

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DO ACESSO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS HORTOLÂNDIA - SP

2025

2ª revisão - Março 2025



Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA

José Nazareno Zezé Gomes

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Dênis André José Crupe

DEPARTAMENTOS:

FINANCEIRO E DE PLANEJAMENTO

Aparecida Bambini Naide

ASSISTÊNCIA À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Cilene Aparecida de Oliveira Mantuan

ASSISTÊNCIA À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Maria de Fátima Gomes

DIVISÃO DE REGULAÇÃO

Sandra Maria Duarte

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Marizeteda Silveira Gimenes Alves

Jussara Maria Camilo Domingos

EQUIPE DE REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino

COLABORAÇÃO

Andrea Santos de Andrade

Dr. Anderson Ferreira Lobo

Dra. Bruna Guardia Granado

Maria Angélica Evangelista Queiroz

Equipe de médicos especialistas do Centro de Especialidades Médicas de Hortolândia

APOIO TÉCNICO

Keila Ariadne Araujo

Anderson Mota de Souza

Carla Furlan Carmelin

Thais Kelen de Paula Lúcio



PROTOCOLOS

APRESENTAÇÃO	1
ALERGO IMUNOLOGIA	2
CARDIOLOGIA ADULTO	3
CARDIOLOGIA INFANTIL	4
CIRURGIA VASCULAR	5
DERMATOLOGIA	6
ENDOCRINOLOGIA	7
GASTROENTEROLOGIA	8
NEFROLOGIA	9
NEUROLOGIA ADULTO	10
NEUROLOGIA INFANTIL	11
ORTOPEDIA	12
OTORRINOLARINGOLOGIA	13
PEQUENAS CIRURGIAS	14
PNEUMOLOGIA ADULTO	15
PROCTOLOGIA	16
REUMATOLOGIA	17
ULCERAS VASCULARES E OSTOMIAS	18
UROLOGIA	19



APRESENTAÇÃO

1

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO ÀS ESPECIALIDADES DO

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE HORTOLÂNDIA

Segunda Revisão - março/ 2.025

ÍNDICE

1- Introdução

2- Objetivos

2.1- Geral

2.2- Específicos

3- Orientações

3.1- Orientações gerais

3.2- Orientações aos médicos solicitantes

3.3- Orientações aos Reguladores

4- Considerações finais



1-Introdução

O presente Protocolo de Acesso contém orientações básicas para agendamento de consultas médicas nas especialidades disponíveis no Centro de Especialidades Médicas do município de Hortolândia – SP. Encontra-se de acordo com as diretrizes que definem a criação da regulação assistencial (ou regulação do acesso), definida pela portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 (artigo 2, inciso 3), que diz:

(a regulação do acesso) “tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008)”.

Este protocolo é fruto das necessidades detectadas pela Gestão Municipal em Saúde, bem como pelos médicos da Atenção Primária e do Centro de Especialidades Médicas. Trata-se de nova revisão do Protocolo de Acesso às Especialidades, vigente desde novembro/2014 e tendo a sua primeira revisão em agosto/2016.

Salientamos que a observância dos protocolos é uma potente ferramenta no processo regulatório e assistencial.

É importante também salientar que o cumprimento dos protocolos vigentes municipais é um dos critérios previamente definidos para avaliação de desempenho do profissional médico e tal cumprimento será rigorosamente observado pela Secretaria Municipal de Saúde, tendo em vista nosso objetivo maior que é a garantia da qualidade e segurança do acesso dos pacientes às especialidades.



2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo geral:

Instrumentalizar as unidades assistenciais a fim de garantir o acesso ao atendimento médico especializado no município de Hortolândia, de acordo com os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde.

2.2- Objetivos específicos

- a) estabelecer fluxos para encaminhamentos e agendamentos de consultas no Centro de Especialidades;
- b) garantir o cumprimento dos critérios de priorização definidos nos Protocolos de Acesso às Especialidades;
- c) contribuir para a garantia da corresponsabilização do atendimento médico ao paciente entre o médico da unidade solicitante e o especialista, reforçando a importância da manutenção do cuidado na Atenção Primária em Saúde;
- d) garantir a realização do encaminhamento médico consciente, esgotando-se todas as possibilidades de atendimento na Atenção Primária, em conformidade com os Protocolos Clínicos do Município e das Diretrizes Terapêuticas atualizadas, divulgadas pelo Ministério da Saúde;
- e) assegurar a realização do encaminhamento médico qualificado, com preenchimento completo, com informações relevantes e letra legível;



3- ORIENTAÇÕES

3.1- Orientações gerais:

a) Os encaminhamentos para as especialidades médicas só podem ser elaborados por profissionais médicos. Os demais profissionais da área de saúde devem direcionar os usuários para consulta com o médico da Atenção Básica que avaliará a necessidade do encaminhamento.

Exceção: Teste de acuidade visual pode ser encaminhado por enfermeiro(a).

b) Encaminhamentos oriundos do Hospital Municipal: serão aceitos apenas encaminhamentos, gerados no momento da alta, para pacientes que estiveram internados e com evidente necessidade de priorização (infarto agudo do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, neoplasia diagnosticada ou fortemente suspeita, por exemplo). O agendamento será mediante contato prévio do NIR – Núcleo Interno de Regulação do Hospital Municipal com a Divisão de Regulação e envio do encaminhamento e demais documentos necessários através de malote. Demais casos: seguir fluxo via Unidade Básica de Saúde.

c) Pacientes oriundos do Pronto Socorro e Unidades de Pronto Atendimento devem ser direcionados às Unidades Básicas de Saúde, para acolhimento e cumprimento do protocolo. **Atentar aos critérios de priorização na UBS, quando necessário.**

d) Os casos de **retorno** (pacientes já em acompanhamento no CEM): devem ser agendados pessoalmente, pelo paciente, no Centro de Especialidades.

e) Pacientes que receberam alta da Especialidade, mas que necessitam de outra avaliação: devem ser encaminhados pela UBS como **Caso Novo**.

f) Também é considerado **Caso Novo** paciente que se encontra há mais de 01 (um) ano sem consulta na especialidade.

Exceção: pacientes da Oftalmologia que precisam de revisão anual de lentes.

g) Pacientes que já passaram em consulta com o especialista, porém, aguardam a realização de exame de Média e Alta Complexidade há mais de 12 meses, ao conseguirem o exame, serão considerados **Retorno**. Tais casos serão agendados pelo Centro de Especialidades Médicas.

h) Não serão aceitos, no Centro de Especialidades, os encaminhamentos trazidos pelo próprio paciente ou terceiros. Quando houver necessidade de priorização, pode-se estabelecer contato telefônico entre a UBS (médico, enfermagem ou Coordenação) e Regulação para discussão do caso.



3.2- Orientações aos médicos solicitantes

a) Qualificação do encaminhamento:

Obrigatoriamente, os encaminhamentos deverão ter letra legível e conter:

- ✓ Classificação por prioridade
- ✓ Nome completo do paciente
- ✓ Idade ou data de nascimento
- ✓ Especialidade à qual foi encaminhado
- ✓ Descrição do quadro clínico (com informações que auxiliem na classificação de risco, antecedentes pessoais e familiares, comorbidades)
- ✓ Exame físico
- ✓ Exames realizados: anotados ou anexados
- ✓ Hipótese Diagnóstica
- ✓ CID
- ✓ Identificação do médico solicitante (nome completo e CRM)
- ✓ Assinatura do médico
- ✓ Data do encaminhamento



b) **Classificação por prioridade**: os encaminhamentos às especialidades deverão, **obrigatoriamente** ter a classificação de prioridade definida pelo médico que gerou o encaminhamento, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade (ver tabela de orientação abaixo).

Os médicos reguladores da Regulação Central municipal farão a análise do encaminhamento, a fim de corroborar ou revisar a classificação, conforme os critérios citados.

O sistema de classificação continuará sendo o da escala cromática.

Segue abaixo tabela com critérios de priorização para consultas ambulatoriais. Tais critérios são **norteadores para a classificação por prioridade** pelo médico solicitante, podendo sofrer variações.

CLASSIFICAÇÃO POR PRIORIDADE DE ATENDIMENTO

CASOS AMBULATORIAIS

Grau de prioridade	Encaminhamento	Motivos	Alguns exemplos
VERMELHA Prioridade Urgente	<i>Urgência ambulatorial</i> (pacientes que necessitam atendimento médico especializado, com agendamento eletivo prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações.)	Risco de perda funcional do órgão,	Disfagia, suspeita de angina ou acidente isquêmico transitório; insuficiência renal avançada; dispneia crônica objetiva, insuficiência hepática, vascular, ou cardíaca crônicas descompensadas; sinais de compressão medular, fratura.
		Hemorragias sem repercussão hemodinâmica	Histórico de enterorragia, melena, hematêmese, hematúria, hemoptise, epistaxe, otorragia, metrorragia
	Importante! Não inclui casos com descompensação aguda, com indicativos de atendimento na Urgência/Emergência Médica	Forte suspeita de neoplasia	Emagrecimento, síndrome consuptiva, sangramentos
		Grupos de risco: gestante	Gestante, idosos maiores que 80 anos, crianças menores que 01 ano



Os protocolos de cada especialidade oferecerão **sugestões** de classificação por prioridade. Não há obrigatoriedade em acatar a classificação sugerida pelos protocolos das especialidades. No entanto, os médicos reguladores da Divisão de Regulação farão a análise e supervisão das classificações realizadas pelos médicos da Atenção Primária e da Atenção Especializada, com o objetivo de garantir o acesso às vagas pelos critérios amplamente estabelecidos de priorização clínica e pelos critérios de vulnerabilidade.

c) Exames complementares necessários:

A solicitação de exames nos Protocolos de Acessos às Especialidades contemplam exames essenciais para investigação clínica do paciente no âmbito da Atenção Primária e comumente utilizados na prática clínica.

Tais exames devem ser interpretados de modo a favorecer a condução clínica do paciente, enquanto o mesmo aguarda avaliação especializada.

Os exames laboratoriais e de imagem exigidos pelos protocolos serão aceitos com data de até 06 meses, com algumas poucas exceções, que serão assinaladas nos protocolos.



3.3- Orientações aos Reguladores Locais (Profissionais Administrativos das Unidades Solicitantes):

As equipes de Regulação descentralizadas deverão seguir o seguinte fluxo para encaminhamentos gerados em consulta médica:

- ✓ Receber o encaminhamento e conferir se os itens relacionados às orientações médicas foram contemplados;
- ✓ Caso faltem informações, os reguladores deverão buscar adequação, junto ao médico solicitante;
- ✓ Cadastrar o encaminhamento em base de dados da Regulação / Sistema Saúde simples;
- ✓ Inserir encaminhamento médico e exames complementares, conforme orientações e treinamentos do Sistema Saúde Simples.

Seguem as especialidades disponíveis no Centro de Especialidades, de acordo com a forma de agendamento:

Alergologia / Imunologia	Neurologia Infantil
Cardiologia Adulto	Oftalmologia
Cardiologia Infantil	Ortopedia
Cirurgia Vascular	Otorrinolaringologia
Dermatologia	Pequenas Cirurgias
Endocrinologia	Pneumologia Adultos
Gastroenterologia	Proctologia
Nefrologia	Reumatologia
Neurologia Clínica - Adultos	Úlceras Vasculares
	Urologia



4- Considerações finais

Ressalta-se a importância da conferência de todos os requisitos necessários para o envio do encaminhamento, e também de letra legível no encaminhamento, sem os quais, o encaminhamento será devolvido para adequação.

Após a primeira consulta com o especialista, em qualquer momento do acompanhamento, o mesmo poderá emitir o documento de **contra-referência** ao médico da Unidade Básica, com o objetivo de informar e integralizar o atendimento ao usuário.

O documento de contra-referência será entregue por intermédio do paciente.

Por fim, ressalta-se o caráter evolutivo dos Protocolos de Acesso às Especialidades Médicas, de forma que serão revisados, em média, a cada 24 meses, quando serão aceitas as contribuições de todos os profissionais envolvidos, com o intuito de torná-los, cada vez mais, instrumentos de otimização de agendamentos às especialidades.



REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 68 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: Endocrinologia e Nefrologia [recurso eletrônico]. Apresentação/introdução. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, p. 6-8, 2016.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na Atenção Primária à Saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009.

PROTOCOLOS DE ACESSO E REGULAÇÃO DA REGULAÇÃO ESTADUAL AMBULATORIAL. SES/SC Reabilitação OPMAL Ingresso. Florianópolis, SC, fevereiro de 2019.

PROTOCOLO DE ACESSO À REDE DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS COM CLASSIFICAÇÃO POR PRIORIDADE. SESAU/Recife, 1. ed., 2013.

SES/SP. GRUPO DE REGULAÇÃO. Recursos em Saúde: Consultas nas Especialidades. Caderno 1. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2. ed., agosto de 2024.

SISREG. Protocolo para o Regulador. Protocolo clínico de critérios para regulação de vagas ambulatoriais. Desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Data de atualização: 13 mar. 2015.

VILARINS, G. C. M. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. Revista Comunicação em Ciências da Saúde, Brasília, v. 21, n. 1, p. 81-84, 2010.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO ALERGO IMUNOLOGIA

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	Página
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	5
1 SUSPEITA DE IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA	6
2 ASMA GRAVE	7
3 ALERGIA GRAVE A PICADA DE INSETOS	8
4 URTICÁRIA E ANGIOEDEMA	9
5 ALERGIA MEDICAMENTOSA	10
6 ALERGIA ALIMENTAR	11
7 CONJUNTIVITE ALÉRGICA	12
8 DERMATITE ATÓPICA	13
9 DERMATITE DE CONTATO	14
10 RINITE ALÉRGICA	15
ANEXO	16
REFERÊNCIAS	19



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encaminhar pacientes adultos e crianças (a partir de 05 anos). Crianças menores que 05 (cinco) anos serão encaminhadas para serviços externos ao município, via regulação.

Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes e/ ou que não melhoram após tratamento inicial

Informar resultados dos exames complementares (ou cópia dos mesmos) solicitados por este protocolo e outros relevantes, se os tiver.

Enviar relatório(s) de internações, bem como todos os exames pertinentes à patologia, caso houver. Se necessário acionar Serviço Social.

Obrigatório a todos os encaminhamentos: Encaminhar pacientes com História Clínica sucinta, constando queixa, comorbidades, duração, evolução, exame físico e tratamentos já instituídos.



EXCLUSÕES

- Lactentes Chiadores (0-7 anos): encaminhar para pneumologia infantil.
- Intolerância à lactose (ver item 6).
- Lesões de pele eczematosas não-atópicas (dermatite seborreica, tinea corporis, etc): Ver item 8.
- Emergências em imuno alergia (reações anafiláticas pós-picada de inseto ou ingestão de alimentos ou medicamentos, crises de asma aguda): direcionar ao serviço de urgência/emergência de referência. Em caso de duvidas, o medico da Atenção Básica poderá ligar para o CIATOX-Unicamp (Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Campinas - Fone 19 3521-7555)



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Alergia e Imunologia. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



1. SUSPEITA DE IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA: VERMELHA.

Motivos para encaminhamento: Encaminhar pacientes com histórico de dois ou mais dos seguintes sinais de alerta:

- Duas ou mais pneumonias no último ano;
- Quatro ou mais novas otites no último ano;
- Estomatites de repetição ou monilíase por mais de dois meses;
- Abscessos de repetição ou ectima;
- Um episódio de infecção sistêmica grave (meningite, osteoartrite, septicemia);
- Infecções intestinais de repetição / diarreia crônica / giardíase;
- Asma grave, doença do colágeno ou doença auto-imune;
- Efeito adverso ao BCG e/ou infecção por micobactéria;
- Fenótipo clínico sugestivo de síndrome associada a imunodeficiência;
- História familiar de imunodeficiência;

Exames complementares necessários: hemograma, teste rápido para HIV.



2. ASMA GRAVE: VERMELHA.

Motivos para encaminhamento: Pacientes em uso de corticóide inalatório em doses adequadas, mantendo diagnóstico de asma grave ou não controlada, de acordo com a classificação da asma contida em “DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA” (2012):

“Sintomas diurnos em frequência 3 vezes ou mais por semana, limitação para atividades diárias (escola, trabalho, lazer), sintomas noturnos, com despertares e necessidade de uso de medicação de alívio em frequência 3 vezes ou mais por semana.”

- Asma córtico-dependente ou córtico-resistente (controle total ou parcial obtido com uso contínuo de corticóide por via oral).
- Asma associada a pneumonias de repetição.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante:

- Enviar outros exames que tiver pertinentes à patologia;
- Enviar relatório(s) de internação(ões) se os tiver;

Exames complementares necessários: hemograma, RX tórax - AP e perfil (se já tiver, enviar, não há necessidade de pedir outro).



3. ALERGIA GRAVE A PICADA DE INSETOS: VERMELHA.

Motivo de encaminhamento: Pacientes com **histórico** de reações alérgicas graves pós-picada de insetos, tais como: urticária, angioedema e sintomas anafiláticos (edema laríngeo, bronco obstrução, náuseas, vômitos, dor abdominal, hipotensão, arritmia, desmaio).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: Pacientes em vigência de reação alérgica grave a picada de inseto deverão ser direcionados ao serviço de urgência/emergência de referência. Após compensação do quadro agudo, encaminhar à especialidade.

Observação: casos de picada de escorpião em menores de 10 anos de idade, deverão ser encaminhados ao Hospital Estadual de Sumaré com prazo máximo de 50 minutos (meios próprios ou SAMU).

Exames complementares necessários: hemograma, IgE total.



4. URTICÁRIA E ANGIOEDEMA: LARANJA.

Motivo de encaminhamento:

- Pacientes com quadro de urticária crônica (lesões persistentes ou recorrentes por mais de 6 semanas, caracterizadas por tamanho e forma variados, com edema central e eritema circundante, prurido intenso e caráter efêmero), que não apresentam resolução ao tratamento usual com anti-histamínicos e eliminação dos fatores desencadeantes*.
- Pacientes com histórico de angioedema recorrente (edema súbito e pronunciado da derme profunda, às vezes com dor associada e resolução mais lenta, de até 72 horas)*

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observação: O médico assistente da UBS/USF deverá manter o acompanhamento do paciente, investigando e orientando o afastamento de possíveis fatores desencadeantes.

Prurido SEM urticária ou angioedema devem ter a investigação inicial na atenção primária.

Exames complementares necessários: não há necessidade.



5. ALERGIA MEDICAMENTOSA: LARANJA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com episódio único GRAVE ou repetido de alterações pós-ingestão de medicamentos (poucos minutos a 2 semanas) do tipo: urticária, angioedema, anafilaxia, erupção morbiliforme, eritema fixo, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observação: A história clínica deve ser detalhada, caracterizando o início do episódio, as manifestações clínicas e a evolução, bem como relato de toda medicação utilizada no momento prévio à reação, pois, muitas vezes, o paciente não consegue fornecer tais informações.

Importante: O médico da Atenção Básica deverá orientar suspensão do uso do(s) medicamento(s) suspeito(s).

Exames complementares necessários: hemograma, IgE total.



6. ALERGIA ALIMENTAR: LARANJA.

Se antecedente de anafilaxia: VERMELHA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com manifestações alérgicas associadas à ingestão de alimento específico. As manifestações mais frequentes são: cutâneas (urticária, angioedema, dermatite atópica) e gastrointestinais (vômitos de início súbito, dor abdominal, diarreia). Ver informações adicionais importantes no ANEXO.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observações: Pacientes com histórico de anafilaxia após ingestão de alimentos devem ser rigorosamente orientados pelo médico da Atenção Básica a fazer dieta de exclusão do alimento suspeito e a procurar serviço de atendimento de urgência/emergência, se em vigência de quadro agudo.

Exclusão: Intolerância à lactose: A intolerância à lactose, entidade clínica muito comum, resultante da deficiência parcial ou total da enzima β -lactase e caracterizada por quadro de dor abdominal, flatulência e/ou diarreia pós-ingestão de leite, não configura alergia e, sim, intolerância ao carboidrato (lactose). Não tem mecanismos imunológicos envolvidos e não deve ser direcionada ao imunologista. Os casos que foram possíveis manejo adequado na Atenção Básica deverão ser encaminhados para o gastroenterologista, de acordo com o protocolo de acesso a especialidade.

Exames complementares necessários: hemograma, IgE total.



7. CONJUNTIVITE ALÉRGICA: VERDE.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sintomas persistentes (crônicos) de conjuntivite alérgica: diagnóstico clínico e laboratorial de atopia (rinite, asma, dermatite atópica) associado a sintomas de prurido ocular, lacrimejamento, fotofobia, edema e eritema em conjuntiva e pálpebras.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante:

- O médico assistente do paciente na Atenção Básica deverá proceder ao diagnóstico e instituir tratamento para controle dos fatores causadores ambientais, bem como orientar: compressas geladas, lágrimas artificiais e anti-histamínicos orais (se julgar necessário).
- O médico assistente do paciente na Atenção Básica deverá encaminhar todos os casos suspeitos de conjuntivite alérgica para avaliação oftalmológica.

Exames complementares necessários: hemograma, IgE total.



8. DERMATITE ATÓPICA: VERDE.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com quadro de dermatite atópica* que não apresentem controle com medidas de afastamento dos fatores irritantes/desencadeantes, hidratação da pele e medicações tópicas (corticóides), conforme orientações abaixo. Ver informações adicionais importantes no ANEXO.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Nos casos de evolução grave, orientar o afastamento dos aeroalérgenos e investigar possibilidade de alérgenos alimentares como desencadeantes.

Exames complementares necessários: não há necessidade.



9. DERMATITE DE CONTATO: VERDE.

Motivo de encaminhamento: Persistência dos sintomas após o afastamento do fator desencadeante suspeito, com dúvida diagnóstica (ver no ANEXO).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observação: Suspeita de dermatite de contato relacionada a exposição ocupacional devem ser notificadas e encaminhadas para Medicina do Trabalho.

Exames complementares necessários: hemograma, IgE total.



10. RINITE ALÉRGICA: AZUL.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sintomas não controlados*, mesmo após instituição de tratamento, profilaxia ambiental e profilaxia medicamentosa.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observação: A persistência ou recorrência de um ou mais dos sintomas de obstrução nasal, prurido nasal, espirros, rinorreia e hiposmia são sugestivos de rinite alérgica. O diagnóstico se dá através da história clínica (sintomas), da história pessoal e familiar de atopia e do exame físico.

Importante: O médico que acompanha o paciente na Atenção Básica deverá detectar os fatores desencadeantes da rinite alérgica e instituir tratamento profilático (ambiental e medicamentoso, quando necessário, com corticóide tópico nasal e anti-histamínico, via oral), bem como tratar as comorbidades (sinusites, otites, asma).

Exames complementares necessários: hemograma, IgE total.



ANEXO

ALERGIA ALIMENTAR

Alergias alimentares costumam aparecer num intervalo de poucos minutos a algumas horas após ingestão do alimento específico, com exceção das manifestações por mecanismos imunológicos mistos (dermatite atópica, esofagite, gastrite ou colite eosinofílica, asma).

Quadros de alergia alimentar resultam de reações imunológicas em indivíduos previamente sensibilizados, após ingestão de proteínas alimentares. A maioria das reações ocorre devido à sensibilização a apenas um ou dois alimentos. Alergia a três ou mais alimentos diferentes é menos frequente.

Os alimentos mais frequentemente envolvidos são o leite de vaca, ovo, trigo e soja, sendo responsáveis por cerca de 90% dos casos. Ingestão esporádica de alguns alimentos também pode desencadear, por exemplo, ingestão de frutos do mar.



DERMATITE ATÓPICA

Pacientes com histórico pessoal ou familiar (de primeiro grau) de atopia (rinite alérgica, asma), com quadro associado de prurido e eczema em áreas de flexuras ou cervical e xerose generalizada. O eczema pode se caracterizar por: eritema, pápulas, exsudação, vesículas, escamas e liquenificação. Em pacientes menores de 4 anos, as lesões podem se apresentar nas regiões malar, fronte e face externa dos membros.

O médico que acompanha o paciente na Atenção Básica deve proceder às orientações de afastar os fatores irritantes e desencadeantes (detergentes, sabões, amaciantes, roupas sintéticas, etiquetas, materiais abrasivos, poluentes, produtos químicos e condições extremas de temperatura e umidade).

A hidratação da pele deve ser insistentemente orientada, pois é primordial no controle e prevenção. Orientar também banhos mornos ou frios (nunca quentes ou em tempo e frequência excessivos) e a não utilização de materiais abrasivos (peelings ou buchas).



DERMATITE DE CONTATO

São sintomas de dermatite de contato: Lesões crônicas (persistentes ou recorrentes), eczematóides, que se apresentam nas regiões do corpo mais expostas ao ambiente (mãos, pés, face, pescoço, antebraços), com aparecimento relacionado ao contato com agentes externos, associado ou não à ação fototóxica.



REFERÊNCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Comissão de Asma da SBPT, Grupo de Trabalho das Diretrizes para Asma da SBPT. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma. Jornal Brasileiro de Pneumologia v. 38, supl.1, p. S1-S46, 2012.

SOLÉ, D.; SAKANO, E. (coord.) III Consenso Brasileiro sobre Rinites 2012 III Consenso Brasileiro sobre Rinites. Jornal Brasileiro de Otorrinolaringologia, v.75, n.6, São Paulo, nov-dez 2012. 52p.

SOLÉ, D. et al. (coord.). Guia prático da Alergia à Proteína do Leite de Vaca mediada pela IgE - ASBAI & SBAN - Rev. bras. alerg. imunopatol, v.3, n.6, p.203-233, 2012.

CRIADO R. F. J. et al.. Urticárias. Rev. bras. alerg. imunopatol. – vol. 28, nº 6, p.273-283, 2005 MARBACK P. M. F.. Aspectos clínicos e epidemiológicos da conjuntivite alérgica em serviço de referência, Arq Bras Oftalmol. v.70, n.2, p.:312-316, 2007.

GIAVINA-BIANCHI, P. Diretrizes do diagnóstico e tratamento do Angioedema Hereditário. Rev. bras. alerg. imunopatol. v. 33, n.6, p.241-252, 2010.

SUAVINHO, E.; NÁPOLIS, A. C. R.; SEGUNDO, G. R. S. Investigação de imunodeficiências primárias em pacientes durante e após hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. Rev. Paul. Pediatr., v.32, n.1, p.32-36, 2014.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO CARDIOLOGIA ADULTO

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	Página
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	5
1 INSUFICIÊNCIA CORONARIANA	6
2 DOR PRECORDIAL	7
3 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC)	8
4 ARRITMIAS	9
5 MIOCARDIOPATIAS: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ACORDO COM ICC (VER ITEM3)	10
6 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	11
7 SOPROS A ESCLARECER	12
8 VALVULOPATIA JÁ DIAGNOSTICADA	13
9 AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO	14
10 AVALIAÇÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA	15
ANEXO	16 ao 22
REFERÊNCIAS	23



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encaminhar pacientes com idade igual ou maior que 14 anos.

O médico assistente do paciente deverá manter o acompanhamento do paciente com patologia cardíaca na Atenção Básica, garantindo o controle dos fatores de risco e das comorbidades (diabetes mellitus, dislipidemia, hipo ou hipertireoidismo, insuficiência renal crônica, pneumopatia crônica).

Particular atenção deve ser conferida pela assistência na Atenção Básica ao controle dos fatores de risco para coronariopatia: tabagismo, obesidade, sedentarismo, dislipidemia.

Obrigatório a todos os encaminhamentos:

- História Clínica sucinta, com particular atenção para o sistema cardiovascular, e fatores de risco para doenças cardiovasculares;
- Dados relevantes do exame físico, incluídas as ausculta cardíaca e pulmonar, pulsos periféricos, presença de edemas ou hepatomegalia;
- Informar medida da pressão arterial;
- Informações de comorbidades;
- Informações sobre tratamentos já realizados;
- Informações sobre medicações em uso atual (ou enviar cópia da receita dos medicamentos em uso);
- Informações sobre resultados dos exames complementares solicitados por este protocolo e outros pertinentes à patologia que gerou o encaminhamento, se os tiver (ou anexar cópias dos mesmos).



EXCLUSÕES

Angina instável: Todos os pacientes com angina instável ou suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) devem ser imediatamente encaminhados ao serviço de urgência de referência, para tratamento imediato.

Edema Agudo Pulmonar (EAP): Encaminhar imediatamente ao serviço de urgência de referência, para tratamento imediato.

Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) diagnosticada e com classificação 1 (ver item 3): Após confirmação do diagnóstico de ICC com o Cardiologista, pacientes com classificação 1 (classe I da NYHA), farão acompanhamento exclusivamente na Unidade de origem (UBS). Se houver mudança no quadro clínico que justifique retorno à especialidade Cardiologia, o mesmo deverá ser encaminhado novamente como Caso Novo.

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no estágio 1 (ver item 6), sem complicações em órgão-alvo e sem outras comorbidades cardiológicas. A condução clínica destes casos deve ser feita pelo médico assistente do paciente na UBS.

Avaliação de pré-cirúrgica de pacientes com baixo risco cardíaco: pacientes que serão submetidos a cirurgia de risco cardíaco baixo (ver no ANEXO tabela “Estratificação de risco cardíaco para pacientes não cardíacos”); assintomáticos e sem fatores de risco para doença cardiovascular em qualquer idade;

Atestado de liberação para atividade física: pacientes que necessitem de atestado de liberação para atividade física com as seguintes características associadas (ver item 10 deste protocolo):

- Sem doença cardiológica suspeitada ou diagnosticada;
- Sem fatores de risco para eventos coronários ou com baixo risco para eventos coronários (colesterolemia total < 190 mg/dl, hipertensão arterial sistêmica leve, diabetes mellitus controlado, não tabagista);
- Que não se enquadrem na categoria de atletas (ver item 10).



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Cardiologia. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



1- INSUFICIÊNCIA CORONARIANA:

VERMELHA: Sem investigação.

LARANJA: Estáveis, já em uso de medicações.

Motivos para encaminhamento: Pacientes com diagnóstico prévio de Infarto Agudo do Miocárdio. Pacientes com antecedente de realização de cirurgia de revascularização do miocárdio ou angioplastia.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais. Anexar relatórios, se os tiver (por exemplo, de internação recente).

Importante:

- O médico assistente do paciente na Atenção Básica deverá manter o acompanhamento e controle das comorbidades e dos fatores de risco para coronariopatia, garantindo consultas regulares.
- Deverá também orientar quanto aos sinais de alerta para procura do Serviço de Urgência/Emergência de referência, caso se apresentem com sinais e sintomas de angina instável.

Exames Complementares Necessários:

- *RX de tórax (AP);*
- *Eletrocardiograma (convencional sem laudo);*
- *Hemograma;*
- *Urina 1;*
- *Sódio e potássio;*
- *Creatinina;*
- *Glicemia (jejum);*
- *Colesterol total e frações;*
- *Triglicerídeos;*
- *Anexar outros exames relevantes ao caso, se os tiver*



2- DOR PRECORDIAL:

VERMELHA: Alto risco cardiovascular ou fatores de risco para coronariopatia associado com qualquer tipo de dor precordial. Alto grau de suspeita de angina estável.

LARANJA : Baixo ou médio risco cardiovascular, com fator(es) de risco.

VERDE: Se atípica, sem fatores de risco, baixo risco cardiovascular e ECG normal.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais. Anexar relatórios, se os tiver (por exemplo, de internação recente).

Observações:

- Ver critérios para definição de angina e diagnóstico diferencial de dor precordial no ANEXO.
- O médico assistente do paciente na Atenção Básica deverá também orientar quanto aos sinais de alerta para procura do Serviço de Urgência/Emergência de referência, caso se apresentem com sinais e sintomas de angina instável.

Exames Complementares Necessários:

- *RX de tórax (AP);*
- *Eletrocardiograma convencional sem laudo;*
- *Hemograma;*
- *Urina 1;*
- *Sódio e potássio;*
- *Creatinina;*
- *Glicemia (jejum);*
- *Colesterol total e frações;*
- *Triglicerídeos;*
- *Anexar outros exames relevantes ao caso, se os tiver*



3- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC):

VERMELHA: Classe III ou IV de NYHA.

LARANJA: Classe II de NYHA.

AZUL: CLASSE I (ACOMPANHAR na Atenção Básica).

Motivos para encaminhamento:

- Pacientes com diagnóstico clínico de ICC (ver critérios de FRAMINGHAM, no ANEXO), com dificuldade para compensação do quadro, apesar do uso de terapêutica usual em doses otimizadas. Encaminhar ICC classes I, II, III e IV, pela classificação de NYHA (ver ANEXO).
- Necessidade de esclarecimento etiológico da ICC. Por exemplo: Paciente jovem com diagnóstico clínico de ICC sem fatores de risco - por exemplo: suspeita de miocardiopatia dilatada.

Obrigatório:

- Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.
- Classificação NYHA (ver ANEXO).
- Anexar relatórios, se os tiver (por exemplo, de internação recente).

Importante:

- Não encaminhar o paciente com objetivo de estabelecer diagnóstico através de ecocardiograma. O exame não é obrigatório para realizar o diagnóstico de ICC e um exame normal não afasta a hipótese diagnóstica. O diagnóstico é realizado através dos critérios de Framingham e o mesmo deve ser realizado pela Atenção básica (ver ANEXO).
 - Após confirmação do diagnóstico de ICC com o Cardiologista, pacientes com classificação 1 (classe I da NYHA), farão acompanhamento exclusivamente na Unidade de origem (Atenção Básica): ver ANEXO.
 - O paciente com ICC que acompanha com a Cardiologia deverá manter acompanhamento concomitante e com seu médico assistente na Atenção Básica, que deverá reforçar e monitorar as orientações relacionadas no item anterior.
- Na Atenção Básica, o paciente também deverá ser informado quanto aos sinais de alerta para procurar Serviço de Urgência/emergência de referência.

Exames Complementares Necessários:

- *RX de tórax (AP);*
- *Eletrocardiograma convencional sem laudo;*
- *Hemograma*
- *Urina 1;*
- *Sódio e potássio;*
- *Creatinina;*
- *Glicemia (jejum);*
- *TSH;*
- *Ácido úrico;*
- *Anexar outros exames relevantes ao caso, se os tiver*



4- ARRITMIAS.

Motivos para encaminhamento:

VERMELHA:

- Pacientes com histórico de síncope ou pré -síncope com alteração na ausculta e ou alterações no ECG (eletrocardiograma), mostrando arritmia;
- Pacientes com diagnóstico de arritmia, já em tratamento, mantendo sintomas clínicos;

LARANJA:

- Em uso de marcapasso, para acompanhamento;
- Palpitações co ECG normal e alto

AZUL:

- Paciente com diagnóstico de arritmia, já em tratamento, compensado.
- Extrassístoles, palpitações, com ECG normal e baixo risco cardiovascular.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais. Anexar relatórios, se os tiver (por exemplo, de internação recente).

Observações:

- Pesquisar uso de substâncias psicoativas e encaminhar para o CAPS, se necessário.
- O paciente com diagnóstico de arritmia deverá manter acompanhamento concomitante com a cardiologia e com seu médico assistente na Atenção Básica.
- Também deverá ser informado quanto aos sinais de alerta para procurar Serviço de urgência/emergência de referência.

Exames complementares necessários:

- *RX de tórax (AP);*
- *Eletrocardiograma convencional sem laudo;*
- *Hemograma;*
- *Urina 1;*
- *Sódio e potássio;*
- *Creatinina;*
- *Glicemia (jejum);*
- *TSH;*
- *Apenas se tiver: ecocardiograma (qualquer data), se tiver.*
- *Anexar outros exames relevantes ao caso, se os tiver*



5. MIOCARDIOPATIAS: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ACORDO COM ICC (VER ITEM3).

Motivo para encaminhamento: Pacientes com evidências clínicas e/ou com exames complementares de imagem sugestivos de comprometimento do miocárdio e disfunção cardíaca.

Obrigatório:

- Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais;
- Classificação NYHA (ver ANEXO);
- Anexar relatórios, se os tiver (por exemplo, de internação recente).

Exames Complementares Necessários:

- *RX de tórax (AP);*
- *Eletrocardiograma convencional sem laudo;*
- *Hemograma;*
- *Urina 1;*
- *Sódio e potássio;*
- *Creatinina;*
- *Glicemia (jejum);*
- *TSH;*
- *Apenas se tiver: ecocardiograma (qualquer data; não solicitar).*
- *Anexar outros exames relevantes ao caso, se os tiver*



6- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

VERMELHA: HAS estágio 3 com diagnóstico recente, sem sintomas, em uso de medicações

LARANJA: Resistente.

LARANJA: Suspeita de HAS secundária.

Motivos para encaminhamento:

- Pacientes cujo médico da Atenção Básica esteja acompanhando, em uso de três ou mais drogas diferentes (em dose plena, sendo ao menos um diurético) e que mantenham Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Pacientes com comorbidades (cardiopatias, diabetes mellitus, síndrome metabólica, alteração da função renal, disfunção tireoideana, acidente vascular cerebral prévio, obesidade mórbida).
- Pacientes com alterações em órgão-alvo (retina, rins, coração e cérebro).
- Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica iniciada antes dos 35 anos (estágios 1, 2 ou 3*).

Obrigatório:

- Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.
- Informar aferição de PA.

Importante:

- Avaliar necessidade de avaliação da enfermagem quanto adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.
- O acompanhamento concomitante pelo médico assistente do paciente na Atenção Básica não deverá ser descontinuado, em qualquer estágio.
- O acompanhamento do paciente no estágio 1, sem complicações em órgão-alvo e sem comorbidades deve ser feito pelo médico assistente do paciente na Atenção Básica.

Exames Complementares Necessários:

- *RX de tórax (AP);*
- *Eletrocardiograma convencional sem laudo;*
- *Hemograma;*
- *Urina 1;*
- *Sódio e potássio;*
- *Creatinina;*
- *Glicemia (jejum);*
- *TSH (exame de qualquer época);*
- *Microalbuminúria;*
- *Anexar outros exames relevantes ao caso, se os tiver*



7. SOPROS A ESCLARECER:

VERMELHA: Se sintomáticos ou área cardíaca aumentada ao RX de tórax.

VERDE: Se assintomáticos e área cardíaca normal ao RX de tórax.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com ausculta cardíaca alterada, sugestiva de cardiopatia (excluídas as causas fisiológicas, anemia e estados hipercinéticos, como gravidez, febre, pós-exercício físico e hipertireoidismo).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames Complementares Necessários:

- *Raios x de tórax;*
- *Eletrocardiograma convencional sem laudo;*
- *Hemograma;*
- *TSH (exame de qualquer época);*
- *Anexar outros exames relevantes ao caso, se os tiver*



8- VALVULOPATIA JÁ DIAGNOSTICADA:

VERMELHA: Sintomática.

VERDE: Assintomática.

Motivo para encaminhamento: Encaminhar todos os casos, com descrição no encaminhamento do exame de imagem que gerou o encaminhamento (ou anexação do mesmo).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais. Anexar relatórios, se os tiver (por exemplo, de internação recente).

