



# Município de Santa Maria do Oeste

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



## **PROTOCOLO CLÍNICO PARA REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS - AMBULATORIAIS**

**1ª EDIÇÃO**

**Setembro - 2025**

## **ÍNDICE**

<b>1. Critérios de Prioridade</b>	<b>5</b>
<b>2. Competências das Unidades</b>	<b>6</b>
<b>3. Situações Especiais</b>	<b>7</b>
<b>4. Consultas Especializadas</b>	<b>8</b>
<b>4.1. Angiologia / Vascular</b>	<b>8</b>
<b>4.2. Cardiologia</b>	<b>10</b>
<b>4.3. Cirurgia Bariátrica</b>	<b>13</b>
<b>4.4. Cirurgia Geral</b>	<b>13</b>
<b>4.4.1. Cirurgia Pediátrica</b>	<b>15</b>
<b>4.5. Dermatologia</b>	<b>15</b>
<b>4.6. Endocrinologia</b>	<b>17</b>
<b>4.7. Gastroenterologia</b>	<b>19</b>
<b>4.8. Ginecologia</b>	<b>22</b>
<b>4.8.1. Obstetrícia</b>	<b>24</b>
<b>4.9. Hematologia</b>	<b>27</b>
<b>4.10. Hepatologia</b>	<b>34</b>
<b>4.11. Infectologia</b>	<b>37</b>
<b>4.12. Nefrologia</b>	<b>41</b>
<b>4.13. Neurologia</b>	<b>43</b>
<b>4.14. Ortopedia</b>	<b>45</b>
<b>4.15. Otorrinolaringologia</b>	<b>47</b>
<b>4.16. Pediatria</b>	<b>48</b>
<b>4.17. Pneumologia</b>	<b>50</b>
<b>4.18. Psiquiatria</b>	<b>51</b>
<b>4.19. Reumatologia</b>	<b>53</b>

<b>4.20. Urologia</b>	<b>55</b>
<b>4.21. Oncologia</b>	<b>56</b>
<b>5. EXAMES COMPLEMENTARES</b>	<b>57</b>
<b>5.1. Audiometria</b>	<b>57</b>
<b>5.2. Colonoscopia</b>	<b>57</b>
<b>5.3. Densitometria Óssea</b>	<b>58</b>
<b>5.4. Ecocardiograma</b>	<b>59</b>
<b>5.5. Ecodoppler arterial de membros</b>	<b>59</b>
<b>5.6. Ecodoppler venoso de membros</b>	<b>60</b>
<b>5.7. Endoscopia Digestiva Alta</b>	<b>60</b>
<b>5.8 Eletrocardiograma</b>	<b>62</b>
<b>5.9. Eletroneuromiografia</b>	<b>62</b>
<b>5.10. Espirometria</b>	<b>63</b>
<b>5.11. Mamografia - MMG</b>	<b>63</b>
<b>5.12. Ultrassonografia abdominal total</b>	<b>63</b>
5.12.1. Obstétrica	64
<b>5.13. Ultrassonografia articular</b>	<b>64</b>
<b>5.14. Ultrassonografia de bolsa escrotal</b>	<b>65</b>
<b>5.15. Ultrassonografia de mamas</b>	<b>65</b>
<b>5.16. Ultrassonografia próstata - via abdominal/transretal</b>	<b>66</b>
<b>5.17. Ultrassonografia renal e Vias Urinárias</b>	<b>66</b>
<b>5.18. Ultrassonografia transvaginal</b>	<b>67</b>
5.18.1. Obstétrica	67
<b>5.19. Ultrassonografia da tireóide</b>	<b>68</b>
<b>5.20. Tomografia Computadorizada</b>	<b>68</b>
<b>5.21. Ressonância Nuclear Magnética</b>	<b>68</b>

<b>6. Exames para Diagnóstico e Acompanhamento de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.</b>	<b>68</b>
<b>6.1. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)</b>	<b>69</b>
<b>6.2. Diabetes Mellitus</b>	<b>71</b>
<b>7. Informações a Respeito da Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado - LME</b>	<b>72</b>
<b>8. Bibliografia</b>	<b>73</b>
<b>9. ANEXOS</b>	<b>74</b>

## **1. Critérios de Prioridade**

A partir do ano de 2025, a Secretaria Municipal de Santa Maria do Oeste, adotará para a Central de Agendamentos de consultas iniciais e exames especializados, a priorização de acesso dos usuários de acordo com as cores assinaladas pelo profissional médico da rede municipal durante a emissão das guias de referência.

**A priorização por cores se dará da seguinte maneira:**

	<b>VERMELHO</b>	São situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário.
	<b>AMARELO</b>	São situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, podendo aguardar.
	<b>VERDE</b>	São situações clínicas que necessitam um agendamento, podendo aguardar.

**ATENÇÃO:** Trata-se exclusivamente de regulação ambulatorial. Toda situação que necessitar encaminhamento imediato ao especialista ou remoção, em caso de urgência ou emergência com risco de morte NÃO DEVE SER ENCAMINHADO PELA CENTRAL DE AGENDAMENTOS DE FORMA AMBULATORIAL, mas orientado a procurar a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24 HORAS.

## **2. Competências das Unidades**

### **Unidades de Atenção Primária**

Não pretendemos com este documento esgotar todas as situações, mas sim sugerir a melhor conduta para as situações mais frequentes em cada tipo de encaminhamento/exames.

Toda unidade de atenção primária deverá coordenar o cuidado dos pacientes assistidos, devendo ser SOLICITANTES e contribuir como REGULADORES das solicitações de exames/consultas especializadas da própria unidade.

A maioria dos atendimentos na Atenção Primária à Saúde (APS), cerca de 90% deve e pode ser resolvido na própria unidade.

Procurar investigar o caso e realizar o tratamento até onde for possível na APS, pois é melhor e mais eficiente para o paciente. Somente solicitar nos casos em que a especialidade ou o exame complementar sejam fundamentais para o diagnóstico ou acompanhamento.

Dessa forma este protocolo será um guia para conhecimento e utilização dos serviços da Rede de Santa Maria do Oeste e surge da necessidade de se estabelecer políticas de assistência que possam garantir o acesso mais equitativo, aos recursos existentes, ampliando o alcance das ações.

**O protocolo será revisado e atualizado anualmente ou quando necessário.**

Cabe ainda a necessidade de organizar o Fluxo de Atendimento em Saúde Mental, para a população portadora de sofrimento psíquico, visando identificar necessidades, demandas e serviços, a fim de definir ações de prevenção, assistência e reabilitação em saúde mental, especificando competências e organizando a rede de serviços.

### **Unidades de Atenção Secundária (ambulatórios especializados)**

As Unidades de Atenção Secundária, com a finalidade de EXECUTANTES, devem disponibilizar todas as suas vagas de consultas especializadas e exames complementares ambulatoriais disponíveis para o setor de Agendamentos, o quantitativo

dessas vagas será definido para o atendimento inicial dos usuários e também o retorno dos que já estão em acompanhamento com os especialistas, vagas estas disponibilizadas segundo as necessidades e contratualização municipal.

Cabe a cada equipe de ESF a comunicação com os usuários e retorno com ambulatório quando da necessidade de transferência de agenda, agenda está que será encaminhada mensalmente pelos consórcios.

### **3. Situações Especiais**

#### **Solicitações externas à Unidade de APS (particulares ou fora da rede própria)**

Os exames e encaminhamentos solicitados pela rede privada de saúde, serão ofertados apenas aqueles que fazem parte do elenco do SUS e deverão seguir o aguardo de espera do exame, já a consulta especializada deve seguir o fluxo do atendimento SUS, devendo o paciente ser encaminhado pelo profissional médico que atende na rede SUS municipal e após caso seja necessário segue através do agendador administrativo do setor de agendamento.

#### **Casos prioritários ambulatoriais na ausência de vagas**

Pacientes que necessitem de vagas ausentes, sem prejuízo à sua saúde, deverão ser referenciados ao setor de agendamento como prioridade pelos médicos solicitantes detalhando o caso, que posterior o setor de agendamento buscará a vaga em questão com prioridade.

#### **Casos urgentes que necessitam remoção ou avaliação em Hospital**

Esses casos **NÃO** devem ser inseridos no setor de Agendamentos, devendo ser referenciados ao Pronto Atendimento Municipal para regulação, justificando o encaminhamento do paciente.

## 4. Consultas Especializadas

### 4.1. Angiologia / Vascular

A maioria dos fatores de risco para doença arterial periférica (tabagismo, diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial) devem ser manejados na APS, bem como promoção a hábitos de vida saudáveis e interrupção do tabagismo.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em situações que o manejo não é possível de ser realizado na APS, como pacientes com indicação de desobstrução cirúrgica ou refratários ao tratamento ambulatorial.

Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares, se necessário (p. ex. quando intencionamos uma avaliação pré-operatória), o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista.

#### Indicações de encaminhamento:

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Claudicação intermitente limitante sem isquemia crítica;</li></ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aneurismas de aorta abdominal com diâmetro <math>\geq</math> 5cm assintomático;</li></ul>



## VERDE

- Varizes sintomáticas refratárias ao tratamento conservador;
- Insuficiência venosa crônica com úlcera de difícil cicatrização .
- Fatores de risco para vasculopatia, principalmente interrupção do tabagismo e controle do diabetes;
- Claudicação intermitente não limitante e sem indicação cirúrgica;
- Fenômeno de Raynaud primário;
- Livedo reticular sem outras manifestações;
- Varizes assintomáticas ou sintomáticas e que respondem ao tratamento conservador;
- Tromboflebite superficial sem complicações.

Ao encaminhar ao vascular/ angiologista, preencher a guia de referência e anexar os exames abaixo conforme suspeita diagnóstica. Os exames que não são liberados para a solicitação pelo clínico geral, encaminhar ao setor de agendamentos, para análise de cada caso.

<b>Exames</b>	<b>Insuf. Circ. Arterial</b>	<b>Úlceras</b>	<b>Aneurismas</b>
Hemograma	x	x	
Creatinina	x	x	
Uréia	x	x	
Sódio			
Potássio			
Glicemia	x	x	
CT/fc/TG	x	x	
Ác. Úrico			
EQU			
ECG			
ECO doppler	x		x
Rx Extrem.	x		
TGO/TGP			
Coagulograma			
ASLO/ASO			
Sorol. Chagas			
VDRL		x	
Albumina		x	
Cultura da lesão		x	
AngioTC			x

### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR VIA AMBULATORIAL!!!

- Claudicação intermitente com isquemia crítica agudizada;
- Oclusão arterial aguda (trombose ou embolia);
- Úlceras graves (extensas e/ou profundas) com indicação de internação para antibioticoterapia;
- Trombose venosa profunda.

### **4.2. Cardiologia**

A maioria das situações em cardiologia tais como fatores de risco para doença coronariana, pré-hipertensão, hipertensão arterial sistêmica essencial grau I e II, aterosclerose, angina estável, podem e devem ser manejados na APS.

#### **Quando encaminhar ao especialista:**

Pacientes hipertensos raras vezes necessitam de encaminhamento ao especialista, salvo em caso de doença clínica grave ambulatorial, suspeita de hipertensão secundária e casos de hipertensão resistente (paciente em uso de três anti-hipertensivos em doses otimizadas e sendo uma delas um diurético), após verificação de adesão ao tratamento.

Também devemos encaminhar os casos de angina estável de classe II ou superior após tratamento inicial, doença isquêmica estável com disfunção ventricular, arritmia ou exames não invasivos sugestivos de alto risco, dificuldade de manejo com os fármacos de primeira linha, síncope ou suspeita de arritmia de início recente, sopros diastólicos, insuficiência cardíaca avançada, internações frequentes por descompensações, sinais clínicos de hipoperfusão, presença de comorbidades que dificultem o manejo.

Encaminhar os pacientes que persistem com sintomas apesar de terapêutica e portadores de um alto risco cardiovascular.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS, antes do encaminhamento para serviço especializado.

Os pacientes com patologias pouco freqüentes continuarão sendo acompanhados e tendo sua coordenação de cuidado na APS.

