

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
DIVISÃO DE REGULAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

**PROTOCOLO DE ACESSO A REGULAÇÃO E ATENÇÃO
ESPECIALIZADA**

Piraquara,

2024

Elaboração, distribuição e informações

Prefeitura Municipal de Piraquara

CNPJ 76.105.675/0001-67

Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara

Rod. Deputado João Leopoldo Jacomel, 4675 – Jardim Primavera

Piraquara - PR

CEP: 83310-170

Prefeito Municipal de Piraquara

Josimar Aparecido Knupp Froes

Secretário Municipal de Saúde

Raniere Geovane Marques Simões

Elaboração Técnica

Albino Luiz Quinelato

Alice Costa Silva

Anna Carolina Batista de Moura

Carla Cristina Brandalize

Carolina de Andrade Sousa

Cintia Camila Dalazen

Fernanda Daher Sabadin Machado

Franccesca Asinelli De Macedo Lopes

Franciele de Souza Mendes Lima

Jose Roberto Jacomel Junior

José Vitor Molin

Julieanne Reid Arcain

Leonardo Andre Menegatti

Luisa Helena Galina Francisco Sanches

Mariana Cavalcanti Pedrosa

Natalia Avila Louzeiro

Ramony Filippini Martins

Sacha Testoni Lange

Valdemiro Gonçalves Junior

Vivian Portz Menegati de Paula

DATA DA ELABORAÇÃO	DATA DA REVISÃO	DATA DA PRÓXIMA REVISÃO
Abril de 2024	Abril de 2025	Abril de 2026

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. ESPECIALIDADES REGULADAS.....	7
2.1 MÉDICO ALERGOLOGISTA E IMUNOLOGISTA.....	7
2.2 MÉDICO ANGIOLOGISTA/CIRURGIÃO VASCULAR.....	8
2.3 MÉDICO CARDIOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO).....	9
2.4 MÉDICO CANCEROLOGISTA.....	14
2.5 CIRURGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL.....	16
2.6 CIRURGIÃO DENTISTA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS.....	16
2.7 MÉDICO CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO.....	17
2.8 MÉDICO CIRURGIÃO GINECOLÓGICO/ GINECOLOGISTA E OBSTETRA.....	18
2.9 MÉDICO CIRURGIÃO GERAL.....	19
2.10 MÉDICO CIRURGIÃO PEDIÁTRICO.....	21
2.11 MEDICO CIRURGIÃO PLASTICO.....	27
2.12 MÉDICO CIRURGIÃO CARDIOVASCULAR.....	29
2.13 MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO.....	32
2.14 MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA.....	33
2.15 MÉDICO DERMATOLOGISTA.....	36
2.16 MÉDICO DO TRABALHO.....	39
2.17 MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO).....	41
2.18 MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA E HEPATOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO).....	47
2.19 MÉDICO GENETICISTA- DOENÇAS RARAS PARA CRIANÇAS.....	52
2.20 MÉDICO GERIATRA- REDE DO IDOSO COMESP.....	56
2.21 MÉDICO HANSENOLOGISTA.....	58
2.22 MÉDICO HEMATOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO).....	59
2.23 MÉDICO INFECTOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO).....	62
2.24 MÉDICO MASTOLOGISTA.....	65
2.25 MÉDICO NEFROLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO).....	65
2.26 MÉDICO UROLOGISTA.....	70
2.27 MÉDICO NEUROLOGISTA ADULTO.....	75
2.28 MÉDICO NEUROLOGISTA PEDIÁTRICO.....	77
2.29 MÉDICO NEUROCIRURGIÃO (ADULTO E PEDIÁTRICO).....	81
2.30 MÉDICO OFTALMOLOGISTA.....	82
2.31 MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA (ADULTO E PEDIATRICO).....	85
2.32 MÉDICO ORTOPEDISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO).....	90
2.33 MÉDICO PEDIATRA.....	96
2.34 MÉDICO PNEUMOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO).....	105
2.35 MÉDICO PSIQUIATRA (ADULTO E PEDIÁTRICO).....	109
2.36 MÉDICO REUMATOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO).....	111
2.37 PSICÓLOGO (ADULTO E PEDIÁTRICO).....	116
2.38 FISIOTERAPEUTA (ADULTO E PEDIÁTRICO).....	118
2.39 FISIOTERAPEUTA (ADULTO E PEDIATRICO).....	120
2.40 FISIOTERAPEUTA (ADULTO E PEDIATRICO).....	122
2.41 FISIOTERAPEUTA (ADULTO E PEDIATRICO).....	124
2.42 FISIOTERAPIA (ADULTO E PEDIATRICO).....	125
2.43 AFECE.....	126
2.44 TRIAGEM EM REABILITAÇÃO FÍSICA/ ÓRTESE E PRÓTESE (CHR).....	127