Exames Complementares Necessários: *Não são necessários exames novos (encaminhar com o exame de imagem disponível ou relatório do serviço de referência).*



9- AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO:

Classificação de acordo com a data de agendamento da cirurgia.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sintomas cardiovasculares, com médio/alto risco cardiovascular e cirurgia de médio/alto risco no qual exista necessidade de avaliação cardiológica pelo serviço que realizará a cirurgia.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Não necessitam de avaliação cardiológica (devendo ser avaliados pelo médico assistente do paciente na Atenção Básica:

- Pacientes que serão submetidos a cirurgia de risco cardíaco baixo (ver no ANEXO tabela “Estratificação de risco cardíaco para pacientes não cardíacos”);
- Assintomáticos (ver no ANEXO tabela Sistema de Classificação de Risco Cirúrgico segundo ASA), e;
- Sem fatores de risco para doença cardiovascular (ver tabela no ANEXO “Critérios de Identificação de Pacientes com Alto Risco de Eventos Coronários”), em qualquer idade.

Exames Complementares Necessários:

- *Raios x de tórax;*
- *Eletrocardiograma convencional sem laudo;*
- *Hemograma;*
- *Urina 1;*
- *Coagulograma;*



10 . AVALIAÇÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA: AZUL.

Motivo para encaminhamento:

- Pacientes praticantes ou que pretendem iniciar atividade física e se enquadram em uma ou mais das seguintes condições:
- Apresentam alterações cardíacas diagnosticadas ou suspeitadas (aplicar questionário PAR Q, no ANEXO);
- Apresentam alterações cardíacas evidenciadas nos exames complementares;
- Apresentam comorbidades com risco cardíaco elevado para eventos coronários (ver no ANEXO a tabela “Critérios de Identificação de Pacientes com Alto Risco de Eventos Coronários”)
- Se enquadram na categoria de atletas (praticantes de atividade física regular e profissional e que competem sistematicamente, com vínculo profissional com o esporte por meio de clubes e/ou patrocinadores de qualquer natureza).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observações:

- O médico assistente do paciente na Atenção Básica deverá emitir o atestado liberando para atividades físicas os pacientes sem história clínica suspeita de cardiopatia (aplicar questionário PAR Q, ANEXO 2), exames complementares normais e:
- Assintomáticos;
- Com comorbidades leves e/ou controladas (por exemplo: Obesidade grau I e II, diabetes mellitus compensado, hipertensão arterial leve, dislipidemia leve);
- Sem antecedentes familiares de morte súbita ou doença congênita.

Exames complementares necessários:

- *RX de tórax (AP);*
- *Eletrocardiograma convencional sem laudo;*
- *Hemograma;*
- *Urina 1;*
- *Sódio e potássio;*
- *Creatinina;*
- *Glicemia (jejum);*



ANEXO

DOR PRECORDIAL: Critérios para definição de angina:

- Desconforto retro-esternal com característica e duração típicas (dor em peso ou aperto ou “sufoco”, com duração de 1 a 5 minutos);
- Desencadeada por stress físico ou emocional;
- Aliviada em repouso ou com o uso de nitratos.

Diagnóstico diferencial da angina: considerar dor precordial de origem não cardíaca quando não houver fatores de risco associados e preenchimento de 1 ou nenhum dos critérios acima. Considerar a investigação, nestes casos, de dor torácica de origem pulmonar, gastrointestinal, de parede torácica ou psiquiátrica, de acordo com quadro clínico.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC):

Critérios De Framingham Para Diagnóstico De Insuficiência Cardíaca (Para o diagnóstico de IC: no mínimo 1 critério maior e 2 menores):

Critérios maiores	Critérios menores
Dispnéia paroxística noturna	Edema de membros
Distensão de veias do pescoço (turgência jugular)	Tosse noturna
Estertores pulmonares	Dispnéia de esforço
Cardiomegalia	Hepatomegalia
Edema agudo de pulmão	Derrame pleural
Galope de terceira bulha (B3)	Capacidade vital reduzida a 1/3 do normal
Pressão venosa aumentada (maior que 16 mmHg)	Taquicardia (maior que 120 bpm)
Refluxo hepato-jugular	



CLASSIFICAÇÃO DA NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA) PARA ICC:

Classe 1	Ausência de sintomas (Dispnéia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada para indivíduos normais.
Classe 2	Sintomas desencadeados por atividades cotidianas.
Classe 3	Sintomas desencadeados por atividades menos intensas que as cotidianas ou aos pequenos esforços.
Classe 4	Sintomas em repouso.

Acompanhamento exclusivamente na Atenção Básica: Pacientes com classificação classe 1 da NYHA: após confirmação do diagnóstico de ICC com o Cardiologista, pacientes com classificação 1 (classe I da NYHA), farão acompanhamento exclusivamente na Atenção Básica. Neste seguimento, o paciente deverá ter asseguradas consultas regulares, com reavaliação clínica e observação dos seguintes cuidados:

- Avaliar a cada consulta o estado funcional e volêmico, por anamnese e exame físico focados para ICC e atentar à estabilização ou alteração na classe funcional;
- Monitorar periodicamente eletrólitos e parâmetros de função renal;
- Avaliar adesão do paciente a medidas de restrição hidro-salina;
- Confirmar/reorientar o uso das medicações para ICC em doses otimizadas.



HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA:

Classificação Diagnóstica Da Hipertensão Arterial (> 18 anos de idade).

(Quando as pressões sistólica e diastólica se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação):

Classificação	Pressão Arterial Diastólica (em mmHg)	Pressão Arterial Sistólica (em mmHg)
Normal	< 85	< 130
Normal limítrofe	85-89	130 - 139
Hipertensão leve (estágio 1)	90-99	140 - 159
Hipertensão moderada (estágio 2)	100-109	160 - 179
Hipertensão grave (estágio 3)	>110	> 180
Hipertensão sistólica isolada	< 90	> 140

Soc. Bras. de Cardiol. / Soc. Bras. de Hipertensão / Soc. Bras. de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. 2010.



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDÍACO PARA PROCEDIMENTOS NÃO CARDÍACOS:

Alto (Risco cardíaco $\geq 5,0\%$) - Cirurgias vasculares (aórtica, grandes vasos, vascular periférica) - Cirurgias de urgência ou emergência
Intermediário (Risco cardíaco $\geq 1,0\%$ e $< 5,0\%$) - Endarterectomia de carótida e correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal; - Cirurgia de cabeça e pescoço; - Cirurgias intraperitoneais e intratorácicas; - Cirurgias ortopédicas; - Cirurgias prostáticas;
Baixo (Risco cardíaco $< 1,0\%$) - Procedimentos endoscópicos; - Procedimentos superficiais; - Cirurgia de catarata; - Cirurgia de mama; - Cirurgia ambulatorial;

Al Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia ArqBrasCardiol 2011; 96(3 supl.1): 1-68. : Adaptado de Fleisher e cols., 2007.



SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A ASA*:

Classe	Descrição
ASA 1	Sem distúrbios fisiológicos, bioquímicos ou psiquiátricos
ASA 2	Leve a moderado distúrbio fisiológico, controlado. Sem comprometimento da atividade normal. A condição pode afetar a cirurgia ou anestesia.
ASA 3	Distúrbio sistêmico importante, de difícil controle, com comprometimento da atividade normal e com impacto sobre a anestesia e cirurgia.
ASA 4	Desordem sistêmica severa, potencialmente letal, com grande impacto sobre a anestesia e cirurgia.
ASA 5	Moribundo. A cirurgia é a única esperança para salvar a vida.

Classificação da American Society of Anesthesiology (ASA)- 2010.

Critérios de identificação de pacientes com alto risco de eventos coronários .

- Doença aterosclerótica arterial coronária, cerebrovascular ou obstrutiva periférica, com manifestações clínicas (eventos cardiovasculares), e ainda na forma subclínica documentada por metodologia diagnóstica. Procedimentos de revascularização arterial.
- Diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2.
- Doença renal crônica.

I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular – Arq.Bras. de Card. Vol. 101, Nº 6, supl. 2, 2013.



Questionário PAR -Q.

Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física. Caso você responda “SIM” a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu “SIM”.

Por favor, assinale “SIM” ou “NÃO” às seguintes perguntas:

1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

() Sim () Não

3- Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

() Sim () Não

3. No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?

() Sim () Não

4. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ ou perda de consciência?

() Sim () Não

5. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?

() Sim () Não

1. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?

() Sim () Não

2. Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?

() Sim () Não

Nome completo: _____

Data _____

Assinatura: _____



Se você respondeu “SIM” a uma ou mais perguntas, leia e assine o “Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física”.

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido “SIM” a uma ou mais perguntas

do “Questionário de Prontidão para Atividade Física” (PAR-Q).

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Nome completo

Data _____

Assinatura:



REFERÊNCIAS

BRASIL; Ministério da Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Cardiologia / Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada - vol. 2 - Brasília , 23 p. il., 2016.

BOCCHI, E. A. et al.. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 93, n.1, supl. 1, p. 3-70, São Paulo, 2009.

CESAR, L. A. et al.. Diretriz de Doença Coronária Estável. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 103, n. 2, supl. 2, São Paulo, 2014.

DUNCAN, B. B. et al. (org.). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 95, n 1, supl. 1, p. 1-51, São Paulo, 2010.

TARASOUTCHI, F. et al.. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 97, n. 5, supl. 1, p. 1-67, São Paulo, 2011.

PEREIRA-BARRETTO, A. C. Tratamento da insuficiência cardíaca crônica. In: SERRANO, C. V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. Tratado de Cardiologia SOCESP. 2. ed. Barueri (SP): Manole, p. 1065-1074. 2009,

MAGALHÃES L. P. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia v. 106, n. 4, supl. 2, abr 2016.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

4

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO CARDIOLOGIA INFANTIL

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	Página
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	5
1 SÍNCOPE OU PRÉ-SÍNCOPE	6
2 CARDIOPATIA CONGÊNITA	7
3 DISPNEIA OU TAQUIPNÉIA A ESCLARECER (ORIGEM NÃO RESPIRATÓRIA)	8
4 SUSPEITA DE ARRITMIA CARDÍACA	9
5 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	10
6 SOPRO CARDÍACO A ESCLARECER	11
7 DOR PRECORDIAL A ESCLARECER	12
8 VALVULOPATIAS JÁ DIAGNOSTICADAS	13
9 AVALIAÇÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA	14
ANEXO	15 ao 19
REFERÊNCIAS	20



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encaminhar crianças até 13 anos e 11 meses.

Obrigatório a todos os encaminhamentos:

- Relatar dados sucintos da história clínica e do exame físico, com informações relevantes à especialidade (sistema cardio-vascular).
- Informar comorbidades e medicamentos em uso.
- Informar desenvolvimentos pôn timero-estatural e neuropsicomotor.
- Informar claramente se há presença ou não de sintomas cardiovasculares (se sintomático ou assintomático).
- Informar resultados de exames relevantes que já possua e orientar levá-los à consulta (especial atenção ao ecocardiograma).



EXCLUSÕES

- Avaliação para atividade física recreacional (baixa a moderada intensidade) em pacientes sem sintomas cardiovasculares. Atestado para estes casos deverá ser emitido pelo médico da Atenção Básica. Ver no ANEXO as orientações.
- Pacientes com sinais de descompensação cardíaca, que necessitem de atendimento de urgência/emergência: prostração, taquidispnéia ou dispnéia, edema, pulsos periféricos fracos, hipotensão arterial, cianose. Deverão ser encaminhados ao serviço de urgência/emergência de referência.



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Cardiologia Infantil. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



1- SÍNCOPE OU PRÉ-SÍNCOPE: VERMELHA.

Motivos para encaminhamento: Todos os casos com história consistente de síncope ou pré-síncope, associada a sintomas cardiovasculares.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observações:

- O médico da UBS deverá proceder a anamnese completa, buscando detalhes da história clínica, exame físico e antecedentes pessoais e familiares que permitam diagnóstico diferencial entre convulsão, tontura ou vertigem.
- Avaliar individualmente necessidade de encaminhamento também à Neurologia Infantil.

Importante: Anexar relatório médico de atendimento anterior de urgência/emergência ou internação, se houver.

Exames complementares necessários: *RX de tórax (AP e Perfil), eletrocardiograma, Hemograma completo, THS.*



2- CARDIOPATIA CONGÊNITA, JÁ DIAGNOSTICADA E SEM SEGUIMENTO: VERMELHA.

Motivos para encaminhamento: todos os casos.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais

Importante:

- Anexar relatório médico de atendimento anterior de urgência/emergência ou internação, se houver.
- Enviar resultado de ecocardiograma, se já tiver feito (não há necessidade de solicitar).

Exames complementares: *não há necessidade.*



3- DISPNEIA OU TAQUIPNÉIA A ESCLARECER (ORIGEM NÃO RESPIRATÓRIA): VERMELHA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes sem evidências de patologia respiratória ou qualquer descompensação aguda que apresentem dispnéia objetiva (desconforto respiratório constatado pelo exame físico do médico que está encaminhando) ou aumento da frequência respiratória (FR) acima da normalidade para a faixa etária, conforme segue:

- Prematuros nascidos com < 37 semanas de gestação e até a 40ª semana: FR > 75 respirações por minuto (rpm)
- Pacientes < 2 meses de idade: FR > 60 rpm;
- Pacientes de 2-12 meses de idade: FR > 50 rpm;
- Crianças de 1 a 5 anos de idade: FR > 40 rpm;
- Crianças de 6 a 8 anos: FR > 30 rpm;
- Maiores de 8 anos: > 25 rpm.

Relatar informações do desenvolvimento neuropsicomotor, presença (ou não) de déficit neurológico e alterações no formato do crânio.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais

Importante: Pacientes com sinais de insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada devem ser direcionados ao serviço de urgência/emergência de referência.

Exames Complementares Necessários: *RX de tórax (AP e Perfil), eletrocardiograma, hemograma completo, creatinina, sódio, potássio e glicemia.*



4- SUSPEITA DE ARRITMIA CARDÍACA:

VERMELHA: Se história de síncope ou pré-síncope.

LARANJA: Se queixa de palpitações, sem evidências de descompensação.

Motivo para encaminhamento: todos os casos suspeitos.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Exclusão: Arritmia sinusal assintomática (respiratória): não encaminhar.

Exames complementares necessários: *RX de tórax (AP e Perfil), eletrocardiograma, Hemograma completo, THS.*



5- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA:

VERMELHA: Se sintomático.

LARANJA: Se assintomático.

Motivos para encaminhamento: todos os casos com hipertensão arterial diagnosticada, conforme ANEXO, tabela 1.

Obrigatório:

- Informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.
- Aferições de PA (no mínimo duas, em dias diferentes).

Observações:

- Pressão arterial limítrofe em crianças: ver ANEXO
- Hipertensão do avental branco: ver ANEXO
- Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de membros superiores (ver tabela ANEXO, tabela 2).

Exames complementares necessários: RX de tórax (AP e Perfil), ECG, Sódio, potássio, creatinina.



6. SOPRO CARDÍACO A ESCLARECER:

VERMELHA: Com sintomas cardiológicos.

VERMELHA: Recém-nascidos (até 28 dias), assintomáticos.

LARANJA: Lactentes entre 28 e 90 dias de vida, assintomáticos.

VERDE: Lactentes entre 90 dias até 1 ano de idade, assintomáticos.

AZUL: Crianças maiores que 1 ano, assintomáticos.

Motivos para encaminhamento: encaminhar todos os pacientes com sopro cardíaco a esclarecer.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares necessários: *RX de tórax (AP e Perfil), eletrocardiograma, Hemograma. Enviar resultado de ecocardiograma, se já tiver feito (não há necessidade de solicitar).*



7. DOR PRECORDIAL A ESCLARECER :

VERMELHA: Se origem cardiogênica provável.

VERDE: Sem correlação com atividade física, arritmia, tonturas ou síncope.

Motivos para encaminhamento: todos os casos.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: suspeitar de origem cardiológica sempre que a dor torácica for associada ao exercício físico, arritmia cardíaca, tonturas ou síncope.

Observações: O médico assistente da criança na UBS deverá proceder à investigação para diagnóstico diferencial de dor torácica: origem músculo-esquelética (trauma, costochondrite, distensão muscular, deformidade torácica), respiratória (asma, pneumotórax, obstrução nasal perene por rinite alérgica, hipertrofia de adenóides ou desvio de septo), psicogênicas, etc.

Exames complementares necessários: *RX de tórax (AP e Perfil), eletrocardiograma.*



8. VALVULOPATIAS JÁ DIAGNOSTICADAS:

VERMELHA: Se com sintomas cardíacos.

VERDE: Se compensado, do ponto de vista cardíaco.

Motivos para encaminhamento: todos os casos.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares necessários: *RX de tórax (AP e Perfil), eletrocardiograma. Enviar resultado de ecocardiograma, se já tiver feito (não há necessidade de solicitar).*



9. AVALIAÇÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA:

AZUL: Recreativa, com suspeita de cardiopatia.

AZUL: Competitiva.

Motivos para encaminhamento:

- Pacientes com questionário PAR-Q (ANEXO) evidenciando suspeita de cardiopatia;
- Pacientes com prática esportiva profissional, regular, com competição sistemática e/ou com vínculo profissional com o esporte por meio de clubes e/ou patrocinadores de qualquer natureza.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares necessários: *RX de tórax (AP e Perfil), eletrocardiograma.*



ANEXO

Orientações para emissão de atestado médico para atividade física recreacional (não profissional):

- O médico da UBS deverá utilizar o Questionário de Prontidão para Atividade Física –PAR Q (anexo).
- Se houver uma (01) resposta positiva, direcionar ao especialista adequado.
- Se todas as respostas forem negativas e não houver nenhuma contra-indicação clínica (anamnese, antecedentes pessoais e familiares e exame físico), o médico assistente da UBS deverá proceder à emissão do Atestado Médico Para Atividades Físicas.

Tal atestado deverá conter:

- Descrição da atividade física liberada.
- Esclarecimento quanto a tipo de atividade (recreacional).
- Especificação sobre existência de alguma limitação à prática de alguma modalidade esportiva.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

PA normal ou limítrofe: manter seguimento clínico na UBS. O médico assistente da criança na UBS deverá proceder às orientações e acompanhamento, visando o controle dos fatores de risco (obesidade, sedentarismo, ingestão excessiva de sal, dislipidemia) e as medidas de prevenção primária não-medicamentosas (mudanças no estilo de vida: alimentação saudável, consumo controlado de sódio, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo).

Hipertensão do avental branco: manter seguimento clínico na UBS, verificando PA em dias alternados por 30 dias.



Tabela 1 – Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2012.

Classificação	Percentil* para PAS e PAD	Frequência de medida da pressão arterial
Normal	PA <percentil 90	- Reavaliar na próxima consulta medica agendada.
Limítrofe	PA entre percentis de 90 a 95 ou se PA exceder 120/80 mmHg sempre <percentil 90 até <percentil 95	- Reavaliar em 6 meses.
Hipertensão Estágio 1	Percentil 95 a 99 mais 5 mmHg	- Paciente assintomático: Reavaliar em 1 a 2 semanas; - Se hipertensão confirmada, encaminhar para avaliação diagnóstica. - Paciente sintomático: Encaminhar para avaliação diagnóstica.
Hipertensão Estágio 2	PA >percentil 99 mais 5 mmHg	Encaminhar para avaliação diagnóstica.
Hipertensão do “avental branco”	PA >percentil 95 em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não relacionados à prática clínica	

**Para idade, sexo e percentil de estatura. PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica.*



É recomendada a aferição da PA em crianças no mínimo uma vez por ano, após os 3 anos de idade, como parte do atendimento pediátrico primário. A padronização para tal aferição é semelhante a dos adultos, devendo ser respeitado o tamanho das braçadeiras pediátricas (manguitos), conforme estabelecido no Protocolo da Linha de Cuidados da Hipertensão Arterial Sistêmica (Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia, 2014).

Tabela 2 - Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de membros superiores.

Denominação do manguito	Circunferência do braço	Largura Bolsa de borracha (cm) Comprimento
Recém Nascido	<10	4 8
Criança	11-15	6 12
Criança	11-15	6 12
Infantil	16-22	9 18
Adulto Pequeno	20-26	10 17
Adulto Grande	27-34	12 23
Obeso	35-45	16 32

Fonte: Manual de Orientação Clínica Hipertensão Arterial Sistêmica, 2011.



Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física. Caso você responda “SIM” a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu “SIM”.

Por favor, assinale “SIM” ou “NÃO” às seguintes perguntas:

1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

() Sim () Não

2. Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

() Sim () Não

3. No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?

() Sim () Não

4. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ ou perda de consciência?

() Sim () Não

5. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?

() Sim () Não

6. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?

() Sim () Não

7. Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?

() Sim () Não

Nome completo: _____

Data _____

Assinatura: _____

Questionário PAR -Q.



Se você respondeu “SIM” a uma ou mais perguntas, leia e assine o “Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física”.

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido “SIM” a uma ou mais perguntas

do “Questionário de Prontidão para Atividade Física” (PAR-Q).

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Nome completo : _____

Data _____

Assinatura:



REFERÊNCIAS

PFEIFFER, M. E. T. Dor Torácica na Infância e Adolescência: Por que, Quando e Como Avaliar o Coração? Revista DERC. Departamento de Ergometria, Exercício, Cardiologia Nuclear e Reabilitação Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 18, n. 03, p.86-90, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. Linha de Cuidado da Hipertensão, 2014.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA/BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Síncope em crianças e adolescentes - Diretrizes para o diagnóstico. Hospital Israelita Albert Einstein - Versão eletrônica atualizada em dezembro de 2014. 10 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 95, n. 01. supl. 01 julho de 2010. 51p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011. I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Rio de Janeiro, v. 97, n. 5, supl. 01, 2011. 67p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz em Cardiologia do Esporte e do Exercício da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 100, n. 01, supl. 02, 2013 (a). 41p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 101, n. 03. supl. 02 de dezembro de 2013. (b)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz de Arritmias Cardíacas em Crianças e Cardiopatias Congênitas. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 107, n. 01, supl. 03, julho de 2016. 58p. Elaborado.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

5

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO CIRURGIA VASCULAR

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	Página
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	5
1 ANEURISMA DE AORTA	6
2 SUSPEITA DE DOENÇA CAROTÍDEA	7
3 DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA	8
4 TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)	9
5 VARIZES	10
6 INSUFICIÊNCIA LINFÁTICA	11
7 HEMANGIOMAS	12
8 MALFORMAÇÕES VASCULARES	13
ANEXO	14
REFERÊNCIAS	15



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encaminhar pacientes adultos e crianças.

É necessária uma avaliação global e abrangente do paciente pelo médico assistente da Atenção Básica, de forma a investigar possíveis diagnósticos diferenciais, evitando, assim, encaminhamentos equivocados à especialidade de Cirurgia Vascular.

O acompanhamento do paciente com uma ou várias comorbidades crônicas deve ser mantido pelo médico assistente da UBS.

Os casos de feridas de origem vascular devem ser direcionados ao Ambulatório de Úlceras Vasculares, conforme Protocolo 12.

Obrigatório a todos os encaminhamentos:

- História clínica detalhada, relatando queixas e sintomas, fatores de risco, antecedentes pessoais e familiares pertinentes ao quadro
- Exame físico detalhadamente, assinalando as principais alterações que justifiquem o encaminhamento;
- Justificar a solicitação de avaliação com a especialidade Cirurgia Vascular.



EXCLUSÕES

- Varizes pequenas (teleangectasias e veias reticulares de pequeno calibre) para avaliação de procedimentos estéticos (Ver item 5 deste protocolo).
- Edema de membros inferiores de origem não vascular (por exemplo: secundário a insuficiência cardíaca ou edemas em articulações);
- Dores nos membros inferiores de origem ortopédica ou reumatológica;
- Suspeita de distúrbio da coagulação (hematomas, epistaxes, etc): direcionar a especialidade Hematologia;
- Ateromatose difusa, vista ao RX ou ultrassom sem sintomas: neste caso, proceder ao acompanhamento clínico do paciente, investigando fatores de risco, tratando comorbidades e encaminhando se houver indicação clínica, conforme protocolo;
- Úlceras vasculares (ver Protocolo 12: Ambulatório de Úlceras Vasculares);
- Emergências vasculares: encaminhar ao serviço de urgência/emergência de referência (oclusão arterial aguda, TVP, pé diabético infectado).
- Fenômeno de Raynaud: encaminhar à Reumatologia.
- Hemangiomas e malformações vasculares com localização em órgãos internos (sistema nervoso central, fígado, etc). Encaminhar ao respectivo especialista.



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias arteriais e venosas mais frequentes Cirurgia Vascular. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



PATOLOGIAS ARTERIAIS

1- ANEURISMA DE AORTA: VERMELHA.

Pacientes com suspeita de aneurisma de aorta abdominal ou torácica, evidenciada no exame físico ou diagnosticado por exame de imagem.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante:

- Os fatores de risco associados (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo) deverão ser controlados pelo médico da UBS.
- Particular atenção deve ser dispensada para pacientes com antecedente familiar positivo para aneurisma de aorta (acompanhar na Atenção Básica com Ultrassonografia de Abdome anual).

Observação: Pacientes com aneurismas de aorta pequenos (menor que 5.5 cm em homens / menor que 5 cm em mulheres / crescimento menor que 0,5 cm em 06 meses), estáveis, assintomáticos, detectados como achados incidentais em exames de imagem, poderão ter sua classificação alterada para VERDE.

Exames complementares Necessários: exame de imagem que motivou a suspeita ou detecção do aneurisma.



2- SUSPEITA DE DOENÇA CAROTÍDEA: VERMELHA

Motivos para encaminhamento:

- Pacientes com fatores de risco para oclusão arterial associados à sintomas transitórios de alterações do estado da consciência (lipotimia ou síncope), hemiplegia e hemiparesia e/ou sopro carotídeo à ausculta da região cervical (ou seja, pacientes com quadro de AIT - Acidente Isquêmico Transitório).
- AVC isquêmico sem etiologia.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais

Observação:

- São fatores de risco para doença carotídea: diabetes mellitus, tabagismo, obesidade (IMC maior ou igual a 30 ou circunferência abdominal maior ou igual a 102 em homens e 88 em mulheres), sedentarismo, dislipidemia e hipertensão arterial).
- Doença carotídea assintomática ou sem repercussão hemodinâmica não devem ser encaminhados ao especialista - o seguimento deve ser realizado na Atenção Básica.

Exames complementares: não há necessidade. Porém, se tiver doppler de carótidas, anexos a solicitação).



3- DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA:

VERMELHA: lesão trófica ou dor ao repouso.

LARANJA: claudicação intermitente.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com história de claudicação intermitente (caracterizada por dor ou fadiga nos músculos dos membros inferiores, principalmente panturrilhas, desencadeada pela deambulação e aliviada pelo repouso).

Obrigatório:

- Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais
- Relatar, no exame físico, a intensidade dos pulsos periféricos (se normais, reduzidos, ausentes-simétricos ou assimétricos).

Importante: Sinais de oclusão arterial aguda (dor súbita e intensa em extremidade do membro inferior ou superior, com palidez ou cianose, diminuição de temperatura, alteração da motricidade e sensibilidade e ausência do pulso periférico correspondente): encaminhar imediatamente ao serviço de urgência/emergência de referência.

Observações: O controle dos fatores de risco (tabagismo, diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão arterial) deve ser conduzido pelo médico que acompanha o paciente na UBS.

Exames complementares: não há necessidade.



PATOLOGIAS VENOSAS

4- TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP):

LARANJA: Em vigência de tratamento.

VERDE: Com histórico de TVP, sem tratamento vigente.

Motivos para encaminhamento: Pacientes em tratamento de TVP (após alta de Serviço hospitalar) ou com histórico de TVP, sem tratamento vigente.

Obrigatório:

- Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais;
- Enviar relatório(s) de internações, bem como todos os exames pertinentes à patologia, se houver.

Importante: Pacientes com sinais agudos de TVP devem ser direcionados ao serviço de urgência/emergência de referência, com prioridade (ver sinais e sintomas no ANEXO) .

Observação: dependendo do esquema medicamentoso do paciente, o seguimento poderá ser realizado na Atenção Básica, apenas sendo necessária a reavaliação com especialista quando houver dúvidas em relação ao esquema terapêutico e duração do tratamento (estabelecido pelo médico da prescrição inicial, ou de acordo com as diretrizes terapêuticas).

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma completo recente (até 30 dias). TPAP e TTPA recentes (até 30 dias);
- Se disponível: US Doppler Venoso de Membros Inferiores (NÃO solicitar; informar resultado de exame já realizado na internação - somente para os casos recentes);



5- VARIZES: SE PRESENTES SINAIS DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA (IVC)*: VERDE.

Motivos para encaminhamento:

- Pacientes com Insuficiência Venosa Crônica (IVC): hiperpigmentações, eczema venoso, hemorragias, fibrose, dermatite ocre, infecções secundárias, dor (queimação, sensação de peso), antecedente de tromboflebite ou trombose venosa profunda.
- Pacientes com varizes visíveis e calibrosas na posição ortostática para avaliação de indicação cirúrgica.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: São itens de exclusão deste protocolo:

- Os casos de pacientes com apenas teleangectasias e veias reticulares (pequeno calibre);
- Varizes pequenas em pacientes acima de 70 anos, sem úlcera.

Observação: o manejo inicial do quadro com prescrição de medicamentos, meias compressivas e exercícios físicos poderá ser realizado pelo médico da Atenção Básica.

Exames complementares: não há necessidade.



OUTRAS PATOLOGIAS VASCULARES

6 - INSUFICIÊNCIA LINFÁTICA: AZUL.

Motivos para encaminhamento: Pacientes que apresentem aumento de volume dos seguimentos corpóreos, geralmente de forma assimétrica (linfedema, ver ANEXO).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares: não há necessidade.



7 - HEMANGIOMAS:

Com obstrução de vias aéreas, comprometimento funcional ou sangramento: VERMELHO.

Motivo para encaminhamento: Apenas pacientes com hemangiomas de grande extensão e/ou com rápido crescimento, com comprometimento funcional do segmento acometido.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Encaminhar, se necessário, à especialidade Dermatologia pacientes com hemangiomas cutâneos de pequena e média extensão, que não apresentem comprometimento funcional.

Importante: São itens de exclusão deste protocolo casos de hemangiomas com localização em órgãos internos (sistema nervoso central, fígado, etc). Neste caso encaminhar ao respectivo especialista.

Exames complementares: não há necessidade.



8 - MALFORMAÇÕES VASCULARES: VERDE.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com suspeita de fístula arteriovenosa, malformação arteriovenosa, malformação arterial ou malformação venosa com localização periférica (membros, tronco).

Importante: São itens de exclusão deste protocolo casos de malformações vasculares de localizações em órgãos internos (sistema nervoso central, fígado, etc).

Exames complementares: não há necessidade.



ANEXO

Sinais agudos de TVP: dor em membros superiores ou inferiores, com caráter insidioso e variável, em queimação, peso ou caimbras, associada a edema unilateral e assimétrico (geralmente súbito), empastamento e hiperemia local e, alguns casos, palidez ou cianose da extremidade do membro acometido)

INSUFICIÊNCIA LINFÁTICA

Ao exame físico, o segmento acometido por linfedema apresenta-se com consistência endurecida e pode estar acompanhado de aumento de linfonodos das cadeias regionais correspondentes. A etiologia pode variar desde congênita (malformações do sistema linfático), infecciosa (filariose) a linfedema secundário a procedimentos cirúrgicos (pós-mastectomia) ou de radioterapia. Pode estar associada à insuficiência venosa.



REFERÊNCIAS

MORYIA H. Manual Prático Angiologia e Cirurgia Vascular. 1ª Ed. Atheneu.

MERLO I., MORAES M. R. S (coord). Insuficiência Venosa Crônica Diagnóstico e Tratamento - Projeto Diretrizes . Soc. Bras. Angiol. Cir. Vasc. Ago. 2015.

PÂNICO M. D. B., MATIELO M. F. (coord.). Trombose venosa profunda: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes - Soc. Bras. Angiol. Cir. Vasc. Nov. 2015.

RISTOW A., ESTENSORO A. E. ANEURISMAS DA AORTA ABDOMINAL.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. Projeto Diretrizes. Soc. Bras. Angiol. Cir. Vasc. - dezembro de 2015 TÁBOAS M. I. et all. Linfedema: revisão e integração de um caso clínico. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. v.23, nº 1, ano 21, 2013.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

6

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DERMATOLOGIA

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
	EXCLUSÕES	4-5
	PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	6
1	TUMORES MALIGNOS DE PELE NÃO MELANOMA (CARCINOMA BASOCELULAR – CBC - E EPIDERMÓIDE - CEC): VERMELHA	7
2	SUSPEITA DE MELANOMA: VERMELHA	8
3	SUSPEITA DE LEISHMANIOSE	9
4	DERMATITES BOLHOSAS (SUSPEITA DE PÊNFIGO, PENFIGÓIDE OU DERMATITE HERPETIFORME)	10
5	FARMACODERMIAS	11
6	CERATOSE ACTÍNICA (OU CERATOSE SOLAR)	12
7	LESÕES SUSPEITAS DE SÍFILIS SECUNDÁRIA	13
8	PSORÍASE	14
9	ACNE GRAVE	15
10	HIPERCERATOSE PLANTAR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO	16
11	VITILIGO	17
12	MICOSE DE UNHA	18
13	VERRUGAS VIRAIS	19
14	ECZEMAS	20
15	ALOPÉCIA	21
16	QUELÓIDE	22
	ANEXO	23-25
	REFERÊNCIAS	26



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Ambulatório de Dermatologia do Centro de Especialidades Médicas é destinado ao atendimento de doenças da Dermatologia Clínica, de forma que é necessário que o médico, ao executar o encaminhamento, deixe claro o objetivo da sua solicitação: investigação diagnóstica, tratamento especializado, interconsulta, etc.

As lesões estéticas extensas, com grave comprometimento social, afetivo ou psicológico poderão ser encaminhadas desde que anexado relatório psicológico ou psiquiátrico ou ainda um relato minucioso do comprometimento social pelo médico que encaminha o caso.

Obrigatório a todos os encaminhamentos:

- História sucinta, com data do início dos sintomas, duração dos sintomas;
- Descrição das características das lesões (localização, cor, elevações, úlceras, bolhas, descamações, etc) e extensão das lesões (se localizadas ou disseminadas);
- Informações sobre tratamentos já realizados;
- Informações sobre exames complementares e seus respectivos resultados; - Hipótese Diagnóstica e CID;
- Justificativa para o encaminhamento.



EXCLUSÕES

- **Tratamentos clínicos e exéreses com finalidade estética:** O Ambulatório de Dermatologia não atenderá consultas para tratamentos estéticos e retiradas de lesões benignas para fins estéticos. Desta forma, estão excluídos encaminhamentos para avaliação de: Estrias, rugas, melasma / cloasma, manchas senis, cicatriz de acne, acrocórdons, nevus e pintas comuns (nevus da cor da pele e marrons claros).
- **Alopécia androgenética masculina.**
- **Herpes zoster, celulites, erisipela:** tratar na Atenção Básica ou encaminhar ao Serviço de Urgência/Emergência de referência, de acordo com o quadro clínico. Os quadros recorrentes devem ser encaminhados a infectologia ou vascular.
- **Dermatite atópica, dermatite de contato, urticária e farmacodermias:** encaminhar à especialidade Alergologia/Imunologia (condições para encaminhamento: ver Protocolo 08).
- **Dermatite ocre:** sendo sequela de condição vascular, não há prognóstico de melhora (explicar ao paciente na Atenção Básica)
- **Nevus melanocíticos, calos e calosidades, unha encravada, acrocórdons:** deverão ser encaminhados à especialidade Pequenas Cirurgias, conforme Protocolo 03;
- **Condilomatose peniana:** Tratar na Atenção Básica ou encaminhar à Urologia, conforme Protocolo 07;
- **Condilomatose genital feminina:** Tratar na Atenção Básica ou encaminhar ao CAISM-Hortolândia;
- **Condilomatose perianal:** Tratar na Atenção básica ou encaminhar à Cirurgia Geral;



- **Hanseníase (ou suspeita):** Deverão ser direcionados ao profissional de referência na Atenção Básica.
- **Molusco contagioso:** deverão ser encaminhados à especialidade Pequenas Cirurgias;
- **Hiperidrose:** Encaminhar à Cirurgia Torácica.
- **Hirsutismo:** Encaminhar à Ginecologia (Atenção Básica) ou Endocrinologia.
- **Prurido sem lesões aparentes:** proceder investigação para diagnóstico diferencial na Atenção Básica e, caso necessário, encaminhar à Alergologia.

As doenças listadas abaixo deverão ser acompanhadas pelo médico da Atenção Básica, conforme documento:

Herpes zoster	Miliária	Foliculites
Ceratoseseborréica	Eczema de estase	Sífilis
Hiperkeratose plantar	Pediculose	Furunculose
Ceratose Pilar	Escabiose	Tineas
Impetigo	Ptíriase Alba	Herpes simples
Dermatite de fraldas	Estrófulo Ptíriase Rósea	Candidíase/ intertrigo
Larva migrans cutânea	Fitofotodermatose	
Desidrose	Ptíriase Versicolor	



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Dermatologia. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



1- TUMORES MALIGNOS DE PELE NÃO MELANOMA (CARCINOMA BASOCELULAR – CBC - E EPIDERMÓIDE - CEC): VERMELHA.

Motivos para encaminhamentos: Pacientes com suspeita clínica ou já diagnosticados (ver quadro clínico no ANEXO).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares: *não há necessidade.*



2- SUSPEITA DE MELANOMA: VERMELHA.

Motivos para encaminhamentos: Pacientes com uma ou mais das seguintes alterações em lesões melanocíticas pré-existent (descrever detalhadamente):

- **A:** Assimetria da lesão;
- **B:** Bordas irregulares e mal-definidas;
- **C:** Alterações de cor, variações de cores e tons;
- **D:** Diâmetro maior que 5 mm;
- **E:** Evolução (mudanças na lesão melanocítica: sangramento, coceira, crescimento, mudança de cor);

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares: *não há necessidade.*



.3 - SUSPEITA DE LEISHMANIOSE: VERMELHA.

Motivos para encaminhamentos: Encaminhar somente quando houver dúvida diagnóstica.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação:

- A investigação e tratamento devem ser realizados pela atenção básica seguindo o fluxo da vigilância sanitária municipal.
- Ver características das lesões no ANEXO.
- Notificação obrigatória para vigilância sanitária.

Exames complementares: *não há necessidade.*



4- DERMATITES BOLHOSAS (SUSPEITA DE PÊNFIGO, PENFIGÓIDE OU DERMATITE HERPETIFORME):

VERMELHA: Se lesões disseminadas.

LARANJA: Se lesões restritas, com pequena extensão.

Motivos para encaminhamentos: Pacientes com lesões subagudas e crônicas caracterizadas por vesículas e bolhas.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Lesões disseminadas agudas, direcionar ao Serviço de urgência/emergência.

Exames complementares: *não há necessidade.*



5- FARMACODERMIAS: VERMELHA.

Motivos para encaminhamentos: Pacientes com manifestações extensas e/ou disseminadas, quando a relação com uso de medicamentos não estiver devidamente estabelecida.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante:

- Encaminhar preferencialmente à especialidade Alergologia/Imunologia (ver Protocolo 08);
- Avaliar a suspensão da medicação sob suspeita de farmacodermia.

Exames complementares: *não há necessidade.*



6- CERATOSE ACTÍNICA (OU CERATOSE SOLAR): LARANJA.

Motivos para encaminhamentos: Pacientes com lesões em áreas de exposição solar, geralmente de ocorrência múltipla, caracterizadas por serem irregulares, menores que 1 cm, eritematosas, cobertas por escamas aderentes. Eventualmente pode ocorrer hiperpigmentação e infiltração.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: O médico assistente do paciente na UBS/USF deverá proceder a todas as orientações quando à proteção adequada à exposição solar.