#### **Indicações de encaminhamento:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Arritmias Crônicas com manifestação clínica;</li><li>• Insuficiência Cardíaca moderada a severa estável;</li><li>• Angina estável que não respondem à terapêutica;</li><li>• Cardiopatia congênita em neonatos;</li><li>• Pericardites;</li></ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipertensão secundária após investigação;</li><li>• Acompanhamento de anticoagulação;</li><li>• Sopros cardíacos patológicos;</li><li>• Cardiomiopatia Dilatada ou Hipertrófica com repercussão clínica;</li><li>• Valvulopatias com manifestação clínica;</li></ul>
 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipertensão refratária;</li><li>• Acompanhamento de Arritmias cardíacas;</li><li>• Hipertensão Pulmonar;</li><li>• Risco Cirúrgico;</li><li>• Pré-hipertensão, hipertensão arterial sistêmica grau I e II;</li><li>• Sopros inocentes;</li><li>• Angina estável que responde a terapêutica;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiência cardíaca compensada leve a moderada;</li> <li>• Arritmias cardíacas crônicas sem indicação de antiarrítmico ou sem descompensação clínica;</li> <li>• Cardiomiopatia dilatada ou hipertrófica sem repercussão clínica;</li> <li>• Valvulopatias sem manifestação clínica;</li> </ul>
--	---

Ao encaminhar ao cardiologista, preencher a guia de referência e anexar os exames abaixo conforme suspeita diagnóstica. Os exames que não são liberados para a solicitação do clínico geral, encaminhar ao setor de agendamentos.

EXAMES	HAS	ICC	Insuf. Coron.	Precordialg	Sopros/Valv	Risco Cx	Miocardiop	Arritmias
Hemograma	x	x	x	x		x	x	x
Creatinina	x	x	x	x		x	x	x
Uréia	x	x	x	x		x	x	
Sódio	x	x	x	x			x	x
Potássio	x	x	x	x			x	x
Glicemia	x	x	x	x		x		x
CT/fc/TG	x	x	x	x				x
Ác. Úrico	x							x
EQU	x							x
ECG	x	x	x	x	x	x	x	x
ECO					x		x	
Rx Tórax	x	x	x	x	x	x		
TGO/TGP						x		
Coagulograma						x		
ASLO/ASO							x	
Sorol. Chagas							x	

#### Encaminhamento imediato ao especialista:

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR VIA AMBULATORIAL!!!

- Síndrome coronariana aguda ou suspeita (IAM ou Angina instável);
- Arritmias agudas ou arritmias crônicas com instabilidade hemodinâmica;
- Hipertensão maligna (emergência hipertensiva);

- Dor torácica aguda em repouso prolongada nas últimas 12 horas;
- Dor torácica aguda entre 12-72 horas com sintomas e/ou alterações eletrocardiográficas;

### **Outros Comentários**

Recomenda-se que os casos de anticoagulação sejam manejados na atenção primária. Havendo insegurança do profissional ou impossibilidade de monitoramento na Unidade deve-se encaminhar o paciente ao especialista.

### **4.3. Cirurgia Bariátrica**

Primeiramente a Unidade Básica de Saúde desenvolverá ações conforme seu nível de competência ao paciente portador de obesidade e quando sem êxito ao tratamento clínico multidisciplinar, deverá encaminhar o usuário a referência especializada via preenchimento da guia de referência.

Paciente passará por uma avaliação médica. Após isso o paciente será direcionado ao serviço de tratamento fora de domicílio, e posteriormente a avaliação multidisciplinar do ambulatório de bariátrica, este encaminhará para o procedimento quando o paciente for elegível.

### **4.4. Cirurgia Geral**

Algumas afecções podem ter tratamento conservador indicado antes de se optar pela cirurgia dependendo de alguns fatores, como idade do paciente e evolução do quadro clínico, portanto, podem e devem ter sua investigação inicial na APS e manejo conservador quando indicado.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em situações que não é possível de ser realizada na APS, como

pacientes com dúvidas no diagnóstico e na melhor abordagem (conservadora ou cirúrgica), colelitíase, doença diverticular com diverticulite e/ou episódios de hemorragia digestiva, hérnias, cistos entre outros

Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares, se necessário, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista.

#### **Indicações de encaminhamento:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doença diverticular com histórico de hemorragia digestiva recorrente e anemia sem repercussão hemodinâmica;</li></ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Colelitíase com crises recorrentes;</li><li>• Hérnia inguinal/parede com crises álgicas;</li></ul>
 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hérnia (umbilical, inguinal, epigástricas, entre outras) sem complicações;</li><li>• Colelitíase oligo/assintomática;</li><li>• Doença diverticular oligo/assintomática;</li><li>• Hérnia umbilical no recém-nascido (antes de completar 2 anos) sem complicações;</li><li>• Fimose (pediatria);</li><li>• Criotorquidia (pediatria);</li></ul>

### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR VIA AMBULATORIAL!!!

- Apendicite;
- Peritonite, abdome agudo;
- Obstrução intestinal;
- Hérnia encarcerada ou estrangulada;
- Politrauma, acidente com arma de fogo ou arma branca com perfuração de vísceras ou sistemas;
- Mordedura de animais com ferimentos profundos e extensos;
- Abscessos profundos, perirretais, em região cervical anterior e lateral, múltiplos;
- Grandes queimados com indicação de fasciotomia/escarotomia.

#### **4.4.1. Cirurgia Pediátrica**

Segue os mesmos critérios utilizados na especialidade de cirurgia geral, porém no caso de dúvidas diagnósticas encaminhar para avaliação na especialidade de pediatria. Demais encaminhamentos para pediatria consultar item 4.16, pag. 13.

#### **4.5. Dermatologia**

A maioria dos casos dermatológicos como micoses, acne, parasitoses da pele, atopia podem, e devem ser manejados na APS. Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em situações em que o manejo não é possível de ser realizada na APS, como paciente com lesões suspeitas de malignidade, lesões sem resolução ou resposta ao tratamento na APS.

Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar, por exemplo, realizando uma biópsia de pele na própria unidade ou direcionando para o ambulatório de pequenas cirurgias, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento.

**Indicações de encaminhamento:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lesões muito sintomáticas como rash cutâneo extenso com dor;</li></ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lesões sem características de neoplasia mas que necessitam uma avaliação como prurido intenso, rash extenso sem dor;</li></ul>
 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Parasitoses da pele sem resposta ao tratamento na APS;</li><li>• Atopia sem resposta ao tratamento na APS;</li><li>• Acne grau IV;</li><li>• Dermatofitoses;</li><li>• Lesões atópicas;</li></ul>

**Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** São situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas ou . NÃO ENCAMINHAR VIA AMBULATORIAL!!!

- Queimadura de pele extensa e aguda;
- Pênfigo bolhoso;
- Eritrodermia aguda extensa;

## 4.6. Endocrinologia

A maioria das situações em endocrinologia tais como obesidade, hipotireoidismo e diabetes, podem, e devem ser manejados na APS.

Somente encaminhar situações em que o paciente não obtiver um controle adequado, ou dúvidas diagnósticas como em patologias pouco frequentes. Por exemplo: hipertireoidismo, hipotireoidismo com dificuldade no ajuste das doses, diabetes em uso de insulina de difícil controle, entre outros.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS, antes do encaminhamento para serviço especializado.

Os pacientes com patologias pouco frequentes continuarão sendo acompanhados e tendo sua coordenação de cuidado na APS.

### Indicações de encaminhamento:

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipertireoidismo;</li><li>• Diabetes mellitus descompensado;</li><li>• Nódulo de tireóide (bócio multinodular);</li></ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipotireoidismo com dificuldade no ajuste das doses;</li><li>• Telarca e Pubarca precoce (antes de 08 anos);</li><li>• Hiperprolactinemia;</li><li>• Hiperaldosteronismo Primário ;</li><li>• Hipertireoidismo sem complicações;</li><li>• Hiperplasia congênita de Supra-Renal;</li></ul>
 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alterações de crescimento;</li><li>• Obesidade de difícil controle e necessidade de medicação e/ou indicação cirúrgica (obesidade grau 1 com comorbidades, grau 2 e grau 3);</li><li>• Síndrome Metabólica;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfunções tireoidianas subclínicas ou nódulo antigo;</li> <li>• Bócio (&gt;6 meses), exceto se compressão do trato respiratório;</li> <li>• Dislipidemia de difícil controle em adulto;</li> <li>• Obesidade infantil e dislipidemia;</li> <li>• Ginecomastia;</li> <li>• Hirsutismo.</li> <li>• Paciente suspeito ou com diagnóstico de hipotireoidismo em início de tratamento;</li> <li>• Diabetes em início de tratamento sem descompensação grave (a insulinização pode ser iniciada na APS, especialmente em DM tipo 2);</li> <li>• Pacientes com obesidade, que não investigados ou suspeitos de doença endocrinológica de base.</li> </ul>
--	--

Ao encaminhar ao endocrinologista preencher a guia de referência e anexar os exames abaixo conforme suspeita diagnóstica. Os exames que não são liberados para a solicitação do clínico geral, encaminhar ao setor de agendamentos.

Exames	Obesidade	Tireopatias	DM	Bócio	Hipertireoidism	Hipotireoidism	Dislipidemia
Hemograma	X		X				
Glicemia	X		X				X
HbA1c			X	X			
CT/fc/TG	X		X				X
TSH/T4L	X	X		X	X	X	X
USG Tireóide		X (nódulo)		X			
Creatinina			X	X			X
Uréia			X				X
EQU			X				
TOTG			X				
Microalbuminúria			X				
TGO/TGP							X
Bilirrubina total e frações							X

### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** São situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR VIA AMBULATORIAL!!!

- Hipoglicemia severa ou coma hiperosmolar;
- Crise tireotóxica com arritmia ou comprometimento no estado geral do paciente;
- Mixedema com sinais de confusão mental.

### **4.7. Gastroenterologia**

A maioria das queixas do trato gastrointestinal (TGI) como pirose, azia, refluxo, gastroenterite aguda sem complicações, podem, e devem ser manejados na APS.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em situações que o manejo não é possível de ser realizada na APS.

Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares, se necessário, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista.

### **Indicações de encaminhamento:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estenose péptica moderada/severa;</li></ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esofagite erosiva;</li><li>• Esôfago de Barret;</li><li>• Dúvida no diagnóstico diferencial;</li></ul>

**VERDE**

- Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) refratária;
- Dúvidas no diagnóstico;
- Hepatopatia crônica avançada compensada;
- Gastrite aguda sem complicações/ infecção H. pylori;
- Doença do refluxo gastroesofágico não complicada;
- Esteatose hepática;
- Constipação/flatulência.

Ao encaminhar ao gastroenterologista, preencha o guia de referência e anexe os exames abaixo conforme suspeita diagnóstica. Os exames que não são liberados para a solicitação do clínico geral, encaminhar ao setor de agendamentos.

<b>Exames</b>	<b>Hepatopatias Crônicas</b>	<b>DRGE</b>	<b>Gastrite</b>
Hemograma	X		
Coagulograma	X		
Transaminases hepáticas	X		
BT e frações	X		
Gama GT	X		
Anti-HAV IgM	X		
HbsAg	X		
Anti-Hbc IgM	X		
Anti-HBe	X		
Anti-Hbs	X		
Anti-HCV	X		
Endoscopia		X	x (com biópsia)
Colonoscopia			
Enema Opaco			
USG Abd Total			
Sg oculto nas fezes			
Exame Radiol. Contrast. Esôfago		X	
pHmetria e Manometria esof.		X	

#### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR VIA AMBULATORIAL!!!

- Hemorragia digestiva alta ou baixa com grande perda sanguínea e instabilidade hemodinâmica;
- Colangite;
- Apendicite aguda;
- Colecistite;
- Pancreatite aguda;
- Obstrução intestinal;
- Úlcera péptica perfurada;
- Rotação intestinal, intussuscepção;
- Sinais de peritonite, abdome agudo.

## **Outros Comentários**

Evitar solicitações desnecessárias de endoscopias. Vide na seção de procedimentos as indicações e contra-indicações.

## **4.8. Ginecologia**

A maioria dos casos ginecológicos como vulvovaginites, diminuição de libido, anticoncepção, dispareunia, disúria, rastreio para câncer de mama e de colo cervical podem, e devem ser manejados na APS, sendo que o município têm em seu quadro efetivo o profissional em questão.

Somente encaminhar os casos em que precise de cirurgia / procedimento que não seja possível ser realizado na APS, como paciente com sangramento menstrual irregular sem resposta ao tratamento, lesões vulvares que necessitem procedimento cirúrgico, prolapsos vesico-uterino, dentre outras.

Em casos de suspeita oncológica direcionar o usuário com guia de referência, devidamente preenchida e exames comprobatórios ao ambulatório do Hospital Ceonc ou Hospital do Câncer de Guarapuava.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS, antes do encaminhamento para serviço especializado.

