

Protocolo de Acesso Ambulatorial

Jaboatão dos Guararapes, 2024

PREFEITO

Luiz José Inojosa de Medeiros

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Zelma de Fátima Chaves Pessoa

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Raiane Monique de Araújo Ferreira

**SECRETÁRIA EXECUTIVA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
DA SAÚDE**

Nadjane Arcanjo Neves de Lima

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Juliana Vanderlei Lopes Felipe dos Santos

GERENTE DE ATENÇÃO BÁSICA

Andréa Virgínia Lemos Ferreira

GERENTE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Juliana Vieira

SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO DO SUS

Maria da Conceição Sampaio Alves

GERENTE DE FLUXOS ASSISTENCIAIS

Maria Máira Ferreira Nogueira

GERENTE DE CONTROLE AVALIAÇÃO E AUDITORIA

Manuela de Godoy Leitão Novaes Ferreira



COLABORAÇÃO

CRIAÇÃO E DESIGN

Ruth Carolina Leão Costa, Maria Máira Ferreira Nogueira

ORGANIZAÇÃO

Ruth Carolina Leão Costa, Maria Máira Ferreira Nogueira, Leticia Cavalcanti dos Santos

INTRODUÇÃO

Os protocolos de encaminhamento orientam os médicos reguladores e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre quais pacientes devem ser encaminhados para especialistas e quais podem ser tratados na APS. Eles incluem diretrizes específicas para o encaminhamento, como indicações clínicas e exames necessários. É importante que os profissionais de saúde da APS realizem os encaminhamentos para as especialidades mais apropriadas, especialmente em casos de condições que pertencem a mais de uma especialidade.

O paciente deverá levar na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

O especialista médico deve ser considerado como um interconsultor em situações de tratamento complexo ou quando um parecer especializado é necessário. No entanto, é essencial que o paciente retorne à APS para continuar seu acompanhamento e tratamento, em vez de permanecer exclusivamente vinculado à Atenção Secundária.

A regulação precisa ser rigorosa e imparcial, enquanto os médicos solicitantes devem ser criteriosos, éticos e prudentes. Isso não implica em restringir os direitos dos médicos, mas sim requerer uma semiologia mais refinada, critérios definidos e conhecimento aprofundado, inclusive por parte do regulador em serviço.

O médico regulador desempenha várias funções importantes, incluindo:

1. Triagem de casos: Avaliação dos casos recebidos para determinar a urgência e a prioridade do atendimento, direcionando os pacientes para os serviços adequados.
2. Regulação do fluxo de pacientes: Gerenciamento do fluxo de pacientes nos serviços de saúde para evitar congestionamentos e garantir um atendimento oportuno e adequado.
3. Consultoria médica: Oferecimento de orientação e suporte aos profissionais de saúde no atendimento de casos complexos ou em situações de emergência.

No sistema de regulação (SISREG), o regulador tem quatro opções:

1. NEGAR: Recusa do procedimento/consulta especializada, com justificativa.
2. DEVOLVER: Pedido de complementação de dados pelo solicitante.
3. PENDENTE: Deixa o caso para regulação posterior, visível para o regulador.
4. AUTORIZAR: Permite o encaminhamento/exame, com opções de agendamento, ou coloca na fila de espera se não houver vaga disponível.

O profissional solicitante de um procedimento de auxílio diagnóstico deve ser aquele responsável por sua interpretação, frente ao quadro clínico e decisão terapêutica. A responsabilidade da interpretação de procedimento de auxílio diagnóstico decorre da capacidade/especialização do profissional e da vocação da unidade de saúde à qual se encontra ligado o usuário.

Importante!

Solicitações com a anotação de “URGENTE” (muitas vezes escrito ou solicitado que se escrevesse pelo próprio paciente), tem valor quase nulo, pois é do preenchimento na hipótese diagnóstica e nos detalhes da situação clínica do paciente que permitem ao regulador estabelecer prioridades maiores ou menores.

A solicitação dos exames deverá ser realizada em guia própria e embasada em documentos de referência e contrarreferência, constando letra legível, identificação do paciente (nome completo, data de nascimento, cartão sus, endereço, telefone de contato e o nome da mãe) história clínica, detalhamento de exame físico, hipótese diagnóstica, exames complementares já realizados e seus laudos ou resultados, CID10 (classificação internacional de doenças), data, carimbo e assinatura do médico.

O REGULADOR DEVERÁ ATUAR COMO UM EDUCADOR PERMANENTE E SEMPRE OBSERVAR:

- A inserção de CID na solicitação é uma exigência do SUS e é um ato médico. O código Z00 é CID de consulta e não da patologia a ser investigada;
- Hipótese diagnóstica não é história clínica. Exemplo: - DIP?, Gastrite/UGD? Dor abdominal a/e?;
- Letras ilegíveis e abreviações exageradas;
- Solicitação de atendimento médico especializado sem antes realizar exame específico.

Indicadores de Alerta em Casos Ambulatoriais	Prioridade
Pessoas gestantes, menores de 1 ano e maiores de 60 anos	AMARELO
Especial (exemplos: pessoa com deficiência física ou mental, acamado, dificuldade de locomoção, morador de rua, usuário de droga)	AMARELO
Descompensação de doença crônica	AMARELO
Risco de sangramento	AMARELO
Ausência de sinais de alerta	AZUL
Infecção confirmada	VERDE
Presença de comorbidade 3 ou +	VERDE
Suspeita de neoplasia	VERMELHO
Risco de perda funcional do órgão? (suspeita de angina ou acidente isquêmico transitório; risco de insuficiência renal, respiratória, hepática, vascular, ou cardíaca; sinais de compressão medular, metrorragia, fratura ou desorientação)	VERMELHO

Importante!

O paciente que segue para a Atenção Especializada não deixa fazer parte do território e continua sendo um usuário da Unidade de Saúde da Família (USF). Portanto, a equipe de APS deve procurar monitorar se o paciente está mantendo o acompanhamento e verificar as impressões dele sobre seu progresso.

Ressaltamos que este protocolo contempla os motivos mais frequentes de consulta em clínica com os especialistas. Entretanto, existem outras condições que não estão contempladas neste material, dessa forma é responsabilidade do profissional médico a decisão e encaminhamento para o serviço necessário, conforme avaliação do quadro clínico.

Colocar sobre encaminhamento da rede privada

Colocar sobre encaminhamento por médicos e outros profissionais

Cardiologia

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na APS, especialmente quando associados a comorbidades como as Doenças Crônicas, em destaque para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que são os principais fatores de risco para as Doenças Cardiovasculares. Nesse sentido, é fundamental que todos os recursos diagnósticos e terapêuticos da AB sejam esgotados antes da realização de encaminhamento para a Cardiologia.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Emergência hipertensiva (pressão sistólica maior que 180 mmHg e/ou pressão diastólica acima de 120 mmHg, com sinais de lesão em órgão alvo);
- Dor precordial sugestiva de síndrome coronariana aguda;
- Insuficiência cardíaca descompensada;
- Bloqueios atrioventriculares avançados sintomáticos;
- Taquiarritmias com instabilidade hemodinâmica;
- Febre em portadores de prótese valvar ou dispositivo cardíaco (ex. marcapasso).

1- HIPERTENSÃO ARTERIAL

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Suspeita de hipertensão secundária;
- Hipertensão severa ou resistente com no mínimo 3 medicações anti-hipertensivas em dose máxima tolerável (incluindo 1 diurético), após avaliar adesão ao tratamento;
- Suspeita de lesão funcional de órgão-alvo – disfunção sistólica de ventrículo esquerdo, diastólica grave, doença cardiovascular estabelecida;

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, avaliação clínica da adesão ao tratamento, dois valores de PA, aferidas em dias diferentes;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data;
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
5. Motivo do encaminhamento com justificativa.

2- DOR TORÁCICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Dor torácica/precordial sugestivas de angina pectoris com ou sem limitação de atividade física, após exclusão de causas não cardíacas (musculoesqueléticas, DRGE, etc.).

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história progressiva, história familiar;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames realizados, com data;
4. Motivo do encaminhamento com justificativa.

3- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Suspeita clínica de insuficiência cardíaca na impossibilidade de completar a investigação na APS;
- Pacientes portadores de insuficiência cardíaca documentada (radiografia com cardiomegalia ou ECO com fração de ejeção reduzida);
- Pacientes com insuficiência cardíaca com piora recente da classe funcional ou nova cardiopatia estabelecida, apesar do tratamento clínico otimizado;
- **Paciente que persiste em Classe funcional (NYHA) III ou IV apesar do tratamento clínico otimizado: em uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor da angiotensina II (BRA) em casos de intolerância ao IECA, betabloqueador, inibidor de aldosterona (Espironolactona), inibidor de SGLT2 (se disponível) e diurético, na ausência de intolerância.**
- Internação hospitalar, no último ano, em virtude de insuficiência cardíaca descompensada;

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, classe funcional (NYHA), sinais de congestão e hipoperfusão, número de descompensações e internações hospitalares nos últimos 12 meses, se presentes, outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não);
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data (eletrocardiograma, radiografia de tórax e outros exames cardiológicos que tenham sido realizados);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
5. Motivo do encaminhamento com justificativa.

4- VALVULOPATIAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Sopros cardíacos com suspeita de patologia valvar congênita, reumática, senil ou traumática;
- Todos os pacientes com diagnóstico de valvopatias moderadas ou graves;
- Pacientes com valvulopatias leves com piora do quadro clínico.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas (presença de síncope, dor torácica ou dispneia, descrever também tempo de evolução; frequência dos sintomas, classe funcional (NYHA), co-morbidades associadas;
2. Exame físico (se presença de sopro, descrever localização e as características do sopro, intensidade, existência ou não de frêmito);
3. Resultados de exames, com data (se disponível);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
5. Motivo do encaminhamento com justificativa.

5- ARRITMIAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Diagnóstico estabelecido de arritmia cardíaca;
- Síncope ou pré-síncope precedida de palpitações (episódios repetitivos, após excluídas causas como anemia, distúrbio metabólico e distúrbio ventilatório);
- Alterações do ritmo cardíaco observadas na avaliação clínica ou documentadas por exame, sintomáticas, tais como: palpitações paroxísticas, bloqueios atrioventriculares (Mobitz II, BAVT), fibrilação atrial (FA)/flutter atrial, extrassístolia ventricular ou supraventricular frequentes, taquicardia ventricular não sustentada (TVNS), sinais de pré-excitação ventricular ou QT longo. Especial atenção para casos onde os achados estejam associados à cardiopatia estrutural conhecida ou suspeita.
- Bradicardia sinusal sintomática com frequência cardíaca menor que 50 bpm (após avaliação em serviço de emergência);

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas (tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço, consequências hemodinâmicas), paciente tem história familiar de morte súbita, co-morbidades associadas, tipo de arritmia;
- Exame físico;
- Resultado do exame de anteriores com data (resultado do eletrocardiograma e outros exames cardiológicos realizados);
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
- Motivo do encaminhamento com justificativa.

6- INSUFICIÊNCIA CORONARIANA CRÔNICA E MIOCARDIOPATIAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes portadores de insuficiência coronariana crônica com histórico prévio de angina, infarto ou revascularização do miocárdio;
- Pacientes portadores de miocardiopatias;
- Pacientes com indicação para investigação de dor anginosa;

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, tempo de evolução da condição verificada, comorbidades associadas;
2. Exame físico (descrição das alterações identificadas);
3. Resultados de exames, com data;
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
5. Motivo do encaminhamento com justificativa.

7- PARECER CARDIOLÓGICO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Parecer cardiológico para pacientes em avaliação pré-operatória com solicitação prévia do responsável pela cirurgia;
- Pacientes acima de 40 anos, sintomáticos (precordialgia, palpitações, pré-síncope, dispneia);
- Pacientes acima de 40 anos, assintomáticos, porém com múltiplos fatores de risco, em especial se não compensados na APS, que desejem realizar atividades físicas de alta intensidade (tipo corrida ou atividades competitivas);
- Pacientes que preenchem critérios de médio e alto risco para doença cardiovascular (segundo protocolo de Framingham).

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história pregressa, história familiar;
- Exame físico;
- Resultados de exames realizados, com data;
- Motivo do encaminhamento com justificativa.

Geriatrics

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

- Idosos com dores musculoesqueléticas;
- Queixas relacionadas à insônia;
- Casos de Influenza com sintomatologia leve.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Quadro de demência associado à disfagia e desvio de conduta;
- Influenza com sintomatologia moderada a grave;
- *Delirium*;
- Risco iminente de suicídio;
- Retenção aguda de urina.

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

- **Incontinência Urinária**

- Casos nos quais as medidas adotadas para tratar a incontinência urinária fracassaram;
- Incontinência Urinária Crônica sem sinais de melhora após tratamento.

- **Demência em fases precoces**

A demência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma prioridade de saúde pública e caracterizada como a maior causa de incapacidade e dependência no mundo. Essa síndrome, que acomete idosos, é causada por alterações cerebrais, geralmente de natureza crônica ou progressiva, comprometendo, dentre outras funções, a memória, a linguagem, a capacidade de aprendizagem e a tomada de decisões.

Atualmente, o rastreio pode ser realizado facilmente na Atenção Primária, com a aplicação de testes e exames clínicos, como o Mini Exame de Estado Mental (MEEM).

- **Idosos em processo de fragilização ou com síndrome do idoso frágil**

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera idoso frágil ou em situação de fragilidade, os indivíduos que vivem em Instituições de Longa Permanência; acamados; com histórico de hospitalização recente; portadores de doenças que causam incapacidade funcional, como acidente vascular encefálico, síndromes demenciais, doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal e amputações em membros; com incapacidade funcional básica ou vivendo em situação de violência doméstica. Diferentemente do que acontece no processo de envelhecimento normal,

a síndrome da fragilidade no idoso resulta do comprometimento de sistemas fisiológicos e tem como uma das principais características a multidisciplinaridade, pois envolve declínio nas funções

físicas, biológicas, sociais e psicológicas.

Em decorrência dessas alterações, há o maior risco de quedas, delírio e comprometimento da independência funcional, que resulta em perda da qualidade de vida e elevação dos riscos de institucionalização e óbito. O rastreio desta síndrome na Atenção Primária e o encaminhamento para profissionais especialistas é essencial para que aconteça uma intervenção precoce, retardando os efeitos característicos da mesma.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Como pré-requisitos para o encaminhamento ao especialista são definidos dois grupos, descritos a seguir:

- Pessoa idosa com idade igual ou superior a 80 anos;
- Pessoa idosa com idade igual ou superior a 60 anos, associado com algum dos achados a seguir:
 - Quadro de demência;
 - Comprometimento das Atividades de Vida Diária (AVD's);
 - Suspeita de Doença de Parkinson ou outros tipos de parkinsonismo;
 - Três ou mais doenças crônicas com complicações não compensadas, como diabetes *mellitus*, dislipidemia, osteoartrose e osteoporose;
 - Histórico de internações frequentes;
 - Histórico de duas ou mais quedas no último ano, associado a alterações na marcha e equilíbrio;
 - Síndrome Consumptiva;
 - Suspeita de Doença de Alzheimer;
 - Apresentação dos 7 I's da Geriatria: iatrogenia, incontinência urinária, incontinência esfínteriana, instabilidade postural, imobilidade, incapacidade comunicativa e insuficiência familiar;
 - Subnutrição (IMC < 22) ou perda involuntária de peso acima de 10% em 6 meses;
 - Sarcopenia;
 - Polifarmácia: paciente em uso de 05 diferentes **classes** de medicação.

INFORMAÇÕES QUE DEVEM CONSTAR NO ENCAMINHAMENTO

- História Clínica Atual e Pregressa sucinta;
- Nesse item é importante que estejam descritas a presença ou ausência de comorbidades, medicações em uso e acompanhamentos já realizados na rede;
- Tratamentos que estejam relacionados ao caso, realizados anteriormente ou em andamento;
- Informações do Exame Clínico, como IMC, peso corporal e resultados de testes funcionais ou escalas aplicadas durante a consulta;
- Exames complementares já realizados que sejam pertinentes ao caso – incluir data de realização e achados mais relevantes;
- Hipótese diagnóstica e justificativa do encaminhamento;
- Classificação de prioridade – que pode ser definida em uma escala de cores (ver tabela a seguir).

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO

Conforme expresso no Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003, alterada pela Lei nº 14.423/2022), a garantia de prioridade compreende, dentre outros aspectos, o atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; e a

Ressalta-se, ainda, que em todo atendimento de saúde os maiores de 80 (oitenta) anos terão preferência especial sobre as demais pessoas idosas, exceto em caso de emergência, de acordo com a Lei nº 13.466 de 12 de julho de 2017.

Ademais, no Sistema de Regulação (SISREG III), além da prioridade por faixa etária, deverá ser elegida a classificação por níveis de prioridade/cores, conforme quadro abaixo:

COR	PRIORIDADE	MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO
VERMELHO	MUITO ALTA	Eletivo de alta prioridade: são pacientes que necessitam de atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações clínicas e/ou físicas.
AMARELO	ALTA	Eletivo prioritário: são pacientes que necessitam de atendimento médico em um prazo curto de tempo, pois a demora na marcação pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar em interrupção do acesso a outros procedimentos subsequentes.
VERDE	MÉDIA	Prioridade eletiva não urgente: são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento eletivo.
AZUL	BAIXA	Eletivo de rotina: são pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário.

PERIODICIDADE DAS CONSULTAS

- **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)**

A partir da avaliação multidimensional da pessoa idosa (médico/enfermeiro), o(a) médico(a) generalista possui autonomia profissional para decidir sobre a melhor conduta e orientar o encaminhamento do(a) usuário(a) para o atendimento especializado apropriado, conforme sua avaliação clínica e estabelecimento dos critérios de prioridade. Sugere-se que a avaliação seja realizada no mínimo anualmente ou em intervalos menores, dependendo das condições clínicas, psicossociais, funcionais e do suporte familiar.

- **ATENÇÃO ESPECIALIZADA (AE)**

O(a) médico(a) especialista, enquanto profissional de referência, também possui autonomia para alterar a classificação da prioridade, intervir ou orientar sobre a melhor conduta na condução de cada caso e definir o tempo médio de consultas especializadas, para disponibilizar a assistência mais adequada aos usuários do SUS. Após a avaliação do(a) geriatra, o(a) usuário(a) deverá ser contrarreferenciado(a) para sua unidade de saúde ou permanecer na atenção especializada e, nesta última situação, a equipe da APS deverá manter o vínculo com a pessoa idosa da sua área. Assim, considerando que, atualmente, 20% das vagas mensais são reservadas para consultas de retorno, quando necessário esse tipo de atendimento, o usuário seguirá o fluxo estabelecido no município, sendo o retorno solicitado através das unidades executantes da Atenção Especializada do Município, ou seja, pela policlínica onde recebeu atendimento.

Dermatologia

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para todas as condições clínicas dermatológicas, dessa forma é fundamental que todos os recursos diagnósticos e terapêuticos da APS sejam esgotados antes da realização de encaminhamento para a Dermatologia.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Eczema herpeticum (novas lesões vésico-pustulares, erosões e crostas hemorrágicas com dor, febre e linfadenopatia) sobreposto às lesões de dermatite atópica;
- Infecção bacteriana secundária (impetiginização) grave e extensa, sem resposta à antibioticoterapia sistêmica;
- Psoríase pustulosa generalizada;
- Suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica com instabilidade hemodinâmica ou sinais de infecção sistêmica;
- Urticária com angioedema grave (suspeita de anafilaxia)

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

- Micoses;
- Acnes;
- Dermatites Atópicas;
- Psoríase;
- Alopecia;
- Rosácea;
- Prurido, Eczemas e Urticárias;
- Suspeita de Câncer de Pele Melanoma;
- Suspeita de Câncer de Pele Não Melanoma;
- Hanseníase;
- Discromias: Vitiligo, Melasma;

1- MICOSES

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com suspeita ou diagnóstico de micose subcutânea ou sistêmica (paracoccidioidomicose; esporotricose; cromoblastomicose; micetoma; lobomicose; histoplasmose);
- Quadro extenso de candidíase mucocutânea, dermatofitoses (tineas) ou pitiríase versicolor em pacientes imunocomprometidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias, dentre outras causas);
- Casos de candidíase mucocutânea, dermatofitoses (tineas) ou pitiríase versicolor refratárias ao tratamento clínico otimizado;
- Onicomicose refratária ao tratamento clínico otimizado com pelo menos um dos critérios: episódios de erisipela ou celulite no membro ipsilateral; presença de dor ou desconforto; ou suspeita de alteração ungueal não associada à infecção fúngica.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, tempo de evolução, outros sinais e sintomas associados; paciente imunossuprimido; episódio prévio de erisipela ou celulite – se sim, descrever localização e quantidade de episódios;
2. Exame físico (descrição das lesões e localização);
3. Resultados de exames, com data (como cultura ou exame micológico direto, se realizado);
4. Hipótese diagnóstica;
5. Motivo do encaminhamento com justificativa.