Exames complementares: *não há necessidade.*



7- LESÕES SUSPEITAS DE SÍFILIS SECUNDÁRIA: LARANJA.

Motivo para encaminhamento: Encaminhar à Dermatologia somente pacientes com lesões extensas e dificuldades no diagnóstico.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais

Importante: O tratamento da sífilis deve ser realizado no nível da Atenção Básica (sugere-se: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Infecções Sexualmente Transmissíveis, Relatório de Recomendação CONITEC, Ministério da Saúde, 2015).

Exames complementares: VDRL E FTA-Abs.(IgM e IgG)

Observação: FTA-Abs podera ser substituido por outro teste treponêmico específico.



8- PSORÍASE:

LARANJA: Acometimento extenso.

VERDE: Acometimento restrito, recorrente e/ou refratário a tratamento inicial.

Motivos para encaminhamentos: Todos os casos que necessitarem de avaliação especializada.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Ver descrição clínica no ANEXO.

Exames complementares para Psoríase de acometimento moderado e extenso:

Hemograma, TGO, TGP, Perfil Lipídico, Ureia, Creatinina, Glicemia de Jejum, VHS, PCR.



9- ACNE GRAVE:

LARANJA (graus 3 e 4).

VERMELHA (grau 5).

Motivos para encaminhamento: Pacientes com:

- Cravos, espinhas e cistos (grau 3);
- Cravos, espinhas e cistos comunicantes, com aspecto inflamatório e deformante (acne conglobata, grau 4);
- Surgimento súbito, com lesões graves, de cistos dolorosos e ulcerações, acompanhados de sintomas gerais (febre, mal-estar): Grau 5 - considerar necessidade de tratamento sistêmico na atenção básica ou encaminhar ao pronto-socorro.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante:

- Pacientes com acne grau 2 (cravos e espinhas pequenas) e grau 1 (apenas cravos) devem ser acompanhados na UBS/USF, conforme documento:
- Pacientes gestantes grau 1 e 2: Acompanhar na Atenção Básica conforme documento.
- Pacientes do sexo feminino com acne e suspeita de hiperandrogenismo (hirsutismo, irregularidades menstruais, alopecia androgênica): Considerar investigação com perfil hormonal e posterior encaminhamento à Endocrinologia ou Ginecologia.

Exames complementares: *não há necessidade.*



10 - HIPERCERATOSE PLANTAR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO: VERDE.

Motivos para encaminhamento: Somente casos refratários ao tratamento inicial na Atenção Básica.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: O tratamento deve se realizado na Atenção Básica .

Exames complementares: *não há necessidade.*



11- VITILIGO: VERDE.

LARANJA: Se lesões múltiplas e aumento rápido.

Motivo para encaminhamento:

- Pacientes com surgimento de lesão ou lesões em forma de máculas ou manchas acrômicas em áreas da pele ou mucosas, com tendência a aumentar centrifugamente. Caracterizam-se pela simetria e bordas bem delimitadas.
- Encaminhar casos suspeitos ou diagnosticados.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares: *TSH e anti-TPO.*



12 - MICOSE DE UNHA: VERDE.

Motivo para encaminhamento:

- Onicomicose em crianças.
- Pacientes com lesões acometendo matriz ungueal refratários ao tratamento indicado no documento.
- Pacientes em que a matriz ungueal não está acometida, com indicação de tratamento tópico, porém houve refratariedade aos tratamentos usuais, instituídos e acompanhados pelo clínico.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares necessários:

- *Hemograma ,AST, ALT, Exame micológico e cultura para fungos .*



13- VERRUGAS VIRAIS: VERDE.

Motivo para encaminhamento:

- Verrugas vulgares: encaminhar somente casos que não se resolveram com tratamento habitual .
Verrugas planas(plantar): encaminhar somente casos que não se resolveram com tratamento habitual.

Importante:

- Verrugas filiformes: encaminhar às Pequenas Cirurgias Obrigatório;
- Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais;

Exames complementares: não há necessidade.



14- ECZEMAS: VERDE.

LARANJA: Se disseminado, persistente.

Motivo para encaminhamento:

- Pacientes com lesões eczematosas de caráter subagudo ou crônico, de grande extensão e difícil resolução, já sendo previamente afastadas as causas sistêmicas (ver ANEXO) e realizada abordagem pela Atenção Básica (ver itens de exclusão).
- Pacientes com lesões eczematosas restritas, porém, recidivantes, de difícil manejo na Atenção Básica (imprescindível descrever os tratamentos já realizados).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Prurido, sem lesões aparentes, investigar causas na Atenção Básica e, se necessário, encaminhar à Imuno-alergologia (NÃO encaminhar ao ambulatório de Dermatologia).

Exames complementares: *não há necessidade.*



15- ALOPÉCIA: AZUL.

LARANJA: Se alopecia areata.

Motivos para encaminhamento:

- Pacientes com sinais evidentes de perda capilar, constatadas pelo exame físico, após serem excluídas as causas sistêmicas que levam à alopecia (ver abaixo)*;
- Alopecia areata;

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante:

- Não encaminhar à Dermatologia quedas capilares secundárias às causas sistêmicas listadas no ANEXO. As causas sistêmicas que levam à perda capilar devem ser adequadamente investigadas e tratadas na Atenção Básica ou ter o seu correto direcionamento à especialidade adequada (ver ANEXO).
- Se a alopecia feminina for do tipo androgênico e houver associação com hirsutismo e irregularidade menstrual, proceder à investigação para SOP (Síndrome dos Ovários Policísticos) e ao correto direcionamento (Ginecologia ou Endocrinologia).

Importante: Não encaminhar casos de alopecia sem exames complementares ou somente por queixas subjetivas, sem constatação ao exame físico (por exemplo: “meu cabelo está caindo muito”).

Exames complementares necessários: Hemograma, Ferritina, TSH, Ferro Sérico, T4 Livre, Zinco Sérico e 25-OH-Vitamina D.



16. QUELÓIDE: AZUL.

Motivos para encaminhamento: Pacientes com lesões queloidianas para avaliação de necessidade de infiltração com corticóide.

Observações: Pacientes com lesões quelóideas menores que 2 cm devem ser conduzidos pela Atenção Primária inicialmente . Sugestão de abordagem na Atenção Básica (ver ANEXO).

Exames complementares: *não há necessidade.*



ANEXO

TUMORES MALIGNOS DE PELE NÃO MELANOMA (CARCINOMA BASOCELULAR – CBC - E EPIDERMÓIDE – CEC)

Em sua grande maioria, os tumores malignos surgem em áreas do corpo expostas à incidência de raios solares.

Quando suspeitar: Pacientes com surgimento de lesões com bordas elevadas e área central perolada, podendo apresentar associação com teleangectasias, descamação ou áreas de atrofia local (CBC) ou placas nodulares sobre base eritematosa, bordas elevadas, ulceração e prurido (CEC).

Maior atenção deve ser dispensada na Atenção Básica a indivíduos com pele clara, com orientações de foto proteção precoce.

Como conduta preliminar, o médico assistente do paciente com queixa dermatológica deverá orientar a prevenção à exposição solar, inclusive orientando uso de filtros solares sempre que necessário.

LEISHMANIOSE

Quando suspeitar: Lesões crônicas (única ou várias), de evolução insidiosa (meses ou anos), localizada(s) em regiões expostas do corpo, caracterizadas por lesões vegetantes ou verrucosas (menos comum) ou úlceras (mais comum) com formato arredondado ou ovalado, com tamanho variável (de alguns milímetros a alguns centímetros), base eritematosa, consistência firme, bordas elevadas e bem-delimitadas, fundo eritematoso e com granulações grosseiras.

Geralmente a lesão é indolor, porém, se houver infecção bacteriana secundária, poderá haver dor, exsudato sero-purulento, crostas e eczema.



PSORÍASE

Quando suspeitar: Placas eritematosas e descamativas, prateadas, bem delimitadas e, às vezes pruriginosas. As localizações costumam ser típicas (área sujeitas a traumas constantes, como cotovelos, joelhos, região pré-tibial, região sacral e couro cabeludo). Frequentemente ocorrem alterações distróficas ungueais associadas.

Pacientes que apresentem lesões descamativas de localização restrita, com características clínicas sugestivas de psoríase, não devem ser encaminhados de imediato: Devem inicialmente ser tratados com corticoide tópico durante 30 dias contínuos. Após os 30 dias, reavaliar. Se houver melhora clínica, proceder à retirada do corticoide tópico de maneira gradual (3 vezes/semana, 2 vezes/semana, 1 vez/semana e parar).

ECZEMAS

Diante de quadros eczematosos/pruriginosos de surgimento súbito, insidioso e disseminado, é fundamental a investigação, pela Atenção Básica, de causas sistêmicas, guiada pelo quadro clínico. Dentre as principais causas, temos: Hepatopatia com ou sem colestase, hepatites virais, hepatite B crônica ativa, insuficiência renal crônica, hiper ou hipotireoidismo, deficiência de ferro, anemia, diabetes mellitus (DM), síndrome carcinoide, SIDA, leucemias, linfoma de Hodgkin, linfoma não Hodgkin, farmacodermias, hemocromatose, esclerodermia, mielodisplasia, policitemia vera, hiperparatireodismo, dermatomiosite.



ALOPÉCIA

As causas sistêmicas que levam à perda capilar devem ser adequadamente investigadas e tratadas na Atenção Básica ou ter o seu correto direcionamento à especialidade adequada (ver ANEXO). São elas: Anemia ou deficiência de ferro;

Subnutrição: Deficiência de proteína, deficiência de zinco (pensar em dietas radicais e/ou distúrbios alimentares, como anorexia ou bulimia); Hipotireoidismo.

QUELÓIDES

Sugestão de abordagem na Atenção Básica : corticoide tópico de alta potência (por exemplo: Proprionato de clobetasol 0,05%, 1 vez/dia (pode se oclusão). Outra alternativa: Fita de silicone para cicatriz (usar à noite).



REFERÊNCIAS

- AZULAY-ABULAFIA, L. et al.. Atlas de dermatologia: da semiologia ao diagnóstico, 1. ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 920p.
- BROETTO, J. et al.. Tratamento cirúrgico dos carcinomas basocelular e espinocelular: experiência dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga - Rev Bras Cir Plást. V.27, n.4, p.527-530, 2012.
- CHINEM, V. P.; MIOT, H. A.. Epidemiologia do carcinoma basocelular. An Bras Dermatol. v.86, n.2, p.292-305, 2011.
- CUNHA, P. R.; BARRAVIERA, S. R. C. S.. Dermatoses bolhosas auto-imunes. An Bras Dermatol. v.84, n.2, p.111-124, 2009.
- ENSINA, L. F., et al Reações de hipersensibilidade a medicamentos. Rev. bras. alerg. imunopatol., v.32, nº 2, p.42-47, 2009.
- FAVALLI, P. et al.. Carcinoma epidermóide de pele: aspectos clínico-patológicos e sociais. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v.51, n.4, p.301-305, out/dez 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de Atenção Básica; Área Técnica de Dermatologia Sanitária; Dermatologia na Atenção Básica de Saúde. Cadernos de Atenção Básica Nº 9 Série A - Normas de Manuais Técnicos, n. 174, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana - Secretaria de Vigilância em Saúde – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Melanoma Maligno Cutâneo. Portaria nº 357, de 8 de abril de 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA Nº 1.229, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de Recomendação - CONITEC, 2015. 121p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº. 1159, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2015. Aprova o Protocolo de uso da isotretinoína no tratamento da acne grave.
- MONTAGNER, S.; COSTA, A. Diretrizes modernas no tratamento da acne vulgar: da abordagem inicial à manutenção dos benefícios clínicos. Surg. Cosmet. Dermatol, v.2, n.3, p.205-213, 2010.
- PIRES, A. C. B.. Da queratose actínica ao carcinoma espinocelular. Dissertação - Artigo de Revisão Bibliográfica Mestrado Integrado em Medicina 2010/11. Universidade do Porto, Portugal, 2011.
- SILVA, L. M.; ROSELINO, A. M. F.. Reações de hipersensibilidade a drogas (farmacodermia). Revista Medicina, Ribeirão Preto, 36, p.460-471, abr/dez 2003.
- STEINER, D.. Vitiligo. An. Bras. Dermatol. v.79 n.3, p. 335-351, Rio de Janeiro, mai/jun 2004.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

7

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO ENDOCRINOLOGIA

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	Página
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	5
1 DIABETES MELLITUS TIPO 1	6
2 NÓDULOS TIREOIDEANOS	7
3 HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO (HP)	8
4 HIPERTIREOIDISMO	9
5 HIPERPROLACTINEMIA	10
6 SUSPEITA DE HIPERSECREÇÃO DE GH (HORMÔNIO DO CRESCIMENTO)	11
7 BÓCIO TIREOIDIANO	12
8 DIABETES MELLITUS TIPO 2	13
9 SÍNDROME DE CUSHING (HIPERCOTISOLISMO)	14
10 INSUFICIÊNCIA ADRENAL CRÔNICA (DOENÇA DE ADDISON)	15
11 HIPERANDROGENISMO	16
12 HIPOTIREOIDISMO	17
13 DISLIPIDEMIA	18
14 OBESIDADE	19
ANEXO	20 a 24
REFERÊNCIAS	25



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encaminhar pacientes a partir dos 14 anos completos. Menores que 14 encaminhar para endocrinopediatria – DRS 7);

Diabetes tipo 1 em menores de 7 (sete) anos: encaminhar via DRS 7.

Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes e/ ou que não melhoram após tratamento inicial, constando História Clínica sucinta, com queixa, localização, irradiação, duração, evolução.

O médico assistente do paciente na UBS deverá ir manter o acompanhamento do paciente encaminhado à Endocrinologia na Atenção Básica, garantindo o controle das comorbidades e da patologia em questão.

Enviar relatório(s) de internações, se houver, bem como todos os exames pertinentes à patologia. Se necessário acionar Serviço Social.

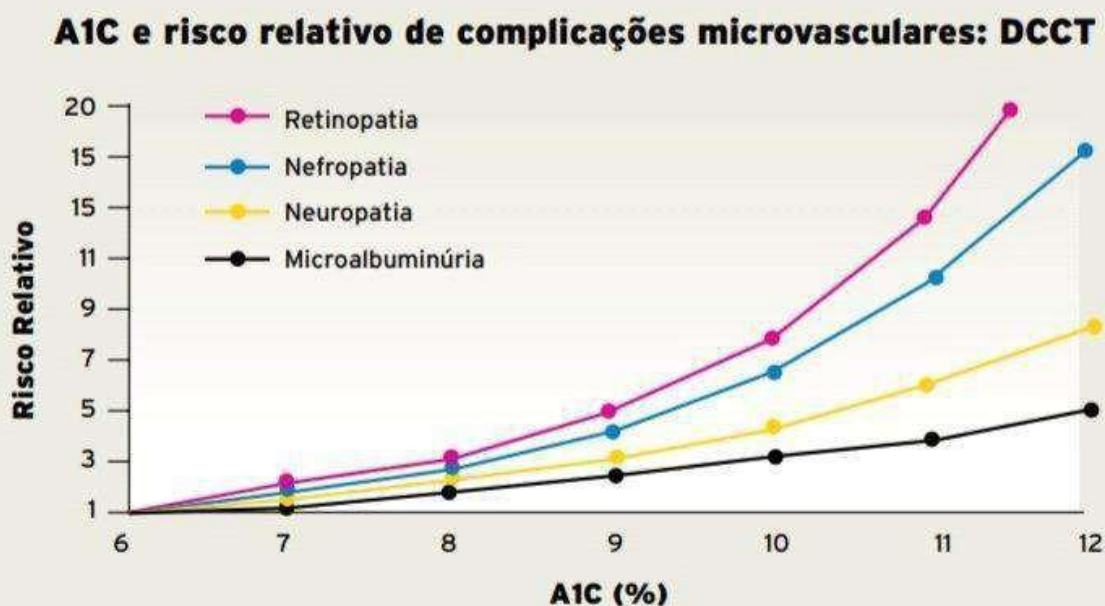
Obrigatório a todos os encaminhamentos:

- Informações objetivas e relevantes da história clínica e do exame físico;
- Resultados dos exames complementares solicitados por este protocolo (ou anexar cópias dos mesmos)
- Informações sobre comorbidades;
- Informações completas sobre tratamento vigente;
- Esclarecimento sobre o motivo do requerimento da consulta com a especialidade Endocrinologia.



EXCLUSÕES

- Pacientes deverão manter acompanhamento exclusivamente na Atenção Básica nas seguintes situações:
- Pacientes com sobrepeso (IMC entre 25 e 30 Kg/m²);
- Pacientes com obesidade (IMC entre 30 e 40 kg/m²), sem comorbidades;
- Pacientes com diabetes mellitus tipo 2 com hemoglobina glicada menor que 9 (nove) e sem evidências de comprometimento de órgão-alvo, ou fatores de risco cardiovasculares associados. Estes deverão manter acompanhamento na Atenção Básica. Ver tabela no ANEXO.



DCCT, Diabetes Control and Complication Trial.

1. Adaptado de Skyler JB. Endocrinol Metab Clin North Am. 1996;25:243-254

2. DCCT. N Engl Med. 1993;329:977-966

3. DCCT Diabets. 1995;44:968-983



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Endocrinologia. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



1. DIABETES MELLITUS TIPO 1: VERMELHA.

Motivo para encaminhamento: encaminhar sempre.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante:

- Se diagnóstico recente, enviar também relatório da internação e exames realizados na urgência/emergência.
- Encaminhar também para atendimento com Nutricionista (sempre).
- Menores de 7 anos encaminhar para endocrino-pediatria da Unicamp.

Exames complementares necessários: Glicemia em jejum, Hemoglobina glicada, Colesterol total, HDL, LDL, Triglicérides. Creatinina, Potássio, Urina 1.

Observação: pacientes que já receberam conduta inicial, estando medicados e estáveis. Na meta terapêutica, poderão ser encaminhados com classificação LARANJA (Exemplo: pacientes provenientes de serviço privado provindos de outra localidade).



2. NÓDULOS TIREOIDEANOS:

VERMELHO: Com características de malignidade ao exame de imagem.

LARANJA: Sem características de malignidade ao exame de imagem.

Motivos para encaminhamento:

- Nódulos tireoidianos maiores ou iguais a 1 cm de diâmetro.
- Nódulos com sinais ultrassonográficos sugestivos de malignidade (sólido, com presença de microcalcificações e/ou contorno irregular, de qualquer tamanho).

Obrigatório:

- Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.
- Descrever as características ultrassonográficas dos mesmos ou anexar cópia do exame.

Importante: NÃO solicitar T3 total ou T4 total.

Exames complementares necessários: TSH, T4 livre, Ultrassom de tireóide recente (menos de 6 meses).

Observação: nódulos já biopsiados com resultado negativo para malignidade e mantendo as mesmas características em exames de controle poderão ser seguidos na Atenção Básica.



3. HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO (HP): VERMELHA.

Motivos para encaminhamento: Pacientes com dosagem sérica aumentada de aldosterona, e/ou evidência de massa tumoral abdominal ao exame de imagem (ultrassom). Hipocalemia (potássio sérico abaixo dos valores de referência)

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante:

- Pode haver hipocalemia associada (potássio sérico abaixo dos valores de referência);
- A dosagem de aldosterona sérica (rastreamento para HP) deve ser feita, sempre, nas seguintes condições:
 - Pacientes com hipocalemia espontânea persistente;
 - Hipertensos resistentes aos tratamentos habituais;
 - Hipertensos com tumor abdominal a esclarecer.

Exames complementares necessários: Sódio e potássio séricos, Aldosterona sérica, Ultrassom de abdômen total.

Observação: hipertensão resistente ou refrataria: uso de 3 ou mais anti-hipertensivos de classes diferentes em doses máximas, com pelo menos um diurético sem atingir meta.



4. Hipertireoidismo:

VERMELHA: Descompensado (tireotoxicose).

LARANJA: Compensado, em uso de medicação, para acompanhamento.

Motivos para encaminhamento:

- Pacientes com TSH baixo e T4 livre elevado ou ambos elevados, com sintomas clínicos (ver sinais e sintomas no ANEXO) presentes, com ou sem alterações de imagem da tireóide (ultrassom);
- Pacientes com TSH baixo e T4 livre normal, porém com algum sinal ou sintoma clínico sugestivo (ver sinais e sintomas no ANEXO) de hipertireoidismo (subclínico).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: NÃO solicitar T3 total ou T4 total.

Exames complementares necessários: TSH, T4 livre, Hemograma, US de tireoide.

Observação:

- Hiperparatireoidismo factício (sobredose de levotiroxina): reduzir medicação e manter seguimento na Atenção Básica.
- Tireotoxicose grave (sintomas proeminentes): encaminhar para emergência.



5. HIPERPROLACTINEMIA:

VERMELHA: Se igual ou maior que 200 ng/ml*.

LARANJA: Se abaixo de 200 ng/ml*.

Motivos para encaminhamento: encaminhar todos os casos com prolactina sérica aumentada.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observações:

- Válidos para períodos fora da gestação/amamentação; Em pacientes com prolactinemia pouco elevada, investigar na UBS as seguintes causas:
 - Aumento secundário a uso de medicamentos (antidepressivos e ansiolíticos, anti hipertensivos, neurolépticos, opióides, bloqueadores dos receptores H2 da histamina estrógenos, progestágenos, clorpromazina, anfetaminas, anestésicos, arginina, cisaprida, metoclopramida, ácido valpróico, opiáceos, domperidona, isoniazida);
 - Insuficiência hepática;
 - Insuficiência renal.

Observação: elevações discretas de prolactina (valores até 40 mg/ml), na ausência de sinais e sintomas clínicos sugestivos, devem ter sua medida repetida antes de encaminhar.

Exames complementares necessários: prolactina (02 amostras com intervalo mínimo de 30 dias).



6. SUSPEITA DE HIPERSECREÇÃO DE GH (HORMÔNIO DO CRESCIMENTO): LARANJA.

Motivo para encaminhamento: encaminhar pacientes com achados de acromegalia ou gigantismo (ver ANEXO).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares: *não há necessidade.*



7. BÓCIO TIREOIDIANO:

VERMELHA: Com sintomas compressivos ou tóxico, descompensado.

LARANJA: Se tóxico, compensado.

VERDE: Se atóxico Ver item 15: Exames complementares necessários.

Motivo para encaminhamento: todos os casos.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares necessários: TSH, Ultrassom de tireóide.



8. DIABETES MELLITUS TIPO 2: LARANJA.

Motivo para encaminhamento:

- Pacientes com complicações crônicas (nefropatia, retinopatia ou neuropatia diabéticas e complicações macrovasculares - AVC/IAM/etc), independente do nível de hemoglobina glicada.
- Pacientes com fatores de risco cardiovasculares associados que mantêm hemoglobina glicada ≥ 7 apesar da terapia otimizada (obesidade, tabagismo, dislipidemia, etc).
- Pacientes com difícil controle (mantendo hemoglobina glicada ≥ 9), apesar da otimização do tratamento: antidiabéticos orais e insulinização, ambos em doses efetivas: Ver no item ANEXO, a tabela.

Metas laboratoriais para caracterização do bom controle glicêmico.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observações:

- Deverão manter acompanhamento na UBS pacientes com diabetes mellitus tipo 2 com hemoglobina glicada dentro do alvo terapêutico: 7% em adultos e em torno de 8% em idosos, considerando muitas vezes que a meta do valor poderá ser individualizado.
- O médico assistente do paciente com DM2 na UBS deverá manter acompanhamento compartilhado do mesmo, objetivando garantir a adesão ao tratamento proposto pelo especialista, identificar problemas e descompensações no período entre as consultas especializadas e controlar comorbidades.
- Ver no ANEXO orientações para acompanhamento multidisciplinar do paciente com DM2.

Exames complementares necessários: Glicemia de jejum, Hemoglobina, glicada, Colesterol total, HDL, Triglicérides, creatinina, microalbuminúria (amostra isolada), urina 1, potássio.



9. SÍNDROME DE CUSHING (HIPERCOTISOLISMO): LARANJA.

Motivos para encaminhamento: Pacientes com aumento laboratorial de cortisol sérico ou apresentando alguns dos sinais e sintomas associados (ver no ANEXO).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares necessários: Glicemia de jejum, Sódio e potássio séricos, Ultrassom de abdômen total.

Observação: Se disponível algum exame de dosagem de cortisol, encaminhar. O exame de cortisol mais preciso é a dosagem urinária de cortisol na urina de 24 horas (atentar para a dificuldade de coleta). Este exame apenas deve ser solicitado na Atenção Básica se houver uma suspeita clínica muito significativa. O cortisol basal pela manhã é um exame sujeito a altas flutuações e falhas na coleta/interpretação.



10. INSUFICIÊNCIA ADRENAL CRÔNICA (DOENÇA DE ADDISON): VERMELHA.

Motivos para encaminhamento: Pacientes com alterações laboratoriais evidenciando aumento de potássio e diminuição de sódio, com manifestações clínicas associadas (ver ANEXO).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares necessários: Sódio e potássio séricos, Ultrassom de abdômen total.

Observação: se sintomas clínicos indicarem uma urgência (exemplo: desidratação, alteração de sinais vitais), encaminhar ao Pronto Socorro.



11. HIPERANDROGENISMO:

LARANJA: Com sinais clínicos de virilização.

VERDE: Sem sinais clínicos de virilização.

Motivos para encaminhamento: Pacientes do sexo feminino com alterações laboratoriais dos hormônios masculinos e sinais clínicos associados (ver ANEXO).

Obrigatório:

- Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.
- Descartar Síndrome do Ovário Policístico (SOP): anotar investigação.

Importante: Não encaminhar à especialidade Endocrinologia pacientes com sinais isolados de acne ou alopecia androgênica, com dosagens dos hormônios masculinos dentro dos valores normais de referência.

Exames complementares necessários: não há obrigatoriedade. Se disponíveis exames complementares, encaminhar.



12. HIPOTIREOIDISMO: VERDE.

Motivos para encaminhamento:

- Falha no tratamento (TSH acima e/ou T4 livre abaixo dos valores de referência), mesmo em uso de medicação em doses otimizadas, conforme orientações (ver ANEXO);
- TSH e T4 livres abaixo dos valores de referência (ambos);
- Pacientes descompensados, mesmo instituído tratamento adequado (com sintomas ou TSH > 10 ng/dl);

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Manter acompanhamento somente na UBS pacientes nas seguintes condições:

- Pacientes compensados após instituição do tratamento medicamentoso, conforme orientações(ANEXO);
- Hipotireoidismo subclínico (TSH elevado e T4 livre normal, assintomático).

Exames complementares necessários: TSH, T4 livre.



13. DISLIPIDEMIA: AZUL.

- Pacientes não responsivos à terapêutica usual, mantendo níveis de triglicérides acima de 500 mg/dl e/ou LDL acima de 190 mg/dl, apesar do uso de hipolipemiante oral em dose adequada (repetir os exames após 03 meses de tratamento).
- Suspeita clínica de hipercolesterolemia familiar (sinais clínicos de depósitos extravasculares de colesterol e/ou taxas elevadas de LDL-c ou colesterol total no plasma, associada a história familiar de hipercolesterolemia e/ou doença aterosclerótica prematura).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante:

- Antes de encaminhar, o médico assistente do paciente na UBS deverá investigar e tratar as causas secundárias: hipotireoidismo, doenças renais e hepáticas, DM, obesidade, consumo de álcool, medicações (diuréticos, beta-bloqueadores, corticóides).
- Na UBS, deverá ser instituído o tratamento medicamentoso e controle dietético.
- Incentivar atividade física aeróbica (mudança no estilo de vida).

Exames complementares necessários: Colesterol total e frações, triglicérides.



14. OBESIDADE: VERDE

SOBREPESO: AZUL

Motivos para encaminhamento:

- Obesidade mórbida (IMC* maior ou igual a 40kg/m²).
- Obesidade (IMC* maior ou igual a 30 kg/m²) associada a comorbidades (DM, HAS, dislipidemias, apneia do sono).
- Sobrepeso (IMC* entre 25 e 29,9 kg/m²) com comorbidade de difícil controle (HAS, DM e dislipidemia).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais. *IMC (índice de massa corporal) = peso/altura² (sempre indicar no encaminhamento).

Importante:

- Não encaminhar à especialidade endocrinologia: sobrepeso sem comorbidades e obesidade (IMC entre 30 e 39,9 Kg/m²) sem comorbidades: manter acompanhamento multidisciplinar na UBS.
- Encaminhar à equipe multidisciplinar sempre que possível (Nutricionista e Psicologia, grupo ou individual).
- Previamente, os pacientes devem ser orientados a iniciar dieta hipocalórica e atividade aeróbica.

Exames complementares necessários: glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicérides.



ANEXO

Tabela 1: METAS LABORATORIAIS PARA CARACTERIZAÇÃO DO BOM CONTROLE GLICÊMICO / PARÂMETRO NÍVEIS DESEJÁVEIS / NÍVEIS TOLERÁVEIS.

	Níveis desejáveis	Níveis toleráveis
Hemoglobina glicada (A1c)	< 7% (em adultos)	7,5-8,5%: de 0 a 6 anos
		< 8%: de 6 a 12 anos
		< 7,5%: de 13 a 19 anos
		8%: em idosos
Glicemia de jejum e glicemia pré-prandial	< 110 mg/dl	Até 130 mg/dl
Glicemia pós-prandial	< 140 mg/dl	Até 180 mg/dl

Sociedade Brasileira de Diabetes. Algoritmo para o Tratamento do Diabetes Tipo 2 – Atualização 2009. Posicionamento Oficial SBD nº 3, 2009 (extraído de Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014).



HIPERTIREOIDISMO: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.

Sudorese excessiva, bócio, intolerância ao calor, tremores, palpitações, pele quente e úmida, fadiga, sopro na tireoide, perda ponderal objetiva, alterações oculares (exoftalmo), dispneia, fibrilação atrial, fraqueza, ginecomastia, distúrbios alimentares (aumento do apetite ou anorexia, esta menos comum), eritema palmar, edema de membros inferiores, hiperdefecação, diarreia crônica, distúrbios menstruais, ganho ponderal (pouco comum), nervosismo.

No hipertireoidismo subclínico (TSH baixo e T4 livre normal, assintomático): Repetir exames após 3 a 6 meses para confirmação da condição. Para pacientes com idade maior ou igual a 65 anos ou com antecedentes de doença cardiovascular pré-existente, a avaliação para confirmação pode ser mais precoce, entre 1 a 3 meses.

HIPERSECREÇÃO DE GH: ACHADOS CLÍNICOS.

- Acromegalia (crescimento exagerado das mãos e dos pés e mudanças graduais na conformação da face, como protrusão da mandíbula e das sobrancelhas, nariz alargado, lábios grossos, macroglossia, e espaçamento exagerado entre os dentes;
- Complicações musculoesqueléticas (artralgias, síndrome do túnel do carpo, miopatia);
- Complicações sistêmicas, como fadiga, fraqueza muscular, comprometimento da visão, cefaleia e ainda, hipertensão arterial sistêmica (em até 30% dos pacientes), diabetes mellitus, cardiopatia e apneia do sono.



DIABETES MELLITUS TIPO 2: ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR.

Nos pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 com indicação de acompanhamento somente na UBS, proceder aos acompanhamentos recomendados de investigação periódica para acometimentos de órgãos-alvo (olhos, coração, sistema vascular periférico, sistema nervoso, rins).

Avaliar viabilidade de acompanhamento nutricional sistemático (individual ou grupo), pois estudos evidenciam que o acompanhamento nutricional efetivo, realizado por especialista, favorece o controle glicêmico, promovendo redução de 1% a 2% nos níveis de hemoglobina glicada (independentemente do tipo de diabetes e tempo de diagnóstico). Na UBS incentivar atividades aeróbicas para todos os pacientes com diabetes mellitus.

SÍNDROME DE CUSHING (HIPERCOTISOLISMO): SINAIS E SINTOMAS.

Fácies cushingóide (característica, arredondada e pletórica), ganho de peso, obesidade central, giba, preenchimento das fossas supraclaviculares, estrias violáceas, hirsutismo, acne, pele atrófica, equimoses, fraqueza muscular, hipertensão arterial sistêmica, intolerância à glicose ou diabetes mellitus, alterações psiquiátricas, osteoporose, infecções recorrentes e alterações da função gonadal. Pode ocorrer também hiperpigmentação cutânea e de mucosas.



INSUFICIÊNCIA ADRENAL CRÔNICA (DOENÇA DE ADDISON):

- Hiperpigmentação muco-cutânea (áreas expostas ao sol, nos pontos de pressão, dobras cutâneas, palmas das mãos, genitália, cicatrizes recentes e mucosa oral);
- Perda de peso;
- Fraqueza/astenia/fadiga;
- Vômito/náusea;
- Anorexia;
- Tontura/ Hipotensão postural;
- Diminuição da libido; rarefação de pelos na mulher;
- Avidéz por sal;
- Diarreia crônica.

As manifestações clínicas da insuficiência adrenal crônica podem ser inespecíficas, ocasionando o retardo no diagnóstico da doença. Muitas vezes a doença é insidiosa e o diagnóstico é frequentemente suspeitado durante uma crise de insuficiência adrenal aguda, decorrente de alguma intercorrência, como infecção, cirurgia ou trauma.

HIPERANDROGENISMO: SINAIS E SINTOMAS:

- Hirsutismo (excesso de pelos androgenizados);
- Acne/oleosidade cutânea;
- Irregularidade menstrual (amenorréia, oligomenorréia);
- Infertilidade;
- Sinais de virilização (hipertrofia de clitóris, alopecia androgênica, voz rouca e modificação do padrão dos pelos pubianos para o padrão masculino).



HIPOTIREOIDISMO

São sinais e sintomas clínicos de hipotireoidismo:

- Bradicardia, reflexo aquileu lentificado, pele grossa e seca, fraqueza, letargia, fala lenta, edema de pálpebras, sensação de frio, diminuição da sudorese, pele fria, macroglossia, edema facial, cabelo seco e sem brilho, aumento da área cardíaca (ao raio-x), palidez de pele, perturbações da memória, constipação, ganho de peso, perda de cabelo, dispneia, edema periférico, rouquidão, anorexia, nervosismo, menorragia, surdez, palpitações,
- Abafamento de bulhas cardíacas, dor precordial e baixa acuidade visual.

Tratamento de hipotireoidismo: reposição de levotiroxina sódica (Puran T4, Euthyrox, Syntroid) na dose de 1,5 µg/kg/dia no adulto jovem e 1µg/kg/dia total no idoso hígido abaixo dos 65 anos (sem antecedentes de cardiopatia). Nos idosos acima de 65 anos e/ou com antecedentes cardiovasculares, pode-se iniciar cautelosamente com a dose de 12,5 a 25 µg total/dia, aumentando somente 25 µg a cada quatro semanas até a dose suficiente para normalização do TSH.



REFERÊNCIAS

BARROS E.; FOCESATTO, L. F. (Org.). Medicina interna na prática clínica. Porto Alegre: ARTMED, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: Urologia e Endocrinologia. 1ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, 2016. 26p. (b).

BRENTA, G. - Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. São Paulo, v. 57. n. 4, p.265-299, 2013.

GLEZER, A.; BRONSTEIN M. D. Prolactinoma. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. São Paulo, v. 58. n. 2, p.118-123, 2014. MAIA, A. L. et al. Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireóide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. São Paulo, v. 57. n. 4, p.205-232, 2013.

OLIVEIRA, J. E. P; VENCIO, S. (Org.). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015- 2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. 337 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde - Representação Brasil. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010, 322 p. ROSÁRIO, P. et al. Nódulo tireoidiano e câncer diferenciado de tireóide: atualização do consenso brasileiro. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. São Paulo, v. 57. n. 4, p. 240- 264, 2013.

PEREIRA, A. C. et al. - I Diretriz Brasileira de Hipercolesterolemia Familiar (HF). Arq. Bras. Cardiol. Vol.99 no.2 supl.2 São Paulo Aug. 2012

WAJCHENBERG, B. L.; LERARIO, A. C.; BETTI, R. T. B. Tratado de endocrinologia clínica. 2. ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. 804 p.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

8

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO GASTROENTEROLOGIA

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino

Dra. Camila Sinkos



ÍNDICE

	Página
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	5
1 SUSPEITA DE NEOPLASIA DE TRATO GASTROINTESTINAL	6
2 DISFAGIA	7 - 8
3 ICTERÍCIA	9
4 SUSPEITA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA OU BAIXA	10
5 DOENÇA DO REFLUXO	11
6 CIRROSE HEPÁTICA	12
7 PÓS-OPERATÓRIO TARDIO POR CÂNCER DE TRATO GASTROINTESTINAL	13
8 RASTREAMENTO PARA PACIENTE COM ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÂNCER GÁSTRICO E DE CÓLON	14 - 15
9 HEPATITE CRÔNICA NÃO-VIRAL	16
10 DISPEPSIA	17 - 18
11 PANCREATITE CRÔNICA	19
12 DIARRÉIA CRÔNICA	20
13 IMAGENS HEPÁTICAS BENIGNAS (HEMANGIOMAS, CISTOS)	21 - 23
14 ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	24
15 DOR ABDOMINAL RECORRENTE	25
16 ESTEATOSE HEPÁTICA (DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRAFICO)	26 - 27
ANEXO	28 - 30
REFERÊNCIAS	31



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encaminhar pacientes adultos e crianças acima de 14 anos.

Comunicar claramente ao paciente o motivo pelo qual está sendo encaminhado à especialidade.

O paciente encaminhado à especialidade Gastroenterologia deverá ter assegurado acompanhamento regular na unidade de origem, enquanto aguarda a primeira consulta e os exames solicitados pela especialidade. A Gastroenterologia é uma especialidade clínica e não inclui condutas e avaliações cirúrgicas.

Como conduta preliminar, previamente ao encaminhamento à especialidade Gastroenterologia, o médico da Assistência Primária deverá:

- a) Avaliar hábitos alimentares como causas de alterações trato gastro-intestinal (dieta pobre em fibra e água, intolerância à lactose, excesso de cafeína, álcool, gordura, colelitíase, etc).
- b) Investigar parasitose intestinal e/ ou avaliar tratamento empírico a todos os pacientes com queixas clínicas de trato gastrointestinal (dispepsia, dor abdominal, diarreia, constipação, sangue nas fezes, dor ou prurido anal, etc).

Obrigatório a todos os encaminhamentos:

- História Clínica sucinta.
- Dados relevantes do exame físico.
- Informações de comorbidades.
- Informações sobre tratamentos já realizados.
- Informar investigação e/ou tratamento para parasitose intestinal.
- Informações sobre resultados dos exames complementares solicitados por este protocolo e outros relevantes, se os tiver (ou anexar cópias dos mesmos).
- Hipótese diagnóstica e CID 10.
- Dados de identificação do paciente e idade do paciente. Identificação do médico que está encaminhando.



