coombs direto, sorologias para hepatite B e C, anti HIV, VDRL, eletroforese de proteína.

Obs: Pacientes com atividade de doença em vigência de infecção grave, devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência do Município.

25.12 Osteoporose

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Associada ao uso crônico de corticoide;
- Associada a tireoidopatias, diabetes, tabagismo;
- Associada à doença renal crônica.

Exames complementares:

Em caso de insuficiência renal crônica: creatinina, ureia, cálculo da taxa de filtração glomerular, TSH, vitamina D, PTH, cálcio, urina de 24 horas, RX de coluna dorsal e lombar.

25.13 Polimiosite / Dermatomiosite

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado;
- Suspeita (o principal sintoma é o início insidioso de fraqueza muscular proximal e simétrica; podem ocorrer sintomas constitucionais, sintomas cutâneos e elevação de enzimas musculares).
- Avaliação de diagnóstico diferencial de paraneoplasia.

Exames complementares:

- Hemograma, CPK, VHS, TGO, TGP, creatinina, ureia, FAN, TSH, desidrogenase láctica.



25.14 Síndrome De Sjogren

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado;
- Suspeita (em geral ocorre em mulheres entre 40 e 60 anos; os principais sintomas são: xeroftalmia (olho seco), xerostomia (boca seca), além de poliartrite que afeta as mesmas articulações da artrite reumatoide, porém a inflamação tende a ser mais leve, xerodermia e dispareunia por ressecamento vaginal).

Exames complementares:

- Hemograma, VHS, PCR, fator reumatoide, parcial de urina.

25.15 Vasculites

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado;
- Suspeita;
- Arterite temporal (em geral ocorre em pacientes com mais de 50 anos; os pacientes apresentam sintomas constitucionais, cefaleia de comportamento novo que, em geral, ocorre na região temporal, hipersensibilidade à palpação arterial ou diminuição de pulso da artéria temporal);
- Arterite Takayasu (em geral acomete pacientes jovens entre 20 e 40 anos; os pacientes apresentam claudicação de membros, hipertensão, assimetria de pressão entre as extremidades, redução ou ausência de pulso da artéria braquial);
- Poliarterite nodosa (em geral acomete pacientes entre 40 e 60 anos, com sintomas constitucionais associados a dores musculares ou articulares, feridas cutâneas, instalação rápida de hipertensão arterial);
- Poliangeíte com granulomatose (em geral acomete pacientes entre 30 e 50 anos; os pacientes apresentam sintomas constitucionais associados a alterações de vias aéreas superiores, inferiores e acometimento renal).



Exames complementares:

- Hemograma, creatinina, uréia, TGO, TGP, VHS, PCR, FAN, parcial de urina, eletroforese de proteína, sorologias para hepatite B e C, anti HIV, RX de tórax PA e perfil;
- Caso o paciente tenha outros exames que colaborem com o possível diagnóstico, estes devem ser anexados ao encaminhamento.

25.16 Artrite reativa

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado;
- Casos suspeitos que necessitem de artrocentese.

Exames complementares:

- Hemograma, VHS, PCR, PCR para *Chlamydia* na urina.¹



REFERÊNCIAS

ALMEIDA S.C.L.; JOAQUIM, L.F., SCHWARTZMANN, P, **Avaliação do paciente com artrite**. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 30 de setembro de 2010 [citado 14 de junho de 2021];43(3):283-91. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/185>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BORBA, E. F.; LATORRE, L. C.; BRENOL, J. C. T.; **Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico Consensus of Systemic Lupus Erythematosus**. Borba e cols. Rev Bras Reumatol, v. 48, n.4, p. 196-207, jul/ago, 2008. Disponível em: <File:///C:/Users/Nadia/AppData/Local/Temp/Consensus_of_systemic_lupus_erythematosu.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRANDT, H. R. C.; ARNONE, M.; SAKAI, N. Y.; C. **Vasculite cutânea de pequenos vasos: etiologia, patogênese, classificação e critérios diagnósticos – Parte I. Anais Brasileiros de Dermatologia**. 2007;82(5):387-406. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abd/a/hQ7PW3t5kqs8TSzQ8WkgVmR/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 100, de 7 de fevereiro de 2013**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0100_07_02_2013.html>. Acesso em: 13 de abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1692, de 22 de novembro de 2016. **Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dermatomiosite e Polimiosite**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº 7, de 18 de julho de 2017. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Espondilite Ancilosante**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº 09, de 28 de agosto de 2017**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Sistêmica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria conjunta nº 26, de 24 de outubro de 2018. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriática**.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria conjunta nº 16, de 05 de novembro de 2019. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide.**

BRAZIL, A.V.; XIMENES A.C.; RADU, A.S.; F, Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Reumatologia Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Colégio Brasileiro de Radiologia Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias. Elaboração Final: 06 de Junho de 2001. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/lombalgias-e lombociatalgias.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2021.