2- ACNES

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com acne *fulminans* (acne com nódulos e placas de surgimento súbito, crostas hemorrágicas, febre e artralgias);
- Pacientes com acne conglobata (acne nodular grave, com drenagem de secreção, trajetos fistulosos e cicatrizes);
- Pacientes com acne leve a moderada sem resposta ao tratamento clínico realizado por pelo menos 6 meses;
- Acne com recidivas frequentes, requerendo cursos repetidos e prolongados de antibiótico sistêmico;

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal; sinais e sintomas; presença ou não de sintomas sistêmicos como febre ou artralgia; frequência dos sintomas; fatores de melhora ou piora;
2. Exame físico descrição das lesões: tipo (comedões, pápulas, pústulas, nódulos, cistos); distribuição (localização); tempo de evolução; gravidade (leve, moderada ou grave);
3. Tratamento em uso ou já realizado (medicações tópicas e sistêmicas com o tempo de tratamento);
4. Motivo do encaminhamento com justificativa.

3- DERMATITES ATÓPICAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Dermatite atópica grave e extensa ou que ocasione prejuízo funcional grave;
- Dermatite atópica sem resposta ao tratamento clínico realizado por um período de 1 mês;
- Dermatite atópica recidivante (3 ou mais recidivas em um período de 6 meses) apesar do tratamento clínico.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal; sinais e sintomas; tempo de evolução; existência ou não de prejuízo funcional e, em havendo, descrevê-lo;
2. Exame físico (lesões e localização);
3. Resultados de exames, com data (se disponível);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo e uso);
5. Motivo do encaminhamento com justificativa.

4- PSORÍASE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Psoríase cutânea tegumentar com acometimento igual ou maior a 10% da superfície corporal;
- Suspeita ou diagnóstico de psoríase pustulosa generalizada; após avaliação em serviço de emergência;
- Suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica;
- Psoríase refratária ou sem resposta satisfatória ao tratamento tópico;
- Psoríase em crianças menores de 12 anos.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, tempo de evolução;
2. Exame físico (lesões e localização, estimativa da área de superfície corporal acometida (BSA));
3. Resultado do exame de imagem, com data;
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);

5- ALOPÉCIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Suspeita ou diagnóstico de Alopecia Cicatricial;
- Alopecia areata com mais de 30% da área do couro cabeludo acometida;
- Alopecia areata rapidamente progressiva;
- Alopecias areata sem resposta ao tratamento tópico por 3 meses;
- Alopecia androgenética sem resposta após 6 meses de tratamento clínico;
- Queda de cabelo há pelo menos 6 meses, com teste de tração positivo, na ausência de fatores desencadeantes (como anemia ou doenças da tireoide, por exemplo).

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, descrição da queda de cabelo (alopecia em placas/difusa, eritema, pústulas, descamação); tempo de evolução; presença ou não de teste de tração positivo.
2. Resultados de exames, com data (resultado de hemograma, ferritina, VDRL, TSH);
3. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. Motivo do encaminhamento com justificativa.

6- ROSÁCEA:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com rosácea granulomatosa / pioderma facial (pápulas eritematosas, pústulas, cistos e trajetos fibrosos na região malar, periorbital e perioral, de surgimento súbito e na ausência de comedões);
- Pacientes com rosácea fimatosa (aumento de volume do tecido afetado na região do nariz, mento, glabella ou região malar);
- Paciente com rosácea sem resposta ao tratamento clínico por 3 meses.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas;
- Exame físico (tipo – eritema, telangiectasias, pápulas, pústulas ou fimas; localização; tempo de evolução);
- Tratamentos em uso ou já realizados para rosácea (medicações tópicas e sistêmicas, com posologia e tempo de uso);
- Motivo do encaminhamento com justificativa.

7- PRURIDO, ECZEMAS E URTICÁRIA:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Casos graves e de difícil controle, após exclusão de causas controláveis ou tratáveis como origem (medicamentosa, alimentícia, infecção recente, escabiose, xerose, icterícia);
- Casos refratários ao tratamento clínico;

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: descrição do quadro clínico, queixa principal, sinais e sintomas, fatores desencadeantes ou agravantes (se detectável); existência ou não de prejuízo funcional e, em havendo, descrevê-lo;
2. Exame físico (em casos com lesões, descrever tipo e localização);
3. Resultados de exame, com data (em casos de prurido, resultado de hemograma, transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubinas, GGT, TSH, creatinina, raio-x de tórax, anti-HIV, anti-HCV e HbsAg);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados – com posologia, tempo de uso e orientações);
5. Hipótese Diagnóstica;
6. Motivo do encaminhamento.

8- SUSPEITA DE CÂNCER DE PELE - MELANOMA :

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Paciente com lesão cutânea pigmentada com escore maior ou igual a 3 no checklist de avaliação;
- Diagnóstico de melanoma confirmado por biópsia;
- Pacientes com alto risco para desenvolver melanoma;

CHECKLIST

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES (marcar 2 pontos para cada característica observada):

- Mudança no tamanho
- Formato irregular
- Coloração irregular

DEMAIS CARACTERÍSTICAS (marcar um ponto para cada característica observada):

- Lesão com diâmetro maior ou igual que 7 mm
- Inflamação
- Exsudato
- Alteração de sensibilidade

(Traduzido de NICE guideline, 2015)

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal; sinais e sintomas; presença ou não de efélides; histórico de queimadura solar antes dos 20 anos com formação de bolhas; histórico de bronzeamento artificial antes dos 35 anos; histórico familiar de melanoma; se histórico familiar positivo para melanoma, descrever grau de parentesco;
2. Exame físico (descrição da lesão com localização; tamanho; características; ulceração);
3. Resultado de exames, com data (resultado do anatomopatológico, se realizado);
4. Hipótese diagnóstica;
5. Motivo do encaminhamento.

9- SUSPEITA DE CÂNCER DE PELE - NÃO MELANOMA:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Tumores cutâneos, sem diagnóstico, de crescimento muito rápido;
- Suspeita clínica de carcinoma basocelular (CBC) ou carcinoma espinocelular (CEC).

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal; sinais e sintomas; presença ou não de efélides; histórico de queimadura solar antes dos 20 anos com formação de bolhas; histórico de bronzeamento artificial antes dos 35 anos; histórico familiar de melanoma; se histórico familiar positivo para melanoma, descrever grau de parentesco;
2. Exame físico (descrição da lesão com localização; tamanho; características; ulceração);
3. Resultado de exames, com data (resultado do anatomopatológico, se realizado);
4. Hipótese diagnóstica;
5. Motivo do encaminhamento.

10- HANSENÍASE:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Diagnóstico duvidoso de hanseníase, principalmente o da forma neural pura;
- Paciente com grau 1 de incapacidade física, a cada 3 meses, para avaliação;
- Estados reacionais (reação reversa, eritema nodoso, mãos e pés reacionais, eritema polimorfo);
- Necessidade de troca de esquema terapêutico, devido a reações medicamentosas ou contra-indicação à poliquimioterapia;
- Casos que não apresentem melhora clínica ao final do tratamento padrão ou que possuam lesões ativas da doença, para avaliação de insuficiência, resistência ou falência terapêutica.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história pregressa;
2. Exame físico (descrever característica e quantidade de manchas, resultados de testes de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil realizados na Atenção Primária, relatar se presença de espessamento de nervos, apontar, se houver, redução e/ou perda de força nos músculos inervados pelos nervos afetados, assim como perda de sensibilidade nas áreas);
3. Resultado de exames, com data;
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
5. Motivo do encaminhamento com justificativa.

11- DISCROMIAS (VITILIGO, MELASMA):

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

VITILIGO:

- Pacientes com Vitiligo extenso (mais de 10% da área de superfície corporal);
- Vitiligo rapidamente progressivo;
- Vitiligo com resposta insatisfatória ao tratamento tópico realizado por 6 meses;
- Vitiligo em crianças (<12 anos).

MELASMA:

- Pacientes com melasma sem resposta ao tratamento clínico por 3 meses;

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas;
2. Exame físico (descrição da lesão, incluir localização, extensão, evolução; em vitiligo, determinar superfície corporal acometida);
3. Resultado de exames, com data;
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
5. Motivo do encaminhamento com justificativa.

Endocrinologia

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Emergências Hiperglicêmicas: paciente com suspeita de cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar hiperglicêmico não-cetótico;
- Paciente com suspeita de tireotoxicose;

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

- Diabetes *Mellitus* (DM);
- Disfunções Tireoidianas: nódulo de tireoide; cistos tireoidianos; hipotireoidismo; hipertireoidismo.
- Bócio Multinodular;
- Hiperprolactinemia;
- Obesidade;
- Suspeita de hipertensão secundária de causa endocrinológica.

Importante: Casos de endocrinologia pediátrica (até 14 anos) deverão ser encaminhados para serviços especializados: IMIP, Hospital Barão de Lucena, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Geral de Areias. A oferta das vagas para esses atendimentos nos hospitais estaduais é regulada através do sistema da Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE).

1- DIABETES MELLITUS

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Paciente com DM tipo I;
- Paciente com DM tipo II, após ter iniciado insulina NPH *bed time*, progredido dose e associado insulina regular;
- Paciente diabético com insuficiência renal crônica;

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: duração conhecida da DM e controle glicêmico; sinais e sintomas; peso do paciente em quilogramas (kg);
2. Exame físico;
3. Resultados de exames complementares, com data (resultado de exame de hemoglobina glicada; resultado de exame de creatinina sérica);
4. Tratamento em uso ou já realizado com dose e posologia; se em uso de insulina;
5. Especificar motivo / justificativa do encaminhamento.

2- DISFUNÇÕES TIREOIDIANAS

2.1- Hipotireoidismo:



Atenção: Não solicite T3 reverso (rT3) para avaliação da função tireoidiana;

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo);
- Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, quando já avaliada adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração de metabolismo / absorção de T4;

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal; sinais e sintomas; histórico familiar; história pregressa;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames com data (resultado de exame TSH, resultado de exame T4 livre ou T4 total);
4. Tratamento em uso ou já realizado – medicamentos utilizados com dose e posologia; informar se o paciente faz uso de levotiroxina;
5. Especificar motivo / justificativa do encaminhamento.

2.2- Hipertireoidismo:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os pacientes

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal; sinais e sintomas; histórico familiar; história pregressa;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames com data (resultado de exame TSH, resultado de exame T4 livre ou T4 total);
4. Tratamento em uso ou já realizado, com dose e posologia; informar se o paciente faz uso de Metimazol ou Propiltiouracil;

2.3- Nódulo de Tireoide:



Atenção: USG de tireoide não é um exame a ser realizado de rotina.

Não solicitar tireoglobulina na avaliação inicial de nódulos tireoidianos.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente);
- Paciente com história clínica, exame físico ou características do nódulo suspeito para malignidade (para PAAF, quando ainda não foi realizada);
- Nódulo com TI-RADS 3 e maior que 2,5 cm; nódulo com TI-RADS 4 e maior que 1,5 cm; nódulo com TI-RADS 5 e maior que 1,0 cm (para PAAF, quando ainda não foi realizada);
- Paciente com sinais e sintomas compressivos ou com suspeita de malignidade (dispneia, rouquidão, tosse, disfagia, adenomegalias patológicas).

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história familiar de câncer de tireoide (sim ou não), com indicação do parentesco;
- Exame físico;
- Resultados de exames com data (resultado de exame TSH; resultado de USG de tireoide, com descrição do tamanho e características do(s) nódulo(s));
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
- Especificar motivo / justificativa do encaminhamento.

2.4- Cistos Tireoideanos:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com cistos tireoideanos maiores que 3 cm;

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história familiar de câncer de tireoide (sim ou não), com indicação do parentesco;
2. Exame físico;
3. Resultado de exames com data (resultado de exame TSH, resultado de ecografia de tireoide, com descrição do tamanho e características do(s) nódulo(s));
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Especificar motivo / justificativa do encaminhamento.

3- BÓCIO MULTINODULAR

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente);
- Nódulo com indicação de PAAF (quando ainda não foi realizada);
- Sintomas compressivos atribuíveis ao bócio ou suspeita de malignidade;
- Indicação de tratamento cirúrgico ou iodo radioativo (bócio grande, bócio que está crescendo).

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal; sinais e sintomas; informar se paciente teve exposição a radiação ionizante na infância ou adolescência; captação de glicose em PET-TC; informar existência de mutação em genes associados a câncer medular familiar; histórico familiar de câncer de tireoide, com indicação do parentesco;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data (resultado de exame TSH, resultado de ecografia de tireoide, com descrição do tamanho, característica dos nódulos e volume do bócio);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Especificar motivo / justificativa do encaminhamento.

4- HIPERPROLACTINEMIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com duas dosagens com níveis de prolactina maior que o limite superior da normalidade de acordo com o método de dosagem utilizado;

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, histórico familiar;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data;
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Especificar motivo / justificativa do encaminhamento.

5- OBESIDADE:



Atenção: Não encaminhar ao endocrinologista pacientes com obesidade secundária a medicamentos como glicocorticoide, antipsicóticos (tioridazina, risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina), estabilizadores do humor (lítio, carbamazepina), entre outros.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Paciente com obesidade secundária provocada por problemas endocrinológicos;
- Pacientes com IMC acima de 35kg/m e alguma comorbidade (risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos, doença cardiovascular, hipertensão arterial de difícil controle, diabetes *mellitus* de difícil controle, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (apneia do sono), doença articular degenerativa);
- Paciente com IMC acima de 40kg/m com ou sem comorbidades.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal; sinais e sintomas; IMC; peso do paciente em quilogramas (kg); estatura, em metros; breve descrição do tratamento clínico longitudinal (realizado por, no mínimo, dois anos); risco cardiovascular ou doença cardiovascular; se portador de doença cardiovascular, informar qual; se paciente tem diabetes *mellitus* de difícil controle ou hipertensão arterial de difícil controle;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data;
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Especificar motivo / justificativa do encaminhamento.

6- Suspeita de Hipertensão Secundária de causa endocrinológica:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Pacientes com clínica e/ou exames laboratoriais sugestivos de:

- Hiperaldosteronismo primário;
- Hipertireoidismo;
- Síndrome de Cushing;
- Acromegalia;
- Hiperparatireoidismo;
- Feocromocitoma.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, histórico familiar;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data;
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Especificar motivo / justificativa do encaminhamento.

Ginecologia

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica (AB) é a porta de entrada para todas as condições clínicas ginecológicas, dessa forma é fundamental que todos os recursos diagnósticos e terapêuticos da AB sejam esgotados antes da realização de encaminhamento para a ginecologista.

- Alterações do ciclo menstrual;
- Sangramento disfuncional com resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses;
- Queixas de corrimentos vaginais;
- Atenção à saúde da mulher no climatério;

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Sangramento uterino anormal com presença de instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves;
- Dor pélvica aguda associada a sinais de alerta (febre, calafrio, hipotensão, taquicardia, taquipneia, distensão ou rigidez abdominal).

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

- Problemas relacionados à menstruação: sangramento uterino anormal, amenorreia, dentre outros;
- Dor pélvica crônica;
- Massa anexial;
- Miomatoses;
- Neoplasias ginecológicas: de colo uterino, de mama, de endométrio, dentre outras;
- Climatério;
- Incontinência urinária;
- Anormalidade da estática pélvica;
- Condiloma acuminado / verrugas genitais.

1- PROBLEMAS RELACIONADOS À MENSTRUÇÃO

1.1- Sangramento Uterino Anormal:



Atenção!

Avaliar se o sangramento é realmente uterino; descartar sangramento por patologias cervicais na investigação inicial de sangramento uterino anormal; **sempre descartar gravidez, abortamento e atentar para casos de violência sexual.**

Pacientes com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresentem letargia, taquipneia, pele fria e pegajosa, pulso fraco e filiforme, diminuição do débito urinário, hipotensão ou outros sinais de choque devem ser avaliadas em serviço de urgência e emergência.

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

Paciente na Menacme:

- Sangramento disfuncional sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem);
- Sangramento uterino anormal associado a leiomioma, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses;
- Sangramento uterino anormal associado a pólipos ou hiperplasia de endométrio (espessura endometrial maior ou igual a 12mm por ultrassonografia (USG) transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual – proliferativa);
- Sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e pelo menos mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno).

Paciente na Menopausa:

- Espessura endometrial maior ou igual a 5mm evidenciada na ultrassonografia pélvica transvaginal;
- Sangramento uterino anormal e impossibilidade de solicitar ecografia pélvica transvaginal.

Condições clínicas que também indicam necessidade de encaminhar a hematologista:

- Mulher na menacme com suspeita de sangramento uterino anormal por discrasia sanguínea (sangramento uterino aumentado desde a menarca ou história familiar de coagulopatia ou múltiplas manifestações hemorrágicas).

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e demais informações pertinentes ao caso), história pregressa (menarca; pubarca; sexarca; se pertinente, informações referentes à menopausa e ao climatério);
2. Exame físico ginecológico;
3. Resultados de exames, com data (hemograma, ultrassonografia pélvica transvaginal, dentre outros);
4. Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos utilizados com dose e posologia).

1- PROBLEMAS RELACIONADOS À MENSTRUACÃO

1.2- Amenorreia:



Atenção!

Sempre descartar gravidez e avaliar se a paciente faz uso de métodos anticoncepcionais regularmente.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Amenorreia Primária:

Maiores de 14 anos sem caracteres sexuais secundários;
Maiores de 16 anos com caracteres sexuais secundários.

Amenorreia Secundária:

Resposta negativa ao teste do progestágeno (quadro abaixo);
Falência ovariana precoce;
História de exposição a radioterapia e/ou quimioterapia no passado.

Teste do progestágeno:

Fornecer 1 comprimido de acetato de medroxiprogesterona de 10 mg por dia, durante 5 a 10 dias. Teste considerado positivo se houver sangramento após 3 a 10 dias do término da medicação.

Condições clínicas que também indicam necessidade de encaminhar a endocrinologista:

- Hiperprolactinemia ou outras doenças hipofisárias / hipotalâmicas.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, idade, sinais e sintomas (tempo de início da amenorreia e demais informações pertinentes ao caso), história pregressa;
2. Exame físico ginecológico;
3. Resultados de exames, com data (dosagem de prolactina, TSH e teste com progestágeno, se amenorreia secundária; USG pélvica ou transvaginal, se disponível);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia).

2- DOR PÉLVICA CRÔNICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Dor pélvica cíclica de origem ginecológica com duração superior a seis meses, refratária ao tratamento clínico otimizado, não associada a gestação;
- Alteração em exame de imagem;
- Exame físico sugestivo de endometriose;
- Exame físico sugestivo de aderências pélvicas.



Atenção!

Considere encaminhamento para a Gastroenterologia em casos de suspeita de dor de origem abdominal com investigação inconclusiva na APS.

Considere encaminhar à Urologia, se suspeita de cistite intersticial.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas (caracterização da dor, localidade, intensidade, irradiação da dor, dentre outras informações pertinentes ao caso), história pregressa (relatar se já houve cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias);
2. Exame físico ginecológico;
3. Resultados de exames, com data (se disponível);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);

3- MASSA ANEXIAL



Atenção!

Não existe indicação de USG para rastreamento de massa anexial, logo, este exame só deve ser solicitado em casos de pacientes com queixas (distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança hábito intestinal, etc.).

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- USG com presença de massa anexial;
- Tumores sólidos, independentemente do tamanho;
- Tumores císticos com aspecto complexo (multisseptado, conteúdo misto, projeções sólidas);
- Tumores com ascite;
- Cistos simples em pacientes na menacme menor que 8cm que não tenham regredido em duas ultrassonografias pélvicas transvaginais, com intervalo de três meses entre elas;
- Cistos simples em pacientes na menacme maior de 8cm;
- Cistos simples em paciente na menopausa.

Importante!

É necessário encaminhamento com **urgência** para serviço de **Oncologia Clínica** em caso de ascite, bilateralidade ou septações grosseiras.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história pregressa (se pertinente, informações referentes à menopausa e ao climatério), história familiar (se positivo para câncer de mama ou de ovário, descrever parentesco dos familiares, sexo e idade de diagnóstico do câncer);
2. Exame físico ginecológico;
3. Resultado do exame de imagem, com data;
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);

4- MIOMATOSE UTERINA



Atenção!