**Indicações de encaminhamento:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipermenorragia/Metrorragia de moderada intensidade;</li> <li>• Dor pélvica de moderada intensidade (descartado abdome agudo);</li> <li>• DIU em cavidade abdominal;</li> <li>• Doença Inflamatória pélvica (descartado abdome agudo);</li> </ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames para neoplasia alterados (mama ou colo uterino);</li> <li>• Prolapso uterino oligossintomático;</li> </ul>
 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endometriose;</li> <li>• Miomatose assintomática;</li> <li>• Incontinência urinária;</li> <li>• Sangramento uterino anormal após investigação na APS;</li> <li>• Vulvovaginites;</li> <li>• Avaliação e orientação de método contraceptivo;</li> <li>• Dispareunia;</li> <li>• Diminuição da libido;</li> <li>• Inserção de Dispositivo Intra Uterino (DIU);</li> </ul>

Ao encaminhar ao ginecologista preencher a guia de referência anexar os exames abaixo conforme suspeita diagnóstica. Os exames que não são liberados para a solicitação do clínico geral, encaminhar ao setor de agendamentos.

Exames	Hipermenorragia/Metrorragia	Miomatose	Endometriose	Incontinência	Geral
Colpocitologia oncotíca <1ano	x	x	x	x	x
USG TV	x	x (ou pélvica)	x	x	x
CA 125			x		
Urodinâmica				x	

### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR VIA AMBULATORIAL!

- Abdome agudo (DIP ou outra situação);
- Sangramento vaginal de grande volume;
- Sepse.

#### **4.8.1. Obstetricia**

Atender e estratificar o risco conforme o preconizado pela Linha Guia Materno Infantil do Estado do Paraná. Cabe aqui, orientar quanto o direcionamento da usuária que necessita de vaga ambulatorial para acompanhamento, lembrando que no município têm em seu quadro efetivo o profissional ginecologista / obstetra.

- **Baixo Risco:** Acompanhamento na Estratégia Saúde da Família (ESF);
- **Risco Intermediário:** A ESF agenda diretamente no ambulatório AME - Ivaiporã, o acompanhamento da gestante é mantém o acompanhamento na ESF;
- **Alto Risco:** A ESF agenda diretamente no ambulatório AME - Ivaiporã, o acompanhamento da gestante é mantém o acompanhamento na ESF.

OBS: Todas as gestantes são atendidas pelo médico obstetra do quadro efetivo do município.

#### **Indicações de encaminhamento:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• DOENÇAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO ATUAL:<ul style="list-style-type: none"><li>*Hipertensão arterial em tratamento;</li><li>*Dependência de drogas ilícitas;</li><li>*Cardiopatias em tratamento e/ou em acompanhamento;</li></ul></li></ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Pneumopatias em tratamento;</li> <li>*Nefropatias em tratamento e/ou em acompanhamento;</li> <li>*Diabetes;</li> <li>*Hipertiroidismo;</li> <li>*Má-formação útero/vaginal;</li> <li>*Epilepsia;</li> <li>*Hemopatias (exceto anemia leve e moderada, fisiológica da gestação); Doenças Infecciosas (considerar a situação epidemiológica local, doenças periodontal e seu impacto na gestação);</li> <li>*Doenças autoimunes;</li> <li>*Cirurgia útero/vaginal prévia (fora da gestação);</li> <li>*Hipotiroidismo (T4L alterado ou paciente em tratamento);</li> <li>*Neoplasias;</li> <li>*Obesidade Mórbida;</li> <li>*Cirurgia Bariátrica (com menos de 2 anos pós-operatório);</li> <li>*Psicose e depressão grave;</li> <li>*Dependência de drogas lícitas (tabagismo/alcoolismo) com intercorrências clínicas ou outro fator de risco materno/fetal.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS NA GESTAÇÃO ATUAL:</li> <li>*Doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, HIV, toxoplasmose, sífilis, infecção por Zika Vírus,</li> </ul>
--	--

	<p>gripe por influenza, hepatites virais, outras arboviroses com repercussão fetal);</p> <p>*Síndrome Hipertensiva na gestação atual;</p> <p>*Gestação gemelar;</p> <p>*Isoimunização Rh;</p> <p>*Diabetes mellitus gestacional;</p> <p>*Retardo do crescimento intraútero (peso fetal estimado abaixo do percentil 10);</p> <p>*Trabalho de parto prematuro;</p> <p>*Amniorrexe prematuro (abaixo de 37 semanas de gestação);</p> <p>*Placenta prévia;</p> <p>*Sangramento de origem uterina;</p> <p>*Má-formação fetal;</p> <p>*Mudança abrupta na curva de IMC.</p>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• São gestantes que apresentam fatores de risco relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficos (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionadas a seguir:</li> </ul> <p>*Gestantes negras ou indígenas;</p> <p>*Gestantes analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;</p> <p>*Gestantes com mais de 40 anos;</p> <p>*Gestantes com histórico de óbito em gestação anterior (aborto, natimorto, ou óbito).</p>

 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• São gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.</li> </ul>
---	---

#### **4.9. Hematologia**

A deficiência de ferro é uma das principais causas de anemia e deverá ser acompanhada e manejada na APS.

O acompanhamento se faz mediante GSUS / TFD Regional, não exclui o acompanhamento na APS, assim, o usuário deverá ser acompanhado por clínico e por demais especialistas na unidade de origem.

Os casos deverão ser investigados o máximo possível na APS antes do encaminhamento para serviço especializado.

#### **Em nosso Município:**

O Município por sua vez encaminhará a documentação dos casos não oncológicos através do sistema de tratamento fora do domicílio (TFD)/ Estado solicitando consulta hematológica. Cabe aqui, ressaltar que há pouca disponibilidade de consultas nesta área e o aguardo de avaliação médica tende ser prolongado.

### **Indicações de encaminhamento:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anemia com plaquetopenia grave à presença de blastos no sangue periférico;</li><li>• Leucopenia e contagem de neutrófilos menor que 500/mmc com anemia (hemoglobina menor que 9g/dl) e/ou plaquetopenia menor que 50.000/mmc;</li><li>• Plaquetopenia isolada menor que 50.000/mmc com sangramento cutâneo ou mucoso;</li><li>• Anemia com hemoglobina maior que 7 g/dl com alteração de leucograma e plaquetas ou com sintomatologia como cansaço, fraqueza, astenia e ausência de dispneia;</li><li>• Anemia, dor óssea, com ou sem insuficiência renal, aumento das proteínas e globulinas séricas, presença de pico monoclonal na eletroforese de proteínas plasmáticas, com dores e dificuldade de deambulação;</li><li>• Hematócrito maior ou igual a 60% para homens e maior ou igual a 55% para mulheres, sem sangramento e sem trombose e com pelo menos 1 dos sinais: HAS, parestesias, tonturas, cefaléia, turvação visual, afastados os diagnósticos de DPOC e cardiopatias cianóticas;</li><li>• Trombocitopenia entre 30.000/mmc e 50.000/mmc, sem sangramento mucoso e poucas manifestações hemorrágicas cutâneas;</li><li>• Leucocitose acima de 50.000/mmc com desvio escalonado na leucometria específica, sem</li></ul>
--	--

	<p>anemia e/ou plaquetopenia em pacientes assintomáticos ou com poucos sintomas, em ausência de infecção;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contagem de neutrófilos maior ou igual a <math>500/\text{mm}^3</math> sem febre, plaquetopenia maior que <math>50.000/\text{mmc}</math> e/ou anemia maior que <math>7\text{g/dl}</math> em pacientes com poucos sintomas e sem febre;</li> <li>• Trombocitose maior que <math>500.000/\text{mm}^3</math> acompanhada de leucocitose maior que <math>15.000/\text{mm}^3</math> na presença de trombose, sangramento e ausência de infecção.</li> <li>• Esplenomegalia no adulto, depois de afastada doença hepática, acompanhada de emagrecimento e queda do estado geral;</li> <li>• Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda com queda do estado geral, emagrecimento, febre e sudorese noturna. Devem ser solicitadas as sorologias para HIV, HTLV, sífilis, toxoplasmose, CMV, e mononucleose. Afastar o diagnóstico de tuberculose. Indicada a realização de biópsia ganglionar para diagnóstico de linfoma;</li> </ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombocitopenia maior que <math>50.000/\text{mmc}</math>, sem sangramento mucoso e poucas manifestações hemorrágicas cutâneas;</li> <li>• Leucocitose entre <math>20.000/\text{mm}^3</math> e <math>50.000/\text{mm}^3</math> com desvio à esquerda em ausência de infecção;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombocitose maior que 500.000/mm<sup>3</sup> acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm<sup>3</sup> sem sinais de trombose venosa e/ou arterial, sangramento e em ausência de infecção. Já devem ter sido excluídas as causas de trombocitose reativa: infecção, neoplasias não hematológicas e ferropenia;</li> <li>• Hematócrito entre 55% e 60% para homens e entre 50% e 55% para mulheres, sem sinais clínicos e depois de afastados os diagnósticos de DPOC e Cardiopatias Cianóticas;</li> <li>• Leucopenia com leucometria global menor que 2000/mmc e neutropenia entre 800 e 1000/mmc: devem ser solicitadas as sorologias para HIV, HTLV, sífilis, toxoplasmose, CMV e mononucleose;</li> </ul>
 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombocitopenia entre 50.000 e 100.000/mmc isolada em pelo menos dois exames com intervalo de 30 dias sem síndrome purpúrica e sangramentos mucosos após serem afastadas causas clínicas de plaquetopenia. Indicada a realização de sorologias para hepatites B e C, HIV, toxoplasmose, CMV e mononucleose, investigação de colagenoses, hepatopatias crônicas de qualquer natureza, deficiências vitamínicas e uso crônico de medicamentos (anticonvulsivantes diuréticos tiazídicos, antitireoidianos, hipoglicemiantes, quimioterápicos);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leucopenia global menor ou igual a 2.000/mmc e/ou contagem de neutrófilos entre 1.000 e 1.200/mmc, em pelo menos dois hemogramas com intervalo de 30 dias, sem anemia e plaquetopenia. Devem ser afastadas causas clínicas de leucopenia com realização de sorologias para hepatites B e C, HIV, CMV, toxoplasmose, e mononucleose; investigar doenças autoimunes, colagenoses, hepatopatias crônicas de qualquer etiologia e uso crônico de medicamentos (anti inflamatório, anti tireoidianos, anticonvulsivantes, quimioterápicos);</li> <li>• Eritrocitose isolada assintomática: hematócrito maior ou igual a 56% (ou dosagem de hemoglobina maior que 18,5 g/dl) para homens e para mulheres, maior ou igual a 50% (ou dosagem de hemoglobina maior 16,5 g/dl), em 3 hemogramas realizados com intervalo de 30 dias, depois de afastados os diagnósticos de DPOC e Cardiopatias Cianóticas;</li> <li>• Trombocitose isolada maior que 500.000/mmc em três hemogramas realizados com intervalo de um mês, após serem excluídas causas de trombocitose reativa: infecção, neoplasias não hematológicas e ferropenia;</li> <li>• Presença de pico monoclonal isolado na eletroforese de proteínas séricas;</li> <li>• Anemia Ferropriva em qualquer idade: investigar causas clínicas de acordo com a faixa etária.</li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemias de doenças crônicas (diabetes, doença renal, hepatopatias, collagenoses e endocrinopatias).</li> <li>• Leucopenias ISOLADAS: neutrófilos acima de 1200/mm<sup>3</sup> (afastar causas clínicas, tais como: hepatite crônicas, alcoólicas, virais B e C, LES, HIV, uso crônico de anti inflamatórios, anti tireoidianos, anticonvulsivantes, quimioterápicos).</li> <li>• Trombocitopenia Isolada maior que 100.000/mmc em pelo menos 3 exames consecutivos com intervalo mensal.</li> <li>• Hepatites crônicas, LES, HIV, uso de medicamento (anti inflamatórios, anti tireoidianos, anticonvulsivantes, quimioterápicos, hipoglicemiantes, diuréticos tiazídicos).</li> </ul>
--	---

#### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR AMBULATORIAL!!!

- Leucocitose maior que 100.000/mmc com anemia, plaquetopenia e blastos no sangue periférico.
- Leucocitose maior que 150.000/mmc com desvio escalonado na leucometria específica, mesmo sem anemia e/ou plaquetopenia, em pacientes assintomáticos ou com poucos sintomas, em ausência de infecção.
- Neutropenia grave : contagem de neutrófilos menor que 500/mmc e febre.
- Síndrome purpúrica cutâneo-mucosa grave com sangramento mucoso e contagem de plaquetas menor que 15.000/mmc.