CARNEIRO, S.; AZEVEDO, V. F.; BONFIGLIOLI, R.; **Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Recomendações sobre diagnóstico e tratamento da artrite psoriásica.** Revista Brasileira Reumatologia. 53 (3) • Jun 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbr/a/DsYpkZ4pMrZZTxFTpKtKbps/?lang=pt>>. Acesso em: 02 jun. 2021.

CECIN, H. A. DIRETRIZES GUIDELINES Diretriz II: **diagnóstico clínico.** Revista Brasileira de Reumatologia. 48 (supl 1) • Abr 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbr/a/yfGgbRmpHFyJnGCsCvrgyk/?lang=pt>>. Acesso em: 27 nov. 2020.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIULIANI, R.R.J. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção **Primária Baseadas em Evidências.** 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GOMES, R. S. G.; BRANDALISE, R.; ALBA, Síndrome de Sjögren primária. Revista Brasileira de Clínica Médica. 2010;8(3):254-65. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n3/a012.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

GUIMARÃES, F.M.G. **Tratamento da Gota na Atenção Primária à Saúde.** Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade. 2017;12(39):1-8. <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1445](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1445)>. Acesso em: 03 dez 2020.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. Tratado de medicina de família e comunidade. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. Revista Brasileira Reumatologia. 2010;50(1):56-66. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbr/a/VD3Vcmj5QPNbM6MDcHGwF3f/?lang=pt>>. Acesso em: 12 jan. 2021.



MOTA, L. M. H. da ; CRUZ, B. A.; BRENOL, C. V.; PEREIRA, I. A.; **Diretrizes para o diagnóstico da artrite reumatoide.** In: Revista Brasileira de Reumatologia. Documentos de Diretrizes • Rev. Bras. Reumatol. 53 (2) Abr 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbr/a/Fmjnf9MHprBRrhdwm5K5Vc/?lang=pt>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

RADOMINSKI, S. C.; BERNARDO, W.; PAULA, A. P. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Reumatologia.** 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbr/a/p8S8hk4qKxTC6gf45R48zwq/?lang=pt>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SAMPAIO-BARROS, P. D.; AZEVEDO, V. F.; BONFIGLIO, R.; A. C. Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: **Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica Diagnóstico e Tratamento** – Primeira Revisão. Sampaio-Barros e cols. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 47, n.4, p. 233-242, jul/ago, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbr/a/XsRH4WPd7gKSQgFqqYGTKNx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 mai. 2021.

SAMPAIO, S.A.P. & RIVITTI, E. A. Dermatologia. 3 ed. . Rev. ampl. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 2007. SOUCH-Paul, JEANNETTE E. Medicina de Família. Medicina de Família e Comunidade Current. [recurso eletrônico]: diagnóstico e tratamento. Tradução: Mareio Moacyr Vasconcelos. - 2. ed. - Dados eletrônicos. - Porto Alegre: AMGH, 2010.



26. UROLOGIA

26.1 Cistos Renais

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Cistos simples (massas com conteúdo líquido homogêneo, paredes finas, contornos regulares, sem calcificações, septos, espessamento parietal ou realce após contraste) associados a sintomas (hematúria persistente, dor em flanco persistente, HAS, obstrução de vias urinárias);
- Cistos complexos, classificação de Bosniak II/III e IV;
- Doença renal policística.

Exames complementares:

- Exame de imagem que indique a presença do cisto, hemograma, creatinina, ureia, parcial de urina.

26.2 Distúrbio De Ereção

- Distúrbios de ereção devem ser encaminhados, porém com patologias compensadas: endocrinopatias, diabetes, dislipidemias, doenças cardíacas, doenças psiquiátricas;
- Lembrar que pacientes em uso de múltiplos fármacos psiquiátricos podem apresentar distúrbio de ereção.

26.3 Hiperplasia Prostática Benigna

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Retenção urinária persistente;
- Uretero hidronefrose;
- Associada à insuficiência renal;
- Infecção urinária recorrente de origem prostática;
- Hematúria macroscópica, especialmente indolor, recorrente, de origem prostática;
- Cálculo vesical, decorrente de HBP ou disfunção vesical;
- Pacientes refratários à terapia clínica otimizada;



- Divertículo, trabeculação, espessamento vesical, associados a infecção recorrente;
- Episódio agudo de retenção urinária, após passar pelos serviços de urgência e emergência do Município.

Exames complementares:

- PSA total, creatinina, ureia, parcial de urina;

Caso o paciente tenha realizado exames de imagem, estes devem ser anexados ao encaminhamento.