Paciente com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta letargia, taquipneia, pele fria e pegajosa, pulso fraco e filiforme, diminuição do débito urinário, hipotensão ou outros sinais de choque devem ser avaliadas em serviço de urgência e emergência.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Paciente com sangramento, distensão abdominal e/ou dispareunia que persistem após tratamento clínico otimizado por três meses;
- Para decisão sobre tratamento cirúrgico.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e demais informações pertinentes ao caso), história pregressa (se aplicável, informações sobre climatério e menarca), história familiar de miomatose uterina;
2. Exame físico ginecológico (se o útero é palpável, se o mioma é palpável ou perceptível ao toque vaginal ou à palpação abdominal);
3. Resultados de exames, com data (hemograma, USG de abdome inferior e/ou USG transvaginal);
4. Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos utilizados, com dose e posologia).

5- NEOPLASIA GINECOLÓGICA:

5.1- Neoplasia do colo uterino:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Resultado de Colposcopia (CP) com qualquer dos seguintes achados:

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);
- Células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau) (AGC);
- Células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau);
- Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL);
- Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor;
- Mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doença autoimune ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL).

Resultado de dois CPs consecutivos (com intervalo de seis meses) com quaisquer dos seguintes achados:

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico (ASC-US);
- Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL).

Condições clínicas que também indicam necessidade de encaminhar para oncoginecologia:

- Lesão suspeita (como tumores ou úlceras) ao exame especular;
- Resultado de biópsia de colo com: neoplasia invasora (carcinoma epidermoide/adenocarcinoma); ou carcinoma microinvasor; ou NIC 2 ou 3;
- Resultado de CP com: carcinoma epidermoide invasor; ou adenocarcinoma *in situ* (AIS) e invasor.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história pregressa, história familiar de câncer de mama ou de ovário Se sim, descrever parentesco dos familiares, sexo e idade de diagnóstico do câncer);
2. Exame físico ginecológico;
3. Resultados de exames, com data (descrição das últimas colposcopias realizadas).

5.2- Neoplasia de endométrio:



Atenção!

Não existe indicação de ecografia transvaginal como exame de rotina ou para rastreamento de câncer de endométrio. Logo, este exame só deve ser solicitado em casos de pacientes na menopausa com sangramento uterino anormal.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Mulheres na menopausa com sangramento uterino anormal (sem terapia hormonal) quando não há oferta de ecografia transvaginal na APS;
- Mulheres na menopausa com espessura endometrial maior que 5mm ou descrição de endométrio heterogêneo e irregular na ecografia.

Condições clínicas que também indicam necessidade de encaminhar para oncoginecologia:

- Neoplasia do endométrio evidenciada em biópsia;
- Exame de imagem com lesão tumoral suspeita de neoplasia de endométrio.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e demais informações pertinentes ao caso), história pregressa (menarca, menopausa, climatério), história familiar para câncer de mama ou ovário (se positiva, descrever o parentesco dos familiares, sexo e idade de diagnóstico do câncer);
2. Exame físico ginecológico (descrever exame especular);
3. Resultados de exames realizados, com data (USG transvaginal, biópsia do endométrio, dentre outros).

6- CLIMATÉRIO:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Menopausa precoce (antes dos 40 anos);
- Persistência de sintomas associados ao climatério após tratamento clínico otimizado por 6 meses.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, presença de sinais e sintomas, data da última menstruação, história prévia de neoplasia maligna ginecológica ou ooforectomia;
2. Exame físico ginecológico;
3. Tratamento em uso ou já realizado para os sintomas do climatério (medicamentos utilizados, com dose e posologia).

7- INCONTINÊNCIA URINÁRIA:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Incontinência urinária sem resposta ao tratamento otimizado como exercícios para músculos do assoalho pélvico, treinamento vesical (quando disponíveis) e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão de cafeína e bebidas alcoólicas);
- Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associados.



Atenção!

Sinais de alerta: dor, infecção do trato urinário de repetição, prolapso uterino sintomático, massa pélvica e suspeita de fístula.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história pregressa;
2. Exame físico ginecológico (descrição do exame pélvico, presença e grau de prolapso);
3. Resultado de exames realizados, com data (urocultura, estudo urodinâmico, dentre outros);

4. Tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Medicamentos que afetem a continência urinária.

8- ANORMALIDADE DA ESTÁTICA PÉLVICA:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Paciente com prolapso genital sintomática, independente do grau, que deseja tratamento cirúrgico;
- Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história pregressa
2. Exame físico ginecológico (descrição do exame pélvico, presença e grau de prolapso;
3. Resultado de exames realizados, com data (urocultura, estudo urodinâmico, dentre outros);
4. Tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Medicamentos que afetem a continência urinária.

9- CONDILOMA ACUMINADO / VERRUGAS VIRAIS:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Paciente com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).



Atenção!

Em casos de gestantes com condiloma acuminado no canal vaginal ou colo uterino; ou com lesões que obstruem o canal do parto, extensas ou numerosas e com indicação de tratamento cirúrgico, é necessário encaminhamento para o pré-natal de alto risco.

Condições clínicas que também indicam necessidade de encaminhar para a dermatologia:

- Pacientes imunossuprimidos com verrugas refratárias ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões;
- Pacientes com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) ou outras verrugas virais refratárias ao tratamento por pelo menos 3 meses.

Condições clínicas que também indicam necessidade de encaminhar para a proctologia:

- Pacientes com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou numerosas).

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, menacme, menopausa, gestação, história pregressa;
2. Exame físico ginecológico (descrição da lesão, incluindo localização, extensão e evolução; se condiloma anorretal, descrição do toque retal);
3. Resultado de exames, com data (anti-HIV, teste rápido para HIV, dentre outros);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia).

Importante!

É necessário investigar outras DSTs (sífilis, HIV, hepatite B e C, dentre outras) em pessoas que apresentam condiloma acuminado.

Hebiatria

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Estudos demonstram que 80% das necessidades de saúde apresentadas na adolescência podem ser solucionadas na Atenção Básica (AB). A equipe de saúde deve estar preparada para atender as demandas complexas da adolescência, que, em sua maioria, estão atreladas a questões únicas do desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social. Em geral, a Atenção Básica (AB) não faz parte do itinerário terapêutico dos usuários adolescentes, que consideram suas demandas "invisibilizadas", em especial os do sexo masculino. No entanto, a AB deve ser a porta de entrada para todas as condições clínicas e demandas desses usuários. Dessa forma, reforçamos que todos os recursos diagnósticos e terapêuticos da AB devem ser esgotados antes da realização de encaminhamento para a Hebiatria.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Toda ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, podendo ser por situações infecciosas e parasitárias, do aparelho respiratório, do aparelho digestivo, lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

CRITÉRIOS MÍNIMOS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com idade entre 10 a 18 anos, associado com algum dos achados descritos a seguir que sejam refratários a múltiplas intervenções terapêuticas realizadas na AB, principalmente quando envolve alteração hormonal:
- Crescimento abaixo do percentil mais baixo nas curvas de crescimento;
- Velocidade de crescimento baixa em pelo menos seis meses a um ano de observação;
- Estatura incompatível com a estatura dos pais (abaixo do alvo genético);
- Ausência de sinais de puberdade após os 13 anos nas meninas e 14 anos nos meninos;
- Ausência de sangramento menstrual (menarca) após 15 anos de idade;
- Aparecimento precoce de mamas e/ou pelos pubianos nas meninas – antes dos oito anos de idade, sugerindo puberdade precoce;
- Aparecimento precoce de pelos pubianos e/ou aumento do pênis e testículos nos meninos – antes dos nove anos de idade;
- Irregularidade menstrual acompanhada de excesso de pelos e acne, sugerindo síndrome dos ovários policísticos;
- Aspectos emocionais e de desenvolvimento vinculados a dificuldades no processo de ensino-aprendizagem;
- Problemas de conduta classificados como graves (agressividade, comportamento antissocial, impulsividade, destrutividade);
- Paciente com obesidade, com ou sem comorbidades, sem resposta ao tratamento adotado na AB;
- Transtornos de alimentação, sem resposta ao tratamento adotado na AB;
- Cefaleia atípica com necessidade de investigação por meio de recursos diagnósticos não disponíveis na AB;
- Dúvidas diagnósticas relacionadas a questões únicas da adolescência.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, tempo de evolução, outros sinais e sintomas associados e informações relevantes para o quadro;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data;
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
5. Hipótese diagnóstica;
6. Motivo do encaminhamento com justificativa.

Mastologia

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

- Lesões suspeitas de neoplasia mamária;
- Alterações funcionais benignas da mama;
- Alteração de Imagem Corporal;
- Ginecomastia;
- Pacientes com risco alto para câncer de mama.

1- LESÕES SUSPEITAS E NEOPLASIA DE MAMA



Atenção!

O exame físico das mamas é um componente importante na identificação e na investigação de lesões suspeitas de neoplasia mamária, bem como o primeiro método diagnóstico na APS.

Ultrassonografia de mamas NÃO é exame de rastreamento. Portanto, NÃO deve ser solicitado para esta finalidade. Este exame deverá ser solicitado apenas quando houver indicação clínic

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Nódulos mamários palpáveis em pacientes em qualquer idade que apresentam alta susceptibilidade para câncer de mama;
- Nódulos axilares clinicamente palpáveis quando descartados casos de processos inflamatórios ou infecciosos na investigação inicial;
- Nódulo palpável persistente por mais de um ciclo menstrual em mulher com mais de 30 anos;
- Nódulo palpável recente depois da menopausa;
- Nódulo palpável persistente por mais de um ciclo menstrual em mulher com menos de 30 anos, com lesão não visualizada em exame de imagem ou ecografia mostrando lesão sólida ≥ 2 cm ou com alta suspeita clínica;

Importante!

Nódulos palpáveis têm indicação de avaliação com exame de imagem (se idade < 30 anos com ecografia, na persistência por mais de 1 ciclo menstrual; e se idade ≥ 30 anos com mamografia).

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

Paciente assintomática com BI-RADS categoria 3 com indicação precisa de Terapia de Reposição Hormonal - provável indicação de citologia e/ou histologia

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE TAMBÉM INDICAM NECESSIDADE DE ENCAMINHAR PARA ONCOLOGIA:

- Exame físico com achado altamente sugestivo para câncer de mama (nódulo sólido recente em mulher com idade superior a 35 anos, ou nódulo em mulher com história prévia de câncer de mama, hiperplasia intraductal e/ou carcinoma *in situ* ou história familiar de alto risco para câncer de mama);
- Adenopatia axilar, mesmo com exame de imagem normal quando descartado casos de processo inflamatório ou infeccioso na investigação inicial;
- Exames de imagem com achados de BI-RADS 4 ou BI-RADS 5;
- Diagnóstico de câncer de mama confirmado por biópsia.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história progressiva (histórico de câncer de mama; história familiar; grau de parentesco e idade do familiar);
2. Descrição do exame físico;
3. Resultados de exames, com data (anexar laudo de exames de imagem realizados, principalmente mamografia e ultrassonografia mamária, ou descrever na íntegra os seus resultados);
4. Diagnóstico ou suspeição diagnóstica;
5. Hipótese diagnóstica.

2- ALTERAÇÕES FUNCIONAIS BENIGNAS DA MAMA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Mastalgia cíclica sem melhora após orientação verbal e uso de medicamentos;
- Cisto simples sintomático (dor ou desconforto);
- Lesão benigna sintomática (dor, desconforto, assimetria mamária), como fibroadenoma, tumor filóide, lipoma, ectasia ductal, necrose gordurosa ou hamartoma;
- Descarga mamilar;
- Abscesso subareolar crônico recidivante;
- Descarga papilar bilateral descartadas causas secundárias (exercício, estresse, tumores produtores de prolactina, drogas psicotrópicas, infecção de glândulas sebáceas, lesões eczematosas e maceração da pele), se desejado tratamento pela paciente.

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE TAMBÉM INDICAM NECESSIDADE DE ENCAMINHAR PARA ENDOCRINOLOGISTA:

- Descarga papilar bilateral leitosa sem hiperprolactinemia, não induzida por medicação.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas;
2. Descrição do exame físico;
3. Se descarga papilar bilateral leitosa, descreva: medicamentos em uso e resultado de prolactina e TSH, com data;
4. Hipótese diagnóstica.

3- ALTERAÇÃO DE IMAGEM CORPORAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Malformações mamárias (desde ausência, hipodesenvolvimento e mamas supranumerárias (aumento do número de mamas – mamas na região axilar, por exemplo));
- Pacientes desejosas de mastopexia redutora, respeitando os critérios: IMC < 27 kg/m², exceto raríssimas exceções, principalmente se com grandes deformidades na coluna vertebral, comprovadas com laudo de ortopedista ou neurocirurgião;
- Pacientes com diagnóstico de neoplasia de mama que sofreram mutilação total ou parcial da mama em decorrência do tratamento do câncer, que desejam a reconstrução mamária.

Importante!

Essas condições clínicas também indicam necessidade de encaminhamento para Cirurgia Plástica.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história pregressa;
2. Em casos de reconstrução de mama, descrever: diagnóstico do câncer de mama, laudo anatomopatológico confirmando a neoplasia; localização do câncer de mama; instituição de saúde em que realizou tratamento para o câncer; tratamento local (mastectomia parcial ou total, radioterapia) e tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica) realizado para o câncer;
3. Exame físico;
4. Resultados de exames, com data;
5. Hipótese diagnóstica.

4- GINECOMASTIA



Atenção!

A ginecomastia é o aumento das glândulas mamárias masculinas, desenvolvendo desproporcionalmente a região peitoral.

Pacientes com pseudoginecomastia secundária à obesidade (quando há acúmulo de tecido adiposo sem proliferação glandular) não devem ser encaminhados à mastologia.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

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

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE TAMBÉM INDICAM NECESSIDADE DE ENCAMINHAR PARA ENDOCRINOLOGISTA:

- Suspeita de anormalidade endocrinológica como hipogonadismo (atrofia testicular, diminuição de massa muscular, de pelos faciais ou no corpo), hipertireoidismo, resistência androgênica, etc.;
- Ginecomastia em crianças pré-púberes;
- Ginecomastia com crescimento rápido ou maior do que 4 cm;
- Ginecomastia idiopática que não regrediu após 2 anos de acompanhamento.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, presença de comorbidades que justifiquem a ginecomastia (cirrose, hipertireoidismo), índice de massa corporal (IMC), história familiar;
2. Exame físico (descrever se achado unilateral ou bilateral, dor ou desconforto, evolução, palpação testicular);
3. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. Hipótese diagnóstica.

5- PACIENTE COM ALTO RISCO DE CÂNCER DE MAMA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Paciente assintomática com alto risco pessoal ou familiar para câncer de mama, com indicação de intensificação no rastreamento por imagem, esgotadas as possibilidades de acompanhamento na APS.

Importante!

Critérios de alto risco para câncer de mama:

1. Pacientes com mutação ou com parentes de 1º grau (lado materno ou paterno) com mutação comprovada dos genes BRCA 1 ou 2, ou com síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden e outras;
2. Pacientes com história familiar de: pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama em idade menor que 50 anos; ou pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral; ou pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de ovário, em qualquer faixa etária; ou homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama.
3. Pacientes com história de radiação torácica (radioterapia torácica prévia) antes dos 30 anos;
4. Pacientes com história pessoal de câncer de mama invasor ou hiperplasia lobular atípica, carcinoma lobular *in situ*, hiperplasia ductal ou lobular atípica, atipia epitelial plana ou carcinoma ductal *in situ*.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Urban et al. (2017), Dynamed (2018b) e Ministério da Saúde (2013).

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história pessoal de câncer de mama ou outra neoplasia (se positiva, descreva tipo de neoplasia e idade no diagnóstico); história familiar de neoplasia mamária, de ovário ou outra (se positiva, descreva tipo de neoplasia, grau de parentesco e idade no diagnóstico de todos os parentes acometidos); presença de outro fator de risco conhecido (por exemplo, mutação em gene BRCA 1 ou 2);
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data;
4. Hipótese diagnóstica.

Neurologia

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisas realizadas na área demonstram que 40% dos encaminhamentos feitos à neurologia se referem a patologias ou situações de saúde simples que podem ser manejados na atenção primária à Saúde (APS). Em geral, essas situações são queixas somáticas sem explicação médica, cefaleias benignas, AVC não-agudo, situações de sofrimento mental como depressão, choro fácil, ansiedade, nervosismo, bipolaridade, insônia associada à ansiedade e fibromialgia. Nesse sentido, é fundamental que todos os recursos diagnósticos e terapêuticos da APS sejam esgotados antes da realização de encaminhamento para à Neurologia.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Pacientes com cefaleia e sinais de alerta (aparecimento súbito, dor de intensidade muito forte);
- Cefaleia associada a alterações no exame neurológico ou distúrbio de comportamento, convulsões ou de instalação súbita;
- AVC (isquêmico ou hemorrágico) agudo;
- Crise epiléptica de início agudo ou associada a quadro febril ou estado de mal epiléptico;
- Trauma cranioencefálico (TCE) ou trauma raquimedular (TRM) recente;
- Infecção do SNC (suspeita de meningites, encefalites, mielites, abscesso cerebral, etc.).

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

- Cefaleia;
- Síncope e vertigem;
- Convulsão e epilepsia;
- Tremor e Síndrome Parkinsoniana;
- Distúrbios do Movimento;
- Síndromes demenciais;
- Esclerose múltipla e outras doenças desmielinizantes ou neuroimunológicas;
- Acidente Vascular Encefálico;

1- CEFALEIA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Cefaleia tensional de difícil controle, refratária ao tratamento realizado na APS há mais de três meses (com mudança de estilo de vida, resgate nas crises com analgésicos comuns ou AINES, tentativa de profilaxia com antidepressivo tricíclico, se crises ocorrem menos de duas vezes por semana);
- Enxaqueca de difícil controle, refratária ao tratamento realizado na APS há mais de 03 meses (com mudança de estilo de vida, tratamentos abortivos nas crises leves a moderadas com AINES e nas crises moderadas a graves com triptanos, tentativa de profilaxia se crises ocorrem quatro ou mais vezes por mês);
- Cefaleia atípica com necessidade de investigação por exame de imagem indisponível na APS (ressonância magnética nuclear, por exemplo);
- Cefaleia com sinais de alerta: dor súbita e intensa, história de alterações sensitivo-motoras, visuais, marcha, equilíbrio, perda de consciência ou evolução progressiva, alteração dos sinais vitais ou suspeita de cefaleia secundária.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, tempo de evolução da condição verificada, descrição das alterações encontradas, comorbidades associadas;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data (se disponível);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
5. Hipótese diagnóstica;
6. Motivo de encaminhamento com justificativa.

2- VERTIGEM, SÍNCOPE OU PERDA DE CONSCIÊNCIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Vertigem com suspeita de origem central após avaliação em serviço de emergência (nistagmo vertical ou horizontal, rotatório ou multidirecional, grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé, presença de outros sinais e/ou sintomas neurológicos focais (cefaleia, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria, surdez súbita unilateral);
- Episódios de desmaios, após exclusão de outras causas (metabólicas, cardiovasculares);
- Episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva (língua mordida, postura não usual de tronco ou membro).

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, tempo de evolução da condição verificada, frequência dos episódios, comorbidades associadas;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data (se disponível);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
5. Hipótese diagnóstica;
6. Motivo de encaminhamento com justificativa.

3- CONVULSÃO E EPILEPSIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS;
- Suspeita ou investigação de epilepsia;
- Epilepsia diagnosticada, com controle inadequado das crises, mesmo em uso de medicação e após avaliação de adesão realizada na APS;
- Gestantes com epilepsia.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, frequência dos episódios, tempo de evolução da condição verificada, fatores desencadeantes, comorbidades associadas;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data (se disponível);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Hipótese diagnóstica;
6. Motivo de encaminhamento com justificativa.

4- TREMOR E SÍNDROME PARKINSONIANA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Paciente com tremor essencial de difícil controle, não associado a ansiedade que curse com prejuízo das atividades da vida diária;
- Tremor essencial de difícil controle refratário ao tratamento sintomático;
- Suspeita de doença de Parkinson sem uso de medicamentos potencialmente indutores (antipsicóticos, antieméticos, antivertiginosos, anti-hipertensivos bloqueadores de canais de cálcio, metildopa, lítio, amiodarona, ácido valpróico).

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, frequência dos episódios, tempo de evolução da condição verificada, comorbidades associadas;
2. Exame físico (características do tremor, bradicinesia, rigidez muscular do tipo plástica, alteração da marcha, instabilidade postural);
3. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
4. Hipótese diagnóstica;
5. Motivo de encaminhamento com justificativa.

5- DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Suspeita ou diagnóstico de ataxia – incoordenação motora não causada por fraqueza muscular;
- Suspeita ou diagnóstico de Coreia – síndrome caracterizada por movimentos involuntários arrítmicos, rápidos, abruptos, não repetitivos no tempo e com distribuição variável, preferencialmente distal, sendo um tipo de discinesia.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, avaliar história familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças raras hereditárias, questionar medicamentos recentemente introduzidos e avaliar possibilidade de substituição;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data (anti-HIV, sódio, potássio, magnésio, cálcio, TSH, vitamina B12, FAN, glicemia, beta-HCG – para mulher em idade fértil);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Hipótese diagnóstica;
6. Motivo do encaminhamento com justificativa.

6- SÍNDROMES DEMENCIAIS:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Declínio cognitivo com rápida progressão, após exclusão de causas reversíveis e transtornos psiquiátricos;
- Alteração progressiva da memória, após exclusão de causas secundárias.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas (descrever idade e modo de início, tempo de evolução, situações e tarefas nas quais o paciente apresente prejuízo; funções cognitivas afetadas);
2. Exame físico neurológico;
3. Resultados de exames, com data;
4. Hipótese diagnóstica;
5. Tratamentos prévios;
6. Motivo de encaminhamento com justificativa.

7- ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM) E OUTRAS DOENÇAS DESMIELINIZANTES OU NEUROIMUNOLÓGICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Suspeita ou diagnóstico de EM pelos critérios de McDonald;
- Síndrome clínica isolada de alto risco de conversão para EM a pacientes com o primeiro surto sugestivo de EM, sem fechar todos os critérios diagnósticos atuais da doença, mas que possuem ao menos 2 lesões típicas de EM à RM;
- Paciente com EM em tratamento com falha terapêutica ou má resposta aos medicamentos da primeira linha de tratamento.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, tempo de evolução e demais informações pertinentes ao caso;
- Exame físico neurológico;
- Resultados de exames, com data;
- Hipótese diagnóstica;
- Motivo de encaminhamento com justificativa.

8- ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Quadro subagudo que necessitem de investigação para diagnóstico etiológico, se ainda não estabelecido;
- AVE isquêmico em paciente com menos de 45 anos;
- AVE isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% e 69%.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: descrição do tipo de AVE (hemorrágico ou isquêmico), data do evento e etiologia, quando conhecida, presença de sinais e sintomas, comorbidades;
2. Exame físico neurológico;
3. Resultado de exames realizados, com data (TC de crânio, ecocardiograma, ecodoppler);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Hipótese diagnóstica;
6. Motivo de encaminhamento com justificativa.

Pediatria

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Toda ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata:

- Febre com sinais de gravidade (como convulsões febris);
- Bronquiolite com sinais de gravidade;
- Anemia sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão) e/ou instabilidade hemodinâmica;
- Doença falciforme com crise algica ou outras complicações;
- Criança com trombocitopenia (< 20 mil plaquetas por mm³) e manifestação hemorrágica (petéquias, hematomas, sangramentos cutâneo-mucosos);
- Criança assintomática e valor de plaquetas inferior a 10 mil céls/mm;
- Citopenias e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda;
- Hipotermia, especialmente em menores de 2 meses e desnutridos graves;
- Palidez cutâneo-mucosa acentuada;
- Edema generalizado;
- Desidratação;
- Impossibilidade de beber ou sugar;
- Convulsão ou estado pós-convulsivo;
- Agitação e/ou prostração acentuadas;
- Estridor em repouso;
- Crises de apneia;
- Cianose;
- Insuficiência respiratória;
- Instabilidade hemodinâmica (taquicardia importante, pulsos finos, perfusão capilar lenta, hipotensão).

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

- Desnutrição energético-proteica;
- Criança com diarreia;
- Criança com tosse ou dispneia;
- Criança com anemia ou outras alterações hematológicas;
- Sífilis congênita;
- Toxoplasmose congênita.

1- DESNUTRIÇÃO ENERGÉTICO-PROTEICA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Crianças com desnutrição grave, sem sinais gerais de perigo;
- Suspeita ou diagnóstico de desnutrição secundária ou mista.



Atenção!

Crianças com desnutrição que apresentam hipoglicemia, desidratação, hipotermia, anemia grave, sinais de infecção ou outros devem ser avaliadas em serviços de urgência e emergência.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: estado geral da criança (aceitação da dieta, choro, atividade, funcionamento intestinal, diurese, sono), sinais e sintomas, existência ou não de situações de risco (desnutrição materna, privação socioeconômica);
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data;
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Hipótese diagnóstica;
6. Motivo do encaminhamento com justificativa.

2- CRIANÇA COM DIARREIA



Atenção!

É fundamental prevenir e reconhecer a desidratação. Crianças com ausência de lágrimas, olhos fundos, pouca saliva (boca e língua secas), pele com aspecto murcho, diminuição do volume da urina, respiração mais acelerada, extremidades frias e pulsos fracos devem ser encaminhadas aos serviços de urgência e emergência.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Crianças com diarreia persistente.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: estado geral da criança (aceitação da dieta, choro, atividade, funcionamento intestinal, diurese, sono), sinais e sintomas, se criança em situação de risco (se sim, descrever quais – privação socioeconômica, desnutrição materna);
2. Exame físico;
3. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia, planos para hidratação);
4. Hipótese diagnóstica;
5. Motivo do encaminhamento com justificativa.

2- CRIANÇA COM TOSSE OU DISPNEIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Criança com tosse persistente há mais de três semanas, sem esclarecimento diagnóstico após avaliação na AB;
- Lactente com três ou mais episódios de chiado no peito no último ano ou chiado no peito que dura pelo menos um mês;
- Lactente com suspeita ou diagnóstico de broncodisplasia pulmonar;
- Asma brônquica de difícil controle, com necessidade de doses altas de corticoide inalatório e/ou de

mais de uma classe de medicamento controlador ou profilático;

- Casos de pneumonia atípica (quadro mais arrastado, com ou sem febre, com menor comprometimento do estado geral, tosse seca importante e dissociação clínico-radiológica);
- Casos de pneumonia grave ou pneumonia recorrente;
- Criança com teste do pezinho alterado para fibrose cística;
- Teste do suor alterado em criança de qualquer idade com história de infecção pulmonar recorrente.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, tempo de evolução, outros sinais e sintomas associados e informações relevantes para o quadro;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data;
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Hipótese diagnóstica;
6. Motivo do encaminhamento com justificativa.

4- CRIANÇA COM ANEMIA OU OUTRAS ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICAS

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Anemia com causa desconhecida após investigação inconclusiva na APS;
- Anemia sem resposta ao tratamento realizado na APS (após três meses);
- Suspeita ou diagnóstico de doença falciforme, talassemia ou outras anemias hemolíticas congênicas ou adquiridas;
- Qualquer alteração na eletroforese de hemoglobina;
- Trombocitopenia confirmada com contagem de plaquetas abaixo de 50 mil céls/mm³ em pacientes assintomáticos;
- Trombocitopenia persistente (contagem de plaquetas abaixo 150 mil céls/mm³) após exclusão de pseudoplaquetopenia e causas secundárias na APS;
- Leucopenia persistente após exclusão de causas secundárias na APS;
- Citopenias, sem critérios de gravidade, após exclusão de causas secundárias comuns na APS;
- Distúrbios hemorrágicos após exclusão de causas secundárias na APS (como doença hepática, síndrome nefrótica e uso de anticoagulantes);
- Leucocitose e eosinofilia sem causa identificada após investigação inicial na APS;
- Episódio de tromboembolismo venoso ou arterial;
- Linfonodomegalia e esplenomegalia não associadas a quadro infeccioso agudo e sem etiologia definida na APS.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, tempo de evolução, outros sinais e sintomas associados e informações relevantes para o quadro;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames, com data;
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Hipótese diagnóstica;
6. Motivo do encaminhamento com justificativa.

5- SÍFILIS CONGÊNITA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Crianças com diagnóstico duvidoso com necessidade de recursos diagnósticos não disponíveis na AB;
- Crianças não tratadas no período neonatal;
- Crianças com sífilis, apesar de tratada no período neonatal.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: sinais e sintomas, informações relevantes para o quadro;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames realizados, com data (hemograma, VDRL materno e neonatal, radiografia de ossos longos);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Hipótese diagnóstica;
6. Motivo do encaminhamento com justificativa.

6- TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Recém-nascido (RN) ou lactente jovem com mãe com viragem sorológica naquela gestação (triagem pré-natal), sintomáticos ou não;
- RN ou lactentes com IgM positiva na triagem neonatal;
- RN ou lactente com manifestações clínicas sugestivas de infecção pelo *Toxoplasma gondii*, com ou sem informações sobre sorologia materna no pré-natal.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, tempo de evolução, outros sinais e sintomas associados e informações relevantes para o quadro;
- Exame físico;
- Resultados de exames realizados, com data;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
- Hipótese diagnóstica;
- Motivo do encaminhamento com justificativa.

Angiologia

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Suspeita ou diagnóstico de ruptura de aneurisma da aorta;
- Paciente com aneurisma não roto que apresenta suspeita de ruptura iminente, progressão ou complicação aguda ou sintomas não controláveis;
- Suspeita de isquemia crítica aguda (palidez, baixa temperatura do membro, ausência de pulso, dor em repouso que piora de intensidade perda da força ou sensibilidade, parestesia ou paralisia do membro, gangrena úmida);
- Suspeita clínica de trombose venosa profunda;
- Suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar;
- Pé diabético com sinais de gravidade – exsudato purulento e/ou sinais de inflamação em paciente com toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica (febre, calafrios, taquicardia, hipotensão, confusão mental, vômitos, leucocitose, hiperglicemia grave, azotemia).

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

- Pé diabético ou lesões de pele com necrose;
- Risco de tromboembolismo e síndrome pós-trombótica;
- Doença Arterial Obstrutiva Periférica;
- Doença Venosa Crônica e úlceras venosas;
- Doenças de vasos extracranianos (carótidas): estenose de carótida sintomática;
- Aneurisma.

1-PÉ DIABÉTICO OU LESÕES DE PELE COM NECROSE

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Lesões isquêmicas, neuropáticas ou infecciosas no pé (úlceras) sem complicações sistêmicas e metabolicamente estáveis, apresentando:
- Presença de exsudato purulento e/ou duas ou mais manifestações de inflamação, com pelo menos um dos seguintes achados:
- Celulite ultrapassando 2 cm do bordo da úlcera;
- Presença de linfangite;
- Acometimento abaixo da fáscia superficial;
- Abscesso de tecidos profundos;
- Gangrena;
- Envolvimento de músculo, tendão, articulação ou osso.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Sinais e Sintomas: queixa algica: incluir características da dor, tempo de início e duração; presença de alterações em exame físico neurológico; outros sinais e sintomas relevantes, como claudicação e ausência de pulsos periféricos – descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio;
- Tratamento atual ou já realizado – medicamentos utilizados, com dose, posologia, resposta à medicação, duração do tratamento medicamentoso;
- Resultado de exame de imagem realizados, como ultrassonografia e radiografia, com data e principais achados;
- Resultados dos exames laboratoriais – creatinina, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, sumário de urina, dentre outros que possam ser relevantes;

- Comorbidades associadas.



O **Pé Diabético** acontece quando há infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica em pessoas com Diabetes *Mellitus*.

É indispensável que, antes do encaminhamento, realize-se o diagnóstico diferencial para **Hanseníase**, que pode levar a complicações semelhantes.

2- RISCO DE TROMBOEMBOLISMO E SÍNDROME PÓS-TROMBÓTICA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Insuficiência venosa secundária a trombose de membro inferior com persistência de dor, edema, dermatite ocre e úlcera venosa após tratamento conservador na APS, que inclui exercícios, elevação de membros e terapia compressiva durante 6 meses.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Sinais e sintomas – incluir tempo de início e duração dos sintomas relatados pelo paciente; descrição do episódio de TEV (tromboembolismo venoso); localização; presença de alterações em exame físico neurológico;
- Tratamento com anticoagulantes;
- Atendimento prévio em serviço de emergência;
- Episódios recorrentes de tromboembolismo venoso;
- Resultado de exames realizados, com data e principais achados;
- Presença de fatores de risco para TEV, como repouso absoluto, tabagismo, histórico familiar de coágulos sanguíneos, fraturas em membros inferiores, parto nos últimos 6 meses, insuficiência cardíaca, obesidade, histórico de cirurgia recente, hipercoagulabilidade sanguínea, câncer, uso de estrogênios ou pílulas anticoncepcionais.

3- DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Doença arterial crônica sintomática com claudicação limitante para as atividades de vida diária sem resposta a tratamento conservador aplicado por seis meses, que abrange uso de antiagregante plaquetário (como ácido acetilsalicílico), uso de cilostazol ou pentoxifilina (quando disponível) e controle de fatores de risco como cessação de tabagismo e tratamento de diabetes, hipertensão e dislipidemia (uso de agentes hipolipemiantes), além de prática de exercício físico supervisionado;
- Doença arterial crônica avançada com sinais ameaçadores ao membro, que inclui dor persistente em repouso ou que o acorda durante o sono, úlcera arterial e/ou gangrena.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Sinais e Sintomas: ausência de pulsos; atrofia da musculatura; rarefação de pelos; presença de lesão trófica; necrose; outros sinais e sintomas relevantes ao caso;
- Tempo de evolução;
- Histórico de amputações prévias;

- Tratamento atual ou já realizado;
- Medicamentos em uso, com posologia;
- Resultados de exames realizados – incluir data de realização e principais achados;
- Comorbidades associadas e fatores de risco.

4- DOENÇA VENOSA CRÔNICA E ÚLCERAS VENOSAS

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Sintomas, como dor e edema, refratários ao tratamento conservador por 06 meses com elevação dos membros inferiores, exercícios, meias compressivas, medicações orais venoativas como castanha-da-índia, diosmina com hesperidina, dobesilato de cálcio (se disponíveis);
- Lesões ulceradas em membros inferiores;
- Tromboflebite superficial localizada próximo a junção safeno femoral ou safeno poplíteia;
- Varizes de grosso calibre com sinais de insuficiência venosa grave tais como dermatites ocre e/ou úlceras varicosas;
- Refluxo venoso documentado no doppler;
- Quadro recorrente de Trombose Venosa Profunda (TVP).

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Sinais e sintomas: descrever principais queixas; tempo de evolução da doença; presença ou histórico de úlcera (se sim, descrever aspecto); palpação de pulsos arteriais; outros sinais e sintomas relevantes;
- Tratamento atual ou já realizado;
- Medicamentos em uso, com posologia;
- Resultados de exames – incluir data de realização e principais achados;
- Comorbidades associadas e fatores de risco.

5- DOENÇAS DAS ARTÉRIAS CARÓTIDAS: ESTENOSE DE CARÓTIDA SINTOMÁTICA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Suspeita ou diagnóstico de estenose de carótidas;
- Obstrução da carótida acima de 60% na USG com doppler.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Sinais e sintomas: déficit motor ou déficit sensitivo; dificuldade na articulação da fala; anisocoria ou nistagmo; vertigem; disartria; disfagia; ataque isquêmico transitório (AIT) ou acidente vascular encefálico (AVE) há menos de seis meses;
- Tratamento atual ou já realizado;
- Medicamentos em uso, com posologia;
- Resultados de exames realizados: incluir data de realização e principais achados;
- Comorbidades associadas e fatores de risco, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doença Arterial Coronariana (DAC), Diabetes *Mellitus* (DM), dislipidemias, tabagismo, obesidade, sedentarismo, doença renal e doença cerebral vascular.

6- ANEURISMA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Aneurismas com diâmetro maior ou igual a 4,5 cm;
- Expansão rápida (maior do que 1 cm no ano ou 0,5 cm em seis meses);
- Pacientes com outros aneurismas periféricos (artérias ilíacas, femorais ou poplíteas).

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Sinais e sintomas: incluir tempo de início, frequência e duração dos sintomas relatados pelo paciente; relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio; alterações no exame físico;
- Tratamento atual ou já realizado;
- Medicações em uso, com posologia;
- Resultados de exames: incluir data de realização e principais achados;
- Atendimentos prévios em emergência e conduta na ocasião se realizado;
- Comorbidades associadas e fatores de risco, como DPOC, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Clínica Médica

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

- Queixas mais comuns, que não venham acompanhadas com sinais de gravidade, dentre elas:
 - Dores agudas;
 - Dores articulares não incapacitantes;
 - Casos leves de influenza;
 - Acompanhamento de pacientes com risco para doenças crônicas;
 - Dislipidemias;
 - Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus* de fácil controle.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado;
- Sinais de instabilidade hemodinâmica;
- Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas);
- Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente;
- Suspeita ou caso confirmado de artrite séptica;
- DPOC exacerbada, com sinais de gravidade, como dispneia em repouso, alteração do estado mental, instabilidade hemodinâmica, hipoxemia com necessidade de suplementação de oxigênio;
- Obstrução nasal aguda por corpo estranho;
- Retenção aguda de urina;
- Influenza com sintomatologia moderada a grave.



Os casos de pacientes que chegam à unidade com **histórico de fratura** anteriormente manejados nos serviços de urgência e emergência e que apresentam **deformidades ou prejuízo funcional** após tentativa de manejo conservador deverão receber encaminhamento para a ortopedia.

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

- Hipertensão arterial sistêmica (HAS);
- Insuficiência cardíaca;
- DPOC;
- Asma;
- Dispepsia;
- Hipotireoidismo;
- Hipertireoidismo;
- Diabetes *mellitus*;
- Cefaleia;
- Síndrome consumptiva.

1- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- HAS de difícil controle, após mudanças no estilo de vida e terapia medicamentosa com 3 ou mais drogas anti-hipertensivas, mas sem controle da pressão arterial (PA) adequado, com alterações nos exames complementares e/ou lesão em órgão alvo;
- Suspeita ou investigação de hipertensão secundária.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas:** descrever a queixa principal;
- **Tratamento** atual ou já realizado (farmacológico e não farmacológico; tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados, com dose, posologia e resposta);
- **Resultados de exames complementares**, com data e principais achados;
- Motivo do encaminhamento com justificativa.

2- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC)

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Suspeita clínica de IC na impossibilidade de completar a investigação na APS;
- IC comprovada através de radiografia com cardiomegalia ou ECO com FE reduzida;
- IC com piora recente da classe funcional ou nova cardiopatia estabelecida, apesar do tratamento clínico otimizado;
- Paciente que persiste com NYHA (classificação funcional da New York Heart Association) III ou IV, apesar do tratamento clínico otimizado, que consiste no uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina 2, beta-bloqueador e diurético.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e sintomas:** descrever a queixa principal, incluindo o tempo de evolução e frequência dos sintomas, NYHA, sinais de congestão e hipoperfusão, histórico de descompensações e internações nos últimos 12 meses;
- **Tratamento farmacológico atual ou anterior:** duração, medicamentos utilizados, com dose, posologia e resposta;
- **Tratamento não farmacológico:** tipo, duração e resposta;
- **Resultados de exames complementares**, com data e principais achados;
- **Comorbidades associadas;**
- Motivo do encaminhamento com justificativa.

3- DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- DPOC de difícil controle ou muito grave (VEF1 < 30% do previsto);
- Paciente que persiste sintomático mesmo com tratamento otimizado (vide quadro a seguir);
- Suspeita de *cor pulmonale* (quando observado no exame clínico hiperfoneses de segunda bulha em foco pulmonar, turgência jugular e refluxo hepatojugular ou alterações em exames de imagem);
- Indicativo de necessidade de oxigenoterapia domiciliar prolongada (saturação de oxigênio \leq 92% no repouso em ar ambiente).

Importante!

Tratamento clínico otimizado é definido como aquele que inclui a prescrição de corticoide inalatório e beta-2-agonista ou anticolinérgico de longa ação.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e sintomas:**
 - Frequência de limitações nas Atividades de Vida Diária (AVD's);
 - Pontuação na escala MRC (Medical Research Council);
 - Episódios de exacerbações;
 - Outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
- **Resultados de exames complementares:** radiografia de tórax, tomografia, espirometria, dentre outros; incluir data de realização e outras informações consideradas relevantes;
- **Tratamento farmacológico:** duração; medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta;
- **Tratamento não farmacológico:** tipo, duração e resposta;
- Histórico de tabagismo, uso de forno a lenha ou exercício de atividade laboral associada a DPOC;
- Medicamentos em uso.