2.45 ENFERMEIRO ESTOMATERAPEUTA: AMBULATÓRIO DE CURATIVOS	129
3. REFERENCIAS	130
GLOSSÁRIO	132
APÊNDICE A - SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL.....	134
APÊNDICE B - MASSA ANEXIAL	138
APÊNDICE C – MIOMATOSE.....	141
APÊNDICE D - DISTOPIA GENITAL	142
APÊNDICE E - INCONTINÊNCIA URINÁRIA	143
APÊNDICE F - DOR PÉLVICA CRÔNICA.....	144
APÊNDICE G - ENDOMETRIOSE	145
APÊNDICE H - AMENORREIA	146
APÊNDICE I - LESÕES MAMÁRIAS PALPÁVEIS E NÃO PALPÁVEIS	147
APÊNDICE J - ALTERAÇÕES NO RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO	149
APÊNDICE K - INSERÇÃO DO IMPLANTE SUBDÉRMICO LIBERADOR DE ETNOGESTREL .	152
APÊNDICE L - INSERÇÃO DISPOSITIVO INTRAUTERINO	154
ANEXO I	157
FORMULÁRIO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR	157
ANEXO II	159
FORMULÁRIO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DIABETES	159
ANEXO III	161
FORMULÁRIO DE ESTRATIFICAÇÃO DO IDOSO.....	161
ANEXO V.....	164
CARTÃO DE BABEL	164
ANEXO VI.....	166
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA.....	166
ANEXO VII.....	168
INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO.....	168
ANEXO VIII	170
ESCALA M-CHAT	170
ANEXO IX.....	171
CRITÉRIOS PARA AUXILIO DIAGNÓSTICO DE TEA DSM-V	171

1. INTRODUÇÃO

A regulação em saúde objetiva a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Tem como sujeitos a população e os seus respectivos gestores públicos. É estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, e abrange a regulação médica, a qual exerce autoridade sanitária para, de forma hierarquizada e em consonância com os princípios do SUS, prover o acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Tem como objetivo normatizar e tornar público os critérios de acesso aos procedimentos de média e alta complexidade do SUS no Município de Piraquara, Paraná. A construção do material foi feita por uma equipe de profissionais com experiência técnica e relaciona os critérios para solicitação e regulação de consultas especializadas e procedimentos ambulatoriais eletivos, em consonância com as práticas clínicas atuais, e os tendo como base os procedimentos disponíveis. Após a elaboração dos protocolos de cada especialidade foi realizada a etapa de validação interna, que consistiu em um processo de análise técnica a fim de garantir o aprimoramento do material elaborado.

A classificação do acesso é feita pelos profissionais reguladores de acordo com o grau de complexidade exigido pela situação de saúde apresentada pelos usuários, com base nas informações descritas na solicitação e/ou CID/CIAP utilizado, obedecendo aos critérios de gravidade e risco individual. Caso a patologia esteja descrita como NÃO prioridade e o profissional solicitante julgue importância de brevidade no atendimento, o mesmo deverá preencher a justificativa de prioridade, conforme anexo I deste documento. Após análise da equipe reguladora, o encaminhamento será direcionado para a esfera onde o seja melhor e mais breve atendido (G-SUS, COMESP, E-SAUDE, CREDENCIAMENTO).

2. ESPECIALIDADES REGULADAS

2.1 MÉDICO ALERGOLOGISTA E IMUNOLOGISTA

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Realização de prick-test em crianças para pesquisa de alergias;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico. Exame Físico descrito detalhado; Exames laboratoriais e de imagem se disponíveis devem constar no encaminhamento; Idade: 0-15 anos;	Médico	Não

2.2 MÉDICO ANGIOLOGISTA/CIRURGIÃO VASCULAR

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Varizes em membros inferiores com complicações; Diabetes Mellitus com complicações; Insuficiência circulatória arterial; Embolia e trombose arteriais;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame Físico descrito detalhado; Exames de imagem (ex. USG, DOPPLER), se disponíveis, devem constar no encaminhamento;	Médico	Sim
Varizes em membros inferiores sem complicações; Diabetes Mellitus sem complicações;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha	Médico	Não

Embolia e trombose venosa;	terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;		
Vasculite;	Exame Físico descrito detalhado;		
Transtornos venosos;	Exames de imagem (ex. USG, DOPPLER), se disponíveis, devem constar no encaminhamento;		
Transtornos dos vasos linfáticos;			

2.3 MÉDICO CARDIOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Sopros/ valvulopatias estabelecidas;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico (alterações de ausculta medidas da PA, dispneia, edema de MMII, cianose); Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Sim