26.4 Infecção Urinária De Repetição

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Associada a anormalidades estruturais, corpos estranhos, ureterolitíase;
- Falha no tratamento profilático, por um período de 6 meses.

Obs: Pacientes, com alterações anatômicas ginecológicas, que possam provocar infecção do trato urinário recorrente, devem ser encaminhadas para a Ginecologia.

Exames complementares:

- Ureia, creatinina, parcial de urina, ultrassonografia de vias urinárias.

26.5 Infertilidade Masculina

Obs: O paciente deve ser encaminhado após dificuldade de o casal obter gravidez, após período de 6 meses, tendo relações sexuais frequentes, sem uso de método contraceptivo.

Exames complementares:

- Dosagem de testosterona, beta HCG, FSH, LH, prolactina, TSH, T4, glicemia, gama GT, clamídia IGG, espermograma (2 amostras com 15 dias de intervalo entre as coletas, com pelo menos 4 dias de abstinência sexual); PSA em homens com mais de 40 anos.



26.6 Nefrolitíase

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

Obs: Os encaminhamentos devem ser realizados em pacientes com calculose confirmada.

- Cálculo renal ou ureteral maior de 5 mm;
- Cálculos impactados e/ou complicações secundárias a esses, independente do tamanho, após avaliação nos serviços de urgência e emergência do Município;
- Cálculos sintomáticos (episódios frequentes de dor, ITU, hematúria), independente do tamanho;
- Cálculo de estruvita, fosfato amoníaco infectado, independente do tamanho;
- Rim único;
- Pacientes com malformações renais;
- Cálculo renal coraliforme, independente do tamanho;
- Cálculos vesicais.

Exames complementares:

- Exame de imagem confirmando a presença do cálculo, creatinina, ureia, ácido úrico, cálcio, hemograma, parcial de urina, urocultura; PSA em homens com mais de 40 anos.

26.7 Neoplasia Prostática

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Toque retal prostático alterado;
- PSA > 4 ng/ml;
- PSA > 2,5 ng/ml em pacientes com idade inferior a 55 anos;
- Densidade de PSA > 0,15 ng/ml/g;
- Velocidade de PSA > 0,75 ng/ml/ano;
- Aumento > 0,35 ng/ml em pacientes com PSA entre 2,5 e 4 ng/ml.

Exames complementares:

- Hemograma, creatinina, uréia, eletrólitos, cálcio, TGO, TGP, PSA;



- Caso o paciente tenha realizado exames de imagem ou resultado de biópsia, estes devem ser anexados ao encaminhamento.

Nos casos de neoplasia prostática confirmada por biópsia, o paciente deve ser encaminhado à especialidade de Oncologia.

26.8 Patologias Escrotais

Condições clínicas que justificam encaminhamento:

- Tumores testiculares ou de epidídimo;
- Cistos de cordão espermático;
- Hidroceles sintomáticas;
- Varicoceles sintomáticas ou associadas a atrofia testicular, alteração no espermograma em pacientes jovens, ou que planejam aumentar a prole;
- Hematocele;
- Criptorquidia;
- Translocação negativa em massa sólida, indolor, pouco dolorosa em pacientes jovens (estes não necessitam de exames de imagem para o encaminhamento).

Obs: Patologias escrotais agudas devem ser encaminhadas para avaliação nos serviços de urgência e emergência do Município.

Exames complementares:

- Ultrassonografia de bolsa escrotal;
- Varicocele: espermograma;
- Tumores testiculares: alfa fetoproteína, LDH, beta HCG, hemograma, glicemia, parcial de urina, urocultura; PSA em homens com mais de 40 anos.

Exames complementares:

- Testosterona total, beta HCG, prolactina, glicemia, lipidograma, TSH, T4, gama GT; PSA em pacientes com mais de 40 anos.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

NARDOZZA JÚNIOR, A.; REIS, R. B. dos; CAMPPS, R. S. M. (Editores). **Manu: Manual de Urologia**. [Coordenadora editorial Sonnini Ruiz]. São Paulo: PlanMark, 2010. Disponível em: <<https://sbu-sp.org.br/admin/upload/os1658-manu-manualdeurologia-03-08-10.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Participantes: ROCHA L.C.A.; SILVA E.A.; COSTA R.P.; HERING F.L.O. **Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Biopsia de próstata. 15 de junho de 2006**. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/biopsia-de-prostata.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA UROLOGIA. **Diretrizes guia de bolso. Uma Referência Rápida para os Urologistas, 2017**. Disponível em: <https://portaldaurologia.org.br/medicos/wpcontent/uploads/2017/08/guideline_AUA_SBU-ilovepdf-compressed.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Hiperplasia Prostática Benigna**. 20 de junho de 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL. Participantes: KIRSZTAJN, G.M.; SOUZA, E.; ROMÃO Jr J.E.; BASTOS M.G.; MEYER F.; ANDRADA, N.C. **Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva)**: Diagnóstico. 30 junho de 2011. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/doenca_renal_cronica_pre_terapia_renal_substitutiva_diagnostico.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.



27. ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES

27.1 Prazos

As mudanças vinculadas ao documento serão realizadas de acordo com as mudanças nas diretrizes e de acordo com a demanda das patologias das especialidades.

27.2 Descrição de responsabilidades

A Atenção Primária em Saúde - APS - é o primeiro nível de atenção em saúde e é a principal porta de entrada do SUS. Ela cumpre papel de centro articulador do acesso do usuário às redes de atenção em saúde, cabendo à unidade o papel de coordenar o cuidado e garantir a sua integridade e equidade aos serviços disponíveis na rede.

À Central de Regulação Ambulatorial compete ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial a alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno.

Ao médico regulador cabe analisar todos os encaminhamentos destinados à Central de Regulação Ambulatorial e, com base nos protocolos de acesso e descrição do encaminhamento, autorizar a avaliação do especialista, devolver à atenção primária, caso haja necessidade de inclusão de dados clínicos ou exames complementares, para avaliação do risco ou dúvida quanto ao motivo do encaminhamento.

Caberá ao médico responsável pela Central de Regulação Ambulatorial a responsabilidade de implementação do protocolo, revisão do mesmo periodicamente e planejamento de formação continuada dos médicos das APS.

A atenção ambulatorial secundária, por sua vez, é o conjunto de ações e serviços especializados em nível ambulatorial, com densidade intermediária entre a atenção primária e a terciária, que compreende serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico.

A equipe de atenção secundária deverá atuar em conjunto na assistência ao usuário, compartilhando o cuidado, integrando informações com a APS, por meio de contra referência



28. DISPOSIÇÕES FINAIS

A participação e o comprometimento da equipe de atenção primária são fundamentais, porque deles dependem o acolhimento e a solicitação otimizados de encaminhamentos e prioridades.

A APS, neste contexto, cumpre papel estratégico de gestão dos serviços disponíveis na rede.

Entendendo o papel protagonista da APS para otimização dos serviços, é necessária a parceria dos profissionais para aumentar a resolutividade do Município no cuidado ao paciente.

O papel do médico regulador, por sua vez, é peça chave na organização do acesso dos usuários à rede de atenção em saúde, de modo a equilibrar oferta e demanda, viabilizando equidade e integralidade com eficiência e qualidade.

Nesse sentido, conta-se com a parceria da atenção especializada no apoio técnico de cada profissional e na garantia do compartilhamento do cuidado e do conhecimento com os demais atores desta ampla Rede de Atenção em Saúde.



29. HISTÓRICO DE REVISÕES

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: CLÍNICA MÉDICA			
Edições	Elaboração	Aprovação	Descrição da Edição
1ª Edição	Dra Thais Sanzovo Pivatto Médica reguladora Dra Katherine Sanzovo Pivatto Médica reguladora 27/12/2022	Adilson Seidi Suguiura Secretário de Saúde Camila Gonçalves L. F. De Melo Diretora Geral SMSA Patrícia Beleski Carvalho De Oliveira Diretora Técnica SMSA 27/12/2022	A Prefeitura de Araucária criou protocolos para otimizar o encaminhamento a consultas especializadas, garantindo acesso ágil e equitativo aos serviços de saúde. Baseados na Política Nacional de Regulação do SUS, esses protocolos priorizam pacientes de maior risco, sem engessar os fluxos. Eles não se aplicam a urgências e podem ser ajustados conforme a necessidade clínica, garantindo um atendimento mais eficiente.
2ª Edição	Dra Fernanda Caldeira Santin Médica Reguladora Dr Luis Gustavo Favretto Médico Regulador 31/01/2025	Renata Knopik Botogoski Secretária de Saúde Débora Regina Sabino Diretora Geral SMSA Ana Beatriz Siqueira Xavier Pock Diretora Técnica SMSA 31/01/2025 Aprovado na 337ª Reunião Ordinária do COMUSAR - Processo administrativo - nº 30371/2025 25/02/2025	A Prefeitura de Araucária criou protocolos para otimizar o encaminhamento a consultas especializadas, garantindo acesso ágil e equitativo aos serviços de saúde. Baseados na Política Nacional de Regulação do SUS, esses protocolos priorizam pacientes de maior risco, sem engessar os fluxos. Eles não se aplicam a urgências e podem ser ajustados conforme a necessidade clínica, garantindo um atendimento mais eficiente.