EXCLUSÕES

- **Quadros de dor abdominal aguda e/ou intensa:** Histórias de curta duração (1-5 dias) que necessitem descartar patologia cirúrgica aguda ou internação devem ser direcionadas ao serviço de Urgência/Emergência de referência.
- **Pacientes com Hepatite Crônica Viral (Hepatite B, Hepatite C):** Devem ser encaminhados, inicialmente, para o Centro especializado em Infectologia - CEI (antigo AMDAH).
- **Abscesso perianal:** Encaminhar ao Pronto Socorro, para avaliação cirúrgica de emergência.
- **Pacientes clinicamente descompensados (hemorragia digestiva aguda alta ou baixa, dispneia, disfagia extrema, cirrose hepática descompensada):** Deverão ser direcionados ao Serviço de Urgência/Emergência de referência. Após compensação do quadro clínico, deverão ser encaminhados à especialidade.
- **Hérnia de parede abdominal, inguinal, hiatal acima de 4 cm e colelitíase:** Encaminhar à Cirurgia Geral
- **Halitose:** 90% é de causa oral (alterações morfológicas na língua, cárie, doença periodontal, estomatite, higiene oral deficiente, língua saburrosa, hipossalivação, próteses velhas ou porosas, xerostomia), causas otorrinolaringológicas ou respiratórias (amigdalite, caseum, doenças da adenóide, faringite crônica, gotejamento pós nasal, sinusite crônica) e <5% causas gastrointestinais (constipação grave/dolicocólon, divertículo de Zenker, esofagites, gastroparesia, hepatopatia, megaesôfago), além de dieta low carb, ingestão de alimentos com odor intenso, medicamentos que acarretam hipossalivação, tagagismo.
- **Pólipos de vesícula biliar - múltiplos ou maiores que 10 mm (diagnóstico por imagem):** encaminhar ao ambulatório de Cirurgia. Pólipos únicos e entre 6-9 mm realizar seguimento pela Atenção Primária com ultrassonografia seriada (6-12 meses).
- **Hemorróidas, fissuras, prolapso retal, escape fecal – vide regulação coloproctologia**



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Gastroenterologia. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



GASTROENTEROLOGIA

1. SUSPEITA DE NEOPLASIA DE TRATO GASTROINTESTINAL: VERMELHA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sinais e sintomas associados de emagrecimento significativo, inapetência, disfagia, anemia inexplicada, icterícia, vômitos, dores abdominais, alteração recente do hábito intestinal (diarreia ou constipação intestinal) ou hemorragia digestiva, após investigação e exclusão de causas não relacionadas ao trato gastrointestinal (metabólicas, infecciosas e neoplásicas em outros sistemas).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes da história clínica e exame físico, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Se a suspeita de neoplasia de TGI for muito consistente, solicitar exames de sangue, imagem pertinente e encaminhar (não há necessidade de aguardar resultado de exames).

Exames Complementares Necessários: *Solicitar exames de investigação inicial (critério clínico). Enviar exames pertinentes à queixa, se os tiver.*



2. DISFAGIA BAIXA (NÃO NEUROLÓGICA):

Sintoma recente (dias a poucos meses e persistente): VERMELHA.

Sintoma crônico (meses a anos): LARANJA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com história consistente de dor e dificuldade à deglutição (alimentos sólidos e líquidos), associado a perda de peso, regurgitação alimentar ou dor retroesternal.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Etiologias prováveis:

- Distúrbios motores do esôfago: acalasia, espasmo esofagiano distal
- Estenoses benignas: congênitas, esofagite eosinofílica, péptica, esofagite por candida, esofagite por vírus, esofagite por cáusticos, esofagite actínica (mucosite)
- Neoplasia benignas e malignas de tireóide, faringe, laringe, esôfago, cárdia
- Alterações degenerativas da coluna cervical
- Compressão extrínseca mediastinal
- Divertículos esofágicos: de Zenker, Killian-Jamieson, etc
- Anéis e membranas esofágicas: anel A de Wolf, anel B de Schatzki, síndrome de Plummer Vinson, etc
- Disfagia lusória - artéria subclávia aberrante ou qualquer vaso anômalo aórtico
- Sequela de AVC
- Esclerodermia

**Importante:**

- Informar se há comprometimento nutricional e duração do sintoma.
- O diagnóstico diferencial das disfagias altas incluem patologias de interesse do neurologista, otorrinolaringologista, reumatologista e endocrinologista no diagnóstico diferencial, assim como investigação de sintomas compressivos de etiologia neoplásica.
- Investigar / descartar causas etiológicas que não são originárias do trato gastrointestinal (doenças reumáticas, bócio, neoplasia, etc).

Exames Complementares Necessários: Hemograma e pesquisa de doença de Chagas, questionar naturalidade e casos de Chagas na família. *Se tiver exames pertinentes ao caso, informar ou anexar resultados (ex: exame de imagem e endoscopia).*



3- ICTERÍCIA: VERMELHA

Motivo para encaminhamento: Pacientes com icterícia com hiperbilirrubinemia direta (aumento de bilirrubinas totais à custa de bilirrubina direta), relatando outros sinais e sintomas associados. Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação:

- Casos de hiperbilirrubinemia indireta (aumento de bilirrubinas totais à custa de bilirrubina indireta, com ou sem reticulócitos aumentados), devem ser direcionados à Hematologia.
- Casos de hepatites virais: encaminhar ao Infectologista (Ambulatório Municipal de AIDS e Hepatite de Hortolândia – AMDAH-SAE/CTA).
- Casos de hepatite alcoólica aguda devem ser encaminhados para Urgência/emergência. Posteriormente etilismo deve ser acompanhado no CAPS-AD. O tratamento é cessar etilismo.
- Casos de pacientes com icterícia + cálculo biliar ou em colédoco devem ser avaliados pela equipe da cirurgia geral
- Casos de paciente com icterícia relacionado a neoplasia devem ser encaminhados a especialidade pertinente
- Pacientes descompensados clinicamente (febre, icterícia, dor abdominal, taquicardia, hipotensão, vômitos refratários, confusão mental) devem ser encaminhados para Urgência/Emergência.

Exames Complementares Necessários: Hemograma, contagem de reticulócitos, DHL, Bilirrubinas (total, direta e indireta), AST (TGO), ALT (TGP), Fosfatase alcalina, Gama-GT, Amilase, Sorologia para Hepatite B, Sorologia para Hepatite C, Ultra-som abdominal ou outro exame de imagem, se já tiver feito (tomografia, por exemplo).



4 - SUSPEITA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA OU BAIXA: VERMELHA.

Motivos para encaminhamento:

- Hematoquezia (eliminação de sangue vivo pelo ânus), sem comprometimento das funções vitais (frequência cardíaca, pressão arterial, nível de consciência).
- Melena (fezes enegrecidas e de odor forte)
- Hematêmese (vômito com sangue)
- Úlcera gástrica, duodenal, varizes esofágicas ou gástrica, úlceras de Cameron, esofagite grau C e D

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante:

- O **rastreamento de câncer colorretal na Atenção Primária** é realizado através da solicitação de pesquisa de sangue oculto nas fezes (SOF) em **pacientes assintomáticos, a partir dos 45 anos até os 75 anos**. Não é indicado rastreamento de rotina após os 75 anos, avaliar caso a caso as comorbidades e status funcional do paciente devido risco x benefício da colonoscopia.
- Atenção: Avaliar quando foi a última colonoscopia do paciente, não solicitar sangue oculto nas fezes de rotina se o paciente já fez colonoscopia nos últimos 2 anos, apresenta exame normal ou tem apenas com doença diverticular dos cólons.
- Nos casos de suspeita de Hemorragia Digestiva Baixa, **proceder à inspeção anal é obrigatório**. Se o paciente apresentar hemorróida, fístula ou fissura, encaminhar à Proctologia (ver critérios para encaminhamento no protocolo específico);
- Casos de hemorragia digestiva aguda (franco sangramento), caracterizados pela presença objetiva de hematêmese, melena ou enterorragia devem ser direcionados ao Serviço de Urgência/Emergência de referência. Após compensação do quadro agudo, deverão ser direcionados à Gastroenterologia ou à Coloproctologia, conforme quadro clínico.
- Excluir hipótese de coloração avermelhada das fezes por corantes alimentares, alimentos e medicamentos (beterraba, pitaya, etc) – o método imunocromatográfico, detecta sangue humano e não se altera conforme alimentação (verificar o método).

Exames Complementares Necessários: Hemograma; Pesquisa de sangue oculto nas fezes; Ferro e Ferritina; TTAP e TTPA;



5. DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: LARANJA

Motivos para encaminhamento:

- Pacientes com sintomas típicos* e sem resposta clínica ao tratamento com inibidor da bomba de prótons (IBP) (ex. omeprazol) na dose de 40mg/dia por 8 semanas e realizada mudanças comportamentais e dietéticas. Se sintomas noturnos, usar IBP de 12/112 hs.

*Sintomas típicos:

- *Pirose (sensação de queimação retroesternal, ascendente em direção ao pescoço)*

- *Regurgitação (retorno do conteúdo gástrico, ácido ou amargo, até a faringe) ou*

Sintomas atípicos (relacionados a DRGE, mas não são específicos):

Tosse seca, pigarro, rouquidão, asma, Globus faríngeo (“bolo na garganta”)

- Endoscopia com achados de esofagite erosiva grau B, C ou D de Los Angeles - encaminhar paciente em uso de IBP (ex. omeprazol 40 mg/dia).
- Endoscopia com complicações do refluxo: ulceração, esôfago de Barrett confirmado por biópsia ou anel de Schatzki (estenose péptica) - encaminhar paciente em uso de IBP (ex. omeprazol 40 mg/dia)

*** *Esôfago de Barrett = epitélio colunar acima de 1 cm em esôfago distal, com presença de células caliciformes (metaplasia intestinal) com ou sem displasia.*

Obrigatório:

- Preencher critérios acima

OBSERVAÇÃO: A maioria dos pacientes com hérnia de hiato não requer tratamento cirúrgico - exceto quando muito volumosas (acima de 4 cm), presença de esofagite grau C e D refratário ao tratamento clínico ou associada a esôfago de Barrett. Geralmente é um achado de exame e o tratamento é feito com IBP e mudanças comportamentais - quanto associada a sintomas de DRGE. Em caso de persistência dos sintomas, ou seja, falha no tratamento clínico, encaminhar para cirurgia geral para correção cirúrgica.

Ver orientações para manejo do RGE no ANEXO.

Exames Complementares Necessários: Endoscopia digestiva, se houver



6 - CIRROSE HEPÁTICA: VERMELHA

Motivo para encaminhamento:

- Pacientes com exame de imagem sugestivo de cirrose hepática.
- Pacientes com sinais e sintomas de icterícia, eritema palmar, ginecomastia, ascite, hepatoesplenomegalia, encefalopatia, flapping, varizes esofágicas, hipertensão portal com ou sem histórico de ingestão alcoólica crônica.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Pacientes com quadro de descompensação clínica (hemorragia digestiva, dispneia, ascite volumosa, confusão mental) devem ser direcionados ao serviço de urgência/emergência de referência. Deverão ser encaminhados à especialidade somente após compensação do quadro.

Pacientes com cirrose hepática de etiologia alcoólica devem ser encaminhados ao CAPS -AD para tratamento de etilismo.

Exames Complementares Necessários:

- *Hemograma; AST/ALT; Gama-GT; Fosfatase alcalina; Bilirrubinas (total, direta e indireta); Alfa fetoproteína; Albumina; Sorologia para Hepatite B; Sorologia para Hepatite C; TP e TTPA, Sódio e creatinina; Ultra-som abdominal;*



7- PÓS-OPERATÓRIO TARDIO POR CÂNCER DE TRATO GASTROINTESTINAL (TGI): LARANJA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com histórico pessoal de tratamento anterior para câncer de TGI, que perderam seguimento no serviço de origem e têm justificativa fundamentada que os impossibilitem de retornarem ao mesmo.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: O médico assistente do paciente na USF deverá verificar em qual Serviço fez o tratamento para neoplasia de TGI. Deverá orientá-lo a manter seguimento no serviço de origem, sempre que possível. Reencaminhá-lo ao Serviço de origem, se necessário.

Em caso de impossibilidade de reencaminhamento, direcionar a este serviço, providenciando relatório médico e/ou outras informações pertinentes, tais como exames, prescrições, laudos. Acionar o Serviço Social, se necessário.

Exames Complementares Necessários: *não há necessidade. Anexar relatório médico do Serviço em que foi acompanhado(a), sempre que possível, bem como exames pertinentes ao caso. Sempre que possível, anexar laudo do anatomo-patológico (biópsia) da patologia principal.*



8 - RASTREAMENTO PARA PACIENTE COM ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÂNCER GÁSTRICO E DE CÓLON: VERDE.

Motivo para encaminhamento: Encaminhar os pacientes que preenchem critério abaixo:

RASTREAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL:

- parente de primeiro grau (pai, mãe, irmãos ou filhos, apenas) com câncer colorretal ou adenoma avançado (> 1 cm, displasia de alto grau na biópsia ou componente viloso na biópsia) diagnosticado < 60 anos = colonoscopia a cada 5 anos e iniciando 10 anos antes do familiar com câncer ou aos 40 anos de idade (o que vier primeiro)
- dois parentes de primeiro grau (pai, mãe, irmãos ou filhos, apenas) com câncer colorretal ou adenoma avançado (> 1 cm, displasia de alto grau na biópsia ou componente viloso na biópsia) diagnosticado em qualquer idade = colonoscopia a cada 5 anos e iniciando 10 anos antes do familiar com câncer ou aos 40 anos de idade (o que vier primeiro)
- parente de primeiro grau (pai, mãe, irmãos ou filhos, apenas) com diagnóstico de CCR ou adenoma avançado (> 1 cm, displasia de alto grau na biópsia ou componente viloso na biópsia) diagnosticado com idade maior ou igual a 60 anos de idade = iniciar triagem com 40 anos

RASTREAMENTO PARA CÂNCER GÁSTRICO:

A maioria dos casos de câncer gástrico (CG) são esporádicos, mas cerca de 10% apresentam agregação familiar e 1 a 3% possuem uma causa hereditária.

Fatores de risco:

- Familiar de primeiro grau (pai, mãe, irmãos e filhos) com câncer gástrico
- Câncer gástrico hereditário associado a polipose: *pólipose adenomatosa familiar (PAF), síndrome de peutz-jeghers, síndrome da polipose juvenil, polipose associada ao MUTYH (MAP), adenocarcinoma gástrico com polipose proximal (GAPPS)*



- Câncer gástrico hereditário não associado a polipose: *câncer gástrico difuso hereditário, li-fraumeni, BRCA1, BRCA2 E LYNCH.*
- *Pós-operatórios de gastrectomia parcial (Billroth I, Billroth II e Y de Roux) - remanescente gástrico, após 15 anos de cirurgia*
- *Gastrite atrófica autoimune*
- *Endoscopia com atrofia e metaplasia intestinal extensa confirmado por biópsia*
- *Endoscopia com displasia confirmado por biópsia*
- *Pólipo do tipo adenoma confirmado por biópsia*
- *Tumor neuroendócrino confirmado por biópsia*
- *Lesões subepiteliais descrito na endoscopia – exceto pâncreas ectópico, lipoma e varizes*
- *Anemia perniciosa*

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Rastreamento pressupõe paciente assintomático.

Exames Complementares Necessários: Pesquisa de sangue oculto nas fezes ou colonoscopia prévia, se houver, para rastreio de câncer colorretal. Endoscopia prévia, se houver, para rastreio de câncer gástrico.



9 - HEPATITE CRÔNICA NÃO-VIRAL: LARANJA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com função hepática alterada persistente por 6 meses, descartado ingestão de chás, álcool, suplementos como anabolizantes e sorologias para hepatites virais negativas.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Pacientes com Hepatite Crônica Viral (Hepatite B, Hepatite C): Devem ser encaminhados para o CEI (Centro Especializado de Infectologia), Antigo AMDAH.

Exames Complementares Necessários:

- *Bilirrubinas (total, direta e indireta); Sorologia para Hepatite B; Sorologia para Hepatite C; TP e TTPA; Hemograma; Fosfatase alcalina; Gama GT; Proteína C reativa; TGO e TGP; Alfa feto proteína; IgA total e anticorpo antitransglutaminase IgA; Glicemia de jejum e hemoglobina glicada; Colesterol total e frações; Triglicerídeo; TSH e T4 livre; Ultrassom de abdome total*



10- DISPEPSIA:

- Maiores que 40 anos com sinais de alarme (anemia, perda de peso não justificada, vômitos persistentes, hematêmese): VERMELHA.
- Início dos sintomas acima dos 40 anos: LARANJA.
- Para menores que 40 anos e refratárias ao tratamento clínico inicial com IBP (ex: omeprazol) de 12/12 hs por 8 semanas: AZUL.

Motivos para encaminhamento:

- Dor e/ou desconforto epigástrico, que pode estar associado a: saciedade precoce, vômito, sensação de plenitude pós-prandial e aumento da eructação que não melhora durante uso de IBP e após tratamento empírico de parasitose e suspensão de alimentos gatilho para queixa.
- Os sintomas devem estar presentes nos últimos 3 meses e que se iniciaram, no mínimo, 6 meses antes.
- Sintomas que retornam após suspensão do tratamento clínico.
- Presença de sinais de alarme

Orientações para acompanhamento:

- O médico assistente do paciente na UBS deverá instituir tratamento clínico usual e reavaliar o paciente em 4 semanas, certificando-se da adesão ao tratamento. Se na reavaliação, constatar que houve melhora significativa ou remissão dos sintomas, manter o tratamento por mais 1 mês, no mínimo, reavaliando-o ao final do tratamento. Se a evolução for para cura dos sintomas, manter o acompanhamento na Atenção Básica, com orientações de medidas comportamentais de controle (mudanças comportamentais e alimentares).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

**Importante:**

- Realizar tratamento empírico para parasitoses intestinais
- Tratar patologias psiquiátricas: ansiedade, depressão
- Controlar diabetes evitando gastroparesia e desordem de motilidade secundário a DM
- Tratar Infecção por *Helicobacter pylori* quando positivo
- Descartar doença celíaca, intolerância a lactose, colelitíase e constipação crônica
- Ver orientações para acompanhamento de síndrome dispéptica no ANEXO.

Exames Complementares Necessários:

- *Hemograma; Ferro; Ferritina; Teste oral de tolerância a lactose; IgA total e anticorpo antitransglutaminase IgA; Protoparasitológico; Pesquisa de sangue oculto nas fezes (para maiores de 40 anos); Ultra-som abdominal*
- *Outros exames que tiver, pertinentes à patologia (por exemplo, EDA, somente se já tiver);*



11- PANCREATITE CRÔNICA: LARANJA.

Motivo para encaminhamento:

- Pacientes com dor abdominal crônica em abdômen superior, associado a perda de peso, esteatorréia, diabetes mellitus descompensada e histórico pessoal de pancreatite de repetição.
- Paciente com exame de imagem sugestivo de pancreatite crônica.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Investigar se existe alcoolismo associado e proceder às orientações para suspender ingestão alcoólica via CAPS-AD. Se antecedente de colelitíase, encaminhar para avaliação de colecistectomia. Controlar hipertrigliceridemia e suspender tabagismo, são fatores de risco.

Exames Complementares Necessários:

- *Glicemia de jejum e hemoglobina glicada;*
- *Cálcio total;*
- *Albumina;*
- *Fosfatase alcalina*
- *Gama GT;*
- *Bilirrubinas (total e frações);*
- *Triglicérides;*
- *Vitamina D;*
- *Magnésio;*
- *Ácido fólico*
- *Vitamina B12*
- *Gordura fecal ou coprológico funcional*
- *Exame de imagem que motivou o encaminhamento*



12 – DIARRÉIA CRÔNICA

Motivo para encaminhamento: pacientes com 3 ou mais evacuações ao dia, com fezes de consistência amolecida, por mais de 4 semanas.

Obrigatório: Anamnese, exame físico e aspecto das fezes, cor das fezes, presença de sangue ou muco, frequência evacuatória, perda de peso;

Tratamentos empíricos: teste de restrição de lactose e derivados, tratar parasitoses.

Observação:

Principais causas: Hipertireoidismo, Parasitose, HIV, Intolerância a lactose, Doença celíaca, Supercrescimento bacteriano, Síndrome do intestino irritável, Doença inflamatória intestinal, pancreatite crônica – Insuficiência exócrina pancreática, Síndrome de má absorção de sais biliares, Síndrome disabsortiva, Doença oportunista, Doença do enxerto x hospedeiro, Desordem da motilidade intestinal secundário a DM, Intolerância alimentar

Doença inflamatória intestinal deve ser encaminhado a coloproctologia

Exames Complementares Necessários: hemograma, ferro, ferritina, glicemia ou hemoglobina glicada, TSH, anti-HIV (ou teste rápido para HIV), parasitológico de fezes, coprocultura, pesquisa de sangue oculto, coprológico funcional, proteína C reativa



13- IMAGENS HEPÁTICAS BENIGNAS (HEMANGIOMA, HIPERPLASIA NODULAR FOCAL, ADENOMA e CISTO): LARANJA

Motivo para encaminhamento: Todos os casos diagnosticados por imagem, quando houver dúvida quanto ao acompanhamento.

Conteúdo descritivo mínimo no encaminhamento para lesões hepáticas benignas:

- Sinais e sintomas (descrever sintomas de dor, icterícia, perda de peso, sintomas constitucionais e compressivos)
- Diagnóstico prévio de cirrose ou outra hepatopatia
- História prévia de neoplasia extra-hepática

Lesões hepáticas benignas

1. Lesões Císticas do Fígado:

- O diagnóstico de cisto hepático pode ser feito por exame ultrassonográfico
- Cisto simples e assintomáticos não necessitam de acompanhamento periódico

Encaminhar para cirurgia geral:

- Cisto em crescimento ou > 10 cm, dor abdominal recorrente e sintomas compressivos
- Cistos múltiplos ou fígado policístico com sintomas comprometendo órgãos adjacentes
- Cisto complexo confirmado por TC ou RNM com contraste

2. Hemangiomas Hepáticos

- O achado de nódulo(s) hepático(s) compatível com hemangioma ao ultrassom deve ser confirmado por exame de imagem contrastada: TC ou RM com contraste - encaminhar ao gastroenterologista.



- Também encaminhar ao gastroenterologista hemangiomas > 5 cm para acompanhamento semestral ou anual com ultrassonografia
- Após confirmação diagnóstica não existe necessidade de acompanhamento sistemático para nódulos <5 cm e assintomáticos. Pacientes com hemangioma devem ser esclarecidos sobre o caráter benigno do tumor, que muito raramente pode aumentar de tamanho ou apresentar complicações, porém sem evolução para malignidade
- Na presença de raras complicações como ruptura espontânea ou pós-traumática ou com coagulopatia de consumo, a intervenção cirúrgica torna-se necessária, encaminhar ao pronto socorro
- O uso de anticoncepcionais orais (ACO) ou outras terapias hormonais não está contraindicado em pacientes com hemangiomas

Encaminhar para cirurgia geral:

- Hemangioma que apresenta crescimento, dor abdominal recorrente e sintomas compressivos

3. Adenoma Hepatocelular

- Em suspeita de adenoma hepatocelular, o exame indicado para confirmação diagnóstica é a Ressonância Magnética com contraste, que pode também definir o subtipo – encaminhar ao gastroenterologista
- Todos os casos suspeitos ou confirmados e que não preenchem os critérios de encaminhamento para cirurgia geral abaixo – encaminhar ao gastroenterologista
- Todos os casos em que não foi indicado intervenção cirúrgica após avaliação da cirurgia geral – encaminhar ao gastroenterologista
- Se o paciente estiver em uso de anticoncepcional ou esteróides anabolizantes, os mesmos devem ser suspensos. Mulheres em idade fértil devem passar por avaliação ginecológica para indicar outro método contraceptivo e mulheres realizando reposição hormonal devem retornar ao ginecologista para discutir opções terapêuticas



Encaminhar para cirurgia geral:

- Mulheres em idade fértil com lesões ≥ 5 cm ou ainda no sexo masculino, independente do tamanho da lesão;
- A gestação pode aumentar o tamanho do adenoma, deve-se propor ressecção cirúrgica para mulheres com nódulos grandes (mesmo < 5 cm) que queiram engravidar
- Adenoma que apresenta crescimento, dor abdominal recorrente e sintomas compressivos

4. Hiperplasia Nodular Focal

- O diagnóstico de hiperplasia nodular focal sugerido pela ultrassonografia deve ser confirmado por exame dinâmico de TC ou RM com contraste – encaminhar ao gastroenterologista
- Confirmado o diagnóstico de hiperplasia nodular focal, a conduta é conservadora, sem tratamento específico;

Encaminhar para cirurgia geral:

- Hiperplasia nodular focal que apresenta crescimento, dor abdominal recorrente e sintomas compressivos

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames Complementares Necessários: *Ultra-som abdominal ou outro exame que gerou encaminhamento, hemograma, TGO, TGP, fosfatase alcalina, gama GT, bilirrubina, alfafeto proteína, TP, TTPA*



14- ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA:

LARANJA: Se apresentar sintomas de trato gastrointestinal (descartar urgência/emergência médica, quando deverá ser referenciado ao Pronto Socorro).

Motivo para encaminhamento: pacientes pós-cirurgia bariátrica, sem possibilidades de retorno ao serviço que realizou a cirurgia, com sintomas de trato gastrointestinal (excluídos sintomas que configurem urgência/emergência) e reganho de peso inexplicado. Não encaminhar assintomáticos para acompanhamento.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante:

Somente pacientes que perderam acompanhamento/seguimento no Serviço onde fez cirurgia e sintomáticos (refluxo, dispepsia, vômitos, perda de peso inexplicada, disfagia, estenose) e reganho de peso inexplicado – encaminhar ao gastroenterologista para investigação

Pacientes em pós-cirúrgico tardio sem complicações devem, ser acompanhados na atenção básica.

Observação: Paciente assintomático não requer acompanhamento especializado. Não há protocolo de seguimento endoscópico de rotina em pós operatório tardio. Realizar exames laboratoriais e realizar suplementações individualizadas em centro de saúde.

Exames complementares necessários: a depender dos sintomas (*seguir orientações dos demais itens*).



15- DOR ABDOMINAL RECORRENTE SEM SINAIS DE ALERTA: VERDE.

Se houver sinais de alerta: Vermelho (ver ANEXO).

Motivo para encaminhamento: Pacientes com história consistente de dor abdominal recorrente após abordagem efetiva pelo médico da UBS e excluídas as causas mais comuns (parasitose – tratar empiricamente, colelitíase, constipação intestinal por erro alimentar, intolerância à lactose, endometriose, uso recorrente de antiinflamatórios, doença diverticular dos cólons) *.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: ver no ANEXO diagnósticos diferenciais.

Importante:

- Informar sinais e sintomas associados que indiquem prioridade/sinais de alerta, tais como: emagrecimento, inapetência e presença de massa abdominal palpável (ver no ANEXO)
- Pacientes com quadro de oclusão, sub-oclusão intestinal, enterorragia ou melena deverão ser direcionados ao Serviço de Urgência e Emergência de referência.

Exames complementares necessários: *hemograma, TGO, TGP, Fosfatase alcalina, Gama GT, amilase, lipase, pesquisa de sangue oculto nas fezes (para maiores de 40 anos), proteína C reativa, protoparasitológico, ultrassom de abdome total.*



16- ESTEATOSE HEPÁTICA (DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO): VERDE.

Deve-se suspeitar de esteatose hepática em pacientes com os seguintes fatores de risco:

- Uso abusivo de álcool mesmo que apenas aos finais de semana
- Paciente com doenças próprias do fígado (hepatites B e C, da deficiência de alfa1 antitripsina, doença de Wilson, hemocromatose, hepatite autoimune, doenças colestáticas e, principalmente, da doença hepática alcoólica)
- Pacientes com doenças metabólicas (hipotireoidismo não controlado, dislipidemia, diabetes não controlada, obesidade, síndrome metabólica, síndrome do ovário policístico, hipertensão arterial não controlada)
- Pacientes que tenham sido submetidos a cirurgias que cursam com perda de peso rápido (intervenções a nível da vesícula biliar, pâncreas, ressecções do intestino delgado, bypass jejuno-ileal, gastroplastia em obesos mórbidos).
- Paciente que usam determinados fármacos (Glicocorticóides, Amiodarona, Metotrexato, Tetraciclina, Tamoxifeno, Cloroquina).
- Pessoas sedentárias

Motivo para encaminhamento: Encaminhar apenas pacientes que se enquadrem nas seguintes condições:

- Esteatose hepática e persistência de elevação de aminotransferases (TGP/ALT e TGO/AST) por 6 meses ($> 1,5x$ o limite superior da normalidade), mesmo após tratamento conservador como: perda de peso (7-10% do peso), ajuste alimentar, atividade física e ausência total de consumo de álcool e chás.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

**Importante:**

- É o médico da UBS quem deve fazer o acompanhamento do paciente com esteatose hepática, afastando de imediato o(s) fator(es) causador(es) de tal alteração (álcool, hepatites virais, hipotireoidismo descompensado, síndrome metabólica, etc) e controlando a patologia de base (hipertensão, obesidade, diabetes, dislipidemia, distúrbio da tireóide, sedentarismo, etc)
- Deverá orientar perda de peso gradual (7-10% do peso total) com dieta hipocalórica e atividades físicas. Encaminhar à Nutricionista.
- Deixar claro no encaminhamento as comorbidades: obesidade, síndrome metabólica, diabetes, dislipidemia, uso de fármacos, etc.
- Nunca usar silimarina
- Suspende uso de chás, suplementos e anabolizantes

Observações: ver no ANEXO fatores de risco para esteatose hepática.

Exames Complementares Necessários:

TGO/AST; TGP/ALT; Fosfatase alcalina; Gama GT; Ferritina; Proteína C reativa; Hemoglobina glicada ou glicemia de jejum; Colesterol Total e Frações; Bilirrubina total e frações; Albumina; Triglicérideo; Hemograma; Sorologia hepatite B e C; USG de abdome total



ANEXO

ORIENTAÇÕES PARA DOENÇA DO REFLUXO

O TRATAMENTO É COMPOSTO POR: MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS, ALIMENTARES E MEDICAMENTOS (SE NECESSÁRIO)

1. Medicamentos:

- Quando necessário: usar IBP (ex. omeprazol) sempre em jejum e permanecer em jejum (inclusive de outros remédios) 30-40 minutos após a medicação. Se sintomas noturnos, prescrever IBP de 12/12 hs

2. Mudanças alimentares:

- Evitar alimentos que pioram azia/queimação. Os mais comuns: café, banana, fritura, massa de tomate, bebidas com gás, arroz, chocolate, pimenta. Ou qualquer outro alimento que piora azia/queimação.

3. Mudanças comportamentais:

- Parar de fumar (cigarro piora os sintomas de refluxo),
- Perder peso (principalmente barriga),
- Praticar atividade física regularmente,
- Comer devagar para evitar deglutição de ar,
- Refeições fracionadas (comer várias vezes ao dia, em pequenas porções),
- Evitar beber líquidos durante as refeições, principalmente bebidas com gás como água com gás, cerveja e refrigerante (ingerir líquidos até 1 hora antes das refeições),
- DEITAR (cama, sófa, etc) ou DORMIR apenas 2-3 horas após se alimentar ,
- Elevar cabeceira da cama com calço/ tijolo ou dormir com mais travesseiros,
- Se dormir de lado, preferir o lado esquerdo
- NUNCA ingerir grande quantidade de líquidos antes de dormir, se tiver sede ingerir pouca quantidade e líquido



SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL (SII):

CrITÉRIOS de ROMA-IV para diagnóstico da sii *

CrITÉRIOS obrigatórios:

1. Ausência de sinais de alarme
2. Dor abdominal recorrente, pelo menos, 1x por semana nos últimos 3 meses, com início dos sintomas, pelo menos, 6 meses antes do diagnóstico

Associado a 2 ou mais dos seguintes critérios:

1. Dor relacionada à evacuação.
2. Mudança na frequência de evacuação
3. Mudança no aspecto das fezes



SINAIS DE ALERTA PARA SINTOMAS GASTROINTESTINAIS

Sinais clínicos de alarme em portadores de sintomas gastrointestinais (RED FLAGS)

1. Hemorragia Gastrointestinal

- Vômitos com sangue (hematêmese)
- Fezes escuras (melena) ou sangue vivo nas fezes (hematoquezia)

2. Perda de Peso Involuntária

- Perda de mais de 5-10% do peso corporal em menos de 6 meses sem explicação

3. Anemia ferropriva

- Fadiga extrema, palidez, tonturas (pode indicar sangramento oculto ou deficiência nutricional)

4. Disfagia ou Odinofagia

- Dificuldade para engolir ou dor ao engolir ou impactação alimentar

5. Vômitos Persistentes

- Especialmente se acompanhados por desidratação ou perda de peso

6. Dor Abdominal Severa ou Progressiva

- Especialmente se irradiada para costas ou acompanhada de febre

7. Alteração do Padrão Intestinal

- Diarreia crônica ou obstipação prolongada sem causa aparente
- Diarreia noturna ou acompanhada de sangue

8. Massa Abdominal ou Linfonodos Aumentados

- Sensação de inchaço anormal ou nódulos palpáveis

9. Icterícia (Pele ou Olhos Amarelados)

- Pode indicar doença hepática ou obstrução biliar ou neoplasia

10. Histórico Familiar de 1º grau (pai, mãe, irmãos ou filhos) de Câncer Gastrointestinal

- Indica necessidade de rastreamento precoce



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rede Nacional de Câncer Familiar: manual operacional. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Cancer_Familiar_fim.pdf. Acesso em: ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: v. 2. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 371 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada. Proctologia. 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 07, 2016. 20 p. DANI, R.; PASSOS, M. C. F. Gastreenterologia essencial. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 4025 p.

DUNCAN, B. B. et al. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1600 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. Secretaria Municipal de Saúde. Central Municipal de Regulação. Diretrizes para o manejo clínico de pessoas com doenças gastrointestinais. 1. ed. São Bernardo do Campo, v. 01, 2014. 18 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de saúde. Protocolo de gastroenterologia. Agosto 2023, revisão Novembro 2023.

Barchi LC, Ramos MFKP, Dias AR, Andreollo NA, Weston AC, Lourenço LG, Malheiros CA, Kassab P, Zilberstein B. II Consenso Brasileiro de Câncer Gástrico Realizado pela Associação Brasileira de Câncer Gástrico. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2020;33(2):e1514. DOI: /10.1590/0102-672020190001e1514

US MULTI-SOCIETY TASK FORCE – SURVEILLANCE: https://www.asge.org/docs/default-source/guidelines/recommendations-for-follow-up-after-colonoscopy-and-polypectomy-a-consensus-update-by-the-us-multi-society-task-force-on-colorectal-cancer-2020-march-gie.pdf?sfvrsn=2b0f8952_2 – Acessado dia 20/03/2025

US MULTI-SOCIETY TASK FORCE – SCREENING: https://www.asge.org/docs/default-source/education/practice_guidelines/piis0016510717318059.pdf?sfvrsn=e7e83550_0 – Acessado dia 20/03/2025

ACG: https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2021/03000/ACG_Clinical_Guidelines_Colorectal_Cancer.14.aspx – Acessado dia 20/03/2025

ANDRADE, Vera Lúcia Ângelo. Doenças funcionais na Gastroenterologia. 1ª edição. Rio de Janeiro: Rubio, 2025.

ANDRADE, Vera Lúcia Ângelo. Gastroenterologia no dia a dia. 1ª edição. Rio de Janeiro: Rubio, 2024.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

09

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO NEFROLOGIA

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	Página
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	5
1 DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)	6
2 GLOMERULONEFRITE	7
3 SÍNDROMES NEFRÓTICAS	8
4 PROTEINÚRIAS NÃO-NEFRÓTICAS	9
5 HEMATÚRIAS:	10
6 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	11
7 INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO DE REPETIÇÃO	12
8 CALCULOSE RENAL	13
9 CISTOS RENAI	14
10 DOENÇA RENAL POLICÍSTICA DO ADULTO	15
11 DIABETES MELLITUS COM ALTERAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL	16
12 RIM ÚNICO	17
ANEXO	18 a 20
REFERÊNCIAS	21



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

- Encaminhar pacientes com idade igual ou maior que 12 anos.
- Comunicar claramente ao paciente o motivo pelo qual está sendo encaminhado à especialidade.
- O paciente encaminhado à especialidade Nefrologia deverá ter assegurado acompanhamento regular na UBS de origem, enquanto aguarda a primeira consulta e os exames solicitados pela especialidade.
- Paciente já em seguimento com a Nefrologia, que apresente descompensação clínica: deverá ser providenciado na UBS um retorno mais precoce com a especialidade.

Obrigatório a todos os encaminhamentos:

Todos os encaminhamentos deverá conter:

- História Clínica sucinta.
- Dados relevantes do exame físico: Informar medida da pressão arterial.
- Informações de comorbidades.
- Informações sobre tratamentos já realizados.
- Informações sobre resultados dos exames complementares solicitados por este protocolo e outros relevantes, se os tiver (ou anexar cópias dos mesmos).
- Hipótese diagnóstica e CID.



EXCLUSÕES

- Crianças até 11 anos e 11 meses:

Direcionar o encaminhamento à Nefrologia Infantil (UNICAMP), enviando à Regulação Externa (solicitar os mesmos exames complementares especificados neste protocolo).

- Pacientes clinicamente descompensados:

Direcionar ao Serviço de Urgência / Emergência de Referência.

- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) controlada (estágios 1 ou 2), sem alteração da função renal: Estes pacientes deverão manter seguimento na Atenção Básica. - Insuficiência Renal Aguda (IRA):

Direcionar casos com esta suspeita ao Serviço de Urgência / Emergência de Referência.

- Síndromes Nefríticas Agudas (instalação súbita de edema, hipertensão arterial, hematúria, oligúria e proteinúria sub-nefrótica):

Direcionar casos com esta suspeita ao Serviço de Urgência/Emergência de Referência. Após compensação do quadro agudo, direcionar à especialidade Nefrologia para seguimento.

- Síndromes Nefróticas Agudas (ou descompensações de quadros instalados):

Direcionar casos com esta suspeita ao Serviço de Urgência/ Emergência de Referência. Após compensação do quadro, direcionar seguimento à especialidade Nefrologia (ver item 3).

- Transplantados renais:

Devem fazer seguimento em serviço de nível terciário e na UBS para coordenação de cuidados.

- Cálculos renais com sinais de obstrução:

Encaminhar à especialidade Urologia.

- Crise Aguda de Cólica Renal:

Direcionar ao Serviço de Urgência / Emergência de Referência.

- Episódio agudo de Infecção de Trato Urinário:

Proporcionar ao paciente tratamento adequado do episódio agudo na Atenção Básica ou Serviço de Urgência/ Emergência, de acordo com o quadro clínico.

- Cálculo urinário único, menor que 01 cm e assintomático:

Manter acompanhamento na Atenção Básica, com acompanhamento ultrassonográfico anual.



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Nefrologia. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



1. Doença Renal Crônica (DRC):

VERMELHA: Estágios 4 e 5

LARANJA: Estágios 3a e 3b

VERDE: Estágios 1 e 2

Motivos para encaminhamento: - Pacientes que apresentem diminuição da função renal, persistente por período igual ou superior a 03 meses. A Taxa de Filtração Glomerular (TFG) é a melhor medida para avaliar a função renal em indivíduos normais ou pacientes com doença renal e deve ser obtida pela equação de **MDRD Simplificada (ANEXO)**.

- Pacientes com sinais de lesão do parênquima renal, persistentes por período igual ou superior a 03 meses, evidenciados por exames de imagem ou exames laboratoriais (proteinúria, albuminúria ou hematúria de origem glomerular persistentes: Sinais indiretos de lesão do parênquima renal).
- Pacientes com Creatinina Sérica igual ou maior que 1,5 mg/dl.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares necessários: Urina 1, creatinina sérica, hemograma completo, sódio, potássio, ultrassom de rins e vias urinárias.