Hipertensão de difícil controle;	Idosos com HAS > 60 anos e/ou com mais de uma comorbidade associada; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do	Médico	Sim
----------------------------------	---	--------	-----

	encaminhamento; Exames: Hemograma, Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos e creatinina, ácido úrico, ureia, sódio e potássio, ECG; Estratificação de risco Cardiovascular preenchida;		
Malformações congênitas;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico (Dispneia em repouso, sudorese excessiva aos esforços, baixo ganho pondero-estatural, cianose, síncope); Suspeita de síndrome Genética; Acompanhamento pós-operatório;	Médico	Sim
Miocardiopatia congênita/crônica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exames: Raios-X de tórax, hemograma, ECG, ureia e creatinina e potássio, (sorologia	Médico	Sim

	para CHAGAS) se disponível deve constar em encaminhamento;		
Dor torácica e precordialgia;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Caracterizar a dor precordial se típica ou atípica + doenças e sintomas associados. Relatar terapêutica utilizada e justificar a falha terapêutica; Exames: Hemograma, Colesterol total e frações, Glicemia de Jejum, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio e potássio, e ECG; Estratificação de risco Cardiovascular preenchida;	Médico	Sim
Insuficiência coronariana;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exames: Hemograma, Colesterol Total e Frações, Glicemia de Jejum, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, ECG; Exames de imagem, se	Médico	Sim

	disponíveis, devem constar no encaminhamento; Estratificação de risco Cardiovascular preenchida;		
Insuficiência cardíaca (IC) crônica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame Físico descrito detalhado; Exames de imagem, se disponíveis, devem constar no encaminhamento; Estratificação de Risco Cardiovascular Preenchida;	Médico	Sim
Arritmia cardíaca crônica;	Pacientes com arritmia cardíaca, síncope ou pré- síncope, história de marcapasso permanente; ECG recente; História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a	Médico	Sim

	necessidade do encaminhamento; Estratificação de Risco Cardiovascular Preenchida;		
Avaliação Risco cirúrgico pré-operatório*	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; <i>*Realizar avaliação no hospital referenciado, exceto quando pré-operatório para cirurgia oftalmológica no hospital de olhos</i>	Médico	Não
Dislipidemia;	História clínica e sintomas associados; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exames: Hemograma, Glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos e creatinina, ácido úrico, sumário de urina, ureia, sódio e potássio, ECG; Estratificação de risco Cardiovascular preenchida.	Médico	Não
Sequela de Acidente vascular encefálico;	História clínica e sintomas associados em pacientes com 3	Médico	Não

	ou mais fatores de risco para coronariopatia; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapeutica relatando a necessidade do encaminhamento; Estratificação de risco Cardiovascular preenchida;		
--	---	--	--

2.4 MÉDICO CANCEROLOGISTA

Indicações	Pré-requisito	Profissional solicitante	Prioridade
------------	---------------	--------------------------	------------

Tumores/ Neoplasia maligna de esôfago;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Tumores/ Neoplasia maligna de estômago e duodeno;		Cirurgião dentista	
Tumores/Neoplasia maligna do fígado, vias biliares e pancreas;			
Tumores/Neoplasia maligna retroperitoneais e pélvicos;			
Tumores/Neoplasia maligna de cólon intestinal e reto;			
Alterações do baço e gânglios linfáticos;			

Tumores/ Neoplasia maligna de
pele e carcinoma in situ da pele;

Neoplasia Maligna do Lábio;

Neoplasia Maligna da Língua;

Neoplasia Maligna da Glândula
Parótida;

Neoplasia Maligna de Outras
Glândulas Salivares Maiores e as
Não Especificadas;

Neoplasia Maligna de Lábio,
Cavidade Oral e Faringe;

Neoplasia Maligna da Glândula
Tireóide;

Neoplasia Maligna de Outras
Glândulas Endócrinas;

Neoplasia maligna da laringe;

Adenomegalia ou aumento de
volume dos gânglios linfáticos
>3cm;

Melanoma;

Lesões bucais sugestivas ou
diagnosticadas com neoplasia;

Carcinoma espinocelular;			
Carcinoma basocelular;			
Câncer de próstata;			
Neoplasia sanguíneas, como Linfoma, Leucemia, etc.;			
Outras suspeitas de Neoplasia não relatadas acima;			

2.5 CIRURGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Avaliação para cirurgia ortognática; Pacientes vítimas de traumatismo facial em região oral e paranasal/mandibular;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico Cirurgião dentista	Sim

2.6 CIRURGIÃO DENTISTA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
------------	----------------	-----------------------------	------------

Pacientes com transtorno/condições físicas neurológicas com necessidades de atendimento especializado em ambiente especializado;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado;	Médico Cirurgião dentista	Sim
--	---	----------------------------------	-----

	Exames complementares se disponíveis devem constar no encaminhamento;		
--	---	--	--

2.7 MÉDICO CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO

Indicações	Pré-requisitos	Profissional solicitante	Prioridade
Hemorragia digestiva alta/baixa; Varizes de Esôfago;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exames: ex. USG, TC, RNM, EDA , colonoscopia) pertinentes à patologia , se disponíveis.	Médico	Sim
Avaliação de uso de dispositivos: Gastrostomia;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado; Avaliação de disfagia anexada, se disponível;	Médico	Sim (se disfagia grave)