- Síndrome purpúrica cutâneo-mucosa, sangramento mucoso e hemograma com pancitopenia.
- Anemia grave isolada, sem sangramento agudo em pacientes sintomáticos com hemoglobina igual ou menor que 6 g/dl e com indicação clínica de transfusão.
- Anemia grave (hemoglobina menor que 7 g/dl) com alterações do leucograma e da contagem de plaquetas.
- Anemia grave (hemoglobina menor que 7 g/dl), icterícia por elevação de bilirrubina indireta e sintomas de cansaço, fraqueza, astenia, dispneia e urina de cor escura. (Indicada a realização de teste de Coombs Direto e Indireto para o diagnóstico provável de Anemia Hemolítica Autoimune).
- Hematócrito acima de 60% na presença de HAS, parestesias, cefaléia, turvação visual, tonturas, com sangramento e/ou trombose.
- Trombocitose 1.500.000/mm<sup>3</sup> com presença de trombose ou sangramento.
- Adenomegalias volumosas (cervical, de mediastino) com sinais compressivos.
- Anemia e plaquetopenia graves à presença de blastos no sangue periférico.
- Leucocitose maior que 100.000/mmc com desvio escalonado na leucometria específica, mesmo sem anemia e/ou plaquetopenia, em pacientes assintomáticos ou com poucos sintomas, em ausência de infecção.
- Leucocitose maior que 120.000/mmc com predomínio de linfócitos, mesmo com ou sem anemia e/ou plaquetopenia em pacientes assintomáticos ou com poucos sintomas.
- Leucopenia e contagem de neutrófilos menor que 500/mmc com anemia (hemoglobina menor que 9g/dl) e/ou plaquetopenia menor que 50.000/mmc.
- Plaquetopenia isolada menor que 50.000/mmc com sangramento cutâneo mucoso.

## **4.10. Hepatologia**

A maioria das queixas relacionadas ao fígado direta ou indiretamente como fadiga, náuseas, vômitos, icterícia fisiológica no recém nascido, suspeita de hepatites virais, podem, e devem ser manejados na APS.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em situações que o manejo não é possível de ser realizado na APS, como pacientes com patologias possivelmente cirúrgicas, hepatopatia crônica avançada, hipertensão portal e ascite para manejo diagnóstico/terapêutico.

Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares, se necessário, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista.

### **Em nosso Município:**

As solicitações e exames complementares são encaminhadas para a especialidade de hepatologia através do sistema de tratamento fora do domicílio (TFD)/ Estado.

Cabe aqui, ressaltar que há pouca disponibilidade de consultas nesta área e o aguardo de avaliação médica tende ser prolongado.

### **Indicações de encaminhamento:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirrose hepática com descompensações frequentes.</li></ul>
--	--

 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatomegalia a esclarecer;</li> <li>• Hepatopatia crônica avançada, excluindo causas virais que devem ser encaminhadas ao SAE.</li> </ul>
 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirrose hepática compensada, excluindo causas virais que devem ser encaminhadas ao SAE;</li> <li>• Acompanhamento de lesões hepáticas ao exame de imagem com características benignas.</li> </ul>

Ao encaminhar ao hepatologista, preencher a guia de referência e anexar os exames abaixo conforme suspeita diagnóstica. Os exames que não são liberados para a solicitação pelo clínico geral, encaminhar ao setor de agendamentos.

<b>Exames</b>	<b>Cirrose hepática</b>	<b>Hepatopatia crônica</b>
Hemograma	x	x
Coagulograma	x	x
Hepatograma	x	x
Bilirrubina T e fcs		x
Anti-HAV IgM	x	x
Anti-HAV IgG	x	
HBsAg	x	x
HBeAg	x	x
Anti-HBc IgM	x	x
Anti-HBc IgG	x	x
Anti-HBe	x	x
Anti-HBs	x	x
Anti-HCV	x	x
PCR quant HCV		
HCV		
Imunoglob. IgG, IgM, IgA	x	x
FAN	x	x
Ac anti-músculo liso	x	x
Ac anti-mitocôndria	x	x
Ac anti-LKM	x	x
Ferro		x
Ferritina	x	x
TIBC		x
Alfa1-antitripsina		x
USG abdome	x	x
Alfafetoproteína	x	
Glicemia	x	
CT e frações	x	
Triglicerídeos	x	
EDA	x	

#### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR AMBULATORIAL!!!

- Encefalopatia hepática;
- Hepatites agudas com descompensação e suspeita de hepatite fulminante;
- Cirrose hepática ou hipertensão portal com complicações agudas que necessitem internação;
- Descompensação hepática de qualquer natureza;
- Hepatite aguda medicamentosa com descompensação (susometer a medicação).

## **4.11. Infectologia**

Esta especialidade atende no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em Ivaiporã, sendo que ao identificar usuários com suspeita ou portadores das patologias abaixo, a Unidade de Saúde deve entrar em contato pelo telefone 43 3472-1788 e agendar a consulta.

### **4.11.1. Tuberculose (TB)**

- **Pulmonar**

Os sintomas clássicos da TB pulmonar são: tosse persistente por 3 semanas ou mais, produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento.

Em populações especiais, tais como presidiários, moradores de rua, pacientes HIV positivos e crianças com tosse há 2 semanas ou mais, pode ser sugestivo de tuberculose pulmonar e deve ser investigado.

A febre vespertina, sem calafrios, não costuma ultrapassar os 38,5º C. A sudorese noturna e a anorexia são comuns. O exame físico geralmente mostra “fácies” de doença crônica e emagrecimento, embora indivíduos com bom estado geral e sem perda do apetite também possam ter TB pulmonar.

- **Extrapulmonar**

As formas extrapulmonares da tuberculose têm seus sinais e sintomas dependentes dos órgãos e/ou sistemas acometidos.

Sua ocorrência aumenta entre pacientes com imunocomprometimento grave, principalmente naqueles com aids.

- **Diagnóstico**

Baciloscopia do escarro, requisição de exames do município;

Teste rápido molecular para tuberculose, requisição na ficha do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL (em anexo).

Cultura para micobactéria com teste de sensibilidade (TSA) requisição na ficha do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL (em anexo).

O diagnóstico clínico pode ser considerado, na impossibilidade de se comprovar a suspeita de tuberculose por meio de exames laboratoriais. Nesses casos, deve ser associado aos sinais e sintomas o resultado de outros exames complementares como de imagem.

Diagnóstico diferencial: algumas condições clínicas que fazem diagnóstico diferencial como as principais formas de TB: neoplasias, outras micobactérias, infecções fúngicas e outras doenças bacterianas.

#### **4.11.2. Vírus da imunodeficiência humana (HIV)**

- Diagnóstico

Teste rápido Anti- HIV (nas unidades da rede com disponibilidade);  
Sorologia Anti- HIV;

- Encaminhamento

Apresentando diagnóstico positivo, dois testes rápidos positivos ou uma sorologia positiva, entrar em contato com o Serviço de Assistência Especializada (SAE) Ivaiporã através do número 43 3472-1788 e agendará consulta para o paciente.

#### **4.11.3. Hepatite B**

- Diagnóstico

Teste rápido; (nas unidades da rede com disponibilidade);  
Sorologia HbsAg e Anti HBc total.

- Encaminhamento

Apresentando diagnóstico positivo, um exame positivo, entrar em contato com o Serviço de Assistência Especializada (SAE) Ivaiporã através do número 43 3472-1788 e agendar a consulta para o paciente.

#### **4.11.4. Hepatite C**

- Diagnóstico

Teste rápido; (nas unidades da rede com disponibilidade);

Sorologia Anti HCV;

- Encaminhamento

Apresentando diagnóstico positivo, um exame positivo, entrar em contato com o Serviço de Assistência Especializada (SAE) Ivaiporã através do número 43 3472-1788 e agendar a consulta para o paciente.

#### **4.11.5. Sífilis**

- Diagnóstico: faz-se através dos testes treponêmicos (FTA-Abs, ELISA,EQL,CMA,TPHA,TPPA,MHA-TP e teste rápido) e não treponêmicos ( VRDL, RPR, TRUST,USR).

Teste Rápido, e se reagente, solicitar VDRL Quantitativo e tratar na UBS/ESF, se necessário segundo protocolo do MS. O diagnóstico de sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, consequentemente, o tratamento adequado.

Em caso de gestante realizar teste rápido e anamnese verificando caso de sífilis anterior e tratamento efetivo, após avaliação e necessidade de tratamento seguir conforme protocolo MS: aplicar Benzetacil 2.400.000 unidades intramuscular, 1x por semana, totalizando 7.200.000 unidades, e solicitar retorno com VDRL **quantitativo mensal** para avaliar necessidade de complementar tratamento. Parceiros(as) devem ser avaliados(as) e tratados(as). Anotar na carteira da gestante os três “Ds” (Droga, Data e Dose), sendo isso essencial para avaliação de Sífilis Congênita no momento do parto.

#### **4.11.6. Hanseníase**

A hanseníase, doença causada pela bactéria *M. leprae*, é transmitida pelas vias respiratórias por meio de contato próximo e prolongado de uma pessoa

suscetível com um doente portador de hanseníase que não está sendo tratado. Os principais sinais e sintomas da hanseníase são:

Áreas da pele, ou manchas hipocrônicas, acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade ao calor e/ou dolorosa, e/ou ao tato;

Formigamentos, choques e câimbras nos braços e pernas, que evoluem para dormência, a pessoa se queima ou se machuca sem perceber;

Pápulas, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas;

Diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose);

Pele infiltrada (avermelhada), com diminuição ou ausência de suor no local.

Além dos sinais e sintomas mencionados, pode-se observar:

Dor, choque e/ou espessamento de nervos periféricos;

Diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés;

Diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nos membros superiores e inferiores e, por vezes, pálpebras;

Edema de mãos e pés com cianose e ressecamento da pele;

Febre e artralgia, associados a nódulos dolorosos, de aparecimento súbito;

Aparecimento súbito de manchas dormentes com dor nos nervos dos cotovelos (ulnares), joelhos (fibulares comuns) e tornozelos (tibiais posteriores);

Obstrução, feridas e ressecamento nasal;

Ressecamento e sensação de areia nos olhos.

- Diagnóstico

O diagnóstico da hanseníase deve ser baseado, essencialmente no quadro clínico, e se confirmado iniciar tratamento na UBS / ESF seguindo fluxograma do MS.

- Encaminhamento

Apresentando dúvida diagnóstica, recidiva e sequela, encaminhar via GSUS / TFD e agendar a consulta para o paciente no hospital de referência.

## 4.12. Nefrologia

Os paciente que necessitam deste profissional são encaminhados ao Hospital de Rim de Ivaiporã, sendo específico e voltado ao atendimento do paciente adulto com doença renal crônica e dialítico,visto que crianças são encaminhados via TDF regional.

Visando facilitar o fluxo do encaminhamento, usaremos a classificação da DRC:

Tabela 1. Classificação da DRC<sup>1</sup>

Estágio	Filtração glomerular (mL/min)	Grau de insuficiência renal
0	> 90	Grupos de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	> 90	Lesão renal com função renal normal
2	60 - 89	IR leve ou funcional
3	30 - 59	IR moderada ou laboratorial
4	15 - 29	IR severa ou clínica
5	< 15	IR terminal ou dialítica

DRC = doença renal crônica; IR = insuficiência renal

### Para o encaminhamento é necessário:

Avaliação prévia pelo clínico, solicitação e avaliação dos exames laboratoriais e de imagem;

Encaminhar para a consulta trazendo os exames laboratoriais comprobatórios que justifiquem a necessidade de acompanhamento ambulatorial;

Afastar previamente fatores que possam estar causando a disfunção renal de forma temporária, dentre elas: erro laboratorial e/ou uso recente de medicação nefrotóxica (antibióticos e anti inflamatórios);

Para os homens, deverá ter sido afastado fator obstrutivo, geralmente hiperplasia prostática;

**Indicações de encaminhamento:**

	<b>VERMELHO</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiência renal crônica, Estágio 4 e Estágio 5 pré-diálise e diálise / hemodálise.</li></ul>
	<b>AMARELO</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acompanhamento de Insuficiência renal crônica , Estágio 3A e Estágio 3B</li><li>• Nefroesclerose;</li><li>• Nefropatia diabética/ Hipertensiva;</li><li>• Rim único;</li><li>• Doença policística</li></ul>
	<b>VERDE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiência Renal Crônica Estágio 1 e Estágio 2;</li><li>• Medidas preventivas e acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas. (Qualquer doença)</li></ul>

Os pacientes nos estágios 4 e 5 serão acompanhados em conjunto pela Nefrologia e Atenção Primária, uma vez que não é incomum intercorrências clínicas que não dizem respeito a disfunção renal e que deverão ser atendidas na Unidade de Saúde.