Observações:

- Ver “Estadiamento e classificação da doença renal crônica” no ANEXO;
- Ver “Equação de **MDRD Simplificada**” no ANEXO;
- Ver “Fatores de risco para desenvolvimento de IRC” no ANEXO



2. Glomerulonefrite:

VERMELHA

Motivo para encaminhamento: - Pacientes com histórico recente de Síndrome Nefrítica Aguda (glomerulonefrite), para seguimento pós-alta.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Anexar relatório de alta hospitalar ao encaminhamento.

Exames complementares necessários: Urina 1, creatinina sérica, hemograma completo, sódio, potássio, ultrassom de rins e vias urinárias, proteinúria 24h (solicitar este exame ao encaminhar, se não disponível na alta hospitalar)



3. Síndromes Nefróticas:

VERMELHA

Motivo para encaminhamento: - Pacientes que apresentaram quadro de edema, proteinúria maciça (acima de 50 mg/kg de peso em 24 horas), hipoproteinemia e hipercolesterolemia, para seguimento, após compensação do quadro em ambiente hospitalar.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Anexar relatório de alta hospitalar ao encaminhamento.

Exames complementares necessários: Urina 1, creatinina sérica, hemograma completo, sódio, potássio, ultrassom de rins e vias urinárias, proteinúria 24h, Albumina sérica + Lipidograma (os exames devem ser solicitados junto com o encaminhamento se não disponível na alta hospitalar)



4. Proteinúrias não-nefróticas:

classificação de risco de acordo com função renal (item 1 deste protocolo, TFG pela equação MDRD Simplificada)

Motivo para encaminhamento: Pacientes com proteinúria persistente (> 300mg/ 24 horas) Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares necessários: Urina 1, creatinina sérica, hemograma completo, sódio, potássio, ultrassom de rins e vias urinárias, Proteinúria 24h

Importante: Para solicitar o exame de proteinúria de 24h, o paciente deve ter 02 exames de urina 1 positivos para proteínas e excluídas causas secundárias (vide anexo). O Exame de microalbuminúria deve ser rotina para pacientes com fatores de risco cardiovascular (HAS/DM).



5. Hematúrias:

VERDE: Sem déficit de função renal

VERMELHA: Com déficit de função renal

Motivo para encaminhamento: Pacientes com hematúria persistente, associada à presença de dismorfismo eritrocitário, cilindros hemáticos e/ou proteinúria.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Antes de encaminhar à Especialidade, o médico da UBS deverá investigar ITU e leucorreia (tratar, se houver indicação).

Após tratamento eficaz, repetir exame de urina 1, a fim de verificar persistência da hematúria. Se persistir hematúria, proceder à pesquisa de dismorfismo eritrocitário. Dismorfismo eritrocitário negativo - o paciente deverá ser encaminhado para Ginecologia ou Urologia a depender dos sinais/sintomas.

Exames complementares necessários: Urina 1, creatinina sérica, hemograma completo, sódio, potássio, ultrassom de rins e vias urinárias,



6. Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS):

LARANJA

Motivo para encaminhamento: Pacientes com Hipertensão Arterial de resistente: acompanhados na UBS, em uso de três ou mais drogas diferentes (em dose plena, sendo um diurético), e que mantenham Hipertensão Arterial Sistêmica nos estágios 2 ou 3 *, sem controle clínico. Pacientes com Hipertensão arterial sistêmica com início em maiores de 60, com alteração na Taxa de Filtração Glomerular (TFG) ou sinais de alteração no parênquima renal (exame de imagem ou proteinúria, microalbuminúria, hematuria glomerular). Todos os pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica iniciada antes dos 35 anos.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares necessários: Urina 1, creatinina sérica, hemograma completo, sódio, potássio, ultrassom de rins e vias urinárias, microalbuminúria isolada.

Importante: O acompanhamento concomitante pelo médico assistente do paciente na UBS não deverá ser descontinuado, em qualquer estágio. O acompanhamento do paciente no estágio 1 (ver ANEXO), sem complicações em órgão-alvo e sem comorbidades deve ser feito pelo médico assistente do paciente na UBS.



7. Infecções do Trato Urinário de Repetição:

LARANJA

Motivo para encaminhamento: Pacientes com histórico de infecções urinárias de repetição (3 ou mais em um ano), após exclusão de causas anatômicas (urológicas ou ginecológicas).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Pacientes com ITU secundária a causa anatômica devem ser encaminhados ao Urologista.

Exames Complementares: Urina 1, creatinina sérica, hemograma completo, sódio, potássio, ultrassom de rins e vias urinárias



8. Calculose Renal:

VERDE

Motivo para encaminhamento: Pacientes com histórico de litíase renal de repetição para investigação de causas metabólicas (dois episódios ou mais).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Encaminhar à Urologia pacientes com episódio único de litíase renal e todos os casos com sinais obstrutivos. Pacientes com cálculo renal único, menor que 1 cm e assintomáticos: manter acompanhamento na Atenção Básica.

Exames Complementares Necessários: Urina 1, creatinina sérica, hemograma completo, sódio, potássio, ultrassom de rins e vias urinárias



9. Cistos renais:

Motivo para encaminhamento/ classificação:

Complexos(Bosniak 3 ou maior): Vermelho

Simples(Bosniak 2): Verde

Simples(Bosniak 1): Não encaminhar

Observação: - Cistos renais pequenos (menores que 02 cm) com ocorrência menor que 02 por rim: manter seguimento anual com ultrassonografia na Atenção Básica. - Suspeita de doença policística renal deverá ser encaminhada.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames Complementares Necessários: Urina 1, creatinina sérica, hemograma completo, sódio, potássio, ultrassom de rins e vias urinárias



10. Doença Renal Policística do Adulto:

VERDE

Motivo para encaminhamento: Pacientes que apresentem múltiplos cistos aos exames de imagem, como segue:

- ✓ Indivíduos até 30 anos incompletos: total de 03 ou mais cistos renais, uni ou bilateralmente.
- ✓ Indivíduos entre 30 e 60 anos: número maior que 02 cistos por rim, uni ou bilateralmente.
- ✓ Indivíduos a partir de 60 anos: número maior que 04 cistos por rim, uni ou bilateralmente.

Observação: Devem ser encaminhados pacientes com as alterações de imagem acima, mesmo que assintomáticos ou sem evidência de alteração na Taxa de Filtração Glomerular (TGF).

Importante: A unidade básica de origem (UBS/USF) deverá proceder à investigação com ultrassom de rins e vias urinárias em todos os parentes de primeiro grau de pacientes com diagnóstico de Doença Renal Policística do Adulto.

Exames Complementares Necessários: Urina 1, creatinina sérica, hemograma completo, sódio, potássio, ultrassom de rins e vias urinárias.



11. Diabetes Mellitus com nefropatia associada:

Classificar de acordo com o item 1 (determinar TFG - Taxa de Filtração Glomerular pela equação MDRD Simplificada).

Motivo para encaminhamento: - Pacientes com diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2, com evidência de comprometimento renal (microalbuminúria/proteinúria ou alteração da Taxa de Filtração Glomerular).

Importante: - Pacientes com diabetes mellitus tipos 1 e 2 encontram-se no grupo de alto risco para desenvolvimento de Doença Renal Crônica. - O acompanhamento do paciente na Atenção Básica deve ter como objetivo a manutenção da Hemoglobina glicada em níveis ideais (ver protocolo de Endocrinologia) e a Hipertensão Arterial sob controle, pois tal controle promove o adiamento da evolução do acometimento renal da doença.

Exames Complementares Necessários: Urina 1, creatinina sérica, hemograma completo, sódio, potássio, ultrassom de rins e vias urinárias, microalbuminúria isolada.



12. Rim único em qualquer paciente:

Função renal preservada AZUL Função renal alterada: Classificar de acordo com o item 1 (determinar TFG - Taxa de Filtração Glomerular - pela equação MDRD Simplificada).

Motivo para encaminhamento: Encaminhar todos os pacientes com rim único, mesmo que apresentem função renal preservada.

Importante:

- Pacientes nefrectomizados (doadores renais, trauma) com função renal preservada devem manter o seguimento na UBS.
- Pacientes com rim único congênito ou por doença renal, deverão ser encaminhados para o nefrologista.

Exames Complementares Necessários: Urina 1, creatinina sérica, hemograma completo, sódio, potássio, ultrassom de rins e vias urinárias.



ANEXO

DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

Estadiamento e classificação da doença renal crônica

Estágio	Filtração Glomerular (ml/min/1,73 m ²)
1	≥ 90
2	60 – 89
3a	45 – 59
3b	30 – 44
4	15 – 29
5	< 15

Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica

DRC no Sistema Único de Saúde/ 2014

Equação de MDRD Simplificada

Idealmente, a Taxa Filtração Glomerular (TFG) pode ser determinada pela depuração de insulina ou de materiais radioisotópicos (ex. DTPA). Na prática clínica, as mais recentes diretrizes preconizam o uso de fórmulas que associam a dosagem sérica de creatinina (CrS) a variáveis demográficas (idade, sexo, raça e tamanho corporal). Tais fórmulas apresentam excelente correlação com a determinação da TFG pelo DTPA e devem ser usadas pelo médico assistente do paciente na UBS no acompanhamento do paciente com risco para DRC. Abaixo, encontra-se a fórmula amplamente testada do estudo Modification of Diet in Renal Disease (MDRD), disponível também em aplicativos para computadores manuais e em páginas da internet da Sociedade Brasileira de Nefrologia:



MDRD Simplificada

$$TFG = 175 \times (CrS-1,154) \times (idade - 0,203) \times A \times B$$

Onde:

Valor de **A** = 1,21 (Negro); 1,0 (Não-negro)

Valor de **B** = 0,742 (Mulher); 1,0 (Homem)

TGF (Taxa de Filtração Glomerular); **CrS** (Creatinina sérica)

Fatores de risco para desenvolvimento de IRC

O médico assistente do paciente na unidade de origem (UBS ou USF) deve estar atento à detecção precoce da doença renal, pois condutas terapêuticas apropriadas podem retardar a progressão da DRC. Nos indivíduos de risco nos quais a DRC não foi identificada na primeira avaliação, recomenda-se a reavaliação da TFG e do Urina 1 anualmente (devem ser monitorados na unidade de origem).

São grupos de risco para DRC

- Hipertensos
- Diabéticos
- Idosos (maiores que 60 anos)
- Pacientes com Doença Cardiovascular
- Familiares de pacientes com DRC
- Uso de medicamentos nefrotóxicos
- Tabagismo
- Portadores de obesidade (IMC > ou = 30 Kg/m²)
- Idosos (maiores que 60 anos)
- Pacientes com Doença Cardiovascular
- Familiares de pacientes com DRC
- Uso de medicamentos nefrotóxicos



PROTEINÚRIAS NÃO NEFRÓTICAS

A proteinúria persistente é um importante marcador de lesão renal e deve ser monitorada pelo médico da assistência básica em pacientes com risco para desenvolver Doença Renal Crônica (DRC). Em pacientes que apresentem primeiro exame evidenciando proteinúria, é necessário descartar algumas situações fisiológicas ou outras patologias não renais que levam à excreção urinária de proteína: exercício físico intenso, febre, infecção, insuficiência cardíaca, piúria, hematúria, glicemia muito alta e aumento da pressão arterial. Em pacientes com proteinúria persistente, é fundamental determinar a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), para avaliar o grau de comprometimento da função renal.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

Classificação diagnóstica da Hipertensão Arterial (> 18 anos)

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderada)	160-179	100-109
Estágio 3 (grave)	>ou = 180	> ou = 110
Sistólica	> 140	<90

O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.



REFERÊNCIAS

BARROS, E. et al. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006. 620 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.320, de 25 de novembro de 2013. Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da síndrome nefrótica primária em adultos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde, Brasília, 2014. 37p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: Urologia e Endocrinologia. 1ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, 2016. 26p.

COUSER, W. G. Patogênese e tratamento da glomerulonefrite - uma atualização. Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo, v. 38, n. 01, p. 107- 122, 2016.

HORTOLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. Linha de Cuidado da Hipertensão, 2014.

OLIVEIRA, J. E. P; VENANCIO, S. (Org.). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015- 2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. 337 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, 2010. 51p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo, v. 101, n. 6, supl. 02, 2013. 78p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. MANU: Manual de Urologia. São Paulo: Editora PlanMark, 2010. 242 p.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

10

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO NEUROLOGIA ADULTO

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	Página
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	5
1 SÍNDROMES VESTIBULARES COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS ASSOCIADAS	6
2 ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT)	7
3 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	8
4 EPILEPSIA, CONVULSÃO	9
5 DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO	10
6 DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO	11
7 DOENÇAS NEUROMUSCULARES	12
8 ESCLEROSE MÚLTIPLA	13
9 ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA	14
10 NEUROPATIAS PERIFÉRICAS	15
11 SÍNDROMES DEMENCIAIS	16
12 CEFALÉIAS	17
ANEXO	18 a 20
REFERÊNCIAS	21



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encaminhar pacientes a partir dos 14 anos completos (menores que 14 encaminhar para neuro-pediatria).

Encaminhar pacientes com queixas frequentes e persistentes e/ ou que não melhoram após tratamento inicial, constando História Clínica sucinta, com queixa, localização, irradiação, duração, evolução.

Enviar relatório(s) de internações, bem como todos os exames pertinentes à patologia. Se necessário acionar Serviço Social.

Pacientes que eram acompanhados por Neurologista de outro município é recomendável trazer para a primeira consulta relatório do médico assistente anterior, exames já executados e cópia do prontuário do Serviço de origem. Se necessário, acionar o Serviço Social.

Obrigatório a todos os encaminhamentos:

- Relatar dados relevantes da História Clínica, exame físico e exames complementares.
- Informar comorbidades.
- Se o paciente for hipertenso, encaminhar as últimas 2 medidas em dias diferentes.
- Informar tratamentos já utilizados e/ou vigentes.



EXCLUSÕES

- Manifestações psicossomáticas de síndromes depressivas ou de ansiedade, insônia e transtornos do espectro autista, após investigação de possíveis causas orgânicas pela Atenção Básica: encaminhar à Saúde Mental.
- Lombalgia, cervicalgia, síndromes radiculares compressivas e trauma raquimedular: encaminhar ao ambulatório de Ortopedia (ver Protocolo de Acesso).
- Síndrome do Túnel do Carpo: encaminhar à Ortopedia casos com necessidade de avaliação para indicação de tratamento cirúrgico.
- Síndromes vertiginosas sem alterações neurológicas associadas: encaminhar à Otorrinolaringologia.
- Síndrome de Guillain Barré e encefalites/meningites/polineuropatias agudas: encaminhar casos agudos ao serviço de urgência/emergência de referência, para internação. Após alta, encaminhar ao Ambulatório de Neurologia do Centro de Especialidades Médicas.
- Pacientes com cefaléia importante pós-traumatismo craniano (período menor que duas semanas): direcionar ao Serviço de urgência/emergência de referência se for necessário.



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Neurologia. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



1- SÍNDROMES VESTIBULARES COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS ASSOCIADAS: VERMELHA.

Quando encaminhar: História persistente de vertigem, associada a alterações neurológicas (ataxia, disartria, diplopia, alterações sensitivas, motoras ou de pares cranianos, nistagno inesgotável, oftalmoparesia).

Obrigatório: História clínica, descrição do exame físico, comorbidades e medicamentos em uso.

Observação: Pacientes com história de vertigem, sem alterações neurológicas, devem ser encaminhados à especialidade Otorrinolaringologia (ver protocolo específico).

Exames complementares necessários: *não há necessidade.*



2- ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT): VERMELHA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com histórico único ou recorrente de instalação súbita de déficit neurológico, com resolução espontânea do déficit em menos de 24 horas (geralmente com duração menor que 1 hora) e excluídas causas não neurológicas.

Obrigatório: História clínica, descrição do exame físico, comorbidades e medicamentos em uso.

Observações:

- Em pacientes com quadro clínico sugestivo de AIT, é fundamental avaliar a necessidade de direcionamento ao Serviço de Urgência de referência.
- Avaliar na Atenção Básica a necessidade de fazer os direcionamentos necessários a outras especialidades envolvidas: Cardiologia, Cirurgia Vascular (vide protocolos específicos).
- Se comorbidades, encaminhar exames pertinentes. (Não obrigatórios. Ver no ANEXO exames sugeridos para investigação na Atenção Básica).

Exames complementares necessários: *não há necessidade.*



3- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC):

VERMELHA: ocorridos há menos de 4 meses.

LARANJA: ocorridos entre 4 meses e 1 ano.

VERDE: ocorridos há mais de um ano (sequela).

Motivos para encaminhamento: Pacientes com histórico recente (menos de 1 ano) de AVC. Pacientes com sequela de AVC, ocorridos há mais de 1 ano: somente quando houver dúvida diagnóstica ou complicações (por exemplo: espasticidades e contraturas dolorosas, convulsões, disfagia).

Obrigatório: História clínica, descrição do exame físico, comorbidades e medicamentos em uso.,

Importante: Enviar relatório(s) de internações, bem como todos os exames pertinentes à patologia, se houver.

Observações:

- A reabilitação do paciente com AVC é de responsabilidade e coordenação da Atenção básica. Portanto, os encaminhamentos multidisciplinares devem ocorrer a partir do médico assistente da Atenção Básica e não do especialista.
- Ver no anexo: as principais complicações do AVC que necessitam de atendimento multiprofissional os principais aspectos de promoção do controle e reabilitação pós- AVC. os cuidados médicos pós-AVC devem objetivar a prevenção secundária e devem incluir o controle dos fatores de risco para novos eventos.

Exame complementar necessário: *CT de crânio ou outra neuroimagem já existente. Não há necessidade de solicitar novo exame. Não há prazo de validade para estes exames.*



4 - EPILEPSIA, CONVULSÃO:

Primeiro episódio de convulsão ou epilepsia não controlada: VERMELHA.

Pacientes controlados, com dúvidas diagnósticas ou terapêuticas: VERDE.

Motivos para encaminhamento:

- Pacientes com histórico consistente de convulsão (primeiro episódio);
- Pacientes com epilepsia não controlada.

Obrigatório: História clínica (informar frequência e características das crises), descrição do exame físico, comorbidades e medicamentos em uso.

Importante: Enviar relatórios e resultados de exames de outros serviços médicos que o paciente já fez acompanhamento.

Exames complementares necessários: *não há necessidade.*



5- DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO: LARANJA.

Motivos para encaminhamento:

- Pacientes com sinais de parkinsonismo, distonias, ataxia, coreia, balismo ou atetose. (tremor de repouso, rigidez, perda do reflexo postural, bradicinesia (ver sinais e sintomas no anexo))
- Pacientes com quadros de tremores persistentes, de repouso ou de ação.

Obrigatório: História clínica (informar frequência e características das crises), descrição do exame físico, comorbidades e medicamentos em uso.

Importante: Informar uso de medicações pelo paciente que podem apresentar tais alterações como efeito colateral (fenotiazinas, butirofenonas, metoclopramida, reserpina e tetrabenzaina, etc).

Exames complementares necessários: *não há necessidade. Se houver, enviar os exames já existentes, pertinentes à patologia.*



6 - PARALISIA FACIAL: VERMELHA.

Motivos para encaminhamento: Pacientes que apresentem alterações motoras no trajeto do nervo facial (desvio de rima labial, assimetria de sulcos e vincos de expressão, desigualdade nas dimensões dos orifícios faciais, dissimetrias evidentes nos movimentos faciais, hipotonia em hemiface).

Obrigatório: História clínica, descrição do exame físico, comorbidades e medicamentos em uso.

Observação: Casos atípicos(dor, outro déficit neurológico associado, etc) devem ser encaminhados ao serviço de urgência/emergência.

Exames complementares necessários: *não há necessidade. Enviar os exames que já tiver, pertinentes à patologia em questão, se houver.*



7- DOENÇAS NEUROMUSCULARES:

VERMELHA: sub-agudas e rapidamente progressiva(dias a menos de 3 meses).

LARANJA: doenças neuromusculares crônicas.

Motivos para encaminhamento: Pacientes que apresentem diminuição progressiva da força muscular, acarretando comprometimentos à locomoção, escrita, autocuidado, deglutição e, em casos mais graves, à respiração e sustentação da cabeça.

Obrigatório: História clínica, descrição do exame físico, comorbidades e medicamentos em uso.

Exame complementar necessário: TSH.



8- ESCLEROSE MÚLTIPLA: LARANJA.

Motivos para encaminhamento:

- Pacientes que apresentem sinais recorrentes de acometimento neurológico focal (parestesias, sintomas sensitivos), com piora aguda e recuperação após um período, permanecendo estável entre os surtos;
- Pacientes que apresentem deterioração neurológica gradual, com ou sem recorrências agudas sobrepostas.

Obrigatório: História clínica (informar frequência e características das crises), descrição do exame físico, comorbidades e medicamentos em uso.

Exames complementares necessários: *não há necessidade. Enviar os exames que já tiver, pertinentes à patologia em questão, se houver.*



9- ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: VERMELHA ou LARANJA (a depender da velocidade de progressão).

Motivos para encaminhamento: Pacientes que apresentem sinais progressivos de degeneração do neurônio motor: fraqueza e atrofia muscular, fasciculações e câibras musculares, espasticidade, disartria, disfagia, dispnéia.

Obrigatório: História clínica, descrição do exame físico, comorbidades e medicamentos em uso.

Importante: Excluir carcinoma de esôfago/laringe e quadros não neurológicos em pacientes com disartria e/ou disfagia.

Exames complementares necessários: *não há necessidade. Enviar os exames que já tiver, pertinentes à patologia em questão, se houver.*



10- NEUROPATIAS PERIFÉRICAS: VERDE.

Motivos para encaminhamento: Pacientes que apresentem alteração de sensibilidade (tátil, térmica, dolorosa) persistentes.

Obrigatório: História clínica, descrição do exame físico, comorbidades e medicamentos em uso.

Importante:

- Realizar na Atenção básica exame sensitivo-motor para Hansen. - o tratamento e seguimento também são de responsabilidade da atenção básica.
- Investigar na Atenção Básica etiologia da neuropatia (ver ANEXO).
- Tratar dor neuropática inicialmente na Atenção Básica (ver ANEXO).

Exame complementar necessário: hemoglobina glicada.



11- SÍNDROMES DEMENCIAIS:

VERMELHA: reversíveis de origem neurológica.

VERDE: Síndromes demenciais inespecíficas.

Motivos para encaminhamento: Pacientes que apresentem evidente declínio progressivo das funções cognitivas, afetando atividades ocupacionais e sociais. A alteração de memória deve apresentar-se associada a comprometimento de pelo menos um outro domínio cognitivo:

- Praxia (capacidade para realizar atividades motoras);
- Linguagem;
- Funções executivas;
- Gnosia (capacidade de reconhecer ou identificar objetos);

Obrigatório: História clínica, descrição do exame físico, comorbidades e medicamentos em uso.

Importante: Proceder à avaliação clínica inicial cuidadosa na Atenção Básica, para diagnóstico diferencial e direcionamentos às especialidades adequadas (ver anexo).

Observação:

- Demência reversível de origem neurológica: Exemplo: Hidrocefalia por pressão normal;
- Demências inespecíficas: Vascular, Alzheimer, Mista, etc.

Exames complementares necessários:

- Hemograma, creatinina, TSH.
- Para pacientes com síndrome demencial menores que 50 anos, acrescentar: VDRL(ou teste rápido para sífilis), teste rápido para HIV, teste de Mini-Mental (somente para pacientes com idade até 50 anos), evidenciando alteração menor ou igual que o ponto de corte ; ANEXO; Preencher cópia da página 2 e anexar ao encaminhamento, com carimbo e assinatura do profissional que aplicou.



12- CEFALÉIAS:

VERMELHA: associada a sinal localizatório.

VERMELHA: súbita ou crônica, persistente e com piora progressiva e/ou antecedente familiar para tumor cerebral ou neoplasias diversas.

VERDE: recorrente, sem sinal localizatório.

Motivos para encaminhamento:

- Paciente com cefaléia de início súbito, persistente e com piora progressiva
- Paciente com cefaléia crônica (persistente ou recidivante), cujo sintoma se repete mais que 4 vezes ao mês, ao longo de meses ou anos. Nestes casos, excluir previamente ao encaminhamento sinusopatias infecciosas e alérgicas, distúrbios de ATM e Hipertensão Arterial Sistêmica descontrolada;
- Pacientes com dores faciais (trajeto do nervo trigêmio), excluídas as causas dentárias (pulpites);
- Pacientes com cefaléia subaguda ou crônica com mudança de características, que apresentem sinais focais neurológicos. Nestes casos, avaliar indicação de direcionar ao serviço de urgência/emergência (se houver associação a sinais e sintomas de comprometimento sistêmico ou de hipertensão intracraniana);
- Cefaléias com instalação súbita e ininterrupta ou com convulsões associadas. Direcionar ao serviço de urgência/emergência quando houver indicação.
- Cefaléia associada a antecedente familiar para tumor cerebral ou neoplasias diversas.

Obrigatório: História clínica (descrever características, tempo de início, frequência e duração da cefaléia), descrição do exame físico, comorbidades HAS, DM, Dislipidemia e se estão compensados) e medicamentos em uso.

Importante: Pacientes com cefaléia pós-traumatismo craniano (período menor que duas semanas): direcionar ao Serviço de urgência/emergência de referência.

Atenção: pacientes com quadro clínico e radiológico de sinusite deverão ser adequadamente tratados e reavaliados antes do encaminhamento.

Exames complementares necessários: não há necessidade. Enviar os exames que já tiver, pertinentes à patologia em questão, se houver.



ANEXO

AIT: Exames complementares sugeridos para investigação de AIT/AVC na atenção Básica: hemograma, coagulograma, glicemia de jejum, colesterol (total e frações), triglicérides, creatinina, RX de tórax

AVC: as principais complicações do AVC que necessitam de atendimento multiprofissional são: disfagia, espasticidade, contratura, dor no ombro / subluxação do ombro, pneumonias aspirativas, úlceras de pressão, nutrição, higiene oral, depressão secundária.

OS PRINCIPAIS ASPECTOS DE PROMOÇÃO DO CONTROLE E REABILITAÇÃO PÓS-AVC SÃO: autocuidado, deglutição, comunicação, mobilidade segura, cognição, reintegração social.

Não há necessidade de encaminhar ao neurologista, para que este faça os direcionamentos necessários a outras especialidades (cardiologia, cirurgia vascular, ortopedia, pneumologia, nutrição, odontologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, assistência social). Quanto mais precoce o início do processo de reabilitação, melhores os resultados. Os cuidados médicos pós-AVC devem objetivar a prevenção secundária e devem incluir o controle dos fatores de risco para novos eventos:

- Antiagregação plaquetária, quando necessário;
- Controle da hipertensão, diabetes e hiperlipidemia;
- Controle de doenças cardíacas: arritmia cardíaca, cardiomiopatia, forame oval patente, doença valvar;
- Controle da estenose carotídea.



DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO: sinais de parkinsonismo, distonias, ataxia, coréia, balismo ou atetose. (tremor de repouso, rigidez, perda do reflexo postural, bradicinesia).

DISTONIAS: posturas anormais e movimentos de torção de determinados seguimentos corporais, ocasionadas por contrações musculares padronizadas, direcionadas e sustentadas (distonia cervical, blefaroespasma, distonia oromandibular, distonia focal da mão, etc);

ATAXIA: sinais neurológicos de incoordenação com comprometimento progressivo da marcha, podendo também estar acompanhados de outros sintomas, como incapacidade de ficar sentado ou em posição ortostática, oscilações da cabeça e do pescoço, hipotonia, disartria, disfagia; coréia, balismo ou atetose: movimentos involuntários amplos, arrítmicos, rápidos e abruptos.

NEUROPATIAS PERIFÉRICAS:

- Antes de encaminhar, o médico da Atenção Básica deverá proceder ao diagnóstico diferencial das neuropatias periféricas, com o objetivo de proceder ao adequado tratamento e direcionamento às especialidades corretas. Desta forma, deverá investigar, de acordo com a história clínica: doenças metabólicas (diabetes mellitus), imunológicas (vasculites), neoplásicas (linfoma, síndromes paraneoplásicas), infecciosas (HIV), intoxicações (chumbo, arsênico, tálio, organofosforados, tricloroetileno, hexacarbonos e acilamida) e medicamentosas (izoniazida, metronidazol, etambutol, nitrofurantoina, colistina, dapsona, vincristina, ciplastina, taxol, vinblastina, doxorubicina, DDI, DDC, interferon alfa, Amiodarona, talidomida, colchicina, sais de ouro, penicilamina, cloroquina, ciclosporina, fenitoína, dissulfiram, lítio, cimetidina).
- Os fatores de risco deverão ser detectados e controlados na Atenção Básica.



SÍNDROMES DEMENCIAIS:

Diante de um paciente com suspeita de declínio das funções cognitivas, uma avaliação clínica cuidadosa se faz necessária pelo médico assistente na Atenção Básica, incluindo: anamnese detalhada, exame físico cuidadoso e determinações bioquímicas, buscando diagnóstico diferencial com patologias não neurológicas. O diagnóstico diferencial deve, primeiramente, identificar os quadros potencialmente reversíveis, de etiologias diversas, que deverão receber direcionamentos e tratamentos corretos na Atenção Básica. São estes:

- Alterações metabólicas: tireoidopatias, hiperparatireoidismo, distúrbios hipofisários-adrenais, estados pós-hipoglicêmicos, encefalopatia hepática progressiva crônica, uremia crônica (demência dialítica);
- Infeciosas: demência associada à AIDS, neurosífilis (paralisia geral progressiva), neurocisticercose, sarcoidose, meningoencefalites (criptocócica, tuberculosa, fúngica), encefalites virais (herpes simples); -Inflamatórias: vasculites do sistema nervoso central, lúpus eritematoso sistêmico, outras doenças reumatológicas.
- Anóxicas / hipóxicas: intoxicação por monóxido de carbono, arritmias cardíacas, parada cardiorrespiratória, anóxia pós-anestésica, anemias, DPOC;
- Intoxicações crônicas: alcoolismo, intoxicação por metais pesados (chumbo, mercúrio, arsênico);
- Nutricionais: deficiências vitamínicas (tiamina- B1, niacina - B3, cobalamina B12, ácido fólico).



REFERÊNCIAS

RABELLO, F.A.P.C. Diagnóstico diferencial das síndromes demenciais na atenção básica à saúde: projeto de intervenção. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2015. 44p.

REED, U.C. Doenças neuromusculares. Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria v. 78, Supl.1, S89-S103, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia v.101, n. 3, Supl. 3, Setembro 2013. 116p.

SPECIALI, J. G. Classificação das cefaléias. Revista Medicina, Ribeirão Preto, v.30, p.421-427, out./dez. 1997.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

11

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO NEUROLOGIA INFANTIL

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	Página
EXCLUSÕES	3
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	4
1 CONVULSÃO / EPILEPSIA	5
2 HIDROCEFALIA	6
3 MENINGOCELE / MIELOMENINGOCELE	7
4 CRANIOESTENOSE OU MICROCEFALIA	8
5 MACROCRANIA	9
6 ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR (AGD) E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	10
7 CEFALÉIA	11
8 SÍNDROMES NEUROECUTÂNEAS	12
9 TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM	13
10 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA	14
11 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH	15
12 DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO (ATAXIAS E CORÉIAS)	16
ANEXO	17 ao 22
REFERÊNCIAS	23



EXCLUSÕES

Alterações do comportamento (nervosismo, agressividade), sem sinais ou sintomas de lesão orgânica do SNC: encaminhar estes casos à Saúde Mental Infantil.

Emergências em Neurologia Infantil (convulsões reentrantes, mal convulsivo): encaminhar à UPA ou PS.



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Encaminhar pacientes com idade até 13 anos e 11 meses.

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Neurologia Infantil. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.

Na solicitação deve constar todas as informações clínicas necessárias para justificar o encaminhamento à especialidade, bem como estar completo, conforme as orientações gerais.



1- CONVULSÃO/EPILEPSIA:

VERMELHA: Se não controlada ou sem medicação.

LARANJA: Se controlada.

Quando encaminhar: pacientes com histórico de crise convulsiva (episódio único) ou sugestivo de epilepsia, com descrição do(s) episódio(s), conforme relatório médico ou descrição de familiares.

Obrigatório:

- Informar exame neurológico, desenvolvimento neuropsicomotor e medicações em uso;
- Descrever as características e a frequência das crises convulsivas, idade de início, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados (fora das crises convulsivas);
- Informar antecedentes pessoais e familiares para epilepsia;
- Informar tratamentos em uso ou já realizados para epilepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia).

Exames complementares: relatar resultados de exames relacionados à queixa e a diagnóstico diferencial, se já os tiver. Anexar relatório de internação recente, se o tiver.

Observação:

- Iniciar prescrição de anticonvulsivante na UBS.
- Status epiléticos deverão ser conduzidos inicialmente na UBS, e encaminhados ao Pronto Socorro.



2- HIDROCEFALIA: LARANJA.

Quando encaminhar: todos os casos suspeitos ou diagnosticados.

Obrigatório:

A - Relatar informações do desenvolvimento neuropsicomotor, presença (ou não) de déficit neurológico e alterações no formato do crânio.

B - Informar curva de PC (perímetro cefálico).

Exames complementares: informar resultados de exames relacionados à queixa, se já os tiver.



3- MENINGOCELE/MIELOMENINGOCELE: LARANJA.

Quando encaminhar: todos os casos suspeitos ou diagnosticados.

Obrigatório: relatar informações do desenvolvimento neuropsicomotor, presença (ou não) de déficit neurológico.

Exames complementares: relatar resultados de exames relacionados à queixa, se já os tiver). Anexar relatório(s), se o(s) tiver.



4- CRANIOESTENOSE OU MICROCEFALIA:

VERMELHA: Se associada a retardo do desenvolvimento neuropsicomotor ou convulsões.

LARANJA: Se desenvolvimento neuropsicomotor normal.

Quando encaminhar: todos os casos suspeitos ou diagnosticados.

Obrigatório: Informar curva de PC, relatar informações do desenvolvimento neuropsicomotor, presença (ou não) de déficit neurológico, alterações no formato do crânio e convulsões (se houver).

- Sinais e sintomas, atraso em marcos do desenvolvimento exame físico (descrever malformações, desproporção craniofacial, abaulamento de fontanela, manifestações como hipertonia e hiperexcitabilidade);
- medida do perímetro cefálico (PC) ao nascimento e medidas realizadas posteriormente (curva de PC, percentil)
- Descreva dados gestacionais e perinatais

Exame complementar necessário: RX de crânio e resultados de exames relacionados à queixa, se já os tiver. Anexar relatório(s), se o(s) tiver.



5- MACROCRANIA (PERÍMETRO CEFÁLICO MAIOR QUE PERCENTIL 97):

VERMELHA: Se associada a retardo do desenvolvimento neuropsicomotor.

LARANJA: Se desenvolvimento neuropsicomotor normal.

Quando encaminhar: todos os casos suspeitos ou diagnosticados.

Obrigatório:

Relatar informações do desenvolvimento neuropsicomotor, presença (ou não) de déficit neurológico e alterações no formato do crânio.

Informar curva de PC (perímetro cefálico).

Exames complementares: relatar resultados de exames relacionados à queixa, se já os tiver.



6- ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR (AGD) E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: LARANJA.

Quando encaminhar: casos suspeitos ou diagnosticados de crianças que não alcançaram ou não estão alcançando os marcos do desenvolvimento em várias áreas da função intelectual.

Obrigatório:

Informar dados gestacionais e perinatais (intercorrências, infecções, internações, teste do pezinho, etc).

Descrever idade de início dos sintomas e áreas de prejuízo.

Informar tempo de evolução, dados sobre marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, desempenho nos primeiros anos de escola e achados importantes do exame físico.

Informar curva de PC (perímetro cefálico) para crianças com até 02 (dois) anos.

Informar história familiar de AGD, deficiência intelectual ou doenças raras

Exames complementares: relatar resultados de exames relacionados à queixa, se já os tiver. Anexar relatório(s), se o(s) tiver.



7- CEFALEIA: LARANJA .

Se sinais de alerta para cefaleia secundária: VERMELHA.

Quando encaminhar:

Cefaleia de início súbito ou mudança de padrão, incapacitante, com despertar noturno ou sinais localizatórios;

Cefaleias recorrentes: mais de um episódio por mês, durante um período de três meses, refratária ao manejo clínico na APS;

Cefaleia crônica: 15 ou mais dias por mês, durante um período de três meses, refratária ao manejo clínico profilático na APS;

Obrigatório:

- Relatar informações sobre duração da dor, intensidade, localização, qualidade da dor (pulsátil, em pressão ou pontadas) e fatores desencadeantes;
- Informar o padrão de progressão do sintoma (progressivo ou não-progressivo).
- Informar PA (pressão arterial) do paciente.
- Excluir causas não neurológicas (diagnóstico diferencial) e investigar/tratar sinusopatias.

Informar tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia).

Observações: Durante a investigação na Unidade Básica, e antes do encaminhamento à Neuropediatria, é essencial investigar e tratar quadros agudos ou reagudizações de quadros crônicos de sinusite, bem como manifestações de rinossinusites alérgicas ou causas odontológicas.

Exames complementares: relatar resultados de exames relacionados à queixa, se já os tiver.



8- SÍNDROMES NEURO CUTÂNEAS (OU FACOMATOSES):

Se sinais de comprometimento de SNC - VERMELHA.

Se assintomático - VERDE.

Quando encaminhar:

Presença de manchas café com leite, neurofibromas, sardas axilares, associadas ou não a alterações do SNC (macrocefalia, dificuldades da aprendizagem, retardo mental, cefaleia, epilepsia) e/ou alterações em outros sistemas: suspeita de neurofibromatose tipo 1.

Presença de angiofibromas faciais (adenomas sebáceos) e máculas hipomelanocíticas, associados ou não a retardo mental e epilepsia: suspeita de esclerose tuberosa.

Presença de mancha em vinho do Porto, acometendo hemiface (no trajeto correspondente ao nervo trigêmio, ramos oftálmico e maxilar), podendo ocorrer acometimento neurológico, oftálmico ou oral: suspeita de síndrome de Sturge-Weber.

Obrigatório: relatar informações do desenvolvimento neuropsicomotor, presença (ou não) de déficit neurológico.

Observações:

As facomatoses são grupo heterogêneo de doenças, de causas genéticas e com expressão altamente variada.

Tratam-se de síndromes diversas, caracterizadas por alterações na pele, podendo acometer sistema nervoso central e/ou outros sistemas.

Exames complementares: não há necessidade (relatar resultados de exames relacionados à queixa, se já os tiver).



9- TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM: AZUL.

Quando encaminhar: pacientes que apresentem dificuldades na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas, conforme indicado pela presença de **ao menos um** dos sintomas a seguir que tenha **persistido por pelo menos 6 meses**, apesar da provisão de intervenções dirigidas a essas dificuldades:

- Leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço;
- Dificuldade para compreender o sentido do que é lido;
- Dificuldades para ortografar (ou escrever ortograficamente)
- Dificuldades com a expressão escrita (múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza)
- Dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo.
- Dificuldades no raciocínio (tem grave dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas para solucionar problemas quantitativos).

Obrigatório:

Informar dados sobre marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, desempenho nos primeiros anos de escola e achados importantes do exame físico.

Afastar problemas decorrentes de déficits oftalmológicos, auditivos ou psico afetivos na UBS, direcionando o paciente também às respectivas especialidades, se necessário.