Pacientes cirúrgicos com complicações da DRGE: esôfago de Barret, estenose, úlcera e sangramento esofágico; Hérnia de Hiato;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha	Médico	Não
--	--	---------------	------------

Úlceras gástrica e duodenal;	terapeutica relatando a		
Pólipos gástricos e intestinais;	necessidade do		
Acalásia;	encaminhamento;		
Divertículos;	Exames: ex. USG, TC, RNM,		
Neoplasia benigna do esôfago,	EDA, colonoscopia)		
estômago e duodeno;	pertinentes à patologia , se		
Disfagia;	disponíveis;		
Megaesôfago chagásico;			
Pancreatite biliar crônica;			
Hipertensão portal;			
Esplenomegalia;			
Varizes esôfago-gástricas;			
Fístula do estômago e duodeno;			
Fístula entérica;			
Pancreatite crônica.			

2.8 MÉDICO CIRURGIÃO GINECOLÓGICO/ GINECOLOGISTA E OBSTETRA

Verificar protocolo de Saúde da Mulher.

2.9 MÉDICO CIRURGIÃO GERAL

Indicações	Pré-requisitos	Profissional solicitante	Prioridade
Icterícia; Hérnias de parede abdominal - com perda de domicílio ou recidivadas; Colecistite aguda; Pancreatite aguda; Oclusão intestinal;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame físico descrito detalhado; Exames de imagem (ex. USG, TC ou RNM) pertinentes a patologia, se disponíveis; Exames Laboratoriais pertinentes a patologia, se disponíveis;	Médico	Sim
Obesidade mórbida- avaliação de cirurgia bariátrica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; IMC>40 sem comorbidades OU >35 com uma comorbidade;	Médico	Não

	Preenchimento do formulário específico SESA;		
Avaliação de uso de dispositivos: Gastrostomia; Megaesôfago chagásico; Pancreatite biliar crônica; Hipertensão portal; Esplenomegalia; Varizes esôfago-gástricas; Fístula do estômago e duodeno; Fístula entérica; Pancreatite crônica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado; Avaliação de disfagia anexada, se disponível;	Médico	Sim (se disfagia grave)
Avaliação de uso de dispositivos: Colostomia;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado;	Médico	Sim (se disfagia grave)
Alterações da vesícula biliar; Colelitíase; Colecistite crônica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha	Médico	Não

Pólipo de vesícula biliar, colecistite alitiásica, coledocolitíase, obstrução de vias biliares, colangite;	terapeutica relatando a necessidade do encaminhamento;		
Hérnia recidivante;	Exame físico descrito detalhado;		
Hérnia diafragmática;	Exames de imagem (ex. USG, TC ou RNM) pertinentes a patologia, se disponíveis;		
Hérnia epigástrica;			
Cisto pilonidal;	Exames Laboratoriais pertinentes a patologia, se disponíveis;		
Lipoma;			

2.10 MÉDICO CIRURGIÃO PEDIÁTRICO

Indicações	Pré-requisitos	Profissional solicitante	Prioridade
Hérnia Inguinal; Hérnia Epigástrica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado; Exames de imagem (ex. USG, TC ou RNM) pertinentes a patologia, se disponíveis; Exames Laboratoriais	Médico	Sim

	pertinentes a patologia, se disponíveis;		
Criptorquidia – Testículo não descido;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado; Exames de imagem (ex. USG, TC ou RNM) pertinentes a patologia, se disponíveis; Exames Laboratoriais pertinentes a patologia, se disponíveis;	Médico	Sim
Hidrocele; Espermatocele;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado; Exames de imagem (ex. USG, TC ou RNM) pertinentes a patologia, se disponíveis; Exames Laboratoriais pertinentes a patologia, se disponíveis;	Médico	Não
Hipertrofia do prepúcio;	História clínica com	Médico	Sim

Fimose; Parafimose;	justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado; Exames de imagem (ex. Usg, TC ou RNM) pertinentes a patologia, se disponíveis; Exames Laboratoriais pertinentes a patologia, se disponíveis;		
Anomalias anorretais: Imperfuração anal, anus ectópico, fístula, estenose, ausência e atresia de colon;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado; Exames de imagem (ex. USG, TC ou RNM) pertinentes a patologia, se disponíveis; Exames Laboratoriais pertinentes a patologia, se disponíveis;	Médico	Sim
Doenças da vesícula biliar: Colelitíase, Colecistite;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado;	Médico	Sim