Lembrando que todos os encaminhamentos para Nefrologia passam por uma triagem prévia do especialista, através da análise da guia de referência e dos exames comprobatórios, o qual irá avaliar o quadro e o critério de Prioridade.

#### **4.13. Neurologia**

Muitos dos casos neurológicos como cefaléias sem sinais de alarme, sequelas de AVE, queixas de esquecimento ou demências já avaliadas pelo especialista devem ser manejados na APS.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em situações que o manejo não é possível de ser realizado na APS.

Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar, por exemplo, realizando exame neurológico completo, TC de crânio (contrastada ou não), o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento.

##### **Indicações de encaminhamento:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Demência de início agudo, sem razão reversível aparente;</li><li>• Convulsões;</li><li>• Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor;</li><li>• Hérnia discal com crises álgicas frequentes;</li></ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Paresias e parestesias persistentes;</li><li>• Avaliações/acompanhamento de outras demências, assim como Doença de Parkinson.</li></ul>



## VERDE

- Disestesias subagudas não explicadas por comorbidades. ex: Diabetes Mellitus.
- Vertigem persistente com fatores de risco associados;
- Cervicalgia e lombociatalgia sem melhora a terapêutica;
- Tremor essencial;
- Demência senil;
- Seqüelas de AVEs;
- Cefaléias típicas (enxaqueca, tensional, em salvas...).

Ao encaminhar ao neurologista, preencher a guia de referência e anexar os exames abaixo conforme suspeita diagnóstica. Os exames que não são liberados para a solicitação pelo clínico geral, encaminhar ao setor de agendamentos.

EXAMES	Sd. Demencial	Convulsões	Atraso DNPM	Hérnia disca	Cefaleia	Paresias/Parestesias
TC/RNM	X	X	X	X		
EEG		X				
Hemograma	X				X	X
TAP	X					
Glicose	X				X	X
Sódio e Potássio	X				X	X
Cálcio	X				X	X
Creatinina e Uréia	X				X	X
TGO/TGP	X				X	X
Fosfatase Alcalina	X				X	X
LDH					X	X
Gama-GT	X				X	X
Bilirrubina total e frações	X				X	
Proteína total e frações	X				X	X
Sorologia p/ sifilis	X				X	
Sorologia p/ hepatite					X	X
Sorologia p/ HIV					X	X
Vitamina B12	X					X
Ácido fólico	X				X	
TSH, T4 livre	X				X	X

### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR AMBULATORIAL!!!

- AVEs agudos;
- Sinais de herniação cerebral (anisocoria, vômitos incoercíveis, coma);
- Perda aguda de movimentos (como em traumas, espondilolisteses, etc);
- Meningites;
- Cefaleia com alteração do estado mental ou associada a déficit neurológico focal.
- Cefaléia de surgimento abrupto ou piora gradativa de quadro anterior, sem resposta;
- Lesões com características de neoplasia (efeito de massa, desvio do olhar conjugado, etc);
- Convulsões ou ausências recorrentes em bebês/crianças.
- Neuropatia traumática do plexo braquial;

### **4.14. Ortopedia**

A maioria dos casos de ortopedia como dorsalgia, devem ser manejados na APS.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em situações que o manejo não é possível de ser realizado na APS, como paciente com lombalgia, com indicação cirúrgica.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento.

### **Indicações de encaminhamento:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Osteomielite crônica;</li><li>• Lombociatalgia/Cervicalgia com indicação cirúrgica com crises de dor intensas e recorrentes;</li></ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lombociatalgia/Cervicalgia com indicação cirúrgica com dor moderada;</li></ul>
 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Síndrome do túnel do carpo com dor moderada;</li><li>• Poliartralgia sem melhora clínica;</li><li>• Lombociatalgia sem melhora clínica;</li><li>• Reavaliação de prótese assintomática.</li><li>• Dorsalgia;</li><li>• Cisto sinovial;</li></ul>

### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR AMBULATORIAL!!!

- Trauma com fratura (exposta ou não);
- Osteomielite aguda;
- Artrite;

## 4.15. Otorrinolaringologia

Muitas queixas relacionadas a ouvidos, nariz e garganta, como otites, amigdalites, sinusites, retirada de corpos estranhos, vertigem postural paroxística benigna (VPPB), entre outras, devem ser manejados na APS.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação ou em situações que o manejo não seja possível de ser realizado na APS, como paciente com quadros persistentes ou sem resposta ao tratamento na APS.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista.

### Indicações de encaminhamento:

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Epistaxes recorrentes;</li><li>• Perfurações timpânicas não traumáticas;</li></ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rouquidão/Disfonia que perdure, mas sem sinais de alarme;</li><li>• Otites de repetição;</li></ul>
 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sinusite crônica com crises recorrentes;</li><li>• Amigdalites de repetição;</li><li>• Disacusia já investigada, e de origem não neurológica;</li><li>• Epistaxe ocasional;</li><li>• Vertigem Postural Paroxística Benigna;</li></ul>

Ao encaminhar ao otorrinolaringologista preencher a guia de referência e anexar os exames abaixo conforme suspeita diagnóstica. Os exames que não são

liberados para a solicitação pelo clínico geral, encaminhara ao setor de agendamentos.

EXAMES	Sinusites crônicas	Disacusias	Vertigem
TC/RNM Mastóide		X	X
TC seios paranasais			
Rx simples seios paranasais	X		

#### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR AMBULATORIAL!!!

- Corpo estranho em vias respiratórias ou ouvido não passível de retirada na APS;
- Hemorragia nasal ou epistaxe volumosa (com adequada tentativa inicial de tamponamento);
- Perfurações timpânicas por trauma.

#### **4.16. Pediatria**

Atender conforme o preconizado pela Linha Guia Materno Infantil do Estado do Paraná. Cabe aqui, orientar que a ESF bem como a equipe multiprofissional deve fazer o acompanhamento segundo estratificação de risco das crianças até 24 meses de vida e seguir conforme linha guia, ressalto ainda que todas as crianças até 24 meses devem passar por avaliação com pediatra que presta serviço ao município através do CIS Paraná Centro, seguindo as estratificações de risco as crianças são direcionadas ao ambulatório AME de Ivaiporã para seguimento.

**Indicações de encaminhamento:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Afecções Perinatais:<ul style="list-style-type: none"><li>*Prematuridade ≤ 34 semanas de idade gestacional;</li><li>*Baixo peso ao nascer &lt; 2.000g;</li><li>*Asfixia perinatal (APGAR &lt; 7 no 5º minuto);</li><li>*Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão;<ul style="list-style-type: none"><li>• Mâs-formações congênitas / Cromossopatias/ Doenças genéticas;</li><li>• Triagem Neonatal positiva;</li><li>• Doenças de transmissão vertical confirmadas (STORCH +ZIKA / HIV);</li><li>• Desnutrição grave;</li><li>• Obesidade;</li><li>• Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor;</li><li>• Intercorrências repetidas com repercussão clínica</li></ul></li></ul></li></ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Filhos de mãe negra e/ou indígena;</li><li>• Filhos de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos;</li><li>• Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;</li><li>• Filhos de mães com histórico de óbito em gestação anterior (aborto, natimorto ou óbito);</li><li>• Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 3 partos;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Filhos de mães que morreram no parto/puerpério.</li> </ul>
 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• São crianças que não apresentam fatores de risco ou doenças.</li> </ul>

#### 4.17. Pneumologia

A maioria dos casos respiratórios como Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Pneumonias não complicadas devem ser manejados na APS.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em situações que o manejo não é possível ser realizado na APS, quadros persistentes ou sem resposta ao tratamento na APS.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento.

##### Indicações de encaminhamento:

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma de difícil controle;</li> <li>• DPOC com insuficiência respiratória crônica;</li> <li>• Indicação de início de oxigenoterapia;</li> </ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento de fibrose cística;</li> <li>• DPOC com agudizações frequentes, sem insuficiência respiratória;</li> </ul>

 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nódulo pulmonar ou pleural simples;</li> <li>• Acompanhamento de bronquiectasias;</li> <li>• Asma/ DPOC de controle adequado;</li> </ul>
---	---

#### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR AMBULATORIAL!!!

- Pneumotórax;
- Corpo estranho em via aérea baixa;
- Insuficiência respiratória aguda (DPOC, asma);
- Derrames pleurais extensos com dessaturação;
- Pneumonia grave com necessidade de internação, atenção especial aos idosos e crianças com sinais de alarme (cianose, toxemia, gemência, uso de musculatura acessória, irritabilidade, dentre outros);
- Bronquiolite moderada ou grave (taquipneia, batimentos de asa do nariz, hipoxemia) .

#### **4.18. Psiquiatria**

A maioria dos casos psiquiátricos como depressão, ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), síndrome pânico e estresse pós-traumático, devem ser manejados na APS / CAPS.

Uma importante estratégia da atenção em saúde mental é a articulação de uma rede de apoio comunitária em conjunto com os serviços de saúde. Isso amplia a capacidade de gerar soluções e optimiza a utilização dos recursos existentes, contribuindo para maior integralidade e resolutividade.

Deste modo, somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em situações que o manejo não é possível de ser realizado na APS.

Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar, por exemplo, realizando anamnese e exame mental completo, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento, além de realizar estratificação de risco para todos os pacientes de saúde mental na APS, mamnejando na APS os casos de saude mental estratificados com baixo risco e os estratos de intermediários e alto risco encaminhar para acompanhamento no CAPS.

**Indicações de encaminhamento:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Depressão refratária;</li><li>• Transtornos dissociativos;</li><li>• Esquizofrenia de início em faixa etária atípica (exceto surto agudo);</li><li>• Abuso de substâncias (tabaco, álcool, drogas ilícitas e fármacos,p.ex.: BZD);(CAPS AD).</li></ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• TOC;</li><li>• Pânico;</li><li>• Ansiedade de difícil controle;</li></ul>



**VERDE**

- Transtornos psicossexuais, dúvida no diagnóstico diferencial (ex: depressão e transtorno bipolar).
- Acompanhamento de transtornos de base(ex: transtorno bipolar) e de esquizofrenia para seguimento.
- Depressão que responda à terapia de apoio e/ou medicação;
- Ansiedade generalizada, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Pânico leves a moderados;

### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR AMBULATORIAL!!!

- Ideação suicida explicitada ou tentativa de suicídio;
- Lesão infligida a si ou a outros;
- Comportamento dissociado da realidade que possa ocasionar as situações acima (p. ex. surto psicótico).

**Competências dos pontos de atenção à Saúde Mental (em anexo).**

### **4.19. Reumatologia**

A maioria dos sintomas em reumatologia são inespecíficos, tais como, cefaléia, fraqueza, cansaço, mialgia, artralgia, lesões na pele, nefropatia, oftalmopatia, cardiopatia, dentre outros, tornando-se o diagnóstico muitas vezes baseado em um conjunto de sinais e sintomas, bem como exames laboratoriais e dosagem de autoanticorpos. Devido a isso o médico que atua na atenção primária deve ser criterioso ao encaminhar os pacientes ao especialista, sempre lembrando que a maioria dos sintomas são gerais e não irão corresponder a uma doença reumatológica de base e que, portanto, devem ser investigados e manejados na APS.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em situações que o manejo não é possível de ser realizado na APS. Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista.

### **Indicações de encaminhamento:**

	<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artropatia inflamatória dolorosa</li> <li>• Incapacidade funcional devido a artrite poliarticular</li> <li>• Doenças deformantes ou progressivas sem plano terapêutico (AR, esclerodermia, espondilite anquilosante, polimiosite)</li> </ul>
	<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crises de gota atípicas ou recorrentes</li> </ul>
	<b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso prolongado de AINEs ou outros fármacos sem melhora dos sintomas álgicos;</li> <li>• Surgimento de doenças crônicas com plano terapêutico já definido: Lupus, AR, polimiosite, esclerose sistêmica...</li> <li>• Fibromialgia;</li> <li>• Crise de gota típica e/ou inicial</li> </ul>

### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas . NÃO ENCAMINHAR AMBULATORIAL!!!

- Artrite séptica confirmada ou suspeita;
- Artrite gonocócica;
- Crises álgicas intensas e refratárias aos analgésicos/aine;
- Suspeita da síndrome do anticorpo antifosfolipídeo (SAF) com complicações: TVP, embolia pulmonar, aborto e isquemia mesentérica.

## **Outros Comentários**

Gestantes com doenças reumatológicas (p. ex.: lúpus) são consideradas de alto risco e devem ter seu acompanhamento pré-natal na APS e concomitante no AME de Ivaiporã.