4- ASMA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Asma de difícil controle (crises constantes, despertares noturnos e/ou limitações nas AVD's devido aos sintomas);
- Asma grave: tratamento incluindo corticoide em dose média/alta há mais de 6 meses não controlada ou parcialmente controlada;
- Paciente com risco de fatalidade que não esteja sendo acompanhado por especialista: histórico de hospitalização no último ano, idas frequentes à emergência, parada cardiorrespiratória, ventilação mecânica ou internação em UTI.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e sintomas:**
 - Descrever as últimas crises;
 - Identificar se há limitação para atividade física devido à asma;
 - Frequência de uso de beta-2-agonistas de curta duração;
 - Número de **exacerbações** com uso de corticoide oral no último ano;
 - Outras alterações relevantes;
 - **Associação dos sintomas com atividade laboral** (se sim, descrever a atividade);
- **Tratamento farmacológico:** duração; medicamentos utilizados, com dose, posologia e resposta;
- **Tratamento não farmacológico:** tipo, duração e resposta;
- **Resultado de exames complementares realizados:** espirometria, IgE, EDA, teste alérgico e radiografia de tórax; incluir datas dos exames e outros achados relevantes.

5- DISPEPSIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Dispepsia e sinais de alarme (vide quadro a seguir);
- Pessoa com idade ≥ 50 anos com dispepsia recente;
- Dispepsia não controlada, mesmo com tratamento clínico.

Importante!

Os **sinais de alarme** incluem disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível (homens com hemoglobina menor que 13 g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), massa epigástrica, alterações suspeita em REED (RX de esôfago, estômago e duodeno), dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica ou esofágica em parente de primeiro grau.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e sintomas:**
 - Incluir tempo de evolução, frequência e intensidade dos sintomas relatados pelo paciente, que podem incluir dor abdominal, disfagia, fadiga, azia, vômitos e fezes sanguinolentas;
 - Peso atual do paciente; identificar se houve perda de peso sem causa aparente (mudança de hábitos alimentares e exercícios físicos) nos últimos meses;
- **Tratamento** atual ou realizado anteriormente, com dose, posologia, resposta e duração;
- **Resultado de exames complementares** realizados anteriormente, como endoscopias digestivas, radiografias, ultrassonografias e exames laboratoriais relacionados ao motivo do encaminhamento; incluir data da realização e principais achados;
- **Suspeita de neoplasia** (se sim, incluir descrição do motivo);
- **Histórico familiar:** identificar se há na família casos de neoplasias no sistema digestivo; se sim, incluir grau de parentesco;
- **Comorbidades associadas.**

6- HIPOTIREOIDISMO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo);
- Com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, quando já avaliada adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração de metabolismo ou absorção de T4.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e sintomas:** descrever a queixa principal;
- **Tratamento** atual ou já realizado, com dose, posologia e resposta; se paciente faz uso de levotiroxina;
- **Resultados de exames complementares**, como TSH, T4 livre ou T4 total, com data e principais achados;
- Motivo do encaminhamento com justificativa.

7- HIPERTIREOIDISMO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com suspeita ou diagnóstico de hipertireoidismo.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e sintomas:** descrever a queixa principal e sinais e sintomas mais relevantes para o caso;
- **Tratamento** atual ou já realizado, com dose, posologia e resposta a medicação; identificar se o paciente faz uso de metimazol ou propiltiouracil;
- **Resultados de exames complementares**, como TSH, T4 livre ou T4 total, com data e principais achados;
- Motivo do encaminhamento com justificativa.

8- DIABETES MELLITUS (DM)

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- DM tipo I;
- Com insuficiência renal crônica;
- DM tipo II em uso de insulina.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas:** descrever a queixa principal e sinais e sintomas mais relevantes para o caso;
- Duração conhecida da DM e controle glicêmico, peso do paciente em quilogramas (kg);
- **Tratamento** atual ou já realizado, com dose, posologia e resposta a medicação; identificar se o paciente faz uso de insulina;
- **Resultados de exames complementares**, como hemoglobina glicada e creatinina sérica, com data e principais achados;
- Motivo do encaminhamento com justificativa.

9- CEFALEIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Cefaleia de difícil controle, refratária ao tratamento realizado na APS há mais de três meses (tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento, no caso de enxaqueca e com tricíclico em caso de cefaleia tipo tensão);
- Cefaleia atípica com necessidade de investigação por exame de imagem indisponível na APS (ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada de crânio);
- Cefaleia com sinais de alerta: história de alterações sensitivo-motoras, visuais, marcha, equilíbrio, perda de consciência ou evolução progressiva, alteração dos sinais vitais ou suspeita de cefaleia secundária.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e sintomas:** descrever a queixa principal e sinais e sintomas mais relevantes para o caso;
- **Tratamento** atual ou já realizado, com dose, posologia e resposta a medicação;
- **Resultados de exames complementares**, com data e principais achados;
- Comorbidades associadas;
- Motivo do encaminhamento com justificativa.

10- SÍNDROME CONSUMPTIVA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Perda involuntária de peso maior que 10% do peso basal, sem causa aparente, apresentando atrofia dos músculos e depleção da massa magra corporal.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e sintomas:** descrever a queixa principal e sinais e sintomas mais relevantes para o caso;
- Informações do exame clínico, como IMC, peso corporal e resultados de testes funcionais ou escalas aplicados durante a consulta;
- **Tratamento** atual ou já realizado, com dose, posologia e resposta a medicação;
- **Resultados de exames complementares**, com data e principais achados;
- Comorbidades associadas;
- Hipótese diagnóstica e justificativa do encaminhamento.

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

- A maioria das queixas do Trato Gastrointestinal (TGI) sem complicações, a exemplo de:
 - Gastrite aguda sem complicações;
 - Infecção por *H. pylori*;
 - Doença do refluxo gastroesofágico não complicada;
 - Esteatose hepática leve a moderada;
 - Constipação intestinal e flatulência;
 - Pirose (azia);
 - Gastroenterite aguda.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Hemorragia digestiva alta ou baixa com grande perda sanguínea e instabilidade hemodinâmica;
- Hepatite aguda com TAP menor que 50% e/ou encefalopatia hepática, vômitos, febre persistente;
- Colangite;
- Apendicite aguda;
- Colecistite aguda;
- Pancreatite aguda;
- Obstrução intestinal;
- Úlcera péptica perfurada;
- Rotação intestinal;
- Intussuscepção;
- Sinais de peritonite;
- Abdome agudo.

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

- Doença do refluxo gastroesofágico, hérnia de hiato, esofagite de refluxo e esôfago de Barrett;
- Gastrite atrófica diagnosticada e úlcera péptica;
- Dispepsia;
- Esteatose hepática e cirrose hepática;
- Dor abdominal;
- Hepatopatias crônicas;
- Hemorragia digestiva (para esclarecimento);
- Pancreatite crônica;

- Alterações do hábito intestinal.

1- DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO, HÉRNIA DE HIATO, ESOFAGITE DE REFLUXO E ESÔFAGO DE BARRET

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Pacientes que não responderam satisfatoriamente ao tratamento clínico adotado na Atenção Básica, inclusive aqueles com manifestações atípicas;
- Pacientes que se submeteram a processos cirúrgicos na região gástrica com complicações;
- Esôfago de Barrett comprovado por endoscopia;
- Estenose;
- Úlcera e sangramento esofágico.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas:** incluir tempo de evolução, frequência e intensidade dos sintomas relatados pelo paciente (dor abdominal, disfagia, azia, vômitos, fezes sanguinolentas, dentre outros);
- **Tratamento atual ou realizado anteriormente** – incluir tipo, dose, posologia, resposta e duração;
- **Resultado de exames complementares realizados anteriormente**, como endoscopias digestivas, ultrassonografias e exames laboratoriais relacionados ao motivo do encaminhamento – incluir data da realização e principais achados;
- **Suspeita de neoplasia:** se sim, descrever;
- **Comorbidades associadas.**

2- GASTRITE ATRÓFICA DIAGNOSTICADA E ÚLCERA PÉPTICA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Gastrite não responsiva ao tratamento realizado na Atenção Básica;
- História de neoplasia gástrica ou de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas;
- Desconforto digestivo duas vezes por semana por quatro semanas seguidas, mesmo com tratamento.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas:** incluir tempo de evolução, frequência e intensidade dos sintomas relatados pelo paciente (dor abdominal, disfagia, azia, vômitos e fezes sanguinolentas, dentre outros);
- **Tratamento atual ou realizado anteriormente** – incluir tipo, dose, posologia, resposta e duração;
- **Resultado de exames complementares** (endoscopias digestivas, radiografias, ultrassonografias e exames laboratoriais relacionados ao motivo do encaminhamento) – incluir data da realização e principais achados;
- **Suspeita de neoplasia:** se sim, descrever;
- **Comorbidades associadas.**

3- DISPEPSIA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Dispepsia e sinais de alarme (vide quadro abaixo);
- Pessoa com idade ≥ 50 anos com dispepsia recente;
- Dispepsia não controlada mesmo com tratamento clínico.

Importante!

Os **sinais de alarme** incluem disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível (homens com hemoglobina menor que 13 g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), massa epigástrica, alterações suspeita em REED (Rx de esôfago, estômago e duodeno), dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica ou esofágica em parente de primeiro grau.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Sinais e Sintomas:
 - Incluir tempo de evolução, frequência e intensidade dos sintomas relatados pelo paciente, que podem incluir dor abdominal, disfagia, fadiga, azia, vômitos e fezes sanguinolentas;
 - Peso atual do paciente; relatar se houve perda de peso sem causa aparente (mudança de hábitos alimentares e exercícios físicos) nos últimos meses;
- Tratamento atual ou realizado anteriormente – incluir tipo, dose, posologia, resposta e duração;
- Resultado de exames complementares (endoscopias digestivas, ultrassonografias e exames laboratoriais relacionados ao motivo do encaminhamento) – incluir data da realização e principais achados;
- Suspeita de neoplasia: se sim, descrever;
- Histórico familiar: se o paciente tiver histórico familiar de neoplasias no sistema digestivo, incluir grau de parentesco;
- Comorbidades associadas.

4- ESTEATOSE HEPÁTICA E CIRROSE HEPÁTICA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Esteatose hepática não alcoólica leve a moderada não responsiva a mudança de estilo de vida após 6 meses na APS;
- Esteatose hepática grave ou suspeita de cirrose;
- Elevação persistente de aminotransferases (≥ 2 vezes o limite superior de normalidade), mesmo após tratamento conservador por 6 meses na APS;
- Ferritina com valor $\geq 1,5x$ o limite superior de normalidade;

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Sinais e Sintomas:
 - Incluir tempo de evolução, frequência e intensidade dos sintomas relatados pelo paciente (dor abdominal, disfagia, fadiga, perda de peso, dentre outros);
 - Peso atual do paciente; referir se houve perda de peso sem causa aparente (mudança de hábitos alimentares e exercícios físicos) nos últimos meses;

- **Tratamento atual ou realizado anteriormente** – incluir tipo, dose, posologia, resposta e duração;
- **Resultado de exames complementares** (endoscopias digestivas, ultrassonografias e exames laboratoriais relacionados ao motivo do encaminhamento) – incluir data da realização e principais achados;
- **Suspeita de neoplasia**: se sim, incluir descrição;
- **Histórico familiar**: se houver casos de neoplasias no sistema digestivo, incluir grau de parentesco;
- **Comorbidades associadas**;
- Histórico de **etilismo** e/ou **tabagismo**: se sim, descrever o período.

5- DOR ABDOMINAL

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Dor abdominal crônica sem diagnóstico após avaliação inconclusiva na APS;

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas**:
 - Incluir tempo de evolução, frequência e intensidade dos sintomas relatados pelo paciente (dor abdominal, disfagia, fadiga, azia, vômitos e fezes sanguinolentas);
 - Peso atual do paciente; relatar se houve perda de peso sem causa aparente (mudança de hábitos alimentares e exercícios físicos) nos últimos meses;
- **Tratamento** atual ou realizado anteriormente – incluir tipo, dose, posologia, resposta e duração.
- **Resultado de exames complementares** (endoscopias digestivas, radiografias, ultrassonografias e exames laboratoriais relacionados ao motivo do encaminhamento) – incluir data da realização e principais achados;
- **Suspeita de neoplasia**: se sim, descrever o motivo;
- **Histórico familiar**: se o paciente tem histórico familiar de neoplasias no sistema digestivo; se sim, incluir o grau de parentesco;
- Histórico de **etilismo** e/ou **tabagismo**: se sim, descrever;
- **Comorbidades associadas**.

6- HEPATOPATIAS CRÔNICAS

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Hepatopatias crônicas.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas**:
 - Incluir tempo de evolução, frequência e intensidade dos sintomas relatados pelo paciente, que podem incluir dor abdominal, disfagia, fadiga, náuseas, comprometimento cognitivo, vômitos e febre.
 - Peso atual do paciente; descrever se houve perda de peso sem causa aparente (mudança de hábitos alimentares e exercícios físicos) nos últimos meses;
- **Tratamento** atual ou realizado anteriormente – incluir tipo, dose, posologia, resposta e duração;
- **Resultado de exames complementares** (endoscopias digestivas, ultrassonografias e exames laboratoriais relacionados ao motivo do encaminhamento) – incluir data da realização e principais achados;
- **Suspeita de neoplasia**: se sim, incluir descrição do motivo;
- **Histórico familiar**: se o paciente tem histórico familiar de neoplasias no sistema digestivo; se sim, incluir o grau de parentesco;

- Histórico de **etilismo** e/ou **tabagismo**: se sim, descrever o período;
- **Comorbidades associadas**.

7- HEMORRAGIA DIGESTIVA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições, sem causa identificada na Atenção Básica:

- Sangue oculto nas fezes;
- Sangramento retal;
- Vômitos sanguinolentos.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas:**
 - Incluir tempo de evolução, frequência e intensidade dos sintomas relatados pelo paciente (febre, dor abdominal, disfagia, azia, vômitos e fezes sanguinolentas);
- **Tratamento** atual ou realizado anteriormente – incluir tipo, dose, posologia, resposta e duração;
- **Resultado de exames complementares** (endoscopias digestivas, radiografias, ultrassonografias e exames laboratoriais relacionados ao motivo do encaminhamento) – incluir data da realização e principais achados;
- **Suspeita de neoplasia**: se sim, incluir descrição do motivo;
- **Histórico familiar**: se o paciente tem histórico familiar de neoplasias no sistema digestivo; se sim, incluir o grau de parentesco;
- Histórico de **etilismo** e/ou **tabagismo**: se sim, descrever o período;
- **Comorbidades associadas**.

8- PANCREATITE CRÔNICA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem complicações, relatando dor abdominal em barra, dispepsia, vômito e/ou perda de peso nos últimos 06 meses.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas:**
 - Incluir tempo de evolução, frequência e intensidade dos sintomas relatados pelo paciente, que podem incluir dor abdominal, disfagia, fadiga, azia, vômitos frequentes e fezes sanguinolentas;
 - Peso atual do paciente; se houve perda de peso sem causa aparente (mudança de hábitos alimentares e exercícios físicos) nos últimos meses;
- **Tratamento** atual ou realizado anteriormente – incluir tipo, dose, posologia, resposta e duração;
- **Resultado de exames complementares** (endoscopias digestivas, radiografias, ultrassonografias e exames laboratoriais relacionados ao motivo do encaminhamento) – incluir data da realização e principais achados.
- **Suspeita de neoplasia**: se sim, incluir descrição do motivo;
- **Histórico familiar**: se o paciente tem histórico familiar de neoplasias no sistema digestivo; se sim, incluir o grau de parentesco;
- Histórico de **etilismo** e/ou **tabagismo**: se sim, descrever o período;
- **Comorbidades associadas**.

9- ALTERAÇÕES DO HÁBITO INTESTINAL

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- **Diarreia Crônica:** eliminação de fezes predominantemente líquidas ou semilíquidas há mais de 4 semanas, após descarte da hipótese diagnóstica de parasitose intestinal;
- **Constipação intestinal:** evacuações de, no máximo, duas vezes por semana ou excessiva dificuldade para evacuar, apesar do uso de laxativos e tratamento por 12 semanas na APS;
- Suspeita ou diagnóstico de **doença inflamatória intestinal:** os sinais e sintomas incluem emagrecimento, febre, pus ou sangue nas fezes, tenesmo, artrite, anemia, alteração de provas inflamatórias (VHS e/ou proteína C reativa);
- Suspeita de **Síndrome do Intestino Irritável:** os sinais e sintomas incluem dor abdominal recorrente, associada a evacuações diarreicas e a uma mudança na frequência ou consistência das evacuações, sem sinais de alarme e exames usualmente normais;
- Suspeita de **Síndrome de má absorção:** o paciente apresenta emagrecimento, desnutrição, hipoalbuminemia, edema, deficiências vitamínicas e nutricionais (por exemplo, por deficiência de ferro, de vitamina D ou de vitamina B12).

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas:**
 - Incluir tempo de evolução, frequência e intensidade dos sintomas relatados pelo paciente, que podem incluir febre, dor abdominal, diarreia, constipação, disfagia, azia, vômitos e fezes sanguinolentas;
- **Tratamento** atual ou realizado anteriormente – incluir tipo, dose, posologia, resposta e duração;
- Descartar intolerância à lactose, doença celíaca e parasitoses;
- **Resultado de exames complementares** realizados anteriormente, como endoscopias digestivas, radiografias, ultrassonografias e **exames laboratoriais** relacionados ao motivo do encaminhamento – incluir data da realização e principais achados;
- **Suspeita de neoplasia:** se sim, incluir descrição do motivo;
- **Comorbidades associadas.**

ORTOPEDIA

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

- Queixas osteomusculares mais comuns, que não venham acompanhadas com sinais de gravidade, dentre elas:
 - Lombalgias agudas;
 - Dores lombares sem sinal de alerta;
 - Dores articulares não incapacitantes.

Importante!

Caso o usuário procure uma unidade básica de saúde com queixas osteomusculares, cabe ao médico da unidade instituir o tratamento medicamentoso e recomendar a intervenção fisioterapêutica. O mesmo também deve considerar, em casos de sinais não orgânicos de lombalgias psicossomáticas, o tratamento psicológico, e encaminhar à ortopedia somente se não houver resposta em tempo oportuno.



Casos de **dor crônica inespecífica**, sem melhora após tratamento clínico otimizado (vide quadro a seguir) por seis meses e sem indicação ou condição clínica para cirurgia, deverão ser encaminhados para serviços especializados em tratamento de dor crônica, como fisioterapia, acupuntura e equipe multiprofissional de tratamento da dor e continuar sob os cuidados da equipe.

Tratamento clínico otimizado é definido como aquele que inclui a prescrição de medicação, exercício físico e o acompanhamento fisioterápico (se disponível), adaptado às condições do paciente.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina;
- Perda de força progressiva medida de maneira objetiva;
- Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado;
- Diagnóstico de neoplasia na coluna vertebral;
- Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas);
- Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.



Os casos de pacientes que chegam à unidade com **histórico de fratura** anteriormente manejados nos serviços de urgência e emergência e que apresentam **deformidades ou prejuízo funcional** após tentativa de manejo conservador deverão receber encaminhamento para o ortopedista.

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

- Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar;
- Dor cervical e alterações em exame de imagem de coluna cervical;
- Osteoartrite;
- Bursite e tendinite;
- Problemas de punho e mão;
- Problemas no joelho;
- Dor no ombro;
- Dor no quadril;
- Patologias do tornozelo e pé.

1- DOR LOMBAR E ALTERAÇÕES EM EXAME DE IMAGEM DE COLUNA LOMBAR

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado;
- Diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica);
- Lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese;
- Dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e sintomas:**
 - Queixa algica: incluir localização e características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - Presença de alterações em exame físico neurológico (sim ou não) – se sim, descrever;
 - Outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
- **Tratamento** em uso ou já realizado para dor lombar:
 - Não-farmacológico: tipo e duração;
 - Farmacológico: medicamentos utilizados, com dose, posologia, tempo de tratamento e resposta terapêutica;
- **Resultado de exame de imagem**: se realizado, com data;
- **Presença ou não de imunossupressão**;
- **Suspeita de neoplasia**: se sim, incluir descrição do motivo;
- **Osteoporose prévia**: se sim, descrever como foi feito o diagnóstico;
- **Associação do sintoma com atividade laboral**: se sim, descrever a atividade.

2- DOR CERVICAL E ALTERAÇÕES EM EXAME DE IMAGEM DE COLUNA CERVICAL

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Diagnóstico de estenose de canal cervical ou mielopatia que não foram operados em caráter emergencial;
- Pacientes com cervicalgia e artrite reumatoide;
- Dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os braços, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado;
- Dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC;
- Dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e sintomas:**
 - Queixa algica: incluir localização e características da dor, presença ou não de sintomas de radiculopatia cervical, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - Presença de alterações em exame físico neurológico: se sim, descrever;

- Outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
- **Tratamento** em uso ou já realizado para dor cervical – medicamentoso (dose, posologia e resposta terapêutica) e não-medicamentoso (tipo e duração);
- **Resultado de exame de imagem** realizado, com data;
- **Presença ou não de imunossupressão ou artrite reumatoide;**
- **Suspeita de neoplasia:** se sim, incluir descrição do motivo;
- **Osteoporose prévia:** se sim, descrever como o diagnóstico foi realizado;
- **Associação do sintoma com atividade laboral:** se sim, descrever a atividade.