	Exames de imagem (ex. USG, TC ou RNM) pertinentes a patologia, se disponíveis; Exames Laboratoriais pertinentes a patologia, se disponíveis;		
Epispádia;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado; Exames de imagem (ex. USG, TC ou RNM) pertinentes a patologia, se disponíveis; Exames Laboratoriais pertinentes a patologia, se disponíveis;	Médico	Sim
Hipospádia	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado; Exames de imagem (ex. USG, TC ou RNM)	Médico	Não

	pertinentes a patologia, se disponíveis; Exames Laboratoriais pertinentes a patologia, se disponíveis;		
Malformação congênita no pescoço: Cisto tireoglosso Cisto braquial;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado; Exames de imagem (ex. USG, TC ou RNM) pertinentes a patologia, se disponíveis; Exames Laboratoriais pertinentes a patologia, se disponíveis;	Médico	Não
Megacólon;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado; Exames de imagem (ex. USG, TC ou RNM) pertinentes a patologia, se disponíveis;	Médico	Sim
Avaliação de dispositivos:	História clínica com	Médico	Sim

Traqueostomia, Gastrostomia, Colostomia, Cistostomia;	justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado;		
Anomalias congênitas obstrutivas da pelve renal e malformações congênitas do ureter: Estenose da junção Pieloureteral; Refluxo vesico- ureteral; Válvula de uretra posterior;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado; Exames de imagem (ex. USG, TC ou RNM) pertinentes a patologia, se disponíveis;	Médico	Sim
Hímen imperfurado, hidrocolpos, hidrometrocolpos;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado;	Médico	Sim
Hemangioma; Higromka; Linfangioma;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado;	Médico	Não
Ranula Lingual;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito	Médico	Não

	detalhado;		
Polidactilia;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado;	Médico	Não
Hérnia Umbilical;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado; Exames de imagem (ex. USG, TC ou RNM) pertinentes a patologia, se disponíveis; Exames Laboratoriais pertinentes a patologia, se disponíveis;	Médico	Não

2.11 MEDICO CIRURGIÃO PLASTICO

Indicações	Pré-requisitos	Profissionais solicitantes	Prioridade
Anomalias cranio-faciais;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não

Frênulo lingual;		História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado;	Médico Cirurgião dentista	Não
Cirurgia reparadora;	Abdomen em avental: Excesso de pele que se projeta sobre a região pubiana, estrias, áreas de dermatite; Imc ≤ 27 Diástase de retos abdominais; Orelhas proeminentes ; Amputação parcial pós-traumática; Nariz em sela; Nariz bífido; Ginecomastia: aumento volume mamario em homens; Amastia adquirida por doença oncológica; Hipertrofia mamária: Grande volume mamário ou assimetria que tenham sido descartadas todas as	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado;	Médico	Não

	patologias e distúrbios hormonais persistentes IMC $\leq$ 27;			
Lipodistrofia patológica;	Corticoides; Esclerodermia; Insulina; Lipodistrofia congênita ou adquirida (Síndrome de Lawrence, Síndrome de Berardinelli-Seip); Uso de inibidores de protease (ARV);	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito detalhado;	Médico	Não

2.12 MÉDICO CIRURGIÃO CARDIOVASCULAR

Indicações	Pré- requisito	Profissional Solicitante	Prioridade
Transtornos Não Reumáticos Da Valva Mitral;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Transtornos Não Reumáticos Da Valva Aortica;	Exame Físico descrito detalhado;		
Transtornos Da Valva Pulmonar;	Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento.		
Bloqueio Atrio-Ventricular De Ramo Esquerdo;			

Outros Transtornos De Condução Taquicardia Paroxística; Complicações De Cardiopatias E Doenças Cardíacas Mal Definidas; Aneurisma e Dissecção De Aorta;	Exames de imagem, se disponíveis, devem constar no encaminhamento;		
Miocardite Aguda; Pericardite Aguda; Endocardite Aguda e Subaguda; Complicações de Cardiopatias e Doenças Cardíacas Mal Definidas Miocardite Em Doenças Classificadas Em Outra Parte;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico. Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exames de imagem, se disponíveis, devem constar no encaminhamento;	Médico	Sim
Insuficiência cardíaca (IC)	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame Físico descrito detalhado; Exames de imagem, se disponíveis, devem constar no	Médico	Sim

	encaminhamento; Estratificação de Risco Cardiovascular Preenchida;		
Insuficiência coronariana	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exames: Hemograma, Colesterol Total e Frações, Glicemia de Jejum, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, ECG; Exames de imagem, se disponíveis, devem constar no encaminhamento; Estratificação de risco Cardiovascular preenchida;	Médico	Sim
Arritmia cardíaca; Flutter atrial; Fibrilação atrial;	Pacientes com arritmia cardíaca, síncope ou pré-síncope, história de marcapasso permanente; ECG recente; História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim

	Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapeutica relatando a necessidade do encaminhamento; Estratificação de Risco Cardiovascular Preenchida;		
Outras Doenças Do Pericardio; Endocardite de Valva Não Especificada; Endocardite e Transtornos Valvulares; Cardíacos Em Doenças Classificadas em outra parte; Miocardite em Doenças Classificadas em outra parte; Cardiomiopatias em Doenças Classificadas em outra parte; Complicações de Cardiopatias e Doenças Cardíacas Mal Definidas;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapeutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exames: Raios-X de tórax, hemograma, ECG, ureia e creatinina e potássio, (sorologia para CHAGAS) se disponiveis devem constar em encaminhamento;	Médico	Não