## **4.20. Urologia**

A maioria dos casos urológicos como diminuição de libido, balanopostite, disfunção erétil, devem ser manejados na APS.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em situações que o manejo não é possível de ser realizado na APS. Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento.

### **Indicações de encaminhamento:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retenção urinária de repetição;</li><li>• Episódios de hematúria já investigado e excluídos principais causas;</li><li>• Nefrolitíase subaguda;</li><li>• Aumento do volume testicular/prostatismo com PSA alterado;</li></ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prostatismo com falha ao tratamento clínico;</li><li>• Nefrolitíase crônica</li></ul>

 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oligo/Azoospermia;</li> <li>• Fimose;</li> <li>• Lesões urológicas em pênis, excluído a possibilidade de neoplasia;</li> <li>• Incontinência urinária;</li> <li>• Disfunção erétil;</li> <li>• Diminuição da libido;</li> </ul>
---	--

#### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR AMBULATORIAL!!!

- Suspeita de torção de testículo;
- Trauma (queda a cavaleiro);
- Nefrolitíase aguda para realizar analgesia;
- Pielonefrite com necessidade de internação;
- Retenção urinária aguda (bexigoma) com necessidade de punção vesical;
- Sangramento urinário agudo intenso com comprometimento hemodinâmico;

#### **4.21. Oncologia**

A Secretaria Municipal de Saúde, orienta que os usuários com suspeita de neoplasia hematológica e pediátrica, sem instabilidade hemodinâmica, sejam direcionadas à Secretaria de Saúde com guia de referência e formulário para Tratamento Fora do Domicílio (TFD) preenchidos, e com exames comprobatórios em anexo.

As demais situações de neoplasias, os usuários devem ser orientados a procurar o agendamento para encaminhamentos ao ambulatório do Hospital CEONC e Hospital do Câncer de Guarapuava, portando guia de referência e exames complementares.

## 5. EXAMES COMPLEMENTARES

### 5.1. Audiometria

Solicitação apenas por especialista da área. As solicitações por demais especialidades ou clínicos gerais não são.

### 5.2. Colonoscopia

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde.

Quando sintomático ou suspeição clínica de câncer colorretal, investigação de sangramento gastrointestinal ou suspeita de doença inflamatória intestinal.

Observar que o paciente deve ser orientado a realizar preparo previamente ao exame a fim de aumentar a eficácia diagnóstica.

#### Indicações de solicitação:

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sangramento gastrointestinal recorrente e/ou sintomático;</li><li>• Alta suspeita de câncer colorretal;</li><li>• Doença inflamatória intestinal, muito sintomático;</li></ul>
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Baixa suspeita de câncer colorretal, sintomático;</li><li>• Doença inflamatória intestinal, sintomático;</li><li>• Sangramento gastrointestinal, sintomático;</li></ul>

 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangramento gastrointestinal, assintomático;</li> <li>• Doença inflamatória intestinal, assintomática;</li> <li>• Baixa suspeita de câncer colorretal, assintomático;</li> </ul>

#### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR VIA AMBULATORIAL!!!

- Sangramento gastrointestinal ativo intenso
- Suspeita de câncer colorretal com critérios de internamento (instabilidade hemodinâmica, etc);

### **5.3. Densitometria Óssea**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde.

Solicitar conforme indicações e especificar a prioridade do exame, a critério médico.

#### **Indicações de Solicitação:**

- 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 sofreram fratura após os 50 anos;
- Indivíduos com anormalidades vertebrais radiológicas; adultos com condições associadas à baixa massa óssea ou perda óssea, como artrite reumatoide ou uso de glicocorticóides na dose de 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses.

#### **5.4. Ecocardiograma**

Solicitado apenas por especialista da área.

#### **5.5. Ecodoppler arterial de membros**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde.

Solicitar conforme indicações e especificar a prioridade do exame, a critério médico.

##### **Indicações de solicitação:**

##### **Membros Inferiores**

- Claudicação intermitente do membro inferior;
- Pé diabético;
- Ausência ou diminuição de pulso arterial do membro inferior;
- Massas pulsáteis.

##### **Membros Superiores**

- Ausência ou diminuição de pulso arterial do membro
- Massas pulsáteis;
- Parestesia;
- Hemangioma;
- Claudicação intermitente do membro inferior;

## **5.6. Ecodoppler venoso de membros**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde.

Solicitar conforme indicações e especificar a prioridade do exame, a critério médico.

### **Indicações de solicitação:**

#### **Membros Inferiores**

- Tromboflebite;
- Úlcera venosa;
- Varizes;

#### **Membros Superiores**

- Edema assimétrico;
- Hemangioma;

## **5.7. Endoscopia Digestiva Alta ( EDA)**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde.

Quando sintomático ou suspeição clínica de câncer do aparelho digestivo alto, investigação de sangramento gastrointestinal (ativo ou oculto).

Observar que o paciente deve ser orientado a realizar preparo previamente ao exame a fim de aumentar a eficácia diagnóstica.

### **Indicações de solicitação:**

 <b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Paciente muito sintomático com sangramento gastrointestinal alto crônico sem uso de AINES;</li><li>• Alta suspeita de câncer Gastrointestinal, com sinais de alarme como: sangramento gastrointestinal</li></ul>
--	--

	agudo/crônico, perda de peso involuntária progressiva, disfagia progressiva, vômitos persistentes, anemia por deficiência de ferro, massa epigástrica, doença péptica ulcerosa prévia e/ou história familiar de câncer e/ou idade>55a;
 <b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anemia por deficiência de ferro, excluindo outras causas;</li> </ul>
 <b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assintomático, baixa suspeita de câncer TGI ( sem sinais de alarme, com história familiar positiva de câncer e/ou idade&gt;55a);</li> </ul>

#### **Situações que NÃO necessitam do exame:**

- Dispepsia Funcional;
- EDA não é indicada para paciente de qualquer idade com dispepsia sem sinais de alarme, recomendado apenas se falha terapêutica empírica ou se dispepsia com complicações;
- Doença do Refluxo Gastroesofágico como abordagem inicial;

#### **Encaminhamento imediato ao especialista:**

**ATENÇÃO:** encaminhamento imediato ao especialista são situações que devem ser encaminhadas diretamente ao PA 24 horas. NÃO ENCAMINHAR VIA AMBULATORIAL!!!

- Pacientes de qualquer idade com dispepsia e sangramento gastrointestinal ativo intenso;
- Suspeita de câncer gastrointestinal com critérios de internamento (instabilidade hemodinâmica, etc);

## **5.8 Eletrocardiograma**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde e do enfermeiro da rede, sendo que no município temos a disposição 3 aparelhos de ECG com laudo digital.

Solicitar conforme indicações e especificar a prioridade do exame, a critério médico / enfermeiro.

### **Indicações de solicitação:**

- Avaliação inicial cardiológica;
- Rotina do pré-operatório;
- Angina torácica;
- Síncope ou pré-síncope;
- Dor torácica não aguda;
- Oropneia e/ou dispneia progressiva ao esforço;
- Fadiga extrema ou inexplicada;
- Hipertensão arterial pulmonar;
- Arritmias;
- AVC recente;
- Uso de medicações que podem alterar o ritmo cardíaco;
- Sopros;
- HAS;
- Doença cardiovascular adquirida ou congênita.

## **5.9. Eletroneuromiografia**

Solicitado apenas por especialista.

## **5.10. Espirometria**

Solicitação apenas por especialista da área.

## **5.11. Mamografia - MMG**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde e enfermeiro da rede.

Solicitar conforme indicações e especificar a prioridade do exame, a critério médico.

### **Indicações de solicitação:**

- Nódulos;
- Alterações de pele em mamas;
- Fluxo papilar;
- Linfonodo axilar suspeito;
- Mulheres em tratamento de reposição hormonal;
- Achado anormal em MMG anterior;
- MMG em mulheres a partir de 40 anos, exames anuais;
- Mulheres com  $\geq 35$  anos, com fator de risco;

## **5.12. Ultrassonografia abdominal total**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde.

Solicitar conforme indicações e especificar a prioridade do exame, a critério médico.

### **Indicações de solicitação:**

- Distensão abdominal não timpânica.
- Presença de massa abdominal;
- Organomegalia;
- Suspeita de distúrbios vasculares, principalmente hepáticos;
- Febre e anemia de origem desconhecida;

- Gastroenterite sem melhora ao tratamento clínico;
- Avaliar linfonodos, adrenais, pâncreas;
- Presença de efusão peritoneal ou torácica;
- Emagrecimento progressivo, após excluídas outras causas;
- Dor abdominal frequente com outros sintomas;
- Icterícia (hepatopatias: fibrose, esteatose, cirrose, neoplasia...).

### **5.12.1. Obstétrica**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde.

Conforme Linha Guia Materno Infantil é recomendado para as gestantes estratificadas como baixo risco, a realização de duas ultrassonografias obstétricas, sendo um exame no 1º trimestre e um segundo **exame entre 26 e 28** semanas de idade gestacional, caso alguma intercorrência, repeti-lo.

Em relação às gestantes classificadas como risco intermediário e alto é recomendado três exames ultrassonográficos obstétricos, sendo um exame para cada trimestre.

### **5.13. Ultrassonografia articular**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde.

Solicitar conforme indicações e especificar a prioridade do exame, a critério médico.

#### **Indicações de solicitação:**

- Cistos sinoviais;
- Lesão por esforço repetitivo (LER);
- Disfunção da articulação temporo-mandibular;
- Derrames articulares com características não infecciosas;
- Bursites/Tendinites sem melhora prévia ao tratamento clínico;

- Lesão muscular/tendões/ligamentos/menisco.

## **5.14. Ultrassonografia de bolsa escrotal**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde.

Solicitar conforme indicações e especificar a prioridade do exame, a critério médico.

### **Indicações de solicitação:**

- Aumento da bolsa escrotal;
- Tumores;
- Varicocele;
- Cistos de cordão;
- Criotorquidia.

## **5.15. Ultrassonografia de mamas**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde e enfermeiros da rede dando prioridade a mamografia.

Solicitar conforme indicações e especificar a prioridade do exame, a critério médico.

### **Indicações de solicitação:**

- Identificação e caracterização de anormalidades palpáveis;
- Massas palpáveis em mulheres com idade < 35 anos;
- Imagem suspeita em MMG de paciente com idade ≤ 35 anos;
- Complemento de MMG BI-RADS 0;
- Ginecomastia;
- Acompanhamento de lesões nodulares de característica provavelmente benignas;

## **5.16. Ultrassonografia próstata - via abdominal/transretal**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde.

Solicitar conforme indicações e especificar a prioridade do exame, a critério médico.

### **Indicações de solicitação:**

- Suspeita câncer prostático;
- Hiperplasia prostática benigna;
- Prostatite;
- Infertilidade;
- Abscessos;
- Prostatismo;

Observações: USG com doppler é útil para detectar aumento da vascularização (selecionar sítios para biópsia). Esse exame fica a critério de solicitação do especialista.

## **5.17. Ultrassonografia renal e Vias Urinárias**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde.

Solicitar conforme indicações e especificar a prioridade do exame, a critério médico.

### **Indicações de solicitação:**

- Litíase;
- Má formação; Rim policístico;
- Insuficiência renal;
- Disfunção miccional;
- Hematuria.

## **5.18. Ultrassonografia transvaginal**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde e enfermeiros da rede.

Solicitar conforme indicações e especificar a prioridade do exame, a critério médico.

### **Indicações de solicitação:**

- Sangramento genital pós-menopausa;
- Sangramento genital anormal no menacme;
- Amenorréia primária;
- Amenorréia secundária não relacionada à gravidez;
- Dor pélvica aguda e crônica;
- Diagnóstico diferencial de tumores pélvicos;
- Tumores e cistos ovarianos pré e pós-menopausa;
- DIU (após inserção e acompanhamento);
- Anexites;
- Investigação de massa abdominal / pélvica;

Pré-requisitos: exame especular, toque vaginal e USG pregressa, se houver.

### **5.18.1. Obstétrica**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde.

Conforme Linha Guia Materno Infantil é recomendado para as gestantes estratificadas como baixo risco, a realização de duas ultrassonografias obstétricas, sendo um exame no 1º trimestre e um segundo exame entre 26 e 28 semanas de idade gestacional, caso alguma intercorrência, repeti-lo.

Em relação às gestantes classificadas como risco intermediário e alto é recomendado três exames ultrassonográficos obstétricos, sendo um exame para cada trimestre.