Exames complementares: avaliação oftalmológica, exame audiométrico, relatório escolar. Todos obrigatórios.



10- TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA:

LARANJA: Se menor que 30 meses, para confirmação diagnóstica

VERDE: Se maior que 30 meses ou se já diagnosticado, para seguimento

Quando encaminhar: Suspeita ou diagnóstico de TEA:

- Crianças com dificuldade para interagir socialmente (como manter o contato visual, identificar expressões faciais e compreender gestos comunicativos, expressar as próprias emoções e fazer amigos), dificuldade na comunicação (caracterizado por uso repetitivo da linguagem e dificuldade para iniciar e manter um diálogo), alterações comportamentais, como manias, apego excessivo a rotinas, ações repetitivas, interesse intenso em coisas específicas e dificuldade de imaginação, associadas ou não a atraso do(s) marco(s) do desenvolvimento

Obrigatório:

- Anexar Escala M-CHAT preenchida para triagem de transtornos do espectro autista, para ser utilizado em crianças de 16 a 30 meses (no ANEXO).
- Descrever quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas);
- Informar tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia);
- Informar história familiar de TEA/deficiência intelectual ou consanguinidade.

Exames complementares: relatar resultados de exames relacionados à queixa, se já os tiver). Anexar relatórios, se os tiver.



11 - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH

Quando encaminhar: criança apresentando seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade e impulsividade marcadas como “Bastante” ou “Demais” na escala SNAP - IV (no ANEXO), considerando resposta de pais e escola, com sintomas presentes por mais de 6 meses

Obrigatório:

- Descrever quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico – escala SNAP - IV;
- Informar se sintomas são percebidos em mais de um ambiente (por exemplo casa e escola, descrever).
- Informar antecedentes familiares para TEA ou outros transtornos psiquiátricos – Informar tratamento em uso ou já realizado para a condição (medicamentos utilizados com dose e posologia).
- Anexar escala SNAP - IV preenchida

Exames complementares: relatar resultados de exames relacionados à queixa, se já os tiver). Anexar relatórios, se os tiver.



12 - DISTÚRBIO DO MOVIMENTO (ATAXIAS E COREIAS)

Quando encaminhar: pacientes apresentando Incoordenação motora não resultada de fraqueza muscular. Pode afetar movimento ocular, fala (disartria), membros, tronco, postura e marcha.

Ataxia: como quadro clínico, podem apresentar *hipotonia*, marcha desequilibrada (tende a quedas quando reduz a base de apoio, na avaliação do equilíbrio parado com os pés juntos), *dismetria* (incapacidade de atingir um alvo como identificado pela manobra index-nariz, calcanhar joelho), *disdiadococinesia* (identificada pela incapacidade de realizar movimentos rápidos intercalados como pronação e supinação sobre a coxa) e/ou *tremor de intenção* (aumenta ao aproximar do alvo).

Coreia: como quadro clínico, podem apresentar *movimentos rápidos e irregulares* que ocorrem de maneira involuntária e de forma imprevisível em diferentes partes do corpo; pode estar associado à marcha irregular e instável, paciente inclinando-se e abaixando-se de um lado para o outro. Geralmente a força muscular é preservada, mas pode haver dificuldade para manter contração muscular como no aperto de mão. Desaparece durante o sono e não é suprimida por controle voluntário.

Obrigatório:

Informar:

- sinais e sintomas, alterações de exame físico;
- se há história familiar de ataxia ou coreia hereditária. Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
- se há história de consanguinidade entre os pais;
- medicamentos recentemente introduzidos.

Exames complementares: relatar resultados de exames relacionados à queixa, se já os tiver). Anexar relatórios, se os tiver



ANEXO

CEFALÉIAS: Condições clínica que indicam necessidade de encaminhamento para Urgência/Emergência

Pacientes com cefaleia e um destes sinais de alerta:

- Criança com menos de 3 anos de idade; ou
- Aparecimento súbito e de intensidade muito forte; ou
- Sintoma que inicia após trauma de crânio recente; ou
- Suspeita de meningite (febre, rigidez de nuca, petéquias, alteração de sensório);
ou
- Sinais neurológicos focais; ou
- Piora de intensidade em decúbito; ou
- Edema de papila; ou
- Criança que apresenta comorbidades de maior risco (anemia falciforme, imunodeficiências, história de neoplasia, coagulopatias, doenças cardíacas, neurofibromatose, esclerose tuberosa, entre outras).



Escala *Modified Checklist for Autism in Tddlers* (*M-CHAT*)

Nome: _____

Preenchido por: _____

Data de nascimento: _____

Parentesco do Informador: _____

Data: _____



Por favor, preencha este questionário sobre o comportamento usual da criança. Responda a todas as questões. Se o comportamento descrito for raro (ex. Foi observado uma ou duas vezes) , responda como se a criança não o apresente. Faça um circulo à volta da resposta “ Sim “ ou “ Não “.

Diana L Robins, Ph.D

1	Gosta de brincar ao colo fazendo de “cavalinho” , etc.?	Sim	Não
2	Interessa-se pelas outras crianças ?	Sim	Não
3	Gosta de subir em objetos, como por exemplo, cadeiras, mesas ?	Sim	Não
4	Gosta de jogar às escondidas ?	Sim	Não
5	Brinca ao faz de conta, por exemplo, falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc ?	Sim	Não
6	Aponta com o indicador para pedir alguma coisa ?	Sim	Não
7	Aponta com o indicador para mostrar interesse em alguma coisa ?	Sim	Não
8	Brinca apropriadamente com brinquedos (carros ou Legos) sem levá-los à boca, abanar ou deitá-los ao chão ?	Sim	Não
9	Alguma vez lhe trouxe objetos (brinquedos) para lhe mostra alguma coisa ?	Sim	Não
10	A criança mantém contato visual por mais de um ou dois segundos ?	Sim	Não
11	È muito sensível aos ruídos (ex. Tapa os ouvidos) ?	Sim	Não
12	Sorri como resposta às suas expressões faciais ou ao seu sorriso ?	Sim	Não
13	Imita o adulto(ex. Faz uma careta e ela imita) ?	Sim	Não
14	Responde/olha quando o (a) chamam pelo nome ?	Sim	Não
15	Se apontar para um brinquedo do outro lado da sala, a criança acompanha com o olhar ?	Sim	Não
16	Já anda ?	Sim	Não
17	Olha para as coisas para as quais o adulto está a olhar ?	Sim	Não
18	Faz movimentos estranhos com as mãos / dedos próximo da cara ?	Sim	Não
19	Tenta chamar a sua atenção para o que está a fazer ?	Sim	Não
20	Alguma vez se preocupou quanto à sua audição ?	Sim	Não
21	Compreende o que as pessoas lhe dizem ?	Sim	Não
22	Por vezes fica a olhar para o vazio ou deambula ao acaso pelos espaços ?	Sim	Não
23	Procura a sua reação facial quando se vê confrontada com situações desconhecidas ?	Sim	Não



Cotação:

A cotação do M-CHAT leva menos de dois minutos. Resultados superiores a **3 (falha em 3 itens no total)** ou em **2 dos itens considerados críticos (2,7,9,13,14,15)**, após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento. As respostas Sim/Não são convertidas em passa/falha. A tabela que se segue, regista as repostas consideradas **Falha** para cada um dos itens do M-CHAT. As questões a “**Negrito**” representam os **itens CRITICOS**.

1. NÃO	6. NÃO	11. SIM	16. NÃO	21. NÃO
2. NÃO	7. NÃO	12. NÃO	17. NÃO	22. SIM
3. NÃO	8. NÃO	13. NÃO	18. SIM	23. NÃO
4. NÃO	9. NÃO	14. NÃO	19. NÃO	
5. NÃO	10. NÃO	15. NÃO	20. SIM	



Nome: _____

Data: _____ Ano escolar : _____ Idade: _____

SNAP-IV

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o(a) aluno(a), (seu(sua) filho(a)).

MARQUE UM X.		Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1	Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2	Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.				
3	Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				
4	Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5	Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6	Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7	Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8	Distrai-se com estímulos externos.				
9	E esquecido em atividades do dia a dia.				
10	Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na Cadeira.				
11	Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.				
12	Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado.				
13	Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				
14	Não para ou frequentemente esta a “mil por hora”.				
15	Fala em excesso.				
16	Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.				
17	Tem dificuldade de esperar sua vez.				
18	Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).				
19	Descontrola-se.				
20	Discute com adultos.				



MARQUE UM X.		Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
21	Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos.				
22	Faz coisas de propósito que incomodam outras Pessoas.				
23	Culpa os outros pelos seus erros ou mau Comportamento.				
24	E irritável ou facilmente incomodado pelos outros.				
25	E zangado e ressentido.				
26	E maldoso ou vingativo.				



REFERÊNCIAS

SILVA, C. R. A.; CARDOSO, I.S.Z.; MACHADO, N.R. Considerações sobre epilepsia. Boletim Científico de Pediatria, v. 2, n.3, p.71-76, 2013.

MELO, J. R. T. A Neurocirurgia Pediátrica no século XXI. 1. ed, Rio de Janeiro: UNA, 2015,160p.

SIQUEIRA, L. E. M. Cefaleias na infância e adolescência. Pediatria Moderna. v.48, n.1, p. 05-12, jan-fev 2011.

BRASILEIRO, A. et al. A ponta do Iceberg: Manifestações cutâneas de patologia pediátrica com envolvimento neurológico. Acta Med Port, v.27, n.5, p.1-7, Sep-Oct 2014.

DORNELAS L. D. F.; DUARTE, N. M. C.; MAGALHÃES, L. C. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: Mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. Revista Paulista de Pediatria. v.33, n.1, p.88-103, 2015.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

12

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO ORTOPEDIA

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	Página
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	5
1 LESÃO LÍTICA ÓSSEA	6
2 DORSALGIA, LOMBALGIA OU CERVICALGIA	7
3 SUSPEITA DE HÉRNIA DE DISCO	8
4 DORES ARTICULARES	9
5 TENDINITES, TENOSSINOVITES, BURSITES	10
6 SEQUELA DE FRATURA	11
7 CISTOS SINOVIAIS	12
8 OSTEOMIELITE	13
9 OSTEOPOROSE	14
10 PATOLOGIAS ORTOPÉDICAS INFANTIS	15
REFERÊNCIAS	16



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encaminhar pacientes crianças e adultos.

Não é necessário radiografia com laudo.

Lesões ósseas suspeitas de metástases: encaminhar para ortopedista e proceder na Atenção Básica à investigação do tumor primário, encaminhando a outras especialidades necessárias.

Obrigatório a todos os encaminhamentos:

- Encaminhar pacientes descrevendo História Clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.
- Relatar dados relevantes do Exame Físico.
- Relatar comorbidades.
- Especificar tratamentos já realizados.
- Informar resultados dos exames complementares solicitados por este protocolo e outros relevantes, se os tiver (ou anexar cópias dos mesmos).



EXCLUSÃO

- Pacientes com quadros álgicos agudos e sem comprometimento da função (tempo menor 4 semanas)
- Pacientes com trauma contuso e suspeita de fratura: encaminhar ao PS ou UPA.
- Osteoporose: encaminhar ao ambulatório de reumatologia - ver protocolo.



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Ortopedia. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



1. LESÃO LÍTICA ÓSSEA: VERMELHA

Motivos para encaminhamento: Paciente com exame de imagem demonstrando lesão osteolítica.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Pacientes com múltiplas lesões osteolíticas, suspeitas de metástases: iniciar na Atenção Básica investigação clínica à procura do tumor primário, de acordo com a epidemiologia e encaminhando às outras especialidades necessária.

Exame Complementar Necessário: RX da região acometida (AP e perfil) ou outro exame de imagem que gerou o encaminhamento.



2. DORSALGIA, LOMBALGIA OU CERVICALGIA:

VERMELHO: se sinais de alerta - “red flags”(anexo)

LARANJA: dor com limitação funcional

VERDE: dor persistente

Motivos para encaminhamento: dor com duração maior de 4 semanas, sem sinais de comprometimento radicular, sem melhora com tratamento clínico.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Deve ficar claro no encaminhamento que já foi tentado tratamento clínico prévio: como a prática de atividades físicas, perda de peso, e exclusão de outras patologias.

- Dorsalgia: descartar patologias torácicas (pulmonares);
- Lombalgia: descartar patologias renais, urinárias e ginecológicas antes de encaminhar ao ortopedista;

Exame Complementar Necessário: X do(s) segmento(s) da coluna acometido(s)
AP + PERFIL.



3. SUSPEITA DE HÉRNIA DE DISCO:

VERMELHA: sintomas neurológicos incapacitantes.

LARANJA: sintomas com limitação funcional significativa (prejuízo para alguma atividade de vida diária).

VERDE: sintomas persistentes, porém sem alterações funcionais.

Motivos para encaminhamento: Quadro de dor região cervical, dorsal ou lombar com sinais de compressão radicular: parestesia, dor irradiada, diminuição da força.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Na Atenção Básica, orientar a perda de peso (se houver sobrepeso ou obesidade) e excluir de patologias não ortopédicas.

Exame Complementar Necessário: RX do(s) segmento(s) da coluna acometido(s) AP + PERFIL ou outro exame de imagem que gerou o encaminhamento.



4. DORES MONOARTICULARES:

LARANJA: dor com limitação funcional.

VERDE: dor persistente.

Motivo para encaminhamento: dor articular crônica, maior que 4 semanas sem melhora com tratamento clínico.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante:

- Dores articulares agudas devem ser encaminhadas ao Hospital Mário Covas.
- Deve ficar claro no encaminhamento que já foi tentado tratamento clínico prévio: como a prática de atividades físicas, perda de peso, e exclusão de outras patologias (reumáticas, por exemplo).
- Dores oligo ou poliarticulares devem ser encaminhadas para reumatologia.

Exame Complementar Necessário: radiografia em duas posições da região com a queixa acometida.



5. TENDINITES, TENOSSINOVITES, BURSITES:

LARANJA: Dor com limitação funcional .

VERDE: dor persistente.

Motivo para encaminhamento: dor com localização/origem tendínea e duração maior de 4 semanas, sem melhora com tratamento clínico.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Se exposição ocupacional suspeita, encaminhar para medicina do trabalho.

Exame Complementar Necessário: radiografia em duas posições da região com a queixa acometida. Hemograma, VHS, PCR, glicemia.



6. SEQUELA DE FRATURA:

LARANJA: dor com limitação funcional.

VERDE: dor persistente.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com queixa de dor persistente no local de fratura prévia, deformidade local ou com necessidade de retirada de material de síntese.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exame Complementar Necessário: RX do local afetado (AP e perfil).



7. CISTOS SINOVIAIS: AZUL.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com queixas persistentes de dor ou limitação de movimentos, duração maior de 4 semanas que não melhoram após tratamento inicial.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exame Complementar Necessário: não há necessidade.



8. OSTEOMIELOITE:

VERMELHA: sinais flogísticos e fístula ativa.

LARANJA: dor óssea pós operatória persistente – mais de três meses.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com dor e saída de secreção em local de fratura prévia ou trauma prévio.

Obrigatório:

- Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.
- Anexar relatório médico de serviços anteriores onde já fez tratamento (se for o caso).

Exame Complementar Necessário:

- RX do local afetado (AP e perfil).
- Hemograma, Glicemia, teste rápido HIV.



9. OSTEOPOROSE

VIDE EXCLUSÃO (Página nº 4).



10. PATOLOGIAS ORTOPÉDICAS INFANTIS: AGENDAR SOMENTE NO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA INFANTIL.

VERMELHA: suspeita de displasia do quadril, suspeita de escorregamento epifisário da cabeça do fêmur (dor no quadril).

LARANJA: pé torto congênito, escoliose, dor óssea localizada.

VERDE: dor óssea não localizada - persistente.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com idade até 13 anos e 11 meses com suspeita ou diagnosticadas.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exame Complementar Necessário: RX do local afetado (AP e perfil).



REFERÊNCIA

Protocolo_Encaminhamento_ortopediaTSRS.pdf



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

13

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO OTORRINO

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	Página
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	5
1 CORPO ESTRANHO EM NARINA	6
2 TRAUMA NASAL	7
3 OBSTRUÇÃO NASAL NO RECÉM-NASCIDO (SUSPEITA DE ATRESIA DE COANAS)	8
4 EPISTAXE RECORRENTE	09
5 SINUSITES BACTERIANAS DE REPETIÇÃO	10
6 SÍNDROME DO RESPIRADOR ORAL OU OBSTRUÇÃO NASAL REFRATÁRIA A TRATAMENTOS CLÍNICOS	11
7 RINITE ALÉRGICA / RINITE VASOMOTORA	12
8 CORPO ESTRANHO NA OROFARINGE	13
9 HIPERTROFIA ASSIMÉTRICA DE AMÍGDALAS	14
10 DISFONIA CRÔNICA	15
11 TRAQUEOMALÁCEA, LARINGOMALÁCEA E OUTRAS ANOMALIAS LARÍNGEAS CONGÊNITAS	16
12 FREIO LINGUAL OU FREIO LABIAL CURTO	17
13 TONSILITES (OU AMIGDALITES) PALATINAS BACTERIANAS DE REPETIÇÃO	18
14 AMIGDALITE CRÔNICA CASEOSA	19
15 REFLUXO LARINGO-FARÍNGEO	20
16 TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL ALTERADA	21
17 CORPO ESTRANHO NO OUVIDO	22
18 OTITE MÉDIA AGUDA COMPLICADA	23
19 OTITE MÉDIA AGUDA RECORRENTE	24
20 OTITE MÉDIA SEROSA CRÔNICA	25
21 OTITE MÉDIA CRÔNICA / OTORREIA CRÔNICA	26
22 COLESTEATOMA CONGÊNITO	27
23 COLESTEATOMA ADQUIRIDO	28
24 LABIRINTOPATIA / SÍNDROME VERTIGINOSA	29
25 OTITE EXTERNA CRÔNICA	30
26 HIPOACUSIA	31
27 ZUMBIDOS	32
28 ROLHA DE CERÚMEN	33
29 SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS)	34
ANEXO	35 a 37
REFERÊNCIAS	38



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encaminhar crianças e adultos de qualquer idade.

Pacientes que necessitem de avaliação fonoaudiológica: encaminhar, sempre, à especialidade Otorrinolaringologia, que fará avaliação clínica e definição diagnóstica e se responsabilizará pelo encaminhamento.

Informar resultados dos exames complementares (ou cópia dos mesmos) solicitados por este protocolo e outros relevantes, se os tiver.

Obrigatório a todos os encaminhamentos:

- Relatar informações relevantes da história clínica, antecedentes pessoais e familiares, comorbidades e tratamentos já instituídos.
- Informar dados relevantes do exame físico geral e específico, incluindo otoscopia, rinoscopia, oroscopia, de acordo com o motivo do encaminhamento.



EXCLUSÕES

Patologias agudas:

- Otite média aguda não complicada;
- Meringite bolhosa;
- Mastoidite aguda;
- Amigdalite aguda e abscesso periamigdaliano;
- Trauma nasal com fratura óssea: encaminhar direto para o serviço de Urgência / Emergência de referência municipais;
- Epistaxe aguda e em atividade: encaminhar direto para o serviço de Urgência /Emergência de referência municipais se não houver resolução com medidas iniciais na Atenção Básica;
- Rinite alérgica que não teve tratamento inicial na atenção básica;
- Rolha de cerumen sem tratamento prévio com ceratolítico;
- Relato de tonsilites palatinas (amigdalites) de repetição sem comprovação por meio de prescrições de antibióticos ou relatórios médicos confiáveis;



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Otorrinolaringologia. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



PATOLOGIAS NASAIS, PARANASAIS E DE NASOFARINGE

1- CORPO ESTRANHO EM NARINA: VERMELHA.

Entrar em contato por telefone com o Centro de Especialidades Médicas para encaixe.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sintomas nasais unilateralmente (obstrução e/ou rinorreia purulenta, unilateralmente).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observação: corpos estranhos podem ser avaliados pelo médico da atenção básica e se forem de fácil remoção e com baixo risco poderão ser removidos pelo médico assistente.

Exame Complementar Necessário: *RX seios da face (somente se corpo estranho metálico).*



2- TRAUMA NASAL: VERMELHA.

Se sequela de trauma nasal antigo: VERDE

Se ocorrido em data menor que 07 dias, entrar em contato por telefone com a Regulação para encaixe.

Motivo para encaminhamento: Pacientes que, após atendimento inicial no pronto-socorro/urgência, estão com:

- Suspeita de fratura de osso próprio nasal;
- Epistaxe persistente pós-trauma nasal;

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: Pacientes com história de trauma nasal, com fratura de ossos nasais, devem ser encaminhados ao serviço de urgência / emergência de referência, pois precisam de avaliação otorrinolaringológica de urgência, para avaliação de necessidade de redução cirúrgica.

Exames complementares: *Levar o exame de imagem disponível com o paciente.*



3- OBSTRUÇÃO NASAL NO RECÉM-NASCIDO (SUSPEITA DE ATRESIA DE COANAS): VERMELHA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes recém-nascidos que apresentem obstrução nasal constante, dificultando as mamadas. Geralmente, podem associar-se estridor, cianose cíclica (melhora com o choro) e baixo ganho ponderal.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Não há necessidade de exames complementares.



4- EPISTAXE RECORRENTE: LARANJA.

Motivos para encaminhamento: Pacientes com epistaxes persistentes / recorrentes, mesmo após realização das medidas abaixo orientadas*.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observações: Orientar a não-manipulação das narinas, higiene nasal com soro fisiológico e uso de pomadas cicatrizantes nas narinas. Anti-histamínicos, se necessário. Relatar frequência dos episódios, bem como intensidade do sangramento, lateralidade e fatores desencadeantes. Investigar e tratar comorbidades.

Importante: Pacientes com epistaxe aguda e em atividade devem ser direcionados ao serviço de urgência/emergência de referência.

Exames Complementares Necessários: *Coagulograma e Hemograma recentes .*



5- SINUSITES BACTERIANAS DE REPETIÇÃO: VERDE.

Motivos para encaminhamento:

- Sinusite crônica: sintomas contínuos em período maior que 12 semanas;
- Sinusite aguda recorrente: 04 ou mais quadros de sinusite aguda (duração de até 04 semanas cada) no período de um ano;
- Antecedente de sinusite complicada: celulite periorbitária, tromboflebite séptica do seio cavernoso, meningite, empiema subdural, abscesso cerebral.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observações: O quadro clínico e o exame físico são suficientes para o diagnóstico (ver no ANEXO).

Quadro de sinusite bacteriana aguda complicada: encaminhar Urgência / Emergência.

Não há necessidade de exames complementares. Enviar os exames que já tiver, pertinentes ao caso .



6- SÍNDROME DO RESPIRADOR ORAL OU OBSTRUÇÃO NASAL REFRATÁRIA A TRATAMENTOS CLÍNICOS: VERDE.

Motivos para encaminhamento:

- Comprometimento respiratório importante.
- Infecções bacterianas associadas frequentemente (adenoidite, amigdalite).
- RX de cavum com estreitamento da coluna aérea igual a 2/3 ou mais.
- Em atópicos, persistência dos sintomas após, no mínimo 03 meses de uso contínuo de corticóide tópico nasal.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observações: ver sinais e sintomas da síndrome do Respirados Oral e outras considerações no ANEXO.

Importante: O médico assistente do paciente na Atenção Básica deverá investigar e tratar fatores associados, tais como: rinite alérgica, sinusite, adenoidite ou otite média aguda.

Exames Complementares Necessários: *RX de cavum para crianças até 7 anos. Acima de 7 anos não é necessário exames.*



7- RINITES.

Vasomotora , com complicações e outras: AZUL.

Alérgica: encaminhar à especialidade Alergia e Imunologia.

Motivos para encaminhamento:

- Sintomas persistentes e constantes após, no mínimo, 06 meses de tratamento clínico e profilático na Atenção Básica (ver no ANEXO).
- Presença de outras comorbidades (suspeita de desvio de septo nasal, sinusite/adenoidite de repetição, pólipos nasais).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: ver considerações sobre o tratamento a Atenção Básica no ANEXO.

Exames Complementares Necessários: *encaminhar com exames que demonstram a comorbidade, se disponíveis.*



PATOLOGIAS ORAIS, DE OROFARINGE E LARÍNGEAS

8- CORPO ESTRANHO NA OROFARINGE: VERMELHA.

Entrar em contato por telefone com o Centro de Especialidades para encaixe.

Motivos para encaminhamento: Pacientes com relato de episódio de engasgo ou ingestão de corpo estranho, seguido de odinofagia.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante:

- O exame físico (oroscopia) é essencial para diagnóstico e sua descrição é essencial para o encaminhamento.
- **Avaliar necessidade de encaminhar para urgência/emergência se sinais/sintomas clínicos sistêmicos ou risco aumentado de complicações.**

Não há necessidade de exames complementares.



9- HIPERTROFIA ASSIMÉTRICA DE AMÍGDALAS: VERMELHA.

Motivos para encaminhamento: Pacientes com hipertrofia unilateral de tonsilas palatinas (amígdalas).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Pode ser sinal de malignidade (linfoma).

Se quadro agudo, considerar infecção e tratar na Atenção Básica

Não há necessidade de exames complementares.



10- DISFONIA CRÔNICA (ROUQUIDÃO POR PERÍODO CONTÍNUO MAIOR QUE 03 SEMANAS):

VERMELHO: Com fatores de risco para neoplasia de faringe.

LARANJA : Sem fatores de risco para neoplasia de faringe.

Motivos para encaminhamento:

- Pacientes com rouquidão associada adenomegalia, odinofagia, disfagia, dispneia, ou com fatores de risco para neoplasia (tabagismo, etilismo, antecedente familiar);
- Pacientes com rouquidão recorrente ou persistente por período prolongado, sem piora progressiva, complicações ou fatores de risco para neoplasia associados.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: O médico assistente da UBS deverá investigar e tratar (se necessário): refluxo gastroesofágico, infecções (sinusite), atopia (rinite). Deverá, também, orientar à suspensão dos seguintes fatores de risco, se presentes: tabagismo, uso excessivo e constante da voz, contato com agentes poluidores ou irritantes e ingestão de bebidas alcoólicas.

Não há necessidade de exames complementares.



11- TRAQUEOMALÁCEA, LARINGOMALÁCEA E OUTRAS ANOMALIAS LARÍNGEAS CONGÊNITAS: LARANJA.

Motivos para encaminhamento: Pacientes recém-nascidos ou lactentes que se apresentam com estridor inspiratório, de tonalidade alta, constante (em repouso, dormindo) ou associados ao choro.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: Se o estridor estiver associado a dispneia, baixo ganho ponderal, cianose ou dificuldade para mamar: Classificação VERMELHA

Não há necessidade de exames complementares.



12- FREIO LINGUAL OU FREIO LABIAL CURTO: VERDE.

VERMELHA: se dificuldade às mamadas, com baixo ganho ponderal.

Motivos para encaminhamento: todos os casos suspeitos.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Não há necessidade de exames complementares.



13- TONSILITES PALATINAS (OU AMIGDALITES) BACTERIANAS DE REPETIÇÃO: VERDE.

Motivo para encaminhamento:

- Episódios de tonsilites de repetição, confirmados por médicos, com necessidade de uso de antibióticos, frequência de sete casos em um ano, cinco casos por dois anos consecutivos, ou 03 casos / ano por 03 anos consecutivos*.
- Antecedente** de complicações de amigdalites bacterianas (septicemia, abscesso periamigdaliano).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observação: ver critérios para definição de tonsilite bacteriana no ANEXO.

Importante:

- Quando há suspeita de tonsilites de repetição, o médico da unidade básica deverá acompanhar os casos agudos, a fim de documentar os episódios. Pacientes com amigdalites agudas e suspeita das complicações acima devem ser imediatamente direcionados ao serviço de urgência/emergência de referência.
- Atentar para a possibilidade de doença reumática(febre reumática) nos pacientes com tonsilites de repetição.

Exames complementares: ASLO e VHS



14- AMIGDALITE CRÔNICA CASEOSA: AZUL.

Motivo para encaminhamento: Pacientes que apresentam persistência dos sintomas após, no mínimo, 06 meses de tratamento com enxaguatório bucal antisséptico, conforme orientações abaixo.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observações: Pacientes com história de eliminação de caseum isolada ou associada a outros sintomas (halitose, sensação de corpo estranho, amigdalite de repetição) devem ser inicialmente acompanhados na Atenção Básica, com orientação de usar enxaguatório bucal antisséptico diariamente, após as refeições principais (gargarejos).

Não há necessidade de exames complementares.



15- REFLUXO LARINGO-FARÍNGEO: VERDE.

Motivo para encaminhamento: Persistência dos sintomas extra-esofágicos isolados após 30 dias de tratamento, conforme descrito abaixo.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observações:

- O refluxo laringofaríngeo é caracterizado por manifestações extra-esofágicas do refluxo do conteúdo gástrico, tais como: globus, pigarro, disfonia, cansaço vocal, disfagia, odinofagia, otalgia.
- O médico assistente do paciente na UBS deverá proceder ao tratamento clínico medicamentoso e atitudinal (dormir com decúbito elevado, fracionar dieta, evitar ingestão de líquidos com as refeições principais e à noite), reavaliando-o em 30 dias.

Importante: Encaminhar à especialidade Otorrinolaringologia somente casos com manifestações extra-esofágicas isoladas. Pacientes com queixa de dispepsia devem ser encaminhados primeiramente à especialidade Gastroenterologia Clínica.

Não há necessidade de exames complementares .



PATOLOGIAS OTOLÓGICAS

16- TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL ALTERADA: VERMELHA.

Motivo para encaminhamento: encaminhar todos os casos com alterações confirmadas.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: Encaminhamentos vindos do Hospital deverão ser feitos por médicos.

Não há necessidade de exames complementares.



17- CORPO ESTRANHO NO OUVIDO: VERMELHA.

Entrar em contato por telefone com o Centro de Especialidades para encaixe.

Motivo para encaminhamento: Histórico de introdução ou entrada de corpo estranho no ouvido.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante:

- Antes de encaminhar, sempre realizar otoscopia para confirmar suspeita em todos os pacientes, descrevendo-a no encaminhamento.
- Não tentar remover o corpo estranho sem o material adequado.

Não há necessidade de exames complementares .



18- OTITE MÉDIA AGUDA COMPLICADA: VERMELHA.

Motivos para encaminhamento:

- Insucesso no tratamento (persistência de febre e otalgia) após 01 ciclo completo de antibiótico adequado;
- Associação com tonturas ou vertigens;
- Persistência de perfuração timpânica após o tratamento com antibiótico.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observações: ver sinais, sintomas e orientações para tratamento no ANEXO.

Não há necessidade de exames complementares.



19- OTITE MÉDIA AGUDA RECORRENTE: LARANJA.

Motivos para encaminhamento: Pacientes com história recente de recorrência de episódios de otite média aguda na frequência de 03 ou mais episódios nos últimos 06 meses ou 04 ou mais episódios nos últimos 12 meses.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Não há necessidade de exames complementares.



20- OTITE MÉDIA SEROSA CRÔNICA: LARANJA.

VERMELHA: Se acompanhada de hipoacusia.

Motivos para encaminhamento: Pacientes que apresentem persistência de alterações na membrana timpânica por mais de 03 meses após o término do tratamento para otite média aguda com antibiótico adequado (opacidade, retração ou mesmo abaulamento, sugerindo acúmulo de líquido na cavidade da orelha média).

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observação: Geralmente, nestes casos, não há correspondência com quadro clínico de otite média aguda (otalgia e febre) e pode haver comprometimento da função auditiva.

Não há necessidade de exames complementares.



21- OTITE MÉDIA CRÔNICA / OTORREIA CRÔNICA: LARANJA.

Motivos para encaminhamento: Pacientes com histórico de inflamação contínua da mucosa da orelha média (membrana timpânica e cavidades anexas à tuba auditiva) por 03 meses ou mais.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Tais pacientes costumam apresentar histórico de exsudato crônico intermitente, alternando períodos assintomáticos com períodos de agudização.

Não há necessidade de exames complementares.



22- COLESTEATOMA CONGÊNITO: LARANJA.

Motivos para encaminhamento: Trata-se de um tipo raro de queratoma, cuja apresentação clássica na criança é a presença de uma "pérola" atrás da membrana timpânica intacta (quadrante ântero-superior). Na maioria das vezes, não há história de otorreia, perfuração ou qualquer procedimento otológico prévio.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observação: A detecção precoce evita complicações.

Não há necessidade de exames complementares.



23- COLESTEATOMA ADQUIRIDO: LARANJA .

Motivos para encaminhamento: Encaminhar casos suspeitos, com sinais de destruição de estruturas do ouvido médio, comprometimento da membrana timpânica (retração ou perfuração), otorreia crônica fétida e hipoacusia.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Não há necessidade de exames complementares.



24- LABIRINTOPATIA/ SÍNDROME VERTIGINOSA: LARANJA.

Motivos para encaminhamento: Pacientes com quadro de vertigem (sensação de que o próprio corpo está girando em relação ao ambiente, ou vice-versa), refratários ao tratamento clínico inicial.

Observações: O médico assistente do paciente na UBS deverá distinguir vertigem de outros sintomas, tais como síncope, desequilíbrio e sensações cefálicas variadas, a fim de proceder à investigação correta e avaliação com a especialidade adequada.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais. No encaminhamento, relatar se há sintomas associados, tais como zumbido, hipoacusia, prostração, sudorese, palidez ou nistagmo esgotável (sugestivos de vertigem periférica).

Importante: Pacientes com sintomas de vertigem central (ataxia, disartria, diplopia, alterações sensitivas, motoras ou de pares cranianos e nistagmo inesgotável) deverão ser direcionados à especialidade Neurologia Clínica (ver protocolo da especialidade).

Exames complementares: Hemograma e glicemia.



25- OTITE EXTERNA CRÔNICA: VERDE.

Motivo para encaminhamento: Persistência dos sintomas após tratamento adequado com gotas otológicas.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observações: ver comentários no ANEXO sobre quadro clínico e cuidados.

Não há necessidade de exames complementares.



26- HIPOACUSIA: VERDE.

VERMELHA: Se com início súbito e piora progressiva.

LARANJA: Crianças com atraso no desenvolvimento da fala.

Motivo para encaminhamento: todos os casos suspeitos.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: Antes de encaminhar, sempre proceder ao exame de otoscopia, a fim de detectar e tratar otite média aguda ou rolha de cerúmen, se necessário.

Não há necessidade de exames complementares.



27- ZUMBIDOS (SE INSIDIOSO E CRÔNICO): AZUL.

Motivo para encaminhamento: todos os casos de sintoma persistente.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Exames complementares: *Hemograma, glicemia e colesterol total, frações e triglicérides.*



28 - ROLHA DE CERÚMEN: AZUL.

Motivos para encaminhamento: Insucesso na tentativa de remoção das rolhas de cerúmen na atenção básica.

Obrigatório: Encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observação: Antes de encaminhar, prescrever gotas queratolíticas (por exemplo: Cerumin®, 05 gotas 03 vezes ao dia, por 07 dias).

Não há necessidade de exames complementares.



OUTROS

29- SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS): VERDE.

Motivos para encaminhamento: Encaminhar pacientes com risco intermediário e alto no questionário Stop-bang (ANEXO).

Obrigatório: Encaminhar com pontuação do Stop-bang e informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Não há necessidade de exames complementares.



ANEXO

SINUSITES BACTERIANAS:

Suspeitar de quadro de rinossinusite bacteriana quando os sintomas de IVAS piorarem após 05 dias e/ou persistirem após 10 dias.

O quadro clínico e o exame físico são suficientes para o diagnóstico: obstrução/secreção nasal, tosse, febre, cefaléia, hiposmia, gotejamento posterior (retrofaríngeo).

O RX simples de seios da face não deve ser pedido como rotina. Pode ser pedido quando houver dúvida diagnóstica, porém, sua interpretação deve ser sempre correlacionada à história clínica e ao exame físico sugestivo. O exame radiológico não deve ser utilizado como controle evolutivo.

Os critérios para cura, assim como para diagnóstico, devem se pautar nos achados de história e exame clínico.

SÍNDROME DO RESPIRADOR ORAL:

A Síndrome do Respirador Oral é multifatorial e leva à disfunção nasal parcial ou completa, levando a sintomas de: obstrução nasal, dor de garganta, ardência ou prurido na faringe, tosse seca persistente, halitose, IVAS recorrentes, deformidades dento-faciais, fácies do respirador bucal.

Quando a obstrução é mais acentuada, podem ocorrer sintomas como: Apneia / hipopneia do sono (SAHOS), sonolência diurna, irritabilidade, dificuldade para se alimentar, aerofagia, aumento de cáries dentárias, baixo ganho de peso, mau aproveitamento escolar e enurese noturna.

O principal fator causador da síndrome do respirador oral é a hipertrofia das tonsilas palatinas e faríngeas, geralmente potencializada pela rinite alérgica não tratada, ou inadequadamente tratada.

RINITE ALÉRGICA:

O médico assistente da Atenção Básica deverá orientar profilaxia ambiental (afastamento dos alérgenos) e proceder ao tratamento clínico inicial (corticóide tópico nasal, em uso contínuo por 03 a 06 meses, e anti-histamínicos via oral, acompanhando e reavaliando o paciente.



TONSILITES (OU AMIGDALITES) PALATINAS BACTERIANAS:

As tonsilites palatinas são caracterizadas como bacterianas quando preenchem os seguintes critérios: temperatura maior ou igual a 38,5° C, adenopatia cervical maior que 02 centímetros de diâmetro, presença de exsudato purulento ou positividade para *Streptococcus piogenes* do Grupo A. Estes casos devem ser sempre avaliados pelo médico da Atenção Básica ou unidade de urgência/emergência.

OTITE MÉDIA AGUDA:

A otite média aguda é caracterizada pelo surgimento abrupto de febre e otalgia, acompanhadas de sinais de infecção do ouvido médio à otoscopia (abaulamento ou opacidade de membrana timpânica).

Em crianças pequenas, é frequente a irritabilidade.

Pode ter várias etiologias, porém, quanto maiores os sintomas e maiores as alterações da membrana timpânica, maior a probabilidade de tratar-se de infecção bacteriana.

O médico assistente do paciente na UBS deverá fazer o acompanhamento deste paciente, avaliando a necessidade (ou não) de uso de antibiótico adequado na primeira consulta e reavaliando este paciente após 48 horas. Na reavaliação, na dependência de persistência de febre, deverá introduzir antibiótico (se não o fez na primeira consulta) ou manter a conduta (se a febre cedeu).

Nova reavaliação deverá ocorrer por ocasião do término do ciclo de antibiótico (07 a 10 dias). Na persistência de sintomas (febre e/ou otalgia), encaminhar ao otorrinolaringologista.

O principal critério para avaliação do controle da otite média aguda bacteriana é o controle dos sintomas (febre e otalgia), pois as alterações na membrana timpânica podem persistir por semanas ou meses.

A persistência de alterações na membrana timpânica após o tratamento deve ser acompanhada de forma expectante e reavaliada em 04 semanas.



OTITE EXTERNA CRÔNICA:

O quadro clínico é de persistência por vários meses ou anos de acometimento inflamatório do conduto auditivo externo e/ou da região da orelha (edema, hiperemia, secreção serosa ou purulenta), acompanhado de queixa de otalgia, coceira, sensação de plenitude auricular ("ouvido cheio"), hipoacusia ou otorreia.