2.13 MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
------------	----------------	--------------------------	------------

Derrame pleural;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames de imagem, se disponíveis, devem constar no encaminhamento;	Médico	Sim
Avaliação de dispositivos: Traqueostomia;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames de imagem, se disponíveis, devem constar no encaminhamento;	Médico	Sim
Tórax Carinado; Hiperidrose; Transtornos do diafragma;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico. Exame Físico descrito detalhado; Exames de imagem, se disponíveis, devem constar no encaminhamento;	Médico	Não

2.14 MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Hemorróidas (internas ou mistas que refratárias ao tratamento clínico);	Sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal, fatores associados à piora ou melhora, sinais de alarme presentes);	Médico	Não

	Tratamento em uso ou já realizado (não farmacológico e medicamento utilizado com dose e posologia);		
Sangramento gastrointestinal; Massa/ tumoração intra-abdominal e pélvica; Hemorragia digestiva baixa (angiodisplasia, doença diverticular);	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito; Exames prévios de imagem (USG, TC ou RNM), colonoscopia, se disponíveis; Pesquisa de Sangue oculto nas fezes positive;	Médico	Sim
Massa/ tumoração intra-abdominal e pélvica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame físico descrito; Exames prévios de imagem (USG, TC ou RNM), colonoscopia, se disponíveis; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Não
Abscesso perianal;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Sim

Hemorróidas internas grau III e IV;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame Físico descrito detalhado; Descrever resultado da colonoscopia e biópsia, com data (se realizadas);	Médico	Sim
-------------------------------------	---	--------	-----

Doença inflamatória intestinal (Retocolite Ulcerativa e Doença de Crhon); História familiar de Câncer Colorretal Hereditário Não Polipose (HNPCC); História Familiar de Câncer colorretal esporádico antes dos 60 anos; História Familiar de Polipose Adenomatosa Familiar Completa; Doença diverticular do Cólon; Prolapso anorretal; Megacólon; Fissura anal; Fístula anorretal;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames prévios de imagem (USG, TC ou RNM), colonoscopia, se disponíveis; Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes positivo; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Não
---	--	--------	-----

Fístula anal;			
---------------	--	--	--

2.15 MÉDICO DERMATOLOGISTA

Indicações	Pré-requisitos	Profissional Solicitante	Prioridade
Lobomycosis; Cromomicoses; Esporotricoses; Paracoccidioidomicose; Leishmaniose tegumentar; Tuberculose cutânea; Micetomas; Psoríase; Herpes Zoster; Impetigo; Furunculose; Erisipela;	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento instituído; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame físico descrito detalhado;	Médico	Sim

Abcessos;

Celulite; Fascite; Carbúnculo; Penfigóide Bolhoso; Dermatite Herpetiforme; Acne (Graus 4 e 5);			
Dermatofitoses (Tineas); Ceratofitoses; Onicomicose; Líquen-Plano; Pitíriase Rósea; Pitíriase rubra; Ictioses; Pitíriase versicolor; Herpes simples; Prurido/eczema; Vitiligo; Melasma;	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento instituído na atenção básica; Exames laboratoriais e histopatológicos, se houver; Em caso de Pitíriase rósea solicitar VDRL; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame físico descrito;	Médico	Não

Dermatite de contato;			
Dermatite alérgica;			
Dermatite atópica;			
Urticária aguda/angioedema;			
Ceratose actínica;			
Cistos cutâneos;			
Nódulos benignos;			
Tumores de pele e tecido celular subcutâneo;			
Cisto sebáceo;			
Lipoma;			
Nevus;			
Neoplasia benigna da pele;			
Carcinoma in situ da pele;			
Onicocriptose;			
Acne (Graus 1 a 3);			
Eritema polimorfo;			
Eritema purpúrico;			

Vasculite Eritrodermia;			
Verruga vulgar;			
Molusco contagioso;			

2.16 MÉDICO DO TRABALHO

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Transtorno Mental Relacionado ao trabalho (Reações ao Stress Grave e Transtornos de Adaptação, Estado de Stress, Síndrome de Fadiga); Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui Neurose Profissional); Síndrome do Esgotamento Profissional;	Descrever a ocupação, tempo no trabalho, mudanças no contexto laboral, nexo temporal com os sintomas mentais, fatores de proteção e de risco presentes no ambiente de trabalho, outros fatores externos que possam influenciar o transtorno, histórico anterior e familiar de transtornos mentais, medidas já realizadas e seu resultado;	Médico	Não
Dor crônica relacionadas ao Trabalho/ LER-DORT;	Descrever a ocupação, tempo no trabalho, mudanças no contexto laboral, nexo temporal com os sintomas mentais, fatores de proteção e de risco presentes no ambiente de trabalho, outros fatores externos que possam influenciar o transtorno, histórico anterior e familiar de transtornos mentais, medidas já realizadas e seu resultado;	Médico	Não