## **5.19. Ultrassonografia da tireóide**

A solicitação desse exame fica a critério do médico assistente da rede municipal de saúde e enfermeiros da rede.

Solicitar conforme indicações e especificar a prioridade do exame, a critério médico. Indicações de solicitação:

- Alteração de volume;
- Presença de nódulos;
- Hipertireoidismo;

## **5.20. Tomografia Computadorizada**

Solicitação apenas por especialista da área. Passa por auditória da 22<sup>a</sup> Regional de Saúde, sendo que dependendo do estado clínico do paciente temos a disposição pelo Cis Paraná Centro.

## **5.21. Ressonância Nuclear Magnética**

Solicitação apenas por especialista da área. Passa por auditória da 22<sup>a</sup> Regional de Saúde.

## **6. Exames para diagnóstico e acompanhamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus**

O protocolo do município de Santa Maria do Oeste tem como base a linha guia da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, tanto para Hipertensão Arterial Sistêmica quanto Diabetes Mellitus. A descrição de tais linhas se encontram no site: <http://www.saude.pr.gov.br>.

Todas as Estratégias de Saúde da Família (ESF) da rede municipal de Santa Maria do Oeste, podem encaminhar os pacientes estratificados como alto risco ao ambulatório de atenção às condições crônicas no AME de Ivaiporã, sempre com a estratificação em anexo, além de orientar os pacientes a levar no dia da consulta os exames realizados e as medicações de uso contínuo.

No ambulatório o paciente será avaliado por equipe multiprofissional da atenção especializada e ao final do atendimento o plano de cuidados é elaborado interdisciplinarmente e pactuado com cada usuário.

## **6.1. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

### **Exames para estratificação de risco para HAS:**

- Dosagem de glicose;
- Dosagem de ácido úrico;
- Dosagem de creatinina;
- Dosagem de colesterol total;
- Dosagem de HDL- Colesterol;
- Dosagem de triglicerídeos;
- Dosagem de potássio;
- Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina;
- Eletrocardiograma.

Demais exames que se encontram na ficha de estratificação de risco de usuário, em anexo, não são avaliados em todos os pacientes. Alguns critérios raramente são utilizados na prática clínica como, por exemplo, a velocidade de onda de pulso. Da mesma forma, não é necessário solicitar ecocardiograma ou ecodoppler de carótidas para se estratificar o risco de todo paciente hipertenso.

Contudo, pacientes podem comparecer à consulta médica com exames anteriores já solicitados por outros médicos com o objetivo de investigar outras

condições clínicas. Nesses casos, tais exames complementares podem já identificar lesões em órgãos-alvo ou doença aterosclerótica estabelecida e devem ser aproveitados para a estratificação de risco.

### **Periodicidade de solicitação de exames**

Em caso de alteração nos exames, eles deverão ser repetidos com maior frequência, dependendo do tipo e do grau da alteração.

A avaliação complementar está indicada em pacientes que apresentam elementos indicativos de hipertensão secundária, de lesão em órgãos-alvo ou doenças associadas, que devem ser investigadas por métodos específicos.

**Estimar a taxa de filtração glomerular baseado na equação CKD-EPI 2.**

FÓRMULA CKD-EPI (CHRONIC KIDNEY DISEASE EPIDEMIOLOGY COLLABORATION):

$$\text{Taxa de filtração glomerular} = A \times (\text{Creatinina}/B)^C \times \text{idade}^{0,993}$$

Onde:

Valor de A: Negro: mulher = 166, Homem = 163

Não negro: mulher = 144 Homem = 141

Valor de B: Mulher: 0,7, Homem: 0,9

Valor de C: Creatinina > 0,7 = - 1,209

Creatinina ≤ 0,7, mulher = -0,329, Homem = -0,411

Calcular o LDL-colesterol quando triglicerídeos <400 mg/dL pela fórmula: LDL-colesterol = colesterol total - HDL-colesterol – triglicerídeos/5.

Periodicidade da realização dos exames de acordo com a estratificação de risco			
Exames	Baixo Risco	Risco Intermediário	Alto Risco
Dosagem de glicose (em jejum)	Anual	Anual	Anual
Ácido úrico	Anual	Anual	Anual
Creatinina	Anual	Anual	Semestral
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (estimativa <sup>1</sup> )	Anual	Anual	Semestral
Colesterol Total	Anual	Anual	Anual
LDL-Colesterol (cálculo <sup>2</sup> )	Anual	Anual	Anual
HDL-Colesterol	Anual	Anual	Anual
Triglicerídeos	Anual	Anual	Anual
Potássio	Anual	Anual	Semestral, se creatinina normal
Rotina de urina	Anual	Anual	Anual
Microalbuminúria em urina de 24 hs ou			
Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina	-	Anual	Anual
Eletrocardiograma	A cada dois anos	Anual	Anual

## Periodicidade das consultas na atenção primária

Risco	Avaliação		
	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de Enfermagem
Baixo	anual	anual	anual
Médio	semestral	semestral	trimestral
Alto	quadrimestral	quadrimestral	bimestral

\* As consultas médicas e de enfermagem e avaliações de enfermagem devem ser intercaladas

## 6.2. Diabetes Mellitus (DM)

**Exames para estratificação de risco do usuário com DM, em anexo estratificação:**

- Dosagem de glicose;
- Dosagem de hemoglobina glicada;
- Dosagem de creatinina;
- Dosagem de colesterol total;
- Dosagem de HDL-Colesterol;
- Dosagem de triglicerídeos;
- Dosagem de potássio;
- Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina;
- Eletrocardiograma.

## Periodicidade de solicitação de exames

Em caso de alteração nos exames, eles deverão ser repetidos com maior frequência, dependendo do tipo e do grau da alteração.

Estimar a taxa de filtração glomerular baseado na equação CKD-EPI 2.

### FÓRMULA CKD-EPI (CHRONIC KIDNEY DISEASE EPIDEMIOLOGY COLLABORATION):

$$\text{Taxa de filtração glomerular} = A \times (\text{Creatinina}/B)^C \times \text{idade}^{0,993}$$

Onde:

Valor de A: Negro: mulher = 166, Homem = 163

Não negro: mulher = 144, Homem = 141

Valor de B: Mulher: 0,7, Homem: 0,9

Valor de C: Creatinina > 0,7 = - 1,209

Creatinina ≤ 0,7, mulher = -0,329, Homem = -0,411

Calcular o LDL-colesterol quando triglicerídeos <400 mg/dL pela fórmula: LDL-colesterol = colesterol total - HDL-colesterol – triglicerídeos/5.

Periodicidade da realização dos exames de acordo com a estratificação de risco			
Exames	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto
Dosagem de glicose (em jejum)	Anual	Semestral	Quadrimestral
Dosagem de glicose (pós-prandial)	Anual	Semestral	Quadrimestral
Hemoglobina glicada	Anual	Semestral	Semestral
Creatinina	Anual	Anual	Anual
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (estimativa <sup>a</sup> )	Anual	Anual	Anual
Colesterol Total	Anual	Anual	Anual
LDL-Colesterol (cálculo <sup>b</sup> )	Anual	Anual	Anual
HDL-Colesterol	Anual	Anual	Anual
Triglicerídeos	Anual	Anual	Anual
Potássio	Anual	Anual	Anual
Rotina de urina	Anual	Anual	Anual
Microalbuminúria em urina de 24 hs ou Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina	Anual	Anual	Anual
Fundoscopia	Anual	Anual	Anual
Eletrocardiograma	A cada dois anos	Anual	Anual

### Periodicidade das consultas na atenção primária

Risco	Consulta		
	Médico	Enfermeiro	Dentista
Risco Baixo	Anual (1x/ano)	Semestral (2x/ano)	Anual (1x/ano)
Risco Médio	Semestral (2x/ano)	Quadrimestral (3x/ano)	Anual (1x/ano)
Risco Alto	Quadrimestral (3x/ano)	Trimestral (4x/ano)	Anual (1x/ano)

### 7. Informações a respeito da solicitação de medicamentos do componente especializado (LME):

O processo de solicitação dos medicamentos é iniciado pelo usuário, ou seu responsável, por meio da apresentação de diversos documentos, porém é de responsabilidade exclusiva do médico preencher o Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME), em anexo.

Não serão mais aceitos laudos sem preenchimento correto e completo, e caso isso ocorra a Farmácia Municipal, responsável pelos processos, orientará o usuário a retornar a sua unidade, além de comunicar a Secretaria de Saúde do Município, a qual entrará em contato com o médico prescritor.

A descrição da anamnese deve ser completa, incluindo a descrição do CID-10 primário e secundário, no caso de informações insuficientes, fica a cargo do médico auditor da 22<sup>a</sup> Regional de saúde indeferir a solicitação.

Fica sob responsabilidade do médico da unidade de saúde o acompanhamento do paciente, a avaliação e a necessidade de manutenção da medicação, porém em caso de dúvida referente a manutenção ou não da medicação encaminhar ao especialista da área, classificando o usuário como sendo de alta prioridade.

## **8. Bibliografia**

[http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/famed/curr3304/hipertensaoarterial.pdf.](http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/famed/curr3304/hipertensaoarterial.pdf)

Acesso: 03/08/2017

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/web\\_final\\_hipertensao\\_linhaguia.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/web_final_hipertensao_linhaguia.pdf)

Acesso: 02/08/2017.

<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2970>

Acesso: 02/08/2017.

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/web\\_final\\_diabetse\\_linhaguia.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/web_final_diabetse_linhaguia.pdf) Acesso:

03/08/2017.

[http://www.subpav.org/download/sisreg/\\_SISREG\\_regulador\\_protocolo.pdf](http://www.subpav.org/download/sisreg/_SISREG_regulador_protocolo.pdf) Acesso:

13/12/2017

[http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/encontro%20de%20regulacao/protocolos/Protocolos-Clinicos/Protocolos%20Clinicos%20-%20GRCA\\_CCR%20-%20Doppler%20Vascular.doc](http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/encontro%20de%20regulacao/protocolos/Protocolos-Clinicos/Protocolos%20Clinicos%20-%20GRCA_CCR%20-%20Doppler%20Vascular.doc). Acesso: 03/08/2017

[http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/encontro%20de%20regulacao/protocolos/Protocolos-Clinicos/Protocolos%20Clinicos%20-%20GRCA\\_CCR%20-%20Ultrassonografia.doc](http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/encontro%20de%20regulacao/protocolos/Protocolos-Clinicos/Protocolos%20Clinicos%20-%20GRCA_CCR%20-%20Ultrassonografia.doc). Acesso: 03/08/2017

<http://www.scielo.br/pdf/abc/v84s1/a01v84s1.pdf> . Acesso: 03/04/2018.

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense\\_2018.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf).

Acesso: 20/06/2018

<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3186>

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linhagiadiabetes2018.pdf>

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha\\_guia\\_hiper.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha_guia_hiper.pdf)

<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=939>

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/10/Republica----o-Portaria-n---451-de-09-de-junho-de-2014-atual.pdf>. Acesso: 17/09/2018

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniasse-WEB.pdf>

## **9. ANEXOS**

### **Competências dos pontos de atenção à Saúde Mental**

**CAPS (Municipal):** A competência do CAPS é oferecer atenção em saúde mental para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Seu objetivo é fornecer atendimento contínuo, promover o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, fortalecendo seus laços familiares e comunitários, e também o acesso ao trabalho e ao lazer.

Horário de atendimento: 08:00 às 17:00 horas de segunda a sexta- feira.

### **Serviço de Psicologia na Rede :**

O trabalho do psicólogo dentro da Atenção Básica se dá com o objetivo do atendimento clínico individual para os casos de transtornos graves e atendimentos em grupo. O Município conta atualmente com profissionais que atendem a todas as faixas etárias.

A equipe multiprofissional, é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento ( Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Assistente Social, Nutricionista) que atuam conjuntamente com as equipes mínimas das UBS/ESF, dando suporte a situações e demandas que estão fora do alcance das mesmas.