Nos casos em que a sintomatologia está associada à **atividade laboral**, deve-se analisar a possibilidade de encaminhar para atendimento em Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador;

Nas dores crônicas de características **inflamatórias**, deve-se analisar o encaminhamento para médicos reumatologistas.

3- OSTEOARTRITE

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Osteoartrite de quadril, joelho ou ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária (AVD's);
- Osteoartrite nas mãos com deformidades que comprometam a função das mesmas.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e sintomas:**
 - Dor articular: incluir localização, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - Presença ou não de hipertrofia óssea na articulação;
 - Presença ou ausência de rigidez matinal;
 - Se as queixas estiverem relacionadas à articulação do **joelho**, incluir informações acerca de crepitações;
 - Outros sinais e sintomas relevantes (edema articular, calor local, rubor e deformidade articular);
 - Restrição de movimento ou prejuízo funcional.
- **Tratamento** em uso ou já realizado para osteoartrite – medicamentoso (dose, posologia e resposta terapêutica) e não-medicamentoso (tipo e duração);
- **Resultado de exame de imagem** realizado, com data;
- Resultado de velocidade de hemossedimentação (VHS), se esse exame foi realizado, com data;
- **Comorbidades associadas**, como psoríase e doença inflamatória intestinal: se sim, descrever.

4- BURSITE E TENDINITE

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Bursite ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento não farmacológico otimizado por um período de 6 meses, como exercícios e acompanhamento fisioterápico (se disponível)

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas:**
 - Queixa algica: incluir características da dor, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - Restrição na Amplitude de Movimento Articular: Sim ou Não? Descrever no caso de resposta afirmativa.

- Comprometimento para realização das AVD's: Sim ou Não? Descrever no caso de resposta afirmativa.
- **Resultado de exame de imagem**: realizado? **Se sim**, incluir data.
- História prévia de trauma local? Descrever no caso de resposta afirmativa.
- **Tratamento** em uso ou já realizado para dor periarticular (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);

5- PROBLEMAS DE PUNHO E MÃO

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Cisto sinovial recorrente, ou com dor persistente, ou que cause prejuízo funcional;
- Dedo em gatilho sem melhora com tratamento clínico otimizado¹
- Tenossinovite de De Quervain sem melhora com tratamento clínico otimizado¹
- Síndrome do túnel do carpo com déficit significativo de força na mão e/ou atrofia tenar;
- Síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹ ou com déficit sensitivo contínuo por 3 meses.

1. **Tratamento clínico otimizado** é definido como aquele que inclui a prescrição de medicação, exercício físico e o acompanhamento fisioterápico (se disponível), adaptado às condições do paciente

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas**:
 - Queixa algica: incluir características da dor, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio. Caso realizada manobra de Tinel e Phalen, descrever
 - Comprometimento para realização das AVD's: Sim ou Não? Descrever no caso de resposta afirmativa.
 - Outros sinais e sintomas relevantes, como edema, calor local, rubor.
- **Tratamento** em uso ou já realizado para a patologia (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
- **Resultado de exame de imagem e/ou eletroneuromiografia**: Foi realizado? **Se sim**, incluir data.

6- PROBLEMAS DO JOELHO

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Lesão meniscal ou ligamentar no joelho, com potencial indicação cirúrgica
- Suspeita de lesão meniscal ou ligamentar, sem possibilidade de realizar RNM
- Subluxação recorrente da patela, refratária ao tratamento conservador
- Osteoartrite de joelho com sintomatologia persistente, refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses
- Osteoartrite com importante comprometimento das AVD's.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas**:
 - Queixa algica: incluir características da dor, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio. Presença ou ausência de crepitações.
 - Restrição na Amplitude de Movimento Articular: Sim ou Não? Descrever no caso de resposta afirmativa.
 - Comprometimento para realização das AVD's: Sim ou Não? Descrever no caso de resposta afirmativa.
 - Outros sinais e sintomas relevantes, como edema, calor local, rubor.
- **Resultado de exame de imagem**: realizado? **Se sim**, incluir data.
- História prévia de trauma local? Descrever no caso de resposta afirmativa.
- **Tratamento** em uso ou já realizado para a patologia (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);

7- DOR NO OMBRO

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Dor no ombro dor persistente sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹ há mais de 6 meses;
- Ruptura total do tendão do manguito rotador confirmada por exame de imagem;
- Ruptura parcial de tendão do manguito rotador em progressão ou com dor persistente que não apresenta resposta ao tratamento clínico otimizado¹;
- Osteoartrite de ombro com potencial indicação de cirurgia, que apresente sintomas de dor refratária ao tratamento clínico por 6 meses ou importante limitação para a realização de AVD's;
- Luxação recorrente de ombro

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas:**
 - Queixa algica: incluir características da dor, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio. Presença ou ausência de crepitações.
 - Restrição na Amplitude de Movimento Articular: Sim ou Não? Descrever no caso de resposta afirmativa.
 - Comprometimento para realização das AVD's: Sim ou Não? Descrever no caso de resposta afirmativa.
 - Outros sinais e sintomas relevantes, como edema, calor local, rubor.
- Presença de luxação de ombro? Em caso de resposta positiva, indicar quando e a quantidade.
- **Resultado de exame de imagem**: realizado? **Se sim**, incluir data.
- História prévia de trauma local? Descrever no caso de resposta afirmativa.
- **Tratamento** em uso ou já realizado para a patologia (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);

8- DOR NO QUADRIL

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Osteoartrite de quadril com potencial indicação cirúrgica - sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹ há mais de 6 meses ou com importante limitação nas AVD's;
- Osteonecrose (Necrose Avascular/ Necrose Asséptica)

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas:**
 - Queixa algica: incluir características da dor, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio. Presença ou ausência de crepitações.
 - Restrição na Amplitude de Movimento Articular: Sim ou Não? Descrever no caso de resposta afirmativa.
 - Comprometimento para realização das AVD's: Sim ou Não? Descrever no caso de resposta afirmativa.
 - Outros sinais e sintomas relevantes, como edema, calor local, rubor.
- **Resultado de exame de imagem**: realizado? **Se sim**, incluir data.
- História prévia de trauma local? Descrever no caso de resposta afirmativa.
- **Tratamento** em uso ou já realizado para a patologia (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);

9- PATOLOGIAS DO TORNOZELO E PÉ

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Condições relacionadas a esse complexo articular que não apresentaram resposta ao tratamento clínico otimizado há mais de 6 meses, como fascite plantar, patologias do coxim adiposo e síndrome do túnel do tarso ou metatarsalgia;
- Hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional, sem resposta ao tratamento conservador;
- Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial;

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- **Sinais e Sintomas:**
 - Queixa algica: incluir características da dor, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio. Presença ou ausência de crepitações.
 - Restrição na Amplitude de Movimento Articular: Sim ou Não? Descrever no caso de resposta afirmativa.
 - Comprometimento para realização das AVD's: Sim ou Não? Descrever no caso de resposta afirmativa.
 - Outros sinais e sintomas relevantes, como edema, calor local, rubor.
- **Resultado de exame de imagem**: realizado? **Se sim**, incluir data.
- História prévia de trauma local? Descrever no caso de resposta afirmativa.
- **Tratamento** em uso ou já realizado para a patologia(não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).

Otorrinolaringologia

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Devem ser abordados na Atenção Básica os pacientes que apresentem as seguintes condições **sem sinais de complicações**:

- Hipoacusia condutiva secundária a rolha de cerume, exceto nos casos em que não haja segurança para realização do procedimento, como pacientes agitados e crianças muito pequenas.
- Rinite alérgica;
- Sinusite;
- Otite;
- Otomastoidite;
- Amigdalite.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Paciente relatando **vertigem**, com suspeita de origem central e sinais de gravidade, que incluem **sinais e sintomas neurológicos focais** (cefaleia, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, paresia, dismetria, ataxia, entre outros), **novo tipo de cefaléia, surdez aguda unilateral ou nistagmo vertical**;
- Obstrução nasal aguda por corpo estranho;
- Rinite/Sinusite aguda ou crônica com sinais sugestivos de complicação;
- Suspeita de otite externa maligna (otite com otalgia refratária a tratamento, dor em mastóide, tecido de granulação, necrose no conduto ou paralisia facial);
- Otite média com complicações graves, como mastoidite, paralisia facial, meningite e outras;
- Perda auditiva de início súbito, sem condição subjacente identificável.

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

Otites

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Suspeita de colesteatoma (presença de acúmulo epitelial que pode estar associado à otorréia fétida persistente, hipoacusia, perda auditiva condutiva, cefaleia, vertigem);
- Membrana timpânica perfurada após tratamento realizado por três meses na APS para otite aguda;
- Otite crônica associada à queixa de hipoacusia, eliminação de secreções persistentes há mais de três meses ou alterações na estrutura da membrana timpânica ou orelha média.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Descrever duração e intensidade de queixas álgicas;
 - Diminuição da acuidade auditiva?
 - Presença de otorréia? Se sim, descrever duração;
 - Alterações estruturais;
 - Outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
- **Tratamento** atual ou já realizado. Incluir tipo, duração e medicamentos utilizados com posologia e

resposta.

- **Resultado de exames realizados.** Incluir data de realização e achados relevantes para o caso
- **Suspeita de neoplasia:** Sim ou Não? Se Sim, incluir descrição do motivo;
- Comorbidades Associadas

Hipoacusia/ Perda auditiva

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Resultado de otoscopia normal, mas com perdas auditivas condutivas ou mistas;
- Resultado de otoscopia normal, mas com hipoacusia.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Descrever duração e intensidade de sintomas;
 - Presença de zumbido? Plenitude Auricular? Vertigem?
 - Presença de otorréia? Se sim, descrever duração;
 - Alterações estruturais;
 - **Tratamento** atual ou já realizado. Incluir tipo, duração e medicamentos utilizados com posologia e resposta.
 - **Resultado de exames realizados.** Incluir data de realização e achados relevantes para o caso
- Comorbidades Associadas

Rinossinusite Crônica

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem a rinossinusite crônica associada às seguintes condições:

- Alterações estruturais, como desvio de septo e pólipos;
- Não responsivo ao tratamento clínico por três meses;
- Causa bacteriana, com mais de três episódios por ano.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Descrever duração e intensidade de queixas;
 - Há presença de hiposmia, cefaléia, dor em face, febre ou tosse?
 - Alterações anatômicas? Se sim, descreva quais.
- **Tratamento** atual ou já realizado. Incluir tipo, duração e medicamentos utilizados com posologia e resposta.
- **Resultado de exames realizados.** Incluir data de realização e achados relevantes para o caso
- Comorbidades Associadas

Vertigem

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Suspeita de doença de Ménière;
- Vertigem posicional paroxística benigna refratária ao tratamento na APS;
- Labirintite com sintomas que não melhoram após 15 dias de tratamento;
- Vertigem periférica com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS, como medicamentos, diabetes, hipertireoidismo ou hipotireoidismo descompensados.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Descrever duração, fatores desencadeantes e intensidade dos sintomas;
 - Paciente relata episódios de dispneia ou apneia?
 - Alterações anatômicas? se sim, descreva quais.

- **Tratamento** atual ou já realizado. Incluir tipo, duração e medicamentos utilizados com posologia e resposta.
- **Resultado de exames realizados.** Incluir data de realização e achados relevantes para o caso.
- Comorbidades Associadas.

Obstrução Nasal

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Obstrução nasal relacionada a tumor nasal, desvio de septo ou hipertrofia de adenoide
- Obstrução nasal associada a pólipos nasais com potencial indicação cirúrgica, como múltiplos pólipos ou sintomas graves refratários ao tratamento conservador;
- Obstrução nasal sem etiologia definida após avaliação inicial na APS com medicamentos, rinossinusite crônica e rinite alérgica.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Descrever duração, fatores desencadeantes e intensidade dos sintomas;
 - Paciente relata episódios de rinorreia, roncos, epistaxe, anosmia, dispneia ou apneia?
 - Alterações anatômicas? se sim, descreva quais.
- **Tratamento** atual ou já realizado. Incluir tipo, duração e medicamentos utilizados com posologia e resposta.
- **Resultado de exames realizados.** Incluir data de realização e achados relevantes para o caso.
- Comorbidades Associadas.

Suspeita de SAHOS associada a fator obstrutivo de via aérea superior

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem **dois ou mais** sintomas abaixo, associados a fator obstrutivo de via aérea superior, com desvio de septo, pólipos nasais ou hipertrofia de amígdalas:

- Roncos;
- Sonolência diurna excessiva;
- Pausas respiratórias durante o sono.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Descrever duração e frequência dos sintomas;
 - Há relato de sonolência diurna e prejuízo funcional associado?
 - Alterações anatômicas? se sim, descreva quais.
- Dados antropométricos;
- **Tratamento** atual ou já realizado. Incluir tipo, duração e medicamentos utilizados com posologia e resposta.
- **Resultado de exames realizados.** Incluir data de realização e achados relevantes para o caso.
- Comorbidades Associadas

Zumbidos

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Sem resposta ao tratamento realizado para controle de doenças de base, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, epilepsia, enxaqueca, dislipidemia, tireoidopatia, disfunção têmporo-mandibular (DTM), ansiedade, depressão e anemias.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Descrever duração, fatores desencadeantes e intensidade dos sintomas;
 - Associado a vertigem?
 - Alterações anatômicas? Se sim, descreva quais.
- **Tratamento** atual ou já realizado. Incluir tipo, duração e medicamentos utilizados com posologia e resposta.
- **Resultado de exames realizados.** Incluir data de realização e achados relevantes para o caso.
- **Suspeita de neoplasia:** Sim ou Não? Se Sim, incluir descrição do motivo;
- Comorbidades Associadas.

Disfonia

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Disfonia em pessoa com alto risco de neoplasia, definido com a presença do histórico de tabagismo, ou etilismo associado à disfagia orofaríngea ou odinofagia;
- Disfonia há mais de 15 dias, sem causa identificável;
- Disfonia associada a procedimentos cirúrgicos de pescoço ou tórax ou histórico de intubação prolongada.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Descrever duração, fatores desencadeantes e intensidade dos sintomas;
 - Achados da palpação na região cervical
 - Alterações anatômicas? se sim, descreva quais.
- Histórico cirúrgico e/ ou de intubação?
- **Tratamento** atual ou já realizado. Incluir tipo, duração e medicamentos utilizados com posologia e resposta.
- **Resultado de exames realizados.** Incluir data de realização e achados relevantes para o caso.
- **Suspeita de neoplasia:** Sim ou Não? Se Sim, incluir descrição do motivo;
- Comorbidades Associadas.
- Histórico de **etilismo** ou **tabagismo**? Se sim, descrever o período.

Pneumologia

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

- Tabagismo;
- Acompanhamento clínico de asma bem controlada em etapas I, II ou III;
- Acompanhamento clínico de DPOC leve/moderada bem controlada;
- Achados isolados em exame de imagem, como cicatrizes de tuberculose, nódulo calcificado, espessamento pleural e atelectasia laminar, **sem** sintomas, sinais clínicos e/ou fatores de risco que indiquem a necessidade de uma avaliação especializada;

Importante: Nódulos pulmonares detectados, com impossibilidade de acompanhamento clínico-radiológico na Atenção Primária à Saúde (APS) com exames de imagem dentro dos prazos estabelecidos para cada caso, devem ser encaminhados ao pneumologista. Nódulos altamente sugestivos de malignidade, devem ser encaminhados à cirurgia torácica.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Dispnéia em repouso
- Sinais de instabilidade hemodinâmica
- Hipoxemia com alterações do estado mental, com necessidade de suplementação com oxigenoterapia
- Taquipnéia (FR > 40 irpm)
- DPOC exacerbada, com sinais de gravidade, como: dispnéia em repouso, instabilidade hemodinâmica, alterações do estado mental, hipoxemia com necessidade de suplementação de oxigênio

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- DPOC de difícil controle ou muito grave (VEF1 < 30% do previsto);
- Paciente que persiste sintomático mesmo com tratamento otimizado;
- Suspeita de cor pulmonale (quando observado no exame clínico hiperfonese de segunda bulha em foco pulmonar, turgência jugular e refluxo hepatojugular ou alterações em exames de imagem);
- Indicativo de necessidade de oxigenoterapia domiciliar

1. Tratamento clínico otimizado é definido como aquele que inclui a prescrição de corticóide inalatório e beta 2 agonista ou anticolinérgico de longa ação.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações :

- **Sinais e Sintomas:**
 - Frequência de limitações nas Atividades de Vida Diária (AVD's)
 - Pontuação na escala MRC (Medical Research Council)
 - Episódios de exacerbações
 - Outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
- **Resultado de exames complementares:** Ex.: Radiografia de tórax, tomografia, espirometria. Incluir data de realização e informações consideradas relevantes
- **Tratamento farmacológico** - duração; medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta.
- **Tratamento não farmacológico** - tipo, duração e resposta.
- Histórico de Tabagismo? Sim ou Não
- Medicamentos em uso

Asma

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Asma de difícil controle (crises constantes, despertares noturnos e/ou limitações nas AVD's devido aos sintomas);
- Asma grave - tratamento incluindo corticóide em dose média/alta há mais de 6 meses não controlada ou parcialmente controlada;
- Paciente com risco de fatalidade que não esteja sendo acompanhado por especialista - histórico de hospitalização no último ano, idas frequentes à emergência, parada cardiorrespiratória, ventilação mecânica ou internação em UTI.
- Paciente com VEF1 < 60% do predito

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Descrever as últimas crises;
 - Há limitações da atividade física devido à asma?
 - Número de **exacerbações** com uso de corticoide oral no último ano
 - Outras alterações relevantes
 - **Associação dos sintomas com atividade laboral:** Sim ou Não? Se Sim, descreva a atividade.
- **Tratamento farmacológico** - duração; medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta.
- **Tratamento não farmacológico** - tipo, duração e resposta.
- **Resultado de exames** realizados - espirometria, IGE, EDA, teste alérgico e radiografia de tórax. Incluir data e achados relevantes

Achados Sugestivos de Doenças Restritivas

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Alterações no Raio-X ou tórax, como espessamento de septos interlobulares, vidro fosco, padrão de faveolamento, reticular/reticulonodular, árvore em brotamento, perfusão em mosaico, pavimentação em mosaico, cistos pulmonares ou infiltrado intersticial difuso (se descartado insuficiência cardíaca congestiva ou infecção aguda);
- Alterações em exames complementares que geram dúvida diagnóstica;
- Apresentação de padrão restritivo em exame de Espirometria.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Pontuação obtida na escala MRC
 - Há limitações da atividade física e Atividades de Vida Diária devido à doença? Se sim, descreva quais e a frequência com que acontece.
 - Outras alterações relevantes.
- **Tratamento** farmacológico anterior ou realizado atualmente para os sintomas - tipo, duração, dose,

posologia e resposta a medicação;

- **Tratamento não farmacológico** - tipo, duração e resposta.
- **Resultado de exames realizados**, como espirometria, tomografia de tórax e exames laboratoriais (gasometria). Incluir datas e achados relevantes.
- Histórico de **tabagismo**? Se sim, estimar carga tabágica e descrever o período.
- **Comorbidades associadas**

Tosse crônica e dispneia

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Pacientes com tosse crônica de causa desconhecida após investigação;
- Pacientes com dispnéia crônica de provável etiologia pulmonar;

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações :

- **Sinais e Sintomas**: Queixas relatadas, tempo de evolução, achados do exame físico
- **Resultado de exames realizados**, como espirometria, eletrocardiograma, tomografia de tórax e exames laboratoriais. Incluir datas e achados relevantes.
- **Tratamento** farmacológico anterior ou realizado atualmente para os sintomas - tipo, duração, dose, posologia e resposta a medicação;
- **Tratamento não farmacológico** - tipo, duração e resposta.
- Histórico de **tabagismo**? Se sim, estimar carga tabágica e descrever o período.
- **Comorbidades associadas**

Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS)

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Pacientes que receberam diagnóstico de SAHOS moderado ou grave após exame de polissonografia;
- Pacientes que receberam a hipótese diagnóstica de SAHOS, que não tenham realizado exame complementar e não exista a possibilidade de solicitar a polissonografia no atendimento realizado pelos profissionais da APS.