	Exames de imagem se disponíveis devem constar no encaminhamento;		
Doenças do Sistema Respiratório relacionadas ao Trabalho;	Descrever a ocupação, tempo no trabalho, mudanças no contexto laboral, nexo temporal com os sintomas mentais, fatores de proteção e de risco presentes no ambiente de trabalho, outros fatores externos que possam influenciar o transtorno, histórico anterior e familiar de transtornos mentais, medidas já realizadas e seu resultado; Exames de imagem se disponíveis devem constar no encaminhamento;	Médico	Sim (se suspeita de doenças intersticial relacionada à exposição a agentes químicos e/ou biológicos que estejam relacionados ao aparecimento de pneumoconiose (asbestose, silicose,) E suspeita de pneumonite por hipersensibilida de pelo quadro respiratório e sejam obrigados a ficarem expostos aos riscos no trabalho, mesmo sem o uso desses equipamentos.
Dermatoses relacionadas ao Trabalho;	Descrever as lesões quanto ao seu aspecto, tempo de evolução, medidas farmacológicas e não farmacológicas	Médico	Não

	já tentadas, com a posologia e duração do tratamento, descrever os elementos que levam à suspeita de relação com a ocupação.		
--	--	--	--

2.17 MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Diabetes Mellitus com complicações;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames laboratoriais recentes conforme protocolo municipal; Ficha de estratificação de risco para DM preenchida;	Médico	Sim

Tireotoxicose (hipertireoidismo); Outros Bócios Não tóxicos; Hiperparatireoidismo e Outros Transtornos da Glândula Paratireoide; Doenças das Glândulas Salivares;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame físico descrito detalhado; Exames de Imagem: USG de tireoide; Exames laboratoriais: TSH, T3 total e	Médico	Não
---	--	--------	-----

	T4 livre;		
Hiperprolactinemia;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames laboratoriais: prolactina (02 dosagens), TSH, T4 livre, transaminases, creatinina sérica, beta HCG);	Médico	Sim
Obesidade Infantil e Juvenil;	Encaminhar se: Crianças e adolescentes com obesidade: IMC > 97 percentil ou Z score acima de +2; História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames laboratoriais: Colesterol LDL, triglicerídeos, HDL colesterol, glicemia de jejum, TSH e T4 livre;	Médico	Sim (se comorbidades associadas)
Dislipidemia Infantil e Juvenil;	2 exames alterados: LDL colesterol ou triglicerídeos > valor de referência para idade;	Médico	Sim (se triglicerídeo >500 e colesterol ldl >190)

Hipotireoidismo Infantil e Juvenil;	Encaminhar se: TSH elevado (>10 mU/l); TSH elevado porém < 10 mU/l (limítrofe) = repetir; Encaminhar se houver 2 ou mais	Médico	Não (sim, se hipotireoidismo congênito)
-------------------------------------	--	--------	---

	exames alterados. T4 livre abaixo do limite de referência para a idade; Histórico prévio de tratamento para hipotireoidismo;		
Hipertireoidismo Infantil e Juvenil;	Encaminhae se: TSH abaixo do valor de referência para a idade; T4 total ou T4 livre acima do valor de referência para a idade; Histórico prévio de tratamento para hipertireoidismo; História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames laboratoriais: TSH e T4 livre;	Médico	Não
Puberdade Atrasada;	Encaminhar se: Ausência de mamas em meninas > 13 anos; Ausência de menarca em meninas > 15 anos; Ausência de sinais puberais em meninos > 14 anos; Descrever estatura dos pais no encaminhamento; Exames laboratoriais e de imagem: LH, FSH, Prolactina, TSH e T4 livre o RX de mãos e punhos para idade óssea;	Médico	Não
Puberdade Precocce;	Encaminhar se: Presença de mamas, pelos pubianos/axilares ou acne em meninas antes dos 9 anos, ou menarca antes dos 10 anos; Aumento	Médico	Sim

	do pênis, presença de pelos pubianos/axilares, aumento testicular ou acne em meninos < 10 anos; História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado (descrever critério de Tanner); Exames laboratoriais e de imagem: LH, FSH, Estradiol; RX de mãos e punhos para idade óssea;		
Diabetes Mellitus sem complicações;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame Físico descrito detalhado; Exames laboratoriais recentes conforme protocolo municipal; Ficha de estratificação de risco para DM preenchida;	Médico	Não
Ginecomastia;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico. Exame Físico descrito detalhado.	Médico	Não