O médico assistente do paciente na UBS deverá esclarecer e orientar afastamento dos fatores de risco, tais como: hábito de nadar em piscina ou lagoas e uso de bastões de algodão ou outros objetos no conduto auditivo externo, a fim de retirar cerúmen ou para coçadura.

APNÉIA DO SONO:

QUESTIONÁRIO STOP-Bang

• **roncoS?**

Você **ronca alto** (alto o bastante para ser ouvido através de portas fechadas ou seu parceiro cutuca você por roncar à noite)?

() Sim () Não

• **oBesidade** com índice de massa corporal (IMC) maior que 35 kg/m²?

Índice de massa corporal (IMC) maior que 35 kg/m²?

() Sim () Não

• **faTigado?**

Você frequentemente sente-se cansado, fatigado ou sonolento durante o dia (por exemplo, adormecendo enquanto dirige)?

() Sim () Não

• **IdAde**

Idade maior que 50 anos?

() Sim () Não

• **Observado?**

Alguém já **observou** você **parar de respirar** ou **engasgando/sufocando** durante o sono?

() Sim () Não

• **circuNferência** de Pescoço

(medida na altura do "pomo-de-adão")

Para homens: circunferência cervical, maior ou igual a 43 cm.

Para mulheres: circunferência cervical maior ou igual a 41 cm.

() Sim () Não

• **Pressão?**

Você tem ou está sendo tratado por **pressão alta**?

() Sim () Não

• **Gênero**

Sexo masculino?

() Sim () Não

Critérios de pontuação para a população geral:

- Baixo risco de apneia obstrutiva do sono (AOS): Sim para 0-2 questões
- Intermediário risco de AOS: Sim para 3-4 questões
- Alto risco de AOS: Sim para 5-8 questões

ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + gênero masculino

ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + IMC > 35 kg/m²

ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + circunferência cervical ≥ 43 cm para homens ou ≥ 41 cm para mulheres



REFERÊNCIAS

SIH T. et al . XI Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO (Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology), 2006.

SOLÉ, D.; SAKANO, E.. (coord.). III Consenso Brasileiro sobre Rinites – 2012. Jornal Brasileiro de Otorrinolaringologia. v.75, n.6, São Paulo, nov/dez 2012. ANSELMO-LIMA W. T.; SAKANO, E. (coord.). Rinossinusites: evidências e experiências – Braz.J. Otorhinolaryngol. n. 1, supl. 1, S1-S49; 2015. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA.

Suplemento – Distúrbios respiratórios do sono. J Bras Pneumol, v.36, supl. 2, 2010.

KOZOROSKI, K. A. M. K. et al. Diagnóstico e tratamento das principais síndromes vestibulares. Arq Neuropsiquiatr, v.63, n.1, p.140-144. 2005. CIELO, C. A. et al. Lesões Organofuncionais do Tipo Nódulos, Pólipos E Edema De Reinke, Rev.

CEFAC, v. 13, n.4, p.735-748. São Paulo, Jul-Ago 2011;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

14

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO PEQUENAS CIRURGIAS

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

Página

CONSIDERAÇÕES INICIAIS		3
EXCLUSÕES		4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS		5
1	SUSPEITA DE CÂNCER DE PELE (CBC, CEC, MELANOMA)	6
2	LESÕES MELANOCÍTICAS COM ALTERAÇÃO RECENTE DAS CARACTERÍSTICAS	
3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	
4	ONICOCRIPTOSE (UNHA ENCRAVADA)	
5	NEVUS	
6	CALOSIDADES	7
7	CISTOS SEBÁCEOS	
8	VERRUGAS	
9	LIPOMAS	
10	FIBROMAS MOLES	
11	ACROCÓRDONS	
REFERÊNCIAS		8



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Ambulatório de Pequenas Cirurgias do Centro de Especialidades Médicas é destinado ao atendimento de patologias que requerem pequenos procedimentos dermatológicos com anestesia local: exérese, biópsias, etc.

Quando há dúvida quanto à necessidade de procedimento cirúrgico, o paciente deverá ser encaminhado ao Ambulatório de Dermatologia, conforme protocolo de encaminhamentos da especialidade.

Obrigatório para todos os encaminhamentos:

- descrição da história clínica;
- informar comorbidades;
- descrição da(s) lesão(ões): número das lesões, dimensões, características;
- justificativa clínica para o encaminhamento.

O Ambulatório de Pequenas Cirurgias do Centro de Especialidades Médicas não é destinado para procedimentos com finalidades estéticas.

Não há necessidade de exames complementares ou pré-operatórios.



EXCLUSÕES E ORIENTAÇÕES PARA DIRECIONAMENTO:

- **Linfonodomegalias:** Avaliação inicial na Atenção Básica (ver anexo). Proceder à propedêutica de investigação clínica (laboratorial, imagem), de acordo com as características dos linfonodos e sinais e sintomas sistêmicos do paciente (linfonodomegalia infecciosa, reacional, neoplásica, etc). Encaminhamentos erroneamente realizados podem atrasar a investigação. Se houver indicação de biópsia excisional: Direcionar à Cirurgia Geral.
- **Lesões superficiais maiores que 5 cm de diâmetro:**(exemplo: lipomas gigantes) encaminhar à Cirurgia Geral.
- **Cicatrizes hipertróficas extensas:** Encaminhar à Cirurgia Geral.
- **Cisto pilonidal com localização sacrococcígea:** Encaminhar à Cirurgia Geral.
- **Quelóides pequenos(até 2 cm):** Encaminhar ao Ambulatório de Dermatologia (ver no protocolo da especialidade as condições para encaminhamento).
- **Abscessos cutâneos:** Resolução na Atenção básica ou direcionar para UPA municipal.
- **Paroníquia aguda:** Proceder ao tratamento da infecção aguda na Atenção Básica.
- **Cisto sinovial e outras lesões nodulares ou císticas de pé ou mão:** Investigar na atenção básica e indicação cirúrgica, encaminhar à Ortopedia.
- **Exérese e outros procedimentos com finalidade estética:** Apenas encaminhar casos com repercussão social/psicológica importante.
- **Verrugas ano-genitais:** Tratamento na Atenção básica. Casos extensos encaminhar para Ginecologista, Urologista ou Cirurgia geral.
- **Verruga plantar:** Tratamento na Atenção Básica. Casos refratários encaminhar inicialmente para Dermatologia.



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes com necessidades de pequenas intervenções cirúrgicas. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



1. **Suspeita de Câncer de Pele** (CBC, CEC, Melanoma): VERMELHA.

2. **Lesões melanocíticas com alteração recente das características** (com aumento de tamanho, mudança de cor, sangramento, ulceração): VERMELHA.

3. **Retirada de Corpo Estranho** (caco de vidro, farpas de madeira, etc com evolução de dias a semanas): LARANJA.

Observação: casos agudos deverão ser resolvidos na Atenção Básica ou UPA.

4. **Onicocriptose** (unha encravada): LARANJA.

5. **Nevus** (sem anormalidades, porém, com comprometimento funcional ou maiores que 6 mm ou pigmentares palmo-plantar): VERDE.



6. Calosidades (excluído verruga plantar, para desbastamento e exérese): VERDE.

7. Cistos Sebáceos: VERDE. Observação: tratar processo inflamatório antes na Atenção Básica.

8. Verrugas: VERDE. Observação: encaminhar somente os casos refratários ao tratamento inicial usual, conforme orientado no protocolo de encaminhamentos à Dermatologia.

9. Lipomas (tamanho até 5 cm): VERDE.

10. Fibromas Moles: VERDE.

11. Acrocórdons: AZUL.



REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Procedimentos. Cadernos de Atenção Primária, n. 30, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, p 13-50, 2011.

BROETO, J. et al. Tratamento cirúrgico dos carcinomas basocelular e espinocelular: experiência dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo. v. 27, n.4; p. 527-530, 2012.

TAMEGA, A. A. et al. Associação entre acrocórdons e resistência à insulina. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro. v. 85, n.1; p 25-31, 2010.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

15

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO PNEUMOLOGIA (ADULTO)

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	Página
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
CLASSIFICAÇÃO HABITUAL	5
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	6
1 HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (HAP)	7
2 DOENÇAS INTERSTICIAIS PULMONARES	8
3 NÓDULOS PULMONARES	9
4 IMAGENS RADIOLÓGICAS PERSISTENTES (NÃO NODULARES)	10
5 DOENÇAS OCUPACIONAIS PULMONARES	11
6 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)	12
7 TOSSE CRÔNICA	13
8 DERRAME PLEURAL SUBAGUDO OU CRÔNICO DE ORIGEM A ESCLARECER	14
9 ASMA	15
10 INFECÇÕES FÚNGICAS PULMONARES	16
11 AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA PNEUMOLÓGICA	17
12 RONCO E APNEIA DO SONO	18
ANEXO	19 ao 24



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encaminhar pacientes com idade de 13 anos e 11 meses.

O paciente encaminhado à especialidade Pneumologia deverá ter assegurado acompanhamento regular na unidade de origem, enquanto aguarda a primeira consulta.

Enviar relatório(s) médico(s) de internação(ões) recente(s), se os tiver, bem como de acompanhamento prévio da especialidade.

Pneumologia, se for o caso de transferência de outro serviço.

Obrigatório a todos os encaminhamentos:

- História clínica detalhada, relatando queixas e sintomas, fatores de risco, antecedentes pessoais e familiares pertinentes ao quadro;
- Exame físico detalhado, assinalando as principais alterações que justifiquem o encaminhamento;
- Informar comorbidades e medicamentos em uso;
- Justificar a solicitação de avaliação com a especialidade Pneumologia;
- Hipótese Diagnóstica e CID;



EXCLUSÕES

- Exacerbações (agudizações) respiratórias de casos crônicos (taquipneia ou taquidispneia, cianose ou palidez de extremidades ou generalizadas, associados ou não a alteração aguda do comportamento, hipoatividade, sonolência ou agitação): direcionar ao Serviço de Urgência/Emergência de referência;
- Pacientes com fibrose cística já diagnosticada: encaminhar ao serviço terciário, através da Regulação / DRS 7.
- Pacientes com diagnóstico de tuberculose pulmonar: deverão manter-se em tratamento com o médico na UBS de origem (exceto pacientes com casos atípicos/refratários, que deverão ser encaminhados ao Pneumologista, com justificativa).
- Tabagismo: pacientes pessoalmente motivados a parar de fumar, direcionar ao Grupo de Tabagismo da UBS de origem, para tratamento multidisciplinar e medicamentoso.



CLASSIFICAÇÃO HABITUAL

Classificar de acordo com a frequência de sintomas respiratórios: tosse, dispneia objetiva, sibilância ou hipersecreção pulmonar. Considerar, quando possível, alterações da espirometria e da saturação de ar (ambiente).

VERMELHA:

- Sintomas respiratórios diários ou quase diários nos últimos dois meses.
- Internação em UTI no último mês ou 2 internações nos últimos 3 meses.

LARANJA: Sintomas respiratórios em frequência de 1 a 2 vezes por mês, com intervalo assintomático.

VERDE: Sintomas respiratórios com intervalo médio de 2 meses assintomático.

AZUL: Assintomático, ou oligossintomático, mas necessita de avaliação do especialista.



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Pneumologia. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



1- HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (HAP):

Classificação de acordo com os sintomas.

Motivo para encaminhamento:

- Pacientes com fatores de risco e quadro clínico sugestivo*.
- Alterações suspeitas ao ecocardiograma.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: Ver fatores de risco para HAP e quadro clínico no ANEXO.

Exames complementares necessários: *RX de Tórax (AP e perfil), ou outro exame que gerou o encaminhamento, se o tiver.*



2- DOENÇAS INTERSTICIAIS PULMONARES:

Classificação de risco de acordo com os sintomas.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sintomas pulmonares crônicos com piora progressiva (dispneia, tosse, sibilância), associados a imagens radiológicas pulmonares de padrão intersticial persistentes .

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: ver comentários sobre características radiológicas no ANEXO

Exames complementares necessários:

- *RX de Tórax - AP e perfil, (ou outro exame que gerou o encaminhamento, se o tiver). Não há necessidade de Laudo. Espirometria.*
- *Hemograma.*
- *Teste rápido de HIV.*



3- NÓDULOS PULMONARES:

VERMELHA: Nódulo com tamanho igual ou maior que 2 cm Nódulo menor que 2 cm, com características malignas.

LARANJA: Nódulo >1 cm e < 2 cm, características benignas.

VERDE: Nódulo até 1 cm, características benignas, pacientes assintomáticos.

AZUL: Micronódulos(um ou múltiplos) calcificados em pacientes assintomáticos.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com achados de lesões nodulares em exames de imagem, sintomáticos ou não.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Exames complementares necessários: *Exame de imagem que gerou a suspeita.*



4 - IMAGENS RADIOLÓGICAS PERSISTENTES (NÃO NODULARES):

VERMELHA.

Motivo para encaminhamento:

- Pacientes pós-tratamento para pneumonia, com imagem radiológica persistente após 4 semanas do término do tratamento.
- Pacientes assintomáticos com achado de imagem radiológica torácica.
- Pacientes com suspeita de atelectasia pulmonar recente. Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observações:

- Pacientes com atelectasia pós-pneumonia: encaminhar também à fisioterapia respiratória, com prioridade.
- Cavitações - investigar tuberculose na Atenção Básica

Exames complementares necessários: Exame de imagem que gerou a suspeita.



5- DOENÇAS OCUPACIONAIS PULMONARES:

Classificação de risco de acordo com os sintomas.

Motivo para encaminhamento: Suspeita de exposição a agentes encontrados no ambiente de trabalho (vide ANEXO).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: Encaminhar o paciente também para medicina do trabalho.

Exames complementares necessários: *RX de Tórax - AP e perfil (ou outro exame que gerou o encaminhamento, se o tiver).*



6- DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC):

Classificação de risco de acordo com os sintomas.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com histórico de tabagismo e com sintomas respiratórios crônicos (tosse produtiva diária ou intermitente, dispneia com piora progressiva e sinais obstrução crônica do fluxo aéreo, não reversível com uso de medicações beta-2 agonistas).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observação: São fatores de risco associados à DPOC:

- Externos: tabagismo, poeira ocupacional, fumaça de lenha;
- Individual: deficiência de alfa-1 antitripsina.

Importante:

- O médico assistente do paciente na Atenção Básica deverá ficar atento aos diagnósticos diferenciais para DPOC: Asma brônquica, bronquiectasias, tuberculose, insuficiência cardíaca congestiva (ICC).
- Os pacientes devem ser encaminhados para confirmação diagnóstica e mudança terapêutica. O seguimento e renovação de medicamentos e reavaliação clínica dos casos compensados poderá ser realizado na UBS., mediante contra referência do especialista.

Exames complementares necessários: *RX de tórax (AP e perfil) recente (e todos os que tiver), Hemograma Completo e espirometria.*



7- TOSSE CRÔNICA: LARANJA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sintomas contínuos de tosse há mais de 4 semanas, após investigar e afastar as causas mais comuns (infecções de vias aéreas superiores e uso de inibidores de ECA, Doença do Refluxo Gastroesofágico, rinite alérgica).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: O médico assistente do paciente na UBS deverá proceder à triagem para tuberculose em pacientes com tosse crônica, bem como em seus contactantes, antes de encaminhar à Pneumologia. Em caso positivo para tuberculose, manter acompanhamento na Atenção Básica (UBS), com o médico de referência.

Exames complementares necessários: *RX de tórax (AP e perfil) recente, (e todos os que tiver) e Pesquisa de BK no escarro (2 amostras).*



8- DERRAME PLEURAL SUBAGUDO OU CRÔNICO DE ORIGEM A ESCLARECER:

Classificação de risco de acordo com os sintomas.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com derrame pleural de evolução sub-aguda ou crônica evidenciado por exames de imagem (RX de tórax, ultrassom ou tomografia computadorizada), com suspeita de doença de base pulmonar, para elucidação diagnóstica.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante:

- Não encaminhar ao Centro de Especialidades pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, com insuficiência respiratória ou com descompensação sistêmica: direcionar ao serviço de urgência/emergência de referência.
- Pacientes com derrame pleural associado a sintomas como febre, prostração, dispneia, taquipneia, cianose ou palidez devem ser prontamente direcionados ao serviço de urgência/emergência de referência.
- Ver diagnósticos diferenciais no ANEXO.

Exames complementares necessários: *RX de Tórax - AP e perfil, (ou outro exame que gerou o encaminhamento, se o tiver).*



9 - ASMA:

Classificação de risco de acordo com os sintomas.

Motivo para encaminhamento:

- Paciente com diagnóstico prévio de asma, não controlada, a despeito do tratamento instituído na Atenção Básica (ver ANEXO).
- Pacientes com diagnóstico prévio de asma e presença de fatores de risco para má evolução do quadro (ver ANEXO).
- Pacientes com dúvidas diagnósticas quanto a asma (ver ANEXO). Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observação:

- Pacientes já com diagnóstico e estáveis clinicamente devem manter o seguimento APENAS na UBS.
- Informar sobre investigação/tratamento para parasitose intestinal.
- Ver diagnósticos diferenciais em asma no adulto no ANEXO.

Exames complementares necessários:

- *RX de tórax (AP e perfil) recente (e todos os que tiver) ou outro exame de imagem;*
- *Espirometria,*
- *IgE total,*
- *Hemograma;*



10 - INFECÇÕES FÚNGICAS PULMONARES:

Classificação de risco de acordo com os sintomas.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com fatores de risco, história clínica e sinais radiológicos associados, que levem à suspeita de infecção fúngica pulmonar(ver anexo).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante*: As principais infecções fúngicas pulmonares são a histoplasmose, coccidioidomicose, a paracoccidioideomicose (ou blastomicose) e a aspergillose. São patologias que se caracterizam pela variedade de manifestações clínicas.

Exames complementares necessários:

- *RX de Tórax (AP e perfil), ou outro exame que gerou o encaminhamento, se o tiver.*
- *Teste rápido de HIV.*



11- AVALIAÇÃO PRÉ - OPERATÓRIA PNEUMOLÓGICA:

Classificação de risco de acordo com a data de agendamento da cirurgia.

Motivo para encaminhamento: Pacientes que possuem solicitação de avaliação pré cirúrgica com a especialidade pelo Serviço que realizará a cirurgia.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: Pacientes com doenças pulmonares crônicas que fazem acompanhamentos em outros serviços devem ser direcionados a realizar avaliação pneumológica pré-operatória no Serviço em que acompanham.

Exames complementares necessários: *RX de tórax - AP e perfil, (recente e todos os que tiver) ou exame que gerou o encaminhamento.*



12- RONCO E APNEIA DO SONO.

VERDE: Risco alto para apneia.

AZUL: Risco intermediário para apneia.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com risco intermediário ou alto para apneia do sono, segundo o questionário STOP- bang (ver ANEXO).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante:

- Realizar diagnóstico diferencial antes de encaminhar;
- Realizar medidas pertinentes à Atenção Básica(Perda de peso, etc);

Não há exames complementares necessários.



ANEXO

HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (HAP)

São fatores de risco para hipertensão pulmonar:

- História familiar de hipertensão pulmonar;
- Associação a uso crônico de drogas ilícitas (metanfetaminas, cocaína) e medicamentos (aminorex, fenfluramina e dexfenfluramina, óleo de colza, anfetaminas, triptofano);
- Diagnóstico de: Doenças do tecido conjuntivo (esclerose sistêmica, Lupus Eritematoso Sistêmico, artrite reumatoide) AIDS, hipertensão portal, esquistossomose, anemia hemolítica crônica ou doenças cardíacas congênitas;
- Associação a doença cardíaca esquerda (atrial, ventricular ou valvular);
- Associação a doença pulmonar ou hipoxemia crônica (DPOC, SAOS, hipoventilação alveolar);
- Associação com doença trombotica ou embólica crônica;
- Associação a sarcoidose, histiocitose ou compressão de vasos por gânglios ou tumores.

O quadro clínico de um paciente com hipertensão pulmonar é bastante variável de acordo com o estágio da doença. Os principais sintomas e sinais são: dispnéia, cansaço, fadiga, vertigem, limitação para atividades diárias, dor precordial e torácica, síncope, cianose e hemoptise. Ao exame físico, pode-se encontrar: hiperfonese da 2ª bulha (B2) e impulsão sistólica no 2º espaço intercostal esquerdo. Podem ser observadas também: estase jugular, sopro de insuficiência tricúspide e pulmonar.

A cianose pode ser vista tardiamente, em geral secundária abaixo débito cardíaco e vasoconstrição periférica, ou na presença de forame oval patente (FOP), cardiopatias com shunt E, microfístulas arteriovenosas pulmonares, distúrbios ventilação-perfusão por doenças dos vasos ou parênquima pulmonar e, menos frequentemente, doenças hipoventilatórias.

DOENÇAS INTERSTICIAIS PULMONARES

A depender da doença englobada no grupo das doenças pulmonares intersticiais, poderá haver predominância dos achados radiológicos nos lobos superiores ou inferiores, bem como ocorrer outros achados radiológicos inespecíficos (redução volumétrica, adenomegalias hilares e mediastinais, derrames pleurais e placas pleurais).

Eventualmente, o RX de tórax de um paciente com doença intersticial pulmonar pode ser normal, a depender da fase evolutiva da doença.

Desta forma, diante de sintomas respiratórios crônicos, é importante a investigação detalhada de histórico ocupacional, tabagismo, DRGE, uso de fármacos (amiodarona, minociclina, nitrofurantoína, bleomicina, metotrexato), histórico familiar de doença intersticial pulmonar e presença de doenças sistêmicas (colagenoses).



DOENÇAS OCUPACIONAIS PULMONARES

Quando suspeitar:

- Pacientes com sintomas pulmonares crônicos com piora progressiva (dispneia, tosse, sibilância), com imagens radiológicas persistentes de alterações pulmonares e histórico consistente de exposição ocupacional a sílica, asbesto, carvão, poeira mista, talco, ferro, estanho, abrasivos, berílio (protéticos dentários) ou mofo (trabalhadores rurais ou de transporte, em contato com feno, palha ou ração mofados).
- Pacientes assintomáticos, com exposição ocupacional a algum agente descrito acima e alterações radiológicas sugestivas e/ou espirometria alterada.

DERRAME PLEURAL SUBAGUDO OU CRÔNICO DE ORIGEM A ESCLARECER: DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS.

O médico assistente do paciente na UBS deve proceder à máxima investigação clínica para elucidação diagnóstica do derrame pleural de evolução subaguda ou crônica. Tal investigação é importante, inclusive, para direcionar à Especialidade adequada em tempo hábil. Dentre as principais causas de derrame pleural subagudo ou crônico, temos:

- Neoplasia primária ou metastática;
- Insuficiência cardíaca congestiva;
- Tuberculose pleural;
- Embolia pulmonar;
- Embolia pulmonar;
- Síndrome nefrótica;
- Pancreatite;
- Cirrose hepática;
- Pleurite urêmica;
- Desnutrição;
- Colagenoses (artrite reumatóide e lupus eritematoso sistêmico);
- Enteropatia perdedora de proteínas;



ASMA

São manifestações que sugerem o diagnóstico de asma:

- Variabilidade dos sintomas;
- O desencadeamento de sintomas por irritantes inespecíficos (como fumaças, odores fortes e exercício) ou por aeroalérgenos (como ácaros e fungos);
- A piora dos sintomas à noite e a melhora espontânea ou após o uso de medicações específicas para asma.

Diagnósticos diferenciais da asma em adultos:

- Rinossinusite;
- Síndrome de hiperventilação alveolar e síndrome do pânico;
- Obstrução de vias aéreas superiores (neoplasias e aspiração de corpo estranho);
- Disfunção das cordas vocais;

DPOC E OUTRAS DOENÇAS OBSTRUTIVAS DAS VIAS AÉREAS INFERIORES (BRONQUIOLITES, BRONQUIECTASIAS E FIBROSE CÍSTICA).

- Doenças difusas do parênquima pulmonar;
- Insuficiência cardíaca diastólica e sistólica;
- Doenças da circulação pulmonar (hipertensão e embolia).

Fatores de risco associados com o aumento de eventos adversos no futuro:

- Mau controle clínico (idas recorrentes PS, internações, procuras recorrentes UBS);
- Exacerbações frequentes no último ano;
- A admissão prévia em UTI;
- Baixo VEF1;
- Tabagismo ou constante exposição à fumaça do tabaco;
- Necessidade de usar medicação em altas dosagens.



CLASSIFICAÇÃO DA ASMA, DE ACORDO COM SEU NÍVEL DE CONTROLE¹ (PREFERENCIALMENTE NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS):

Parâmetros	Asma controlada (todos os parâmetros mais abaixo)	Asma Parcialmente controlada (um ou dois parâmetros abaixo)	Asma não controlada (3 ou mais parâmetros abaixo)
Sintomas diurnos	Nenhum ou ≤ 2 por semana	Três ou mais por semana	Três ou mais por semana
Limitação de atividades	Nenhuma	Qualquer	Qualquer
Sintomas/despertares noturnos	Nenhuma	Qualquer	Qualquer
Necessidade de medicação de alívio	Nenhuma ou ≤ 2 por semana	Três ou mais por semana	Três ou mais por semana
Função pulmonar (PFE ou VEF1)	Normal	$< 80\%$ predito ou do melhor prévio, se conhecido)	$< 80\%$ predito ou do melhor prévio, se conhecido)

Por definição, uma exacerbação em qualquer semana é indicativa de asma não controlada. Qualquer exacerbação é indicativa da necessidade de revisão do tratamento de manutenção. ²Valores pré- broncodilatador sob o uso da medicação controladora atual. ³Não aplicável na avaliação do controle da asma em crianças menores de cinco anos. Adaptado de Global Initiative for Asthma e Pedersen et al. (adaptado de Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma - J BrasPneumol. 2012;38 (supl.1):S1-S46)



INFECÇÕES FÚNGICAS PULMONARES

Fatores de risco para o desenvolvimento de infecções fúngicas pulmonares:

- Uso de drogas supressoras do sistema imune: quimioterapia, corticoterapia sistêmica por tempo prolongado ou outras drogas imunossupressoras;
- Algumas patologias crônicas, tais como: AIDS, insuficiência renal, diabetes, doenças pulmonares crônicas;

Outras condições:

- Leucemia, Linfomas;
- Tabagismo;
- Ocupação (lavradores, escavadores): blastomicose, histoplasmose;
- Contato com dejetos de aves e morcegos: histoplasmose;
- Domicílio ou trabalho em ambientes úmidos: aspergilose.

As manifestações clínicas das doenças fúngicas podem ser sistêmicas ou localizadas (pulmões ou outros órgãos).

Podem apresentar-se em formas que variam de oligossintomáticas (febre, calafrios, sudorese noturna, mal-estar, sudorese noturna, anorexia) a manifestações graves.

As manifestações mais comuns geralmente evoluem lentamente para a forma crônica e muitas vezes o paciente acaba demorando anos para buscar atendimento médico. Frequentemente ocorre o acometimento de cadeias de linfonodos regionais.

Algumas doenças fúngicas têm manifestações extra-pulmonares características, como meningite (criptococose), doença hepática (histoplasmose) e lesões cutâneas (blastomicose).

Infecções fúngicas pulmonares são de ocorrência pouco frequente e são mais prevalentes em determinadas regiões, como forma endêmica.

As alterações radiológicas frequentes nas principais infecções fúngicas são:

- Blastomicose Sul-americana (paracoccidioidomicose): infiltrado retículo-nodular difusobilateral, com predomínio em campos médios. Pode ocorrer reação pleural, enfartamento ganglionar hilar e cavidades;
- Histoplasmose: alterações intersticiais difusas com micronódulos, ou padrão miliar ou infiltrados alveolares. Pode ocorrer linfonodomegalia hilar ou mediastinal;
- Coccidioidomicose: a apresentação radiológica varia desde infiltrados alveolares ou reticulonodulares, com ou sem derrame pleural, até múltiplas cavidades, podendo haver complicações como empiema e fístulas broncopleurais;
- Aspergilose: alterações inespecíficas (como infiltrados, atelectasia brônquica e fibrose) e presença de bola fúngica, ou aspergiloma (colonização fúngica de lesões pulmonares sequelares de outras doenças, como tuberculose ou bronquiectasias).



Ronco e apneia do sono

QUESTIONÁRIO STOP-bang (versão final do questionário STOP-Bang para uso no Brasil).

http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v42n4/pt_1806-3713-jbpneu-42-04-00266.pdf

Roncos ?

Você ronca alto (alto o bastante para ser ouvido através de portas fechadas ou seu parceiro cutuca você por roncar à noite)?

() Sim () Não

Fatigado ?

Você frequentemente sente-se cansado, fatigado ou sonolento durante o dia (por exemplo, adormecendo enquanto dirige)?

() Sim () Não

Observado ?

Alguém já observou você parar de respirar ou engasgando/sufocando durante o sono ?

() Sim () Não

Pressão ?

Você tem ou está sendo tratado por pressão alta? () Sim () Não

Obesidade com índice de massa corporal (IMC) maior que 35 kg/m² ?

Índice de massa corporal (IMC) maior que 35 kg/m²? () Sim () Não

Idade maior que 50 anos ?

() Sim () Não

Circunferência de Pescoço (medida na altura do "pomo-de-adão")

Para homens: circunferência cervical, maior ou igual a 43 cm.

Para mulheres: circunferência cervical maior ou igual a 41 cm.

() Sim () Não

Gênero Sexo masculino ?

() Sim () Não

Critérios de pontuação para a população geral:

- Baixo risco de apneia obstrutiva do sono (AOS): Sim para 0-2 questões
- Intermediário risco de AOS: Sim para 3-4 questões
- Alto risco de AOS: Sim para 5-8 questões

Ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + gênero masculino ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + IMC > 35 kg/m²

Ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + circunferência cervical ≥ 43 cm para homens ou ≥ 41 cm para mulheres.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

16

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO PROCTOLOGIA

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	Página
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	5
1 HEMORRÓIDAS	6
2 PROCIDÊNCIA / PROLAPSO RETAL	7
3 FISSURA ANAL	8
4 FÍSTULA ANORRETAL	9
5 DOR ANAL CRÔNICA	10
6 PRURIDO ANAL	11
7 DOENÇA DIVERTICULAR	12
8 PÓLIPOS COLÔNICOS	13
9 POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR	14
10 DOENÇAS INFLAMATÓRIAS CRÔNICAS INTESTINAIS	15
11 ALTERAÇÃO RECENTE DO HÁBITO INTESTINAL	16
12 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA DE DIFÍCIL CONTROLE	17
ANEXO	18 - 19
REFERÊNCIAS	20



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encaminhar pacientes adultos e crianças acima de 14 anos.

Comunicar claramente ao paciente o motivo pelo qual está sendo encaminhado à especialidade.

O paciente encaminhado à especialidade Proctologia deverá ter assegurado acompanhamento regular na unidade de origem, enquanto aguarda a primeira consulta e os exames solicitados pela especialidade.

Como conduta preliminar, previamente ao encaminhamento à especialidade Proctologia, o médico da Assistência Básica deverá:

- a) Avaliar hábitos alimentares como causas de alterações trato gastrointestinal (dieta pobre em fibra, intolerância lactose, excesso de cafeína, álcool, gordura, etc).
- b) Investigar parasitose intestinal e/ ou avaliar tratamento empírico a todos os pacientes com queixas clínicas de trato gastrointestinal (dispepsia, dor abdominal, diarreia, constipação, sangue nas fezes, dor ou prurido anal, etc).

Obrigatório a todos os encaminhamentos:

- História Clínica sucinta.
- Dados relevantes do exame físico.
- Informações de comorbidades.
- Informações sobre tratamentos já realizados.
- Informar investigação e/ou tratamento para parasitose intestinal.
- Informações sobre resultados dos exames complementares solicitados por este protocolo e outros relevantes, se os tiver (ou anexar cópias dos mesmos).
- Hipótese diagnóstica e CID 10.
- Dados de identificação do paciente e idade do paciente. Identificação do médico que está encaminhando.



EXCLUSÕES

- Quadros de dor abdominal aguda: Histórias de curta duração (1-5 dias) que necessitem descartar patologia cirúrgica aguda ou internação devem ser direcionadas ao serviço de Urgência/Emergência de referência.
- Abscesso perianal: Encaminhar ao Pronto Socorro, para avaliação cirúrgica de emergência.
- Trombose hemorroidária: tratamento na UPA ou PS
- Pacientes clinicamente descompensados (hemorragia digestiva aguda alta ou baixa, dispneia, disfagia extrema): Deverão ser direcionados ao Serviço de Urgência/Emergência de referência. Após compensação do quadro clínico, deverão ser encaminhados à especialidade.



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Proctologia. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



1 - HEMORRÓIDAS: VERDE.

Motivo para encaminhamento: Somente pacientes com queixa clínica persistente (em qualquer grau), que não melhoram após tratamento inicial*.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Ver no ANEXO orientações para tratamento na Atenção Básica. É imperioso proceder ao exame físico da região anal nestes casos.

Exames complementares necessários: *não há exigência.*



2 - PROCIDÊNCIA/PROLAPSO RETAL: LARANJA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com histórico de recorrência de procidência ou prolapso retal.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Prolapso é a protrusão completa ou parcial do orifício anal, podendo ser aparente ou oculta. O segmento protruso pode ser constituído somente pela mucosa (prolapso mucoso), ou por todas as capas do intestino (procidência). O diagnóstico é essencialmente clínico.

Importante:

- O médico da UBS deverá proceder a orientações e acompanhamento semelhantes ao item 1 (hemorróida).
- Se a procidência ou prolapso for aguda e não redutível, encaminhar ao Serviço de Urgência/Emergência de referência.
- Tratar parasitose intestinal

Exames complementares necessários: *não há exigência.*



3- FISSURA ANAL: VERDE.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com história de dificuldade e dor à evacuação, presença de sangue vivo nas fezes em pequena quantidade e que apresente, ao exame físico, úlcera linear da pele que recobre o canal anal, estendendo-se da linha pectínea até a área anocutânea, geralmente localizada na comissura posterior da linha média*.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observações: ver no Anexo características clínicas das fissuras.

Importante: É imperioso proceder ao exame físico da região anal nestes casos. O médico da Atenção Básica deverá orientar tratamento clínico com alimentação rica em fibras e aumento da ingestão de água.

Exames complementares necessários: *não há exigência.*



4 - FÍSTULA ANORRETAL: LARANJA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com queixa de presença permanente ou intermitente de secreção anal (purulenta, serosa ou sanguinolenta), frequentemente associada à dor e prurido anal.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação:

- A fístula anorretal é um pertuito com infecção crônica, ligando duas superfícies com revestimento epitelial.
- À inspeção, observa-se orifício externo na margem anal, com tecido de granulação em seu interior, podendo drenar ou não secreção.
-

Importante: É imperioso proceder ao exame físico da região anal nestes casos.

Exames complementares necessários: *não há exigência.*



5 - DOR ANAL CRÔNICA:

Com sintomas sistêmicos: VERMELHO.

Sem sintomas sistêmicos: VERDE (tenesmo).

Motivo para encaminhamento: Persistência do sintoma após investigação e tratamento para verminose e orientações de higiene.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: É imperioso proceder ao exame físico da região anal nestes casos.

Exames complementares necessários:

- *Protoparasitológico;*
- *Pesquisa de sangue oculto nas fezes;*



6 – PRURIDO ANAL: AZUL.

Motivo para encaminhamento: Persistência do sintoma após investigação e tratamento para verminose e orientações de higiene.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante:

- É imperioso proceder ao exame físico da região anal nestes casos.
- O médico da UBS/USF deverá proceder às mesmas orientações do item 27 (hemorróida), fazer investigação com exame protoparasitológico.
- Realizar o tratamento empírico para verminose(obrigatório).
- Excluir causas dermatológicas ou psiquiátricas.

Exames complementares necessários: *Protoparasitológico.*



7- DOENÇA DIVERTICULAR: VERDE.

Motivo para encaminhamento: pacientes que com evolução atípica e muito sintomáticos.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Pacientes com sintomas de diverticulite AGUDA encaminhar ao Pronto Socorro.

Exames Complementares Necessários: *exame de imagem que gerou o encaminhamento.*



8- PÓLIPOS COLÔNICOS:

Com sintomatologia: VERMELHA.

Sem sintomatologia: LARANJA .

Motivo para encaminhamento: Encaminhar todos os pacientes com antecedente familiar de primeiro grau de pólipos colônicos (a partir dos 14 anos).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames Complementares Necessários: *pesquisa de sangue oculto, exame de imagem que gerou o encaminhamento.*



9- POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: LARANJA.

Motivo para encaminhamento: Encaminhar todos os pacientes com história familiar de polipose adenomatosa intestinal (parentes de primeiro grau, a partir de 14 anos).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante:

- Estudos têm afirmado a existências de pólipos por pelo menos uma década antes do aparecimento dos sintomas e estes pólipos progridem para câncer colorretal até 35-40 anos de idade, se não forem tratados adequadamente, o que justifica a investigação precoce dos familiares de pacientes acometidos pela doença.
- Pacientes com manchas azuladas nos lábios devem ser suspeitados como portadores da síndrome e encaminhados para o gastroenterologista.

Exames Complementares Necessários: pesquisa de sangue oculto nas fezes.



10 - DOENÇAS INFLAMATÓRIAS CRÔNICAS INTESTINAIS: LARANJA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com história de dor abdominal recorrente e intensa, emagrecimento significativo, febre, tenesmo, diarreia crônica, presença de sangue nas fezes, anemia, fístulas intestinais.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Avaliar necessidade de tratamento empírico para verminoses, conforme orientado nas Considerações Iniciais.

Exames Complementares Necessários:

VHS;

PCR;

Protoparasitológico

Pesquisa de sangue oculto nas fezes;

Ultra-som abdominal;



11- ALTERAÇÃO RECENTE DO HÁBITO INTESTINAL: VERMELHA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com história consistente e persistente (mais de 30 dias) de alteração do hábito de evacuação (constipação ou diarreia).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: O início abrupto da constipação intestinal, principalmente em pacientes com 50 anos de idade ou mais, pode ser sintoma de alguma doença orgânica, sendo o câncer de cólon a mais séria, justificando uma investigação.

Exames Complementares Necessários:

- *Hemograma;*
- *Urina 1;*
- *Protoparasitológico;*
- *Pesquisa de sangue oculto nas fezes;*
- *Ultra-som abdominal;*



12 - CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA DE DIFÍCIL CONTROLE: VERDE.

Motivos para encaminhamento: Encaminhar somente casos refratários ao tratamento clínico inicial. Pacientes com sintomatologia crônica de constipação intestinal, caracterizada pela diminuição da frequência das evacuações (menos de três evacuações por semana), que não respondem ao tratamento clínico (orientações no ANEXO) , após acompanhamento efetivo pela Atenção Básica.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Na investigação da etiologia da constipação, o médico assistente do paciente na Atenção Básica deverá proceder à investigação e tratamento das causas orgânicas.

Exames complementares necessários:

- *Hemograma;*
- *Protoparasitológico;*
- *Pesquisa de sangue oculto nas fezes;*



ANEXO

Orientações para acompanhamento:

O médico assistente do paciente na UBS deverá instituir tratamento clínico usual e reavaliar o paciente em 4 semanas, certificando-se da adesão ao tratamento. Se na reavaliação, constatar que houve melhora significativa ou remissão dos sintomas, manter o tratamento por mais 2 meses, no mínimo, reavaliando-o ao final do tratamento. Se a evolução for para cura dos sintomas, manter o acompanhamento na Atenção Básica, com orientações de medidas comportamentais de controle e/ou higienodietéticas.