1. **Tratamento clínico otimizado** é definido como aquele que inclui a prescrição de medicação, exercício físico e o acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações :

- **Sinais e Sintomas**:
 - Histórico de roncos?
 - Sonolência diurna recorrente? Há comprometimento das atividades laborais?
 - Pausas na respiração durante o sono?
- **Medicamentos** em uso
- **Tratamento não farmacológico** - tipo, duração e resposta.
- **Resultado de exames realizados**, como polissonografia. Incluir datas e achados relevantes.
- Histórico de **tabagismo**? Se sim, estimar carga tabágica e descrever o período.
- **Comorbidades associadas**

Pneumonia de repetição

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Dois ou mais episódios de pneumonia no último ano, comprovado por exames radiológicos;
- Mais de três episódios em qualquer época da vida, com melhora no exame radiológico realizado entre os episódios.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações :

- **Sinais e Sintomas:**
 - Detalhar principais queixas, como a dispnéia. Incluir tempo de evolução e última crise;
 - Dados da ausculta pulmonar
- **Resultado de exames realizados**, como radiografia de tórax, sumário de urina, hemograma e EPF. Incluir datas e achados relevantes.
- Histórico de internações hospitalares. Houve necessidade de Ventilação Mecânica?
- **Medicamentos** em uso

- **Tratamento** farmacológico já realizado - tipo, duração, dose, posologia e resposta a medicação;
- Histórico de **tabagismo**? Se sim, estimar carga tabágica e descrever o período.
- Outros fatores de risco, como Tuberculose e Asma?
- **Comorbidades associadas**

Pós-COVID 19

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Pacientes com diagnóstico prévio de covid-19 após o período de infecção com persistência de algum dos sintomas abaixo:
 - Limitação significativa das Atividades de Vida Diária devido a dispneia;
 - Presença de alterações na radiografia do tórax, realizada 60 dias ou mais após diagnóstico da covid-19;
 - Presença de Tromboembolismo Pulmonar

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Relatar sintomas mais frequentes, que possivelmente estejam ligadas à COVID-19 - tempo de duração e evolução;
 - Limitações de AVD's
 - Dados da ausculta pulmonar
 - Outros achados considerados relevantes para o caso
- **Resultado de exames realizados**, como radiografia de tórax, gasometria e hemograma. Incluir datas e achados relevantes.
- Histórico de internações hospitalares - Houve necessidade de Ventilação Mecânica?
- **Medicamentos** em uso
- **Tratamento** farmacológico já realizado - tipo, duração, dose, posologia e resposta a medicação;
- **Tratamento não farmacológico** - tipo, duração e resposta.
- Histórico de **tabagismo**? Se sim, estimar carga tabágica e descrever o período.
- **Comorbidades associadas**

Avaliação Pré-operatória

Devem ser encaminhados para obtenção de parecer, os seguintes casos:

- Pré-operatório de cirurgia de qualquer natureza em pacientes com pneumopatia crônica
- Pré-operatório de cirurgia torácica, independente das comorbidades, com necessidade de parecer do pneumologista.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- Condição de base
- Tipo de Cirurgia
- **Resultado de exames realizados**, como radiografia de tórax, gasometria e hemograma. Incluir datas e achados relevantes.
- **Medicamentos** em uso
- **Tratamento** farmacológico já realizado - tipo, duração, dose, posologia e resposta a medicação;
- Histórico de **tabagismo**? Se sim, estimar carga tabágica e descrever o período.
- **Comorbidades associadas**

Reumatologia

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

- Pacientes com artralgia há menos de 2 meses;
- Fibromialgia;
- Osteoartrose inicial ou moderada;
- Crise de gota típica e/ou inicial.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Suspeita ou diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) com sinais e sintomas ameaçadores à vida;
- Suspeita ou caso confirmado de artrite séptica;
- Vasculites sistêmicas (envolvimento cutâneo, pulmonar e/ou renal);
- Artrite gonocócica;
- Queixas algícas intensas e refratárias ao uso de analgésicos/AINEs;

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

Artrite Reumatóide (AR) ou Espondiloartrite Soronegativa

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Suspeita de AR;
- Diagnóstico confirmado de AR;
- Suspeita de Espondiloartrite soronegativa.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Queixa algíca: incluir localização (articulação atingida), características da dor, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - Resultado do teste do aperto - Paciente refere dor à manobra de compressão de metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas realizada pelo examinador?
 - Rigidez matinal?
 - Outros sinais e sintomas relevantes (no caso de Espondiloartrite podem surgir algumas alterações gastrointestinais, como doença inflamatória intestinal e cirurgia de marca-passo intestinal).
- **Tratamento** atual ou anterior
 - Não-farmacológico - tipo, duração e resposta;
 - Medicamentoso - remédios utilizados com dose, posologia e resposta;
- **Resultado de exame de imagem:** se realizado, incluir os principais achados e data.
- **Fator Reumatoide:** inclui data e resultado.
- **Resultados de exames laboratoriais** como proteína C reativa (PCR), anticorpos do peptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP) e velocidade de sedimentação globular (VSG/VHS).
- **Comorbidades associadas.**

Importante: Apesar de possuir características clínicas semelhantes à AR, na espondiloartrite o fator reumatóide geralmente é negativo.

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Suspeita de LES;
- Diagnóstico confirmado de LES.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - o Incluir tempo de evolução e quais as queixas que sugerem a suspeita ou o diagnóstico de LES, como exantema malar ou discóide, úlceras orais, dor e/ou edema articular, serosite e rigidez matinal;
 - o Fenômeno de Raynaud?
 - o Presença de alterações em exame físico neurológico (sim ou não). Se sim, descreva;
 - o Outros sinais e sintomas relevantes.
- **Tratamento** atual ou anterior
 - o Não-farmacológico - tipo, duração e resposta;
 - o Medicamentoso - remédios utilizados com dose, posologia e resposta;
- **Resultado de exame de imagem:** se realizado, incluir os principais achados e data.
- **Fator Reumatoide:** inclui data e resultado.
- **Resultados de exames laboratoriais** como proteína C reativa (PCR), exames de detecção de proteinúria, hemograma e fator antinuclear (FAN), anti-SSA/Ro e anti-SSB/La.
- **Comorbidades associadas.**

Febre Reumática

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Pacientes que após avaliação, não indiquem necessidade de atendimento de urgência (mais comum em pacientes com febre reumática aguda).

Importante: caso o usuário apresente suspeita de acometimento cardíaco agudo, sugere-se que o mesmo seja encaminhado para atendimento hospitalar até elucidação diagnóstica.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - o Incluir se há histórico de faringite por estreptococos ou outras justificativas que levaram à suspeita de Febre Reumática;
 - o Incluir tempo de evolução e quais queixas sugerem a suspeita ou o diagnóstico de Febre Reumática, como poliartrite migratória ou monoartrite, edema articular, febre, cardite isolada ou em combinação com atrito pericárdico, sopros, cardiomegalia ou insuficiência cardíaca, dor no ombro e/ou braços acompanhado de taquicardia, sopro cardíaco e insuficiência cardíaca, nódulos subcutâneos, eritema marginado e coreia de Sydenham;
 - o Outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
- **Tratamento** atual ou anterior
 - o Não-farmacológico - tipo, duração e resposta;
 - o Medicamentoso - remédios utilizados com dose, posologia e resposta;
- **Resultado de exame de imagem,** como ecocardiograma e radiografia de tórax. Se realizado, incluir

os principais achados e data de realização.

- **Resultados de exames laboratoriais** como proteína C reativa (PCR), Velocidade de Hemossedimentação (VHS), ureia, creatinina, TGO, TGP e ASLO (Anticorpo antiestreptolisina O)
- **Fator Reumatoide:** inclui data e resultado.
- **Comorbidades associadas.**

Artrite Psoriásica

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Suspeita de Artrite Psoriásica;
- Diagnóstico confirmado de Artrite Psoriásica.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Incluir tempo de evolução e quais queixas sugerem a suspeita ou o diagnóstico de artrite psoriásica, como artralguas, sinovite/edema articular ao exame físico, distrofia ungueal como onicólise, pitting, hiperkeratose, dactilite, entesite, dor na coluna de características inflamatórias;
 - Psoríase cutânea atual ou prévia? Se sim, descreva quadro clínico.
 - Outros sinais e sintomas relevantes.
- Histórico familiar de psoríase? Se sim, descreva grau de parentesco.
- Histórico de trauma local?
- **Tratamento** atual ou anterior
 - Não farmacológico - tipo, duração e resposta;
 - Medicamentoso - remédios utilizados com dose, posologia e resposta;
- **Resultado de exame de imagem** da articulação acometida. Se realizado, incluir os principais achados e data.
- **Fator Reumatoide:** inclui data e resultado.
- **Resultados de exames laboratoriais** realizados, com resultados e data.
- **Comorbidades associadas.**

Síndrome de Sjögren

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Suspeita de Síndrome de Sjögren;
- Diagnóstico confirmado de Síndrome de Sjögren.



A suspeita de Síndrome de Sjögren acontece quando é detectado a presença de sintomas subjetivos de xerofthalmia e/ou xerostomia por mais de 3 meses com **presença de autoanticorpos associados**, após exclusão de outras causas ou na presença de sintomas subjetivos de xerofthalmia e/ou xerostomia por mais de 3 meses com **confirmação objetiva** através de exame oftalmológico e/ou avaliação de hipofunção salivar.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Incluir o tempo de evolução e quais as queixas e achados que sugerem a suspeita ou o diagnóstico de Síndrome de Sjögren, visão turva, sensação de areia nos olhos, olho seco, uso de colírios lubrificantes ou lágrimas artificiais de forma constante, boca seca, sinais e

sintomas constitucionais, artralgia, sinovite/edema articular e confirmação objetiva de xeroftalmia ou xerostomia.

- Outros sinais e sintomas relevantes.

- Histórico de radioterapia de cabeça e pescoço?
- **Resultado de exame de imagem** da articulação acometida. Se realizado, incluir os principais achados e data.
- **Fator Reumatoide:** inclui data e resultado.
- **Resultados de exames laboratoriais** realizados, como anti-HIV e HCV, fator antinuclear (FAN), anti-SSA/Ro e anti-SSB/La
- **Comorbidades associadas.**

Dor Lombar e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Lombar

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem dor lombar com as seguintes características:

- Dor lombar crônica (mais de três meses) iniciada antes dos 40 anos e com características inflamatórias

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Queixa algica: incluir características da dor, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio. Presença ou ausência de cialgia ou claudicação neurogênica.
 - Outros sinais e sintomas relevantes.
- **Tratamento** atual ou anterior
 - Não-farmacológico - tipo, duração e resposta;
 - Medicamentoso - remédios utilizados com dose, posologia e resposta;
- **Exames de imagem.** Se realizado, incluir data e principais achados.
- **Presença de imunossupressão:** Sim ou Não?
- **Suspeita de neoplasia:** Sim ou Não? Se Sim, incluir descrição do motivo;
- **Histórico de cirurgia?** Incluir tipo, localização e data.
- **Osteoporose prévia:** se sim ou não. Se Sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
- **Associação do sintoma com atividade laboral:** Sim ou Não? Se Sim, descreva a atividade;

Artrite por Deposição de Cristais (Gota)

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Diagnóstico de gota apresentando crises recorrentes (\geq três vezes por ano), mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Crises recentes. Incluir o tempo de evolução de sinais e sintomas relatados, como artrite e tofo;
 - Sinais flogísticos (calor, rubor, edema e perda de função)
 - Outros sinais e sintomas relevantes.
- **Tratamento** atual ou anterior:
 - Não farmacológico - tipo, duração e resposta;
 - Medicamentoso - remédios utilizados com dose, posologia e resposta;
- Resultado de exames laboratoriais, como creatinina sérica e ácido úrico.
- **Resultado de exame de imagem:** realizado? Se sim, incluir data.
- Comorbidades associadas.

Osteoartrite

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentem as seguintes condições:

- Osteoartrite de quadril com potencial indicação cirúrgica - sem resposta ao tratamento clínico otimizado há mais de 6 meses ou com importante limitação nas AVD's;
- Osteonecrose (Necrose Avascular/ Necrose Asséptica)

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Queixa álgica: incluir características da dor, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio. Presença ou ausência de crepitações.
 - Restrição na Amplitude de Movimento Articular: Sim ou Não? Descrever no caso de resposta afirmativa.
 - Comprometimento para realização das AVD's: Sim ou Não? Descrever no caso de resposta afirmativa.
 - Outros sinais e sintomas relevantes, como edema, calor local, rubor.
- **Resultado de exame de imagem**: realizado? **Se sim**, incluir data.
- História prévia de trauma local? Descrever no caso de resposta afirmativa.
- **Tratamento** atual ou anterior:
 - Não farmacológico - tipo, duração e resposta;
 - Medicamentoso - remédios utilizados com dose, posologia e resposta;

Fibromialgia

Devem ser encaminhados os pacientes que apresentam persistem sintomáticos após tratamento otimizado¹.

¹ **Tratamento clínico otimizado** é definido como aquele que inclui higiene do sono, atividade física e terapia cognitivo-comportamental associado à medicações orais disponíveis.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Sinais e Sintomas:**
 - Descrever as manifestações clínicas que sugerem o diagnóstico ou a suspeita de fibromialgia, incluindo:
 - As características e a localidade da queixa álgica;
 - Fadiga;
 - Alterações do sono;
 - Sintomas cognitivos associados
 - Outros sinais e sintomas relevantes.
- **Tratamento** atual ou anterior:
 - Não farmacológico - tipo, duração e resposta;
 - Medicamentoso - remédios utilizados com dose, posologia e resposta;
- Resultado de exames laboratoriais
- **Resultado de exame de imagem**: realizado? **Se sim**, incluir data.
- Comorbidades associadas e outras medicações utilizadas.

Fisiatria

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

- Queixas osteomusculares mais comuns, que não venham acompanhadas com sinais de gravidade, dentre elas:
 - Lombalgias agudas;
 - Dores lombares sem sinal de alerta;
 - Dores articulares não incapacitantes.



Casos de **dor crônica inespecífica**, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses e sem indicação ou condição clínica para cirurgia, deverão ser encaminhados para serviços especializados em tratamento de dor crônica, como **fisiatria**, acupuntura e equipe multiprofissional de tratamento da dor e continuar sob os cuidados da equipe.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina
- Perda de força progressiva medida de maneira objetiva;
- Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado¹;
- Diagnóstico de neoplasia na coluna vertebral;
- Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas);
- Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

1. **Tratamento clínico otimizado** é definido como aquele que inclui a prescrição de medicação, exercício físico e o acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

Pacientes que necessitam de indicação/ adaptação de órtese e prótese

Devem ser encaminhados os pacientes com patologias neurológicas, ortopédicas, reumatológicas, vasculares e síndromes genéticas que necessitem de órtese e próteses.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Diagnóstico da condição atual**, acompanhado com CID-10

- **Diagnóstico da etiologia**(o que gerou a atual incapacidade), acompanhado com CID-10;
- **Quadro Clínico:**
 - Sinais e sintomas relevantes para o caso;
 - No caso de pacientes amputados, descrever segmento afetado e nível da amputação;
 - Presença de alterações em exame físico neurológico(sim ou não). Se sim, descreva;

- **Tratamento** atual ou realizado anteriormente (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
- **Resultado de exame de imagem:** se realizado, com data
- **Presença de imunossupressão** : Sim ou Não?
- **Histórico de neoplasia:** Sim ou Não? Se Sim, incluir descrição;
- **Osteoporose prévia:** Sim ou Não? Se Sim, descreva como foi feito o diagnóstico;



Não devem ser encaminhados a esse especialidade pacientes que após avaliação necessite apenas de prescrição de meias de compressão elásticas, joelheiras, cotoveleiras, ombreira de neoprene, coletes e similares.

Dor Crônica

Devem ser encaminhados os pacientes que não tiveram resposta a tratamento otimizado e não possuem indicação cirúrgica.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Diagnóstico da condição atual**, acompanhado com CID-10
- **Quadro Clínico:**
 - Sinais e sintomas relevantes para o caso;
 - Presença de alterações em exame físico neurológico(sim ou não). Se sim, descreva;
- **Tratamento** atual ou realizado anteriormente (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
- **Resultado de exame de imagem:** se realizado, com data
- **Presença de imunossupressão** : Sim ou Não?
- **Histórico de neoplasia:** Sim ou Não? Se Sim, incluir;
- **Osteoporose prévia:** se sim ou não. Se Sim, descreva como foi feito o diagnóstico;

Pacientes com indicação de uso da toxina botulínica

Devem ser encaminhados os pacientes com sequelas, como espasticidade e distonia., decorrentes de doenças neurológicas (Ex.: AVC, paralisia cerebral e esclerose múltipla) ou outras causas.

O encaminhamento deverá conter as seguintes informações:

- **Diagnóstico da condição atual**, acompanhado com CID-10
- **Quadro Clínico:**
 - Sinais e sintomas relevantes para o caso;
 - Presença de alterações em exame físico neurológico (sim ou não). Se sim, descreva;
- Morbidades associadas
- **Tratamento** atual ou realizado anteriormente
 - **Não farmacológico** - tipo e duração;
 - **Medicamentoso** - com dose, posologia e resposta a medicação;
- **Resultado de exame de imagem:** se realizado, com data.

Psiquiatria

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

- Depressão que responda à terapia de apoio e/ou medicação;
- Ansiedade generalizada que responda à terapia de apoio e/ou medicação;
- TOC leve;
- Transtornos de pânico leves a moderados;
- Abuso de substâncias (tabaco, álcool e fármacos);
- Transtorno Bipolar e Esquizofrenia estabilizada.

Importante: Os pacientes encaminhados e acompanhados pelos serviços especializados, não devem perder o vínculo com sua Unidade de Saúde da Família de referência, uma vez que, além de demandas psiquiátricas e psíquicas, o usuário precisa continuar sendo assistido em suas necessidades clínicas.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- RISCO IMINENTE DE AUTOAGRESSÃO/SUICÍDIO: Pensamentos, planos ou atos de autoagressão ou suicídio atuais ou antecedentes de pensamentos, planos, ou atos de autoagressão ou suicídio em uma pessoa que agora está extremamente agitada, violenta ou angustiada ou que não se comunica.
- SINTOMAS PSICÓTICOS AGUDIZADOS (delírios/ alucinações/ comprometimento do Juízo Crítico da Realidade).
- SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA A SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS avaliada pelo clínico como moderada a grave.

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

- Transtorno Depressivo
- Transtorno de Ansiedade/ Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC)/ Transtorno do Pânico e Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)
- Transtorno Bipolar
- Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)
- Transtorno por uso de substâncias
- Espectro da Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos
- Disforia de Gênero

1- Transtorno Depressivo

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO

- Casos de depressão refratária (pacientes sem remissão, após tentativas de intervenção terapêutica na APS); e/ou
- Casos de episódio depressivo grave com características psicóticas; e/ou
- Casos de episódio depressivo grave induzido por uso de substâncias/medicamentos; e/ou
- Paciente com ideação suicida persistente;

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Descrição do quadro psiquiátrico atual (sinais e sintomas característicos que sugerem diagnóstico, evolução do quadro, especificar a gravidade atual baseada no número de sintomas, em sua gravidade e no grau de incapacitação funcional).



Considere os seguintes especificadores de gravidade atual para transtornos depressivos: **Leve**: Dois sintomas. **Moderada**: Três sintomas. **Moderada-grave**: Quatro ou cinco sintomas. **Grave**: Quatro ou cinco sintomas e com agitação motora.

2. Presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado? Se sim, descreva;
3. Presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado? Se sim descreva;
4. Apresenta prejuízo funcional associado à condição? Se sim, descreva;
5. Histórico psiquiátrico: número de episódios depressivos e idade de início; outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados? Se sim, descreva; internações psiquiátricas anteriores? Se sim, número de internações e ano da última internação.
6. Tratamento: faz uso de psicoterápico para a condição? Se sim, descreva. (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);

2- Transtorno de Ansiedade/ Transtorno do Pânico /Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC)/ Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Casos refratários (pacientes sem remissão, mesmo após tentativas de intervenção terapêutica na APS); e/ou
- Casos classificados como moderados e graves; e/ou
- Casos associados a uso de substâncias/medicamentos; e/ou
- Paciente com ideação suicida persistente;

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Descrição do quadro psiquiátrico atual (sinais e sintomas característicos que sugerem diagnóstico, evolução do quadro, especificar a gravidade atual baseada no número de sintomas, em sua gravidade e no grau de incapacitação funcional).
2. Presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado? Se sim, descreva;
3. Presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado? Se sim, descreva;
4. Apresenta prejuízo funcional associado à condição? Se sim, descreva;
5. Histórico psiquiátrico: número de episódios depressivos e idade de início; outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados? Se sim, descreva; internações psiquiátricas anteriores? Se sim, número de internações e ano da última internação.
6. Tratamento: faz uso de psicoterápico para a condição? Se sim, descreva. (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);

3- Transtorno Bipolar

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Casos com sintomas sugestivos de episódio atual maníaco ou hipomaníaco com sintomas psicóticos; e/ou
- Casos com sintomas sugestivos de episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos; e/ou
- Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento; e/ou
- Transtorno bipolar em mulheres grávidas; e/ou
- Casos de pacientes com tratamento para Transtorno Bipolar iniciado na Atenção Primária com recidivas frequentes e sintomas mal controlados; e/ou
- Paciente com ideação suicida persistente.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Descrição do quadro psiquiátrico atual (sinais e sintomas característicos que sugerem diagnóstico, evolução do quadro, especificar a gravidade atual baseada no número de sintomas, em sua gravidade e no grau de incapacitação funcional).