Anexo DM: <http://www.saude.pr.gov.br>

<b>Anexo I</b> » Ficha de estratificação de risco do usuário																
<p>Nome: _____ Data: _____ Nome da mãe: _____ N° cartão US: _____ Profissional responsável pela estratificação: _____</p>																
<b>Quadro clínico do usuário</b>																
<p><b>Classificação de pré-diabetes</b> <input type="checkbox"/> Glicemia de jejum alterada: <math>\geq 100</math> a <math>&lt; 126</math> mg/dl <input type="checkbox"/> Tolerância diminuída à glicose: teste oral de tolerância à glicose de 140 - 200 mg/dl na 2ª hora.</p>																
<p><b>Diagnóstico</b> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)</p>																
<p><b>Classificação do controle metabólico</b> <input type="checkbox"/> <b>Adequado:</b> hemoglobina glicada <math>\leq 7\%</math> (considerar <math>\leq 8\%</math> para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicosocioeconômicas) <input type="checkbox"/> <b>Inadequado:</b> Hemoglobina glicada <math>&gt; 7\%</math> (considerar <math>&gt; 8\%</math> para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicosocioeconômicas)</p>																
<p><b>Classificação de controle pressórico</b> <input type="checkbox"/> <b>Adequado:</b> pressão arterial <math>\leq 130/80</math> mmHg <input type="checkbox"/> <b>Inadequado:</b> pressão arterial <math>&gt; 130/80</math> mmHg</p>																
<p><b>Internação por complicação aguda</b> <input type="checkbox"/> Hipoglicemias <input type="checkbox"/> Cetoacidose <input type="checkbox"/> Síndrome hiperosmolar não cetótica</p>																
<p><b>Complicação crônica</b></p> <table><thead><tr><th><b>Microangiopatia</b></th><th><b>Macroangiopatia</b></th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Retinopatia diabética</td><td><input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doença renal diabética</td><td><input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica</td><td><input type="checkbox"/> Doença vascular periférica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Neuropatia Diabética</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pé diabético</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Neuropatia sensitivo-motora</td><td></td></tr></tbody></table>			<b>Microangiopatia</b>	<b>Macroangiopatia</b>	<input type="checkbox"/> Retinopatia diabética	<input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana	<input type="checkbox"/> Doença renal diabética	<input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica	<input type="checkbox"/> Doença vascular periférica	<input type="checkbox"/> Neuropatia Diabética		<input type="checkbox"/> Pé diabético		<input type="checkbox"/> Neuropatia sensitivo-motora	
<b>Microangiopatia</b>	<b>Macroangiopatia</b>															
<input type="checkbox"/> Retinopatia diabética	<input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana															
<input type="checkbox"/> Doença renal diabética	<input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico															
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica	<input type="checkbox"/> Doença vascular periférica															
<input type="checkbox"/> Neuropatia Diabética																
<input type="checkbox"/> Pé diabético																
<input type="checkbox"/> Neuropatia sensitivo-motora																
<b>Estratificação de risco do usuário</b>																
<p><b>Risco baixo</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Pessoa com pré-diabetes</p>	<p><b>Risco médio</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Pessoa com DM2 e: Controle metabólico e pressórico adequados e: Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e: Sem complicações crônicas</p>	<p><b>Risco alto</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Pessoa com DM1 ou Pessoas com DM2 e controle metabólico e/ou pressórico inadequados ou Pessoa com DM2 e controle metabólico e pressórico adequados + internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas</p>														

r/arquivos/File/linhagiadiabetes2018.pdf



56

Anexo HAS: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/1>

<b>ANEXO I - FORMULÁRIO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR</b>																																			
» Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial - Ficha de estratificação de risco do usuário																																			
Nome: _____		Data: _____																																	
Nome da mãe: _____		Nº cartão US: _____																																	
Profissional responsável pela estratificação: _____																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fatores de risco</th> <th>1 ou 0</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Sexo masculino</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Idade: Homens ≥ 55 anos; Mulheres ≥ 65 anos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Tabagismo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. História de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau: Homens &lt; 55 anos; Mulheres &lt; 65 anos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Dislipidemia: Colesterol total &gt; 190 mg/dL e/ou LDL colesterol &gt; 115 mg/dL e/ou HDL homens &lt; 40mg/dL; mulheres &lt; 46 mg/dL e/ou Triglicerídeos &gt; 150mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Resistência à insulina: Glicemia plasmática em jejum: 100-125mg/dL, ou Teste oral de tolerância à glicose: 140-190mg/dL em 2 horas, ou Hemoglobina glicada: 5,7-6,4%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Obesidade Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> ou Circunferência abdominal: Homens ≥ 102cm, mulheres ≥ 88cm</td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">Total do usuário</td> </tr> </tbody> </table>		Fatores de risco	1 ou 0	1. Sexo masculino		2. Idade: Homens ≥ 55 anos; Mulheres ≥ 65 anos		3. Tabagismo		4. História de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau: Homens < 55 anos; Mulheres < 65 anos		5. Dislipidemia: Colesterol total > 190 mg/dL e/ou LDL colesterol > 115 mg/dL e/ou HDL homens < 40mg/dL; mulheres < 46 mg/dL e/ou Triglicerídeos > 150mg/dL		6. Resistência à insulina: Glicemia plasmática em jejum: 100-125mg/dL, ou Teste oral de tolerância à glicose: 140-190mg/dL em 2 horas, ou Hemoglobina glicada: 5,7-6,4%		7. Obesidade Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> ou Circunferência abdominal: Homens ≥ 102cm, mulheres ≥ 88cm		Total do usuário		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Lesão de órgão alvo</th> <th>Sim / Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Hipertrofia ventricular esquerda <b>Eletrocardiograma:</b> Índice Sokolow-Lyon (SV1+RV5 ou RV6) ≥ 35 mm RaVL &gt; 11mm Cornell voltagem &gt; 2440 mV*ms <b>Ecocardiograma:</b> Índice de massa ventricular esquerda &gt;115 g/m<sup>2</sup> homens; &gt; 95 g/m<sup>2</sup> nas mulheres</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Espessura mediotimpânica da carótida &gt; 0,9mm ou placa carótida</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Velocidade da onda de pulso carótido-femoral &gt; 10m/s</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Índice tornozelo-braquial &lt; 0,9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Doença renal crônica estágio 3 (ritmo de filtração glomerular estimado entre 30 e 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup>)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina-creatinina urinária 30 a 300mg</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Lesão de órgão alvo	Sim / Não	1. Hipertrofia ventricular esquerda <b>Eletrocardiograma:</b> Índice Sokolow-Lyon (SV1+RV5 ou RV6) ≥ 35 mm RaVL > 11mm Cornell voltagem > 2440 mV*ms <b>Ecocardiograma:</b> Índice de massa ventricular esquerda >115 g/m <sup>2</sup> homens; > 95 g/m <sup>2</sup> nas mulheres		2. Espessura mediotimpânica da carótida > 0,9mm ou placa carótida		3. Velocidade da onda de pulso carótido-femoral > 10m/s		4. Índice tornozelo-braquial < 0,9		5. Doença renal crônica estágio 3 (ritmo de filtração glomerular estimado entre 30 e 60 mL/min/1,73m <sup>2</sup> )		6. Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina-creatinina urinária 30 a 300mg	
Fatores de risco	1 ou 0																																		
1. Sexo masculino																																			
2. Idade: Homens ≥ 55 anos; Mulheres ≥ 65 anos																																			
3. Tabagismo																																			
4. História de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau: Homens < 55 anos; Mulheres < 65 anos																																			
5. Dislipidemia: Colesterol total > 190 mg/dL e/ou LDL colesterol > 115 mg/dL e/ou HDL homens < 40mg/dL; mulheres < 46 mg/dL e/ou Triglicerídeos > 150mg/dL																																			
6. Resistência à insulina: Glicemia plasmática em jejum: 100-125mg/dL, ou Teste oral de tolerância à glicose: 140-190mg/dL em 2 horas, ou Hemoglobina glicada: 5,7-6,4%																																			
7. Obesidade Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> ou Circunferência abdominal: Homens ≥ 102cm, mulheres ≥ 88cm																																			
Total do usuário																																			
Lesão de órgão alvo	Sim / Não																																		
1. Hipertrofia ventricular esquerda <b>Eletrocardiograma:</b> Índice Sokolow-Lyon (SV1+RV5 ou RV6) ≥ 35 mm RaVL > 11mm Cornell voltagem > 2440 mV*ms <b>Ecocardiograma:</b> Índice de massa ventricular esquerda >115 g/m <sup>2</sup> homens; > 95 g/m <sup>2</sup> nas mulheres																																			
2. Espessura mediotimpânica da carótida > 0,9mm ou placa carótida																																			
3. Velocidade da onda de pulso carótido-femoral > 10m/s																																			
4. Índice tornozelo-braquial < 0,9																																			
5. Doença renal crônica estágio 3 (ritmo de filtração glomerular estimado entre 30 e 60 mL/min/1,73m <sup>2</sup> )																																			
6. Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina-creatinina urinária 30 a 300mg																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Doença cardiovascular e doença renal estabelecidas</th> <th>Sim / Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Doença cerebrovascular: Acidente vascular encefálico isquêmico; Hemorragia cerebral; Ataque isquêmico transitório</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Doença da artéria coronária: Angina estável ou instável; Infarto do miocárdio; Revascularização do miocárdio percutânea (angioplastia) ou cirúrgica; Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada; Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores; Doença renal crônica estágio 4 (ritmo de filtração glomerular estimado entre &lt;30 mL/min/1,73m<sup>2</sup> ou albuminúria &gt; 300 mg/24h); Retinopatia avançada (hemorragias, exudatos, papiledema)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Doença cardiovascular e doença renal estabelecidas	Sim / Não	1. Doença cerebrovascular: Acidente vascular encefálico isquêmico; Hemorragia cerebral; Ataque isquêmico transitório		2. Doença da artéria coronária: Angina estável ou instável; Infarto do miocárdio; Revascularização do miocárdio percutânea (angioplastia) ou cirúrgica; Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada; Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores; Doença renal crônica estágio 4 (ritmo de filtração glomerular estimado entre <30 mL/min/1,73m <sup>2</sup> ou albuminúria > 300 mg/24h); Retinopatia avançada (hemorragias, exudatos, papiledema)																													
Doença cardiovascular e doença renal estabelecidas	Sim / Não																																		
1. Doença cerebrovascular: Acidente vascular encefálico isquêmico; Hemorragia cerebral; Ataque isquêmico transitório																																			
2. Doença da artéria coronária: Angina estável ou instável; Infarto do miocárdio; Revascularização do miocárdio percutânea (angioplastia) ou cirúrgica; Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada; Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores; Doença renal crônica estágio 4 (ritmo de filtração glomerular estimado entre <30 mL/min/1,73m <sup>2</sup> ou albuminúria > 300 mg/24h); Retinopatia avançada (hemorragias, exudatos, papiledema)																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Estratificação de risco</th> <th colspan="4">Pressão arterial: (em mmHg)</th> </tr> <tr> <th>Sistólica: 130 a 139 ou Diastólica: 85 a 89</th> <th>Sistólica: 140 a 159 ou Diastólica: 90 a 99</th> <th>Sistólica: 160 a 179 ou Diastólica: 100 a 109</th> <th>Sistólica: ≥ 180 ou Diastólica: ≥ 110</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhum fator de risco</td> <td>Sem risco adicional</td> <td>Baixo risco</td> <td>Risco moderado</td> <td>Risco alto</td> </tr> <tr> <td>1 a 2 fatores de risco</td> <td>Baixo risco</td> <td>Risco moderado</td> <td>Risco alto</td> <td>Risco alto</td> </tr> <tr> <td>≥ 3 fatores de risco</td> <td>Risco moderado</td> <td>Risco alto</td> <td>Risco alto</td> <td>Risco alto</td> </tr> <tr> <td>lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes mellitus</td> <td>Risco alto</td> <td>Risco alto</td> <td>Risco alto</td> <td>Risco alto</td> </tr> </tbody> </table>				Estratificação de risco	Pressão arterial: (em mmHg)				Sistólica: 130 a 139 ou Diastólica: 85 a 89	Sistólica: 140 a 159 ou Diastólica: 90 a 99	Sistólica: 160 a 179 ou Diastólica: 100 a 109	Sistólica: ≥ 180 ou Diastólica: ≥ 110	Nenhum fator de risco	Sem risco adicional	Baixo risco	Risco moderado	Risco alto	1 a 2 fatores de risco	Baixo risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	≥ 3 fatores de risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto	lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes mellitus	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto			
Estratificação de risco	Pressão arterial: (em mmHg)																																		
	Sistólica: 130 a 139 ou Diastólica: 85 a 89	Sistólica: 140 a 159 ou Diastólica: 90 a 99	Sistólica: 160 a 179 ou Diastólica: 100 a 109	Sistólica: ≥ 180 ou Diastólica: ≥ 110																															
Nenhum fator de risco	Sem risco adicional	Baixo risco	Risco moderado	Risco alto																															
1 a 2 fatores de risco	Baixo risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto																															
≥ 3 fatores de risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto																															
lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes mellitus	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto																															

[nha\\_guia\\_hiper.pdf](#)