Constipação Intestinal Crônica

A constipação pode ocorrer como resultado do consumo insuficiente de fibras e líquidos, de condições relacionadas ao sedentarismo ou do uso de alguns medicamentos.

Na investigação da etiologia da constipação, o médico assistente do paciente na Assistência Básica deverá proceder à investigação e tratamento das causas orgânicas.

Pode também ser decorrente de causas orgânicas (distúrbios metabólicos, doenças neurológicas, transtornos psiquiátricos, uso de medicamentos), de anomalias estruturais do cólon, reto e ânus ou, ainda de distúrbios funcionais do intestino (inércia colônica, síndrome do intestino irritável e disfunção do assoalho pélvico).

Em se tratando de constipação funcional ou suspeita de alterações estruturais de TGI, o médico assistente do paciente na UBS deverá instituir tratamento clínico, incluindo:

- Medidas dietéticas: aumentar ingestão de fibras e água. Encaminhar antes à Nutricionista, se disponível.
- Comportamentais: iniciar caminhadas ou outra atividade física, não adiar a evacuação.
- Medicamentos com fibras.



Sinais Clínicos de alarme em portadores de sintomas gastrointestinais	
--	--

- | | |
|----|--|
| 1. | Perda de peso documentada |
| 2. | Sintomas noturnos |
| 3. | Historia familiar de câncer de cólon |
| 4. | Sangue misturado nas fezes |
| 5. | Uso recente de antibiótico |
| 6. | Anormalidades relevantes ao exame físico |
| 7. | Idade > 50 anos |
| 8. | Início recente de sintomas |
| 9. | Sexo masculino |

Hemorróidas

O médico da UBS deverá proceder às seguintes orientações iniciais, reavaliando-o em 6 a 8 semanas:

- Cuidados semelhantes aos de constipação intestinal (item 16).
- Cuidados de higiene local (higiene pós-evacuação com água, evitando uso do papel higiênico).
- Banhos de assento com água morna, para alívio da dor.
- Uso de pomada proctológica (anestésica).

Fissura Anal

A localização pode variar, sendo que, muitas vezes uma fissura anterior na linha média é encontrada em mulheres.

A fissura anal aguda é superficial com pequena reação inflamatória ao redor.

A fissura crônica é geralmente profunda, expondo fibras do esfíncter interno na sua base. Está frequentemente associada a plicomas sentinelas, externamente.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rede nacional de câncer familiar:

Manual operacional. Rio de Janeiro: INCA 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Cancer_Familiar_fim.pdf>. Acesso em: agosto de 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: v. 2. Série A. Normas e Manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 371 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada. Proctologia, 1ª edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde, v. 07, 2016. 20 p.

DANI, R.; PASSOS, M. C. F. Gastreenterologia Essencial. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2011. 4025 p.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2013. 1600 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação do Departamento de Apoio à Gestão Central. Central Municipal de Regulação. Diretrizes para o manejo clínico de pessoas com doenças gastrointestinais, 1. ed. São Bernardo do Campo, v. 01, 2014. 18 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Fissura anal: manejo. São Paulo: Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira, 2008. Disponível em: <http://www.projetediretrizes.org.br/8_volume/32-Fissure.pdf>. Acesso em: agosto de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. Hemorróida: manejo não cirúrgico. São Paulo: Projeto Diretrizes/Associação Médica Brasileira, 2006. Disponível em: <http://projetediretrizes.org.br/4_volume/15-Hemorroida.pdf>. Acesso em: agosto de 2016. ZILBERSTEIN, B. et al. Consenso Brasileiro sobre Câncer Gástrico: Diretrizes para o Câncer Gástrico no Brasil. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. São Paulo, v. 26, n. 01, p. 2-6, jan-mar 2013.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

17

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO REUMATOLOGIA

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	5
1 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)	6
2 FEBRE REUMÁTICA/ DOENÇA REUMÁTICA	7
3 ESCLEROSE SISTÊMICA/ESCLERODERMIA	8
4 SÍNDROME DE SJÖGREN	9
5 VASCULITES SISTÊMICAS	10
6 POLIMIOSITE/DERMATOMIOSITE	11
7 ARTRITE REUMATOIDE	12
8 ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)	13
9 GOTA	14
10 OSTEOARTROSE/ ARTROSE/ OSTEOARTRITE	15
11 ESPONDILITE ANQUILOSANTE E OUTRAS ESPONDILOARTROPATIAS	16
12 CONDROCALCINOSE E OUTRAS ARTROPATIAS POR DEPÓSITO DE MICROCRISTAIS	17
13 FIBROMIALGIA	18
14 OSTEOPOROSE	19
ANEXO	20 - 21
REFERÊNCIAS	22



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encaminhar pacientes adultos e crianças.

Obrigatório a todos os encaminhamentos:

- Encaminhar pacientes descrevendo História Clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.
- Relatar dados relevantes do Exame Físico.
- Relatar comorbidades.
- Especificar tratamentos já realizados.
- Informar resultados dos exames complementares solicitados por este protocolo e outros relevantes, se os tiver (ou anexar cópias dos mesmos).



EXCLUSÃO

Pacientes com patologias infecciosas (pioartrites, osteomielites).



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Reumatologia. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



1. LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES):

VERMELHA: sem diagnóstico, com alta suspeita clínica.

VERMELHA : com diagnóstico, porém sem controle clínico adequado.

VERDE: Sem diagnóstico, com baixa suspeita clínica.

VERDE: Com diagnóstico, estável clinicamente.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sinais e sintomas associados de: emagrecimento, febre, rash cutâneo, púrpura, neuropatia, pleurite, pericardite, fenômeno de Raynaud, citopenias, disfunção renal.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: Exame de FAN (Fator anti-nuclear) positivo ISOLADAMENTE, ou seja, sem sinais/sintomas/outras alterações laboratoriais) NÃO devem ser encaminhados para Reumatologia.

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma
- VHS
- PCR
- TSH
- Urina 1
- VDRL
- FAN

Se suspeita de cardite ou pericardite:

- RX de tórax
- Eletrocardiograma

Enviar, se tiver recente (menor que 01 ano): colesterol total e frações, triglicérides (não há necessidade de solicitar para encaminhar).



2 FEBRE REUMÁTICA/ DOENÇA REUMÁTICA:

VERMELHA: suspeita clínica, sem diagnóstico.

LARANJA: com diagnóstico e com complicação.

VERDE: com diagnóstico e sem complicações.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sinais de cardite*, poliartrite migratória, eritema marginado, nódulos subcutâneos de Maynet, Coreia de Sydenhan**, associados com evidência de infecção estreptocócica (grupo A)***.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Observações:

- A faixa etária de ocorrência, em geral, é de pré escolar até 21 anos;
- Pacientes com suspeita de cardite: encaminhar também à Cardiologia Infantil ou Cardiologia, de acordo com as respectivas Especialidades;
- Pacientes com Coreia de Sydenhan: encaminhar também à Neurologia Infantil ou Neurologia, de acordo com Protocolos de Acesso 04 e 11 das respectivas Especialidades;
- A solicitação de Anti Estreptolisina O (ASLO) só se justifica se houver suspeita clínica de Febre Reumática, conforme descrição acima. Da mesma forma, a prescrição de penicilina benzatina (como profilaxia secundária) ou de antiinflamatórios não hormonais (AINE) não deve ser feita enquanto não estiver confirmada a Febre Reumática.

Exames Complementares Necessários

- Hemograma
- VHS
- PCR
- TSH
- Urina 1
- ASLO
- Mucoproteínas
- Urina 1
- RX de tórax (AP e perfil)
- Eletrocardiograma



3. ESCLEROSE SISTÊMICA/ESCLERODERMIA:

VERMELHA: Sem diagnóstico, com alta suspeita clínica e sintomas exuberantes.

LARANJA: Com diagnóstico, estável clinicamente ou sem diagnóstico e com sintomas insidiosos.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sinais e sintomas associados de: Fenômeno de Raynaud, sinais característicos de edema subcutâneo, eritema e prurido generalizado, poliartralgia de ritmo inflamatório, poliartrite e tenossinovite, atrofia e contratura dérmica, disfunção dos apêndices cutâneos. São também sinais característicos: Face em máscara, redução da abertura oral, enrugamento vertical da pele perioral, hipo e hiperpigmentação da pele da face, braços e tronco (aspecto de “sal e pimenta”) e sintomas digestivos (pirose, regurgitação, disfagia para sólidos).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma
- VHS
- PCR
- TSH
- Creatinina
- RX de tórax (AP e Perfil)
- Urina 1

Enviar, se tiver recente (menor que 01 ano): colesterol total e frações, triglicérides (não há necessidade de solicitar para encaminhar).



4. SÍNDROME DE SJÖGREN:

VERMELHA: Sem diagnóstico, com alta suspeita clínica e sintomas exuberantes.

LARANJA: Com diagnóstico, estável clinicamente ou sem diagnóstico e com sintomas insidiosos.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sinais e sintomas associados de: xeroftalmia e xerostomia (com suas respectivas consequências: hiperemia ocular, ceratite, úlceras de córnea e disfagia, candidíase oral, infecções dentárias). Podem ocorrer também: dores ósteo-articulares, fadiga crônica e deformidades articulares, bem como manifestações do trato gênito urinário (disúria, secura, prurido vaginal, coito doloroso), da pele (despigmentações, prurido, eritemas e eczemas), dos pulmões (traqueobronquite, pneumonite intersticial, bronquiectasias e fibrose).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações Iniciais.

Encaminhar pacientes com forte suspeita clínica, ainda sem diagnóstico, para avaliação oftalmológica.

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma
- VHS
- PCR
- TSH
- Urina 1

Enviar, se tiver recente (menor que 01 ano): colesterol total e frações, triglicérides (não há necessidade de solicitar para encaminhar).



5. VASCULITES SISTÊMICAS:

VERMELHAS: Sem diagnóstico, com alta suspeita clínica e sintomas exuberantes.

LARANJA: Com diagnóstico, estável clinicamente ou sem diagnóstico e com sintomas insidiosos.

Motivos para encaminhamento: Pacientes com sintomas vasculares que vão variar de acordo com o órgão e tipo de vaso acometido, podendo estar associados a sintomas sistêmicos, como febre, cansaço e artralgias (ver ANEXO).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma
- VHS
- PCR
- TSH
- Creatinina
- Cálcio sérico
- AST, ALT
- CPK
- Teste rápido para Hepatite B e C e sífilis
- Eletroforese de proteínas
- RX de tórax (AP e perfil)
- Urina 1

Enviar, se tiver recente (menor que 01 ano): colesterol total e frações, triglicérides (não há necessidade de solicitar para encaminhar).



6. POLIMIOSITE/DERMATOMIOSITE:

VERMELHA: Sem diagnóstico, com alta suspeita clínica e sintomas exuberantes.

LARANJA: Com diagnóstico, estável clinicamente ou sem diagnóstico e com sintomas insidiosos.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sintomas progressivos de fraqueza muscular, dores articular e muscular, associados a fenômeno de Raynaud, disfagia, febre, fadiga, perda de peso e erupções de pele (eritema heliotrópico, edema e eritema periorbicular e eritema liso ou descamativo em qualquer parte do corpo).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma
- VHS
- PCR
- TSH
- Eletroforese de proteínas
- CPK
- LDH
- AST, ALT
- Teste rápido HIV, Hepatite B, C e Sífilis
- Urina 1

Enviar, se tiver recente (menor que 01 ano): colesterol total e frações, triglicérides (não há necessidade de solicitar para encaminhar).



7. ARTRITE REUMATOIDE:

VERMELHA: Sem diagnóstico, com alta suspeita clínica e sintomas exuberantes.

LARANJA: Com diagnóstico, estável clinicamente ou sem diagnóstico e com sintomas insidiosos.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sintomas e sinais associados de artrite (acometimento oligoarticular ou poliarticular), deformidades articulares, nódulos reumatóides, rigidez matinal (mais que 1 hora) e acometimento sistêmico (fadiga, febre baixa, mialgias, linfadenopatias, perda ponderal).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma
- FR
- VHS
- PCR
- TSH
- Urina 1

Enviar, se tiver recente (menor que 01 ano): colesterol total e frações, triglicérides (não há necessidade de solicitar para encaminhar).



8. ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ): LARANJA.

Motivo para encaminhamento: Pacientes menores de 16 anos com comprometimento articular e musculoesquelético (oligoartrite, poliartrite, dactilite, entesite, sacroileíte, tarsite, espondilite), associados a manifestações extra-articulares (uveíte crônica, uveíte aguda, psoríase, alterações ungueais da psoríase, nódulos subcutâneos e doença inflamatória intestinal).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Exames Complementares Necessários:

- *Hemograma*
- *VHS*
- *PCR*
- *TSH*
- *Fator anti-núcleo (FAN)*
- *RX das articulações acometidas*
- *Urina 1*



9. GOTA: VERDE.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com episódios subsequentes de monoartrite, com edema e hiperestesia acentuados, presença de tofos gotosos, associados a alteração dos níveis de ácido úrico sérico.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: A crise aguda de gota deve ser tratada na UBS ou encaminhada para UPA de acordo com o quadro clínico e disponibilidade da unidade.

Exames Complementares Necessários:

- Ácido úrico sérico
- Creatinina
- RX das articulações acometidas

Enviar, se tiver recente (menor que 01 ano): colesterol total e frações, triglicérides (não há necessidade de solicitar para encaminhar).



10. OSTEOARTROSE/ ARTROSE/ OSTEOARTRITE: VERDE.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sintomas e sinais associados de dor articular com padrão mecânico (piora com o uso da articulação e melhora com repouso), limitação funcional, deformidades articulares, crepitações.

Observação:

- Pacientes com quadro de artrose no joelho, quadril ou coluna (associada à radiculopatia) com limitação funcional, encaminhar preferencialmente à Ortopedia.
- Pacientes com suspeita de traumatismo ou outros fatores para osteoartrose precoce (uso de corticóide, atletas, etc): encaminhar preferencialmente à Ortopedia.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma
- Glicemia
- VHS
- PCR
- TSH
- RX das articulações acometidas
- Urina 1

Enviar, se tiver recente (menor que 01 ano): colesterol total e frações, triglicérides (não há necessidade de solicitar para encaminhar).



11. ESPONDILITE ANQUILOSANTE E OUTRAS ESPONDILOARTROPATIAS.

VERMELHAS: sem diagnóstico, com alta suspeita clínica e sintomas exuberantes.

LARANJA: com diagnóstico, estável clinicamente ou sem diagnóstico e com sintomas insidiosos.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sintomas de artrite nas grandes articulações de membros inferiores, entesopatias de membros inferiores (principalmente tendão de Aquiles e fáscia plantar) e/ ou dor lombar de ritmo inflamatório (piora com repouso, melhora com movimento), com rigidez matinal prolongada e progressão ascendente para coluna torácica e cervical, com limitação de movimentos nos planos frontal e sagital.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma
- VHS
- PCR
- TSH
- Fator reumatóide (FR)
- RX de bacia e outros segmentos acometidos
- Urina 1

Enviar, se tiver recente (menor que 01 ano): colesterol total e frações, triglicérides (não há necessidade de solicitar para encaminhar).



12. CONDRICALCINOSE E OUTRAS ARTROPATIAS POR DEPÓSITO DE MICROCRISTAIS: VERDE.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com quadro de mono/oligoartrite recorrente (mais comum) ou poliartrite. Pode haver febre associada aos quadros agudos, porém, o mais comum são crises autolimitadas, que se resolvem em 1 a 3 semanas.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: A crise aguda de pseudo-gota deve ser tratada na UBS ou encaminhada para UPA de acordo com o quadro clínico e disponibilidade da unidade.

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma
- Cálcio sérico
- VHS
- PCR
- TSH
- Ácido úrico sérico (para diagnóstico diferencial)
- RX das articulações acometidas
- Urina 1

Enviar, se tiver recente (menor que 01 ano): colesterol total e frações, triglicérides (não há necessidade de solicitar para encaminhar).



13. FIBROMIALGIA: AZUL.

Motivo para encaminhamento: Pacientes com sintomas associados de dor difusa e crônica (maior que 3 meses, com características não-inflamatórias), fadiga, alterações do sono (sono não reparador, insônia), disfunção cognitiva (dificuldades com concentração, memória de curto prazo, etc.) e distúrbio psicológico (depressão ou ansiedade).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: Especificar presença de sensibilidade dolorosa em determinados sítios, os denominados tender points (critérios de diagnóstico estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia - ACR).

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma
- Glicemia
- VHS
- PCR
- TSH
- Urina 1

Enviar, se tiver recente (menor que 01 ano): colesterol total e frações, triglicérides (não há necessidade de solicitar para encaminhar).



14. OSTEOPOROSE: AZUL. COM FRATURA OSTEOPORÓTICA RECENTE: LARANJA.

Motivo para encaminhamento:

- Pacientes que apresentem osteoporose densitométrica.
- Osteopenia no exame de densitometria óssea com alto escore de risco (FRAX ou semelhante).
- Pacientes com osteoporose idiopática relacionada à idade podem ser conduzidos na Atenção Primária.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as considerações iniciais.

Importante: A solicitação de densitometria deve obedecer aos critérios da PORTARIA Nº 224, DE 26 DE MARÇO DE 2014 (ver ANEXO). Os fatores de risco para osteoporose devem ser considerados (ver ANEXO).

Exames Complementares Necessários:

Densitometria óssea

Fosfatase alcalina

Cálcio sérico e urinário

Fósforo sérico

Fósforo urinário

Enviar, se tiver recente (menor que 01 ano): colesterol total e frações, triglicérides (não há necessidade de solicitar para encaminhar).



ANEXO

VASCULITES SISTÊMICAS:

Os sintomas prodrômicos podem variar em duração e os constitucionais em intensidade ou estar ausentes, a depender do tipo de vasculite.

As vasculites sistêmicas podem acometer vasos arteriais de grande calibre, médio calibre ou pequeno calibre e a exclusão de outras patologias que mimetizam as vasculites ou outras causas que cursam com vasculite secundária é essencial.

Dentre as doenças que mimetizam vasculite, podemos ter: aterosclerose, síndromes paraneoplásicas, reações de hipersensibilidade, endocardite infecciosa, abuso de drogas (anfetamina, cocaína), mieloma múltiplo, síndrome antifosfolípida e doença vascular genética (síndrome de Marfan).

Dentre as doenças que podem cursar com vasculite secundária, devemos afastar: infecções (tuberculose, hepatite B e C, HIV, parvovírus), neoplasias, doenças do tecido conjuntivo, bem como reação a drogas e exposição ambiental.

OSTEOPOROSE:

A densitometria óssea está indicada nos seguintes casos:

- Mulheres com idade igual ou superior a 65 anos e homens com idade igual ou superior a 70 anos, independentemente da presença de fatores de risco;
- Mulheres na pós-menopausa e homens com idade entre 50 e 69 anos com fatores de risco para fratura;
- Mulheres na perimenopausa, se houver fatores de risco específicos associados a um risco aumentado de fratura, tais como baixo peso corporal, fratura prévia por pequeno trauma ou uso de medicamento(s) de risco bem definido;
- Adultos que sofrerem fratura após os 50 anos;
- Indivíduos com anormalidades vertebrais radiológicas; e
- Adultos com condições associadas a baixa massa óssea ou perda óssea, como artrite reumatoide ou uso de glicocorticoides na dose de 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses.



FATORES DE RISCO PARA OSTEOPOROSE:

Os médicos da Atenção Básica (generalistas, ortopedistas e ginecologistas) deverão atentar-se aos fatores de risco para osteoporose, procedendo à investigação com densitometria óssea nas seguintes situações:

- Idade superior a 65 anos(mulheres);
- Fratura vertebral prévia;
- Fratura por fragilidade abaixo dos 40 anos;
- História familiar de fratura osteoporótica;
- Uso de glicocorticoide por período contínuo superior a três meses;
- Síndrome má absorção intestinal;
- Hiperparatireoidismo primário;
- Hipogonadismo;
- Menopausa precoce (≤ 45 anos);
- Artrite reumatoide;
- Hipertireoidismo;
- Uso de anticonvulsivantes;
- Baixa ingestão de cálcio;
- Tabagismo;
- Ingestão excessiva de álcool;
- Cafeína;
- Peso inferior a 57 kg;
- Perda de peso superior a 10% daquele presente aos 25 anos de idade;
- Uso crônico de heparina;



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Reumatologia e Ortopedia / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – versão preliminar – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 46 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 3)

Mota L. M. H. et al (coord.) - Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide - Rev Bras Reumatol 2012;52(2):135-174.

Barbosa P. J. B., Mülle R. E. (coor)- Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática - Arq Bras Cardiol 2009; 93(3 supl.4): 1-18

Heymann R. E. et all. - Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia - Rev Bras Reumatol 2010;50(1):56-66

Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS OSTEOPOROSE - PORTARIA Nº 224, DE 26 DE MARÇO DE 2014.

Carvalho, Marco Antonio P. - Reumatologia – Diagnostico E Tratamento – 4^a edição - Ed. AC Farmacêutica - 2013.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

18

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO ÚLCERAS VASCULARES E OSTOMIAS

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

	Página
EXCLUSÕES	3
1 ÚLCERAS ARTERIAIS	4
2 PÉ DIABÉTICOS	5
3 ÚLCERAS VENOSAS	6
4 OSTOMIAS	7
REFERÊNCIAS	8



EXCLUSÕES

- Feridas de origem não vascular (úlceras de decúbito e secundárias a queimaduras, trauma, mordedura por cão ou outros animais, etc) não deverão ser encaminhados a este Ambulatório);
- Avaliar necessidade de encaminhamento do pé diabético grave ao serviço de urgência/emergência de referência (dor intensa em repouso associada, sinais infecciosos, intensos, gangrena).



1. ÚLCERAS ARTERIAIS: VERMELHA.

Quando encaminhar: pacientes com úlceras muito doloridas em membros inferiores, associadas sinais de doença arterial obstrutiva periférica.

Obrigatório: informar descrição da lesão, comorbidades, medicamentos em uso.

Exames complementares: *não há necessidade.*

Observações:

- As úlceras arteriais têm como origem principal a aterosclerose, levando a um infarto isquêmico da derme.
- Geralmente têm aparência de um orifício, são profundas, com necrose e pouco exsudato.



2. PÉ DIABÉTICO: VERMELHA.

Quando encaminhar: Pacientes com Diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2, que apresentem lesões ulceradas no(s) pé(s).

Obrigatório: informar descrição da lesão, comorbidades, medicamentos em uso.

Exames complementares: *não há necessidade.*

Observações:

- Na Atenção Básica, é fundamental o treinamento de equipes interdisciplinares (médico clínico, enfermeira e técnico de enfermagem) para a classificação do risco e controle das intercorrências clínicas iniciais dos pés dos diabéticos.
- Todos os diabéticos devem ter seus pés sistematicamente examinados em todas as consultas de saúde.



3. ÚLCERAS VENOSAS (OU ÚLCERA DE ESTASE): LARANJA.

Quando encaminhar: Pacientes com insuficiência venosa periférica associada a úlcera(s) crônica(s), de instalação lenta, que não cicatrizam num período maior que 6 semanas.

Obrigatório: informar descrição da lesão, comorbidades, medicamentos em uso.

Exames complementares: *não há necessidade.*

Observações:

- As úlceras venosas podem surgir pós-TVP ou como sequela pós-flebítica.
- São classicamente encontradas na região compreendida entre o tornozelo e a metade da panturrilha e na porção medial da perna, acima do maléolo medial.
- Podem ser únicas ou múltiplas, com diversas variações de tamanho, tendendo a ser irregulares e rasas, raramente atingindo músculos, fáscia ou ossos.



4. OSTOMIAS (GASTRO / ILEO / COLOSTOMIAS).

Quando encaminhar: pacientes com ostomia poderão ser encaminhados pelo Serviço que realizou a ostomia ou pela UBS de sua referência.

Pacientes ostomizados (ou familiares) deverão procurar pessoalmente o Ambulatório de Ostomias para agendar a primeira avaliação.

Obrigatório: para o primeiro atendimento, orientar o paciente a levar:

- a-) relatório médico, especificando o tipo da ostomia.
- b-) RG, CPF;
- c-) Cartão SUS;
- d-) Cartão Cidadão;
- e-) Comprovante de endereço;

Não há necessidade de exames complementares.



REFERÊNCIAS

MERLO I., MORAES M. R. S. Insuficiência Venosa Crônica Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. Soc. Bras. Angiol. Cir. Vasc. Agosto de 2015

PICCINATO, C.E.; JOVILIANO, E.E.; MORYIA H. Manual Prático Angiologia e Cirurgia Vascular. 1ª Ed. Atheneu, 2013.

PRESTI C. Doença Arterial Periférica Obstrutiva Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes - Soc. Bras. Angiol. Cir. Vasc. Maio de 2014



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

19

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO UROLOGIA

REVISÃO

Dra. Silmara Aparecida Cardozo Dr.

Marcos Moura Maranhão Júnior Dr.

Leandro da Silva Severino



ÍNDICE

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
EXCLUSÕES	4
PATOLOGIAS CONTEMPLADAS	5
1 OBSTRUÇÃO DO TRATO URINÁRIO	6
2 NEOPLASIA DE PRÓSTATA DIAGNOSTICADA	7
3 NEOPLASIA DE TRATO GENITO-URINÁRIO (SUSPEITADA OU DIAGNOSTICADA)	8
4 LITÍASE RENAL	9
5 DOR TESTICULAR CRÔNICA	10
6 HEMATÚRIA A ESCLARECER	11
7 URETRITE OU EPIDIDIMITE CRÔNICAS	12
8 INFECÇÕES URINÁRIAS DE REPETIÇÃO	13
9 PRIMEIRO EPISÓDIO DE INFECÇÃO URINÁRIA EM CRIANÇA	14
10 CRIPTORQUIDIA	15
11 INCONTINÊNCIA URINÁRIA	16
12 HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA (PROSTATISMO)	17
13 PROSTATITE CRÔNICA	18
14 CONDILOMA PENIANO	19
15 HIDROCELE	20
16 DISFUNÇÃO ERÉTIL	21
17 INFERTILIDADE	22
18 VARICOCELE	23
19 FIMOSE	24
20 AVALIAÇÃO PROSTÁTICA – ROTINA	25
21 CALCULOS RENAIIS	26



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Encaminhar pacientes adultos e crianças.

Obrigatório a todos os encaminhamentos: história clínica sucinta, com sinais e sintomas relevantes, dados relevantes do exame físico, comorbidades, exames complementares e tratamentos já instituídos.



EXCLUSÕES

O Ambulatório de Urologia dedica-se a consulta e acompanhamento de patologias urológicas. As urgências e emergências urológicas deverão ser encaminhadas à UPA ou ao PS.

São itens de exclusão as patologias agudas, que necessitam de atendimento de urgência/emergência:

- Cólica nefrética aguda
- Retenção urinária aguda (anúria)
- Priapismo
- Quadro sugestivo de torção testicular
- Traumas genito-urinários agudos
- Uretrite, epididimite ou prostatite aguda
- Pielonefrite aguda
- Parafimose



PATOLOGIAS CONTEMPLADAS

Este protocolo contempla as patologias mais frequentes da Urologia. Casos não mencionados poderão ser avaliados, desde que não se enquadrem nos itens de exclusão.



1. OBSTRUÇÃO DO TRATO URINÁRIO: VERMELHA.

Quando encaminhar: todos os casos.

Observação: Primeiro, encaminhar ao setor de urgência para desobstrução com sonda vesical.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante:

- Encaminhar ao ambulatório de Urologia **após alta do serviço de urgência / emergência ou hospitalar.** Agendar no Ambulatório de Urologia, com prioridade.
- Pacientes com quadro de retenção urinária aguda deverão ser direcionados ao PS.

Exames complementares: *não há necessidade. Enviar relatório de alta e exames que já tiver sempre que possível.*



2. NEOPLASIA DE PRÓSTATA DIAGNOSTICADA: VERMELHA.

Quando encaminhar: todos os casos.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares necessários:

- *Exame de imagem que gerou o diagnóstico;*
- *Se tiver: biópsia com resultado de anatomo-patológico;*



3. NEOPLASIA DE TRATO GENITO-URINÁRIO (SUSPEITADA OU DIAGNOSTICADA): VERMELHA.

Quando encaminhar: todos os casos.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares necessários: *exame de imagem que gerou o diagnóstico.*



4. LITÍASE RENAL:

Vermelha: cálculo de qualquer tamanho com hidronefrose (ver classificação no anexo).

LARANJA: Cálculo maior que 10 mm ou crises recorrentes de dor.

AZUL: Cálculos entre 5mm e 10mm.

NÃO ENCAMINHAR: menores que 5mm.

Quando encaminhar: todos os pacientes com Litíase confirmada por exames de imagem.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais:

- Tratar ITU na Atenção Básica, se estiver associada.
- Pacientes com cólica nefrética aguda deverão ser direcionados ao Serviço de urgência/emergência de referência.
- O seguimento dos cálculos iguais ou menores que 5mm não complicados podem ser realizados na atenção básica.

Exames Complementares Necessários:

- *Creatinina;*
- *Ácido úrico*
- *Urina 1;*
- *Urocultura com antibiograma;*
- *Ultrassom de rins e vias urinárias(ou outro exame de imagem, se já possuir recente, prazo menor que 6 meses);*



5. DOR TESTICULAR CRÔNICA: LARANJA.

Quando encaminhar: pacientes com queixas crônicas.

Obrigatório:

- Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.
- Afastar diagnóstico diferencial com hérnia inguinal.
- Pacientes com quadro de dor escrotal aguda, com aumento do volume e da temperatura da bolsa escrotal, deverão ser direcionados ao serviço de urgência/emergência de referência.
- Pacientes com suspeita de hérnia inguinal devem ser investigados na atenção básica e encaminhados à Cirurgia Geral, se necessário.

Exames Complementares Necessários:

- *Urina 1;*
- *Urocultura;*
- *Ultrassom bolsa escrotal;*



6. HEMATÚRIA A ESCLARECER: LARANJA.

Quando encaminhar: história consistente de hematúria (objetiva ou detectada em exame, descartada coleta inadequada, por exemplo paciente menstruada).

Obrigatório:

- Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.
- Relatar se macro ou micro-hematúria, se intermitente ou contínua, se sintomática ou assintomática.

Observações:

- Antes de encaminhar à Especialidade, o médico da UBS deverá investigar ITU e tratar, se houver indicação;
- Se houver macro-hematúria contínua, providenciar os exames e encaminhar direto.
- Em mulheres descartar coleta inadequada(menstruação);
- Crianças com hematúria devem ser encaminhadas com prioridade.
- Em casos de macro-hematúria intermitente ou micro-hematúria, antes de encaminhar, deverá solicitar novo exame de urina 1, com intervalo de 2 semanas, com pesquisa de dismorfismo eritrocitário.
- Encaminhar preferencialmente à especialidade Nefrologia casos de hematúria associada a dismorfismo eritrocitário positivo, cilindros hemáticos e proteinúria. Ver Protocolo de Acesso à Especialidade Nefrologia.

Exames Complementares Necessários:

- *Hemograma;*
- *TP e TTPA;*
- *Urina 1;*
- *Urocultura;*
- *Ultrassom de rins e vias urinárias (ou outro exame de imagem recente, menor que 6 meses, se o tiver);*
- *Dismorfismo eritrocitário (se micro hematúria);*



7. URETRITE OU EPIDIDIMITE CRÔNICAS: LARANJA

Quando encaminhar: Encaminhar somente casos crônicos ou que não responderam ao tratamento antibiótico inicial.

Obrigatório:

- Investigar e tratar IST na Atenção Básica.
- Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observações:

- Pacientes com uretrite ou epididimite aguda deverão ser direcionados ao Serviço de Pronto Atendimento, se necessário.
- Realizar na Atenção Básica o diagnóstico sindrômico e proceder ao tratamento.

Exames Complementares Necessários:

- *Urina 1 (jato inicial);*
- *Urocultura (jato inicial);*
- *Sorologias para IST.*



8. INFECÇÕES URINÁRIAS DE REPETIÇÃO:

Gestante: VERMELHA

Repetição adulto: LARANJA

Pielonefrite crônica ou recidivante: VERMELHA

Quando encaminhar: pacientes com quadro de 3 ou mais episódios de ITU em 1 ano ou 2 episódios em 6 meses (documentadas).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observações:

- Casos isolados de ITU baixa (cistite), que evoluem para cura após tratamento adequado, não necessitam de encaminhamento ao urologista.
- Pacientes com quadro agudo de pielonefrite (febre, calafrios, dor lombar, disúria, polaciúria) deverão ser direcionados antes ao serviço de urgência/emergência de referência, com posterior encaminhamento à Especialidade.
- Gestantes com episódio único de ITU devem ser tratadas na Atenção Básica.

Exames Complementares Necessários:

- *Urina 1;*
- *Urocultura;*
- *Ultrassom de rins e vias urinárias (ou outro exame de imagem semelhante, se já o tiver);*



9. PRIMEIRO EPISÓDIO DE INFECÇÃO URINÁRIA EM CRIANÇA: LARANJA.

Quando encaminhar: menores que 14 anos com episódio único de ITU (confirmado por exame de urina 1 e urocultura).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames Complementares Necessários:

- *Urina 1;*
- *Urocultura;*
- *Ultrassom de rins e vias urinárias (ou outro exame de imagem semelhante, se já o tiver);*



10. CRIPTORQUIDIA

Até 2 anos: VERDE

Maior que 2 anos: LARANJA

Quando encaminhar: todos os casos suspeitos ou diagnosticados.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames Complementares Necessários: *Ultrassom de bolsa escrotal (ou outro exame de imagem semelhante, se o tiver).*



11. INCONTINÊNCIA URINÁRIA: VERDE

Quando encaminhar: pacientes com queixas recorrentes e/ou persistentes de perda urinária involuntária.

Obrigatório:

- Encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.
- Indicar intensidade dos sintomas e se relacionado ao esforço.

Observações:

- Considerar avaliação ginecológica nas mulheres (excluir distopia e uretrite atrófica);
- Tratar infecção urinária na Atenção Básica, se houver;

Exames Complementares Necessários:

- *Urina 1;*
- *Urocultura;*
- *Ultrassom de rins e vias urinárias(ou exame de imagem semelhante);*



12. HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA (PROSTATISMO):

Sintomas intensos: LARANJA.

Sintomas moderados/Leves: AZUL.

Quando encaminhar: todos os casos suspeitos ou diagnosticados.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Classificação dos sintomas pelo IPSS (ANEXO).

Exames Complementares Necessários:

- *PSA total;*
- *Creatinina;*
- *Urina 1;*



13. PROSTATITE CRÔNICA: VERDE.

Quando encaminhar: pacientes com sintomas persistentes ou recorrentes de dor perineal (na região da próstata) por pelo menos três meses nos últimos seis meses. A dor pode ser referida em outras áreas como períneo, reto, pênis, testículos e abdômen inferior.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: Diagnóstico diferencial: sintomas do trato urinário inferior, alterações sexuais em outros órgãos, síndrome miofascial, síndrome do intestino irritável e psicológicos.

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma completo;
- PSA;
- Urina 1;
- Urocultura;



14. CONDILOMA PENIANO: LARANJA.

Quando encaminhar: todos os casos de lesões restritas à região genital masculina.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observações:

- Lesões genitais femininas: encaminhar ao CAISM – HORTOLÂNDIA.
- Lesões anais / perianais / perineais: encaminhar à Cirurgia Geral Exames complementares: não há necessidade.



15. HIDROCELE: VERDE.

Quando encaminhar: todos os casos suspeitos ou diagnosticados.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames Complementares Necessários: *Ultrassom de bolsa escrotal(ou outro exame de imagem semelhante, se o tiver).*



16. DISFUNÇÃO ERÉTIL: AZUL.

Quando encaminhar: todos os casos urológicos, após abordagem inicial (ver “Observações”, abaixo).

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observações:

- A abordagem inicial da disfunção erétil deve ser realizada pela Atenção Básica.
- Referenciar apenas os casos urológicos (excluir causas psiquiátricas, secundárias ao uso de medicamentos, etc).
- Informar comorbidades e medicamentos em uso.

Exames Complementares Necessários: *Testosterona total.*



17. INFERTILIDADE: VERDE.

Quando encaminhar: pacientes com Espermograma alterado.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Importante: Lembrar de investigar também a parceira, mesmo que o Espermograma esteja alterado.

Exames Complementares Necessários: Espermograma (2 amostras, colhidas no laboratório, com 4 dias de abstinência sexual).



18. VARICOCELE: VERDE.

Quando encaminhar: todos os casos.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames Complementares Necessários:

- *Ultrassom de bolsa escrotal com doppler(ou exame de imagem semelhante);*
- *Espermograma (1 amostra);*



19. FIMOSE: AZUL (PEDIATRIA OU URO CIRÚRGICO).

Quando encaminhar: dificuldade ou impossibilidade de expor a glândula, refratários ao tratamento inicial na Atenção Básica.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Exames complementares: *não há necessidade.*



20. AVALIAÇÃO PROSTÁTICA – ROTINA: AZUL

Quando encaminhar: pacientes assintomáticos que manifestem desejo de rastreamento para câncer de próstata E QUE se encaixem nos seguintes critérios:

-> 50 anos

-> 45 anos: negros e com parentes 1º grau diagnosticados com câncer de próstata.

Obrigatório: encaminhar com informações relevantes, conforme as Considerações Iniciais.

Observação: O paciente assintomático deve ser esclarecido quanto aos riscos e benefícios do rastreamento para câncer de próstata (ver referência bibliográfica).

Exames complementares: *não há necessidade.*



21. CÁLCULOS RENAIIS - CONDUTA DE ACORDO COM TAMANHO

Tamanho	Conduta
Microscópicos	Geralmente não requerem tratamento
Pequenos (< 5 mm)	Podem ser eliminados naturalmente pela urina, com o auxílio de medicamentos ou de medidas dietéticas
Médios (5-10 mm)	Podem ser eliminados naturalmente pela urina, com o auxílio de medicamentos ou de medidas dietéticas, ou podem ser tratados com cirurgia
Grandes (> 10 mm)	Geralmente requerem tratamento cirúrgico

Diretriz Brasileira de Urologia 2018

Variável	Pontuação	Categoria de risco
Frequência miccional:		
0-7 vezes/dia	0	Baixo
8-10 vezes/dia	1	Baixo
> 10 vezes/dia	2	Moderado
Noite:		
0-1 vez/noite	0	Baixo
2-3 vezes/noite	1	Moderado
> 3 vezes/noite	2	Alto
Jato urinário:		
Forte	0	Baixo
Fraco	1	Moderado
Inexistente	2	Alto
Gotejamento pós-miccional:		
Ausente	0	Baixo
Presente	1	Moderado
Urgência miccional:		
Ausente	0	Baixo
Leve	1	Moderado
Moderada	2	Alto
Severa	3	Muito alto
Incontinência urinária:		
Ausente	0	Baixo
Leve	1	Moderado
Moderada	2	Alto
Severa	3	Muito alto
Dor:		
Ausente	0	Baixo
Leve	1	Moderado
Moderada	2	Alto
Severa	3	Muito alto
Hesitação miccional:		
Ausente	0	Baixo
Presente	1	Moderado
Severa	2	Alto
Noctúria:		
Ausente	0	Baixo
Presente	1	Moderado
Severa	2	Alto
Total:		
0-7	Baixo	
8-10	Moderado	
> 10	Alto (Severa)	

Sociedade Brasileira de Urologia 2018