Considere os seguintes especificadores de gravidade atual para transtorno bipolar: **Leve:** Dois sintomas. **Moderada:** Três sintomas. **Moderada-grave:** Quatro ou cinco sintomas. **Grave:** Quatro ou cinco sintomas e com agitação motora.

2. Se mulher em idade fértil, está gestante?
3. Presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado? Se sim, descreva;
4. Presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado? Se sim, descreva;
5. Apresenta prejuízo funcional associado à condição? Se sim, descreva;
6. Histórico psiquiátrico: número de episódios depressivos e idade de início; outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados? Se sim, descreva; internações psiquiátricas anteriores? Se sim, número de internações e ano da última internação.
7. Tratamento: faz uso de psicoterápico para a condição? Se sim, descreva. (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);

3- Transtorno Déficit De Atenção/ Hiperatividade

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Casos com persistência de sintomas, mesmo após tentativas de tratamento; e/ou
- Casos classificados como moderados e graves; e/ou
- Casos associados a uso de substâncias/medicamentos; e/ou
- Paciente com ideação suicida persistente;

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

- Descrição do quadro psiquiátrico atual (sinais e sintomas característicos que sugerem diagnóstico, evolução do quadro, especificar a gravidade atual baseada no número de sintomas, em sua gravidade e no grau de incapacitação funcional).
- Presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado? Se sim, descreva;
- Presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado? Se sim, descreva;
- Apresenta prejuízo funcional associado à condição? Se sim, descreva;
- Histórico psiquiátrico: número de episódios depressivos e idade de início; outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados? Se sim, descreva; internações psiquiátricas anteriores? Se sim, número de internações e ano da última internação.
- Tratamento: faz uso de psicoterápico para a condição? Se sim, descreva. (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);

5- Transtorno Por Uso De Substâncias

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Transtorno por uso de substância com manejo esgotado na Atenção Primária; e/ou
- Transtorno identificado em pessoas na gravidez e/ou lactação; e/ou
- Paciente com ideação suicida persistente.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Descrição do quadro psiquiátrico atual (sinais e sintomas característicos que sugerem diagnóstico, evolução do quadro, especificar a gravidade atual baseada no número de sintomas, em sua gravidade e no grau de incapacitação funcional).
2. Se mulher em idade fértil, está gestante?
3. Presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado? Se sim, descreva;
4. Presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado? Se sim, descreva;
5. Apresenta prejuízo funcional associado à condição? Se sim, descreva;
6. Histórico psiquiátrico: número de episódios depressivos e idade de início; outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados? Se sim, descreva; internações psiquiátricas anteriores? Se sim, número de internações e ano da última internação.
7. Tratamento: faz uso de psicoterápico para a condição? Se sim, descreva. (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);

6- Espectro Da Esquizofrenia E Outros Transtornos Psicóticos

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Suspeita diagnóstica inicial ou diagnóstico inicial de transtorno psicótico;
- Transtorno psicótico que já vem em tratamento e apresenta recidivas frequentes e/ou sintomas psicóticos persistentes; ou
- Esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos em gestantes;
- Casos associados a uso de substâncias/medicamentos; e/ou
- Paciente com ideação suicida persistente;

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Descrição do quadro psiquiátrico atual (sinais e sintomas característicos que sugerem diagnóstico, evolução do quadro, especificar a gravidade atual baseada no número de sintomas, em sua gravidade e no grau de incapacitação funcional).
2. Se mulher em idade fértil, está gestante?
3. Presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado? Se sim, descreva;
4. Presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado? Se sim, descreva;
5. Apresenta prejuízo funcional associado à condição? Se sim, descreva;
6. Histórico psiquiátrico: número de episódios depressivos e idade de início; outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados? Se sim, descreva; internações psiquiátricas anteriores? Se sim, número de internações e ano da última internação.
7. Tratamento: faz uso de psicoterápico para a condição? Se sim, descreva. (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);

7- DISFORIA DE GÊNERO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Suspeita diagnóstica ou diagnóstico inicial de disforia de gênero;

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Descrição do quadro psiquiátrico atual (sinais e sintomas característicos que sugerem diagnóstico, evolução do quadro, especificar a gravidade atual baseada no número de sintomas e em sua gravidade).
2. Presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado? Se sim, descreva;
3. Presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado? Se sim, descreva;
4. Apresenta prejuízo funcional associado à condição? Se sim, descreva;
5. Histórico psiquiátrico: número de episódios depressivos e idade de início; outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados? Se sim, descreva; internações psiquiátricas anteriores? Se sim, número de internações e ano da última internação.
6. Tratamento: faz uso de psicoterápico para a condição? Se sim, descreva. (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);

Urologia

CASOS QUE PODEM SER MANEJADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica (AB) é a porta de entrada para todas as condições clínicas urológicas. Dessa forma, é fundamental que todos os recursos diagnósticos e terapêuticos da AB sejam esgotados antes da realização de encaminhamento para o urologista.

CASOS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Episódio de obstrução urinária aguda em paciente com hiperplasia prostática benigna;
- Cálculos com evidência de dilatação do ureter ou da pelve ou insuficiência renal aguda;
- Litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepse urinária, dor incontrolável com tratamento otimizado na APS e/ou pacientes incapazes de receber hidratação ou medicação via oral;
- Suspeita de torção de testículo (dor testicular aguda, edema e nódulo de consistência macia).

CONDIÇÕES ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO

- Afecções da próstata: câncer de próstata; hiperplasia prostática benigna;
- Afecções do trato urinário: infecção urinária recorrente, incontinência urinária;
- Afecções renais: litíase renal, doença renal crônica, cistos ou doença renal policística;
- Patologias escrotais benignas;
- Saúde sexual: disfunção sexual, condiloma acuminado e outras verrugas genitais.

1- CONDIÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS À PRÓSTATA

1.1- Câncer de próstata:



Atenção!

O rastreio para detecção precoce de câncer de próstata é controverso, não sendo recomendado pelo Ministério da Saúde no Brasil. Existem muitos dados que mostram que os possíveis danos relacionados a testes diagnósticos e tratamentos excessivos superam os benefícios.

O toque retal de rotina para rastreio em homens entre 50 e 70 anos não está mais indicado. O benefício real de realizar o teste de antígeno prostático específico (PSA) a partir dos 50 anos, em pacientes assintomáticos, é discutível. Porém, pode-se aproveitar a oportunidade da ida do homem à Unidade de Saúde da Família (USF), com o desejo de realizar o exame, para verificar a situação de saúde geral do mesmo e rastrear agravos à saúde com evidência científica. Fica a critério médico, em comum acordo com o paciente, a solicitação ou não do PSA.

Não se deve rastrear se a expectativa de vida for inferior a 10 anos.

Considerar solicitar PSA em casos individualizados como:

- História familiar de câncer de próstata em homens com menos de 65 anos;
- Homens sintomáticos (dor lombar, problemas de ereção e micção, dor no quadril e/ou sangramento uretral, após exclusão de infecção urinária ou prostatite);
- A critério médico, conforme comorbidades.

Importante!

Quando indicado, o rastreamento deve ser a cada dois anos. Além disso, o teste não costuma ser feito em homens a partir dos 70 anos de idade, pois o risco de desenvolver a doença é mínimo.

Importante!

Não há um valor de referência para o PSA definido por consenso ou clinicamente. Para melhor interpretação do resultado, deve-se levar em consideração a idade, o sexo, o volume prostático, a velocidade de variações, fatores pré-analíticos, etc.

- Valor do PSA total para idade:
 - <50 anos: até 2,5 ng/mL;
 - 50 a 59 anos: até 3,5 ng/mL;
 - 60 a 69 anos: até 4,5 ng/mL;
 - ≥ 70 anos: até 6,5 ng/mL;
- Relação PSA livre/total (quando PSA total estiver entre 4 e 10ng/mL): $\geq 15\%$.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes em qualquer faixa etária com sintomas e PSA total elevado para a idade, após exclusão diagnóstica de infecção urinária ou prostatite;
- Presença de hematúria, obstrução urinária, sintomas constitucionais em homens com PSA total > 3 ng/mL;
- Paciente com idade menor que 75 anos e PSA total ≥ 10 ng/ml;
- Paciente com até 70 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária ou prostatite;
- Neoplasia em biópsia prostática.

Importante!

Os inibidores da 5-alfa-redutase (como a finasterida) reduzem o valor do PSA. Portanto, os valores do PSA de pacientes que estão em uso desta medicação devem ser multiplicados por 2, quando utilizam a medicação por mais de 6 meses.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas;
2. Exame físico (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
3. Resultados de exames complementares, com data (PSA total e livre; em caso de PSA total alterado, descrever dois exames com intervalo mínimo de um mês; sumário de urina; biópsia prostática, se realizada);
4. Hipóteses diagnósticas;
5. Especificar o motivo do encaminhamento.

1- CONDIÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS À PRÓSTATA

1.2- Hiperplasia prostática benigna (HPB):

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco e intermitente, força para iniciar micção, sensação de esvaziamento vesical incompleto, polaciúria, incontinência urinária, urgência urinária, noctúria), refratários ao tratamento clínico otimizado (uso de medicamento alfa-bloqueador em doses usuais – doxazosina 4 mg/dia – por pelo menos 30 dias e, nos casos de próstata maior que 40 gramas ou PSA total maior que 1,4 ng/ml, uso concomitante de inibidor da 5-alfa redutase – finasterida 5 mg/dia – por pelo menos 6 meses);
- Paciente com HPB que teve episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação em serviço de emergência);
- Paciente com HPB e litíase renal;
- Paciente com HPB e infecção urinária recorrente;
- Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós-miccional maior que 300 ml e/ou bexigoma).

INFORMAÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas (tempo de início, histórico de retenção urinária), história progressiva, cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
2. Exame físico (descrição de toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
3. Resultados de exames complementares, com data (PSA, creatinina sérica, ultrassonografia abdominal ou de vias urinárias ou de próstata);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Hipóteses diagnósticas: enumerar;
6. Especificar o motivo do encaminhamento.

2- AFECCÕES DO TRATO URINÁRIO

2.1- Infecção urinária recorrente



ITU recorrentes (ITUr) são infecções no trato urinário não complicadas e/ou complicadas, que ocorrem com uma frequência de pelo menos três episódios por ano ou dois episódios nos últimos seis meses.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Paciente com alteração anatômica que cause a ITU recorrente:



Atenção!

Quando a alteração anatômica for ginecológica, também encaminhar para Ginecologia.

Considerar encaminhamento para Nefrologista quando ITU recorrente não responde a profilaxia adequada (vide quadro) e não for ocasionada por alteração anatômica urológica ou ginecológica.

Profilaxia adequada para ITU:

Pode ser fornecida durante 3 a 12 meses de maneira contínua (todas as noites ou 3 vezes por semana), pós-coital ou administração intermitente quando há sintomas.

Uma semana antes de iniciar profilaxia, deve-se solicitar urocultura para confirmar erradicação de ITU prévia.

Escolha do antibiótico baseada em antibiograma prévio: Sulfametoxazol + Trimetoprima (1 comprimido de 200 mg/40 mg); ou Nitrofurantoína (1 comprimido de 50 a 100 mg); ou Cefalexina (1 comprimido de 250 mg); ou Norfloxacino (1 comprimido de 400 mg).

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história pregressa (número de infecções urinárias nos últimos 12 meses), cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
2. Exame físico (em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino);
3. Resultados de exames complementares, com data (creatinina sérica; ultrassonografia das vias urinárias);
4. Tratamento em uso ou já realizado (descrever se foi realizada profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita – medicamento, dose e posologia);
5. Hipóteses diagnósticas: enumerar;
6. Especificar o motivo do encaminhamento.

2- AFECCÕES DO TRATO URINÁRIO

2.2- Incontinência urinária

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Em homens: incontinência urinária grave com dor, hematuria, infecções urinárias de repetição, cirurgia pélvica (em particular, cirurgia prostática) ou radioterapia, perdas urinárias contínuas secundárias a fístula, dificuldade miccional ou suspeita de doença neurológica;
- Em mulheres: incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses ou se tratamento não disponível na AB.



É necessário encaminhamento para Ginecologia em caso de paciente com prolapso genital e sintomas de incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico (vide quadro) otimizado por 3 meses ou se tratamento não disponível na AB.

Tratamento clínico otimizado para incontinência urinária:

Exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão de café e álcool).

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: sinais e sintomas (deve incluir o tipo de incontinência e a intensidade dos sintomas), história clínica, uso de medicamentos que afetem a continência urinária (se sim, descrever);
2. Exame físico (descrever se há sinais de vaginite atrófica, presença de cistocele ou retocele e hiper mobilidade do colo vesical);
3. Resultado dos exames complementares, com data (sumário de urina, estudo urodinâmico, ultrassonografia de rins e vias urinárias; em caso de paciente homem, ultrassonografia de próstata);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Hipóteses diagnósticas;
6. Especificar o motivo do encaminhamento.

3- AFECCÕES RENAIAS

3.1- Litíase renal

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Cálculo ureteral ≥ 10 mm;
- Cálculo ureteral entre 4 e 10 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico (vide quadro);
- Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematuria ou infecção de trato urinário);
- Cálculo renal ≥ 10 mm, mesmo que assintomático;
- Cálculo renal coraliforme, independente do tamanho;
- Cálculo vesical.

Tratamento clínico para litíase renal:

Analgesia (anti-inflamatório não esteroidal e/ou opioide), terapia medicamentosa expulsiva por 4 semanas (bloqueador alfa-adrenérgico ou bloqueador dos canais de cálcio) e hidratação generosa.

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE SUGEREM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO TAMBÉM PARA A NEFROLOGIA

- Cálculos de repetição, múltiplos, em rim único ou associados à insuficiência renal e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS;
- Impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos recorrentes com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história pregressa, cor da pele (negra ou não), para o cálculo da taxa de filtração glomerular;
2. Exame físico;
3. Resultados de exames complementares, com data (tomografia de abdome sem contraste ou ultrassonografia de rins e vias urinárias ou radiografia, creatinina sérica, dentre outros);
4. Investigação de causas tratáveis de litíase renal, caso tenha sido feita – descrever achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas;
5. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
6. Hipóteses diagnósticas;
7. Especificar o motivo do encaminhamento.

3- AFECCÕES RENAIIS

3.2- Doença renal crônica

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Hematúria persistente (confirmada em dois exames de sumário de urina, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos, e pesquisa de hemácias dismórficas negativa), independentemente da taxa de filtração glomerular;
- Alterações ecográficas que sugerem lesão ou perda da função renal como:
- Hidronefrose persistente sem causa definida após avaliação em serviço de emergência;
- Hiperplasia prostática benigna com obstrução causando hidronefrose e/ou volume residual pós-miccional maior que 300 ml e/ou bexigoma;
- Cistos simples que causam obstrução;
- Massas ou tumores renais.

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE SUGEREM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO TAMBÉM PARA A NEFROLOGIA

- Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m² (estágios 4 e 5);
- Proteinúria;
- Hematúria persistente (confirmada em dois exames de sumário de urina, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos, e pesquisa de hemácias dismórficas positiva);
- Alterações anatômicas que provoquem lesão ou perda de função renal;
- Perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73m² em 6 meses, com uma TFG < 60 ml/min/1,73m², confirmada em dois exames);
- Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários).

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, cor da pele (negra ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
2. Exame físico ginecológico;
3. Resultados de exames complementares, com data (creatinina sérica; se houver suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com, no mínimo, seis meses de intervalo entre eles; resultado de microalbuminúria em amostra; albuminúria de 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame; resultado de sumário de urina; ultrassonografia de vias urinárias);
4. Hipóteses diagnósticas;
5. Especificar o motivo do encaminhamento.

3- AFECCÕES RENAIIS

3.3- Cistos ou doença renal policística:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Cistos complexos com alterações sugestivas de malignidade (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações ou resultado de tomografia com classificação de Bosniak maior ou igual a 2F);
- Pacientes com cistos simples e presença de dor lombar, hematúria persistente e/ou obstrução de via urinária.



Atenção!

Quando houver suspeita de doença renal policística, encaminhar também à nefrologia.

Suspeita de doença renal policística:

História Familiar Positiva e:

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

História Familiar Negativa e:

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

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal; sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outro achado relevante); cor da pele, para cálculo da taxa de filtração glomerular (se negra ou não); história familiar para doença renal policística e, em caso positivo, grau de parentesco com o paciente;
2. Exame físico ginecológico (descrever exame especular);
3. Resultados de exames complementares, com data (ultrassonografia ou tomografia, descrevendo tamanho dos cistos, número e localização; creatinina sérica; sumário de urina);
4. Hipóteses diagnósticas;
5. Especificar o motivo do encaminhamento.

4- PATOLOGIAS ESCROTAIS BENIGNAS: VARICOCELE, HIDROCELE, CISTOS DE CORDÃO E EPIDÍDIMO:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Paciente com patologias escrotales benignas sintomáticas;
- Paciente com varicocele assintomática associada a testículo ipsilateral diminuído; ou condição testicular adicional que afete a fertilidade (como criptorquidia); ou varicocele palpável bilateral; ou varicocele clínica e alterações no espermograma (azoospermia, oligospermia ou outras alterações no espermograma).



Atenção!

Suspeita clínica de hipogonadismo deve ser encaminhada à endocrinologia.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, presença de sinais e sintomas (incluir tempo de evolução, frequência, fatores desencadeantes ou de alívio);
2. Exame físico;
3. Resultados de exames complementares, com data (descrição da ultrassonografia escrotal, se realizada; em caso de varicocele, descrever espermograma);
4. Hipóteses diagnósticas;
5. Especificar o motivo do encaminhamento.

5- SAÚDE SEXUAL

5.1- Disfunção sexual:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Paciente com disfunção erétil sem resposta ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por 6 meses;
- Paciente com disfunção erétil com contraindicação (hipersensibilidade ao fármaco ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5;
- Doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual;
- Suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história pregressa;
2. Exame físico;
3. Resultado de exames, com data (se suspeita de hipogonadismo descrever o resultado de dois exames de testosterona total, coletados em dias diferentes);
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Hipóteses diagnósticas;
6. Especificar o motivo do encaminhamento.

5.2- Condiloma acuminado e outras verrugas genitais:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com lesões genitais extensas e numerosas que podem indicar excisão cirúrgica;
- Pacientes imunossuprimidos com verrugas refratárias ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões;
- Casos em que haja refratariedade após duas aplicações de ATA (se disponível) ou com necessidade de biópsia.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA EFETIVAR ENCAMINHAMENTO

1. Anamnese: queixa principal, sinais e sintomas, história pregressa;
2. Exame físico (descrição da lesão, com localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal));
3. Resultado de exames, com data (anti-HIV; teste rápido para HIV)
4. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados, com dose e posologia);
5. Hipóteses diagnósticas;
6. Especificar o motivo do encaminhamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 56 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad14.pdf>. Acesso em: 02 Fev. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto**. Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 20 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf. Acesso: 02 Fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção 1, 4 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro**. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf. Acesso em: 02 Fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado - HAS Crônica. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistemica-\(HAS\)-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/has-chronica/planejamento-terapeutico#pills-encaminhamento](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistemica-(HAS)-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/has-chronica/planejamento-terapeutico#pills-encaminhamento) Acesso em: 14 out. 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde. **Protocolo da Cardiologia – Adulto**. Santa Catarina: Secretaria de Saúde. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/acessos-por-especialidade/consulta-adulto/13758-cardiologia-adulto/file>. Acesso em: 02 fev. 2022.

TURQUES, W. F. et al. Strategic planning of educational actions on Hypertension and Diabetes in Primary Care: Experience report. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 9, p. e50710918216, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i9.18216. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18216>. Acesso em: 02 Fev. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial – Cardiologia Adulto: versão digital 2022**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 20 jan. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: 01 abr. 2024