	Exames laboratoriais: TGO, TGP, UR, CR, TSH, prolactina, LH e FSH, testosterona, estradiol e beta HCG.		
Obesidade Adulta;	Suspeita de obesidade de causa secundária, EXCETO transtornos psiquiátricos; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; IMC ≥ 35 kg/m² após acompanhamento na UBS sem sucesso;	Médico	Sim
Hipotireoidismo;	Encaminhar se: Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre baixo), habitualmente com história de doença hipofisária, trauma cranioencefálico ou neurocirurgia; Paciente usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, quando já avaliada adesão, utilização correta do medicamento (em jejum, 30 minutos antes de outros medicamentos e/ou refeição) e uso de medicações ou condições que cursam com alteração de metabolismo/absorção de T4; Após duas dosagens de TSH e T4 livre; Descrever tratamento prévio realizado	Médico	Não

	e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;		
Osteoporose;	Mulheres com >65 anos e Homens com >70 anos de idade, com mais de 1 fator de risco para osteoporose: uso crônico de corticoide equivalente a 5mg de prednisona ou mais, por mais de 03 meses/ uso crônico de anticonvulsivantes/ tabagismo, etilismo/ história prévia de fratura por fragilidade/história familiar de osteoporose em parente de 1º grau/ menopausa precoce (< 45anos), hipogonadismo, hiperparatireoidismo/ hipertireoidismo sem tratamento/ DMtipo 1, HIV, pós-bariátrica, doenças inflamatórias intestinais e celíaca, doenças reumáticas, IMC baixo < 19, DPOC/ uso crônico de progesterona injetável ou detiazolidinedieonas.	Médico	Não
Hirsutismo;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames laboratoriais: testosterona, LH, FSH, glicemia e prolactina;	Médico	Não

2.18 MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA E HEPATOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Indicações	Pré-requisitos	Profissional solicitante	Prioridade
Úlcera péptica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exames laboratoriais e de imagem (USG abd. Total, RNM, EDA, Rx) se disponíveis;	Médico	Sim
Pancreatite crônica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame Físico descrito detalhado; Exames laboratoriais e de imagem (USG abd. Total, RNM, EDA, Rx) se disponíveis;	Médico	Sim
Gastrite Atófica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado;	Médico	Sim

	Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exames laboratoriais e de imagem (USG abd. Total, RNM, EDA, Rx) se disponíveis;		
Cirrose Hepática;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame Físico descrito detalhado; Exames laboratoriais e de imagem (USG abd. Total, RNM, EDA, Rx) se disponíveis;	Médico	Sim
Alergia a Proteína do Leite; Refluxo Gastroesofágico;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado;	Médico Nutricionista (conforme protocolo saúde da criança comesp)	Sim
Doença inflamatória intestinal (Retocolite Ulcerativa e Doença de Crhon);	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não

Doença Diverticular do Cólon; Síndrome do Intestino irritável;	Exames prévios de imagem (USG, TC ou RNM), colonoscopia, se disponíveis; Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes positivo; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;		
Esofagite de Refluxo; Hérnia de Hiato; Esofago de Barrett;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exames laboratoriais e de imagem (USG abd. Total, RNM, EDA, Rx);	Médico	Não
Epigastria; Halitose;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Não
Intolerância alimentar;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exames laboratoriais e de imagem (ex. USG abd. Total, RNM, EDA, Rx);	Médico Nutricionista (conforme protocolo saúde da	Sim (se criança menor de 10 anos de idade)

		criança do comesp)	
Hepatite B Crônica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Sorologia positiva para hepatite B (HBSAg);	Médico	Não
Hepatite C Crônica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Sorologia positiva para hepatite C (Anti-HCV); Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Não
Hepatite Auto-imune;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Marcadores imunológicos para hepatite autoimune, hiperglobulinemia; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Sim

Esteato-hepatite não alcoólica (NASH); Doença alcoólica do fígado;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame de imagem, exames laboratoriais: enzimas hepáticas alteradas; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Não
Hipertensão portal;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame de imagem se disponível;	Médico	Sim
Cistos, nódulos e tumorações benignos hepáticos;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame de imagem, se disponível;	Médico	Não
Peliose Hepática; Hemangioma Hepático;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico. Descrever tratamento prévio realizado	Médico	Não

	e justificar a falha terapeutica relatando a necessidade do encaminhamento;		
	Exame de imagem se disponível;		

2.19 MÉDICO GENETICISTA- DOENÇAS RARAS PARA CRIANCAS

Indicações		Pré-requisitos	Profissional Solicitante	Prioridade
Teste do pezinho alterado;	Recém-nascido com triagem neonatal sugestiva de fenilcetonúria ou deficiência de biotinidase que ainda não estão vinculados a serviço de genética; Diagnóstico ou suspeita de outros erros inatos do metabolismo a partir de teste do pezinho ampliado;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico pediatra Médico neurologista	Sim
Erros Inatos de Metabolismo;	Suspeita clínica de erro inato de metabolismo ou erro inato do metabolismo já diagnosticado com quadro agudo de descompensação;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico pediatra Médico ginecologista e obstetra	Sim

Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor	Provável ADNPM (ausência de um ou mais marcos para a faixa	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico pediatra	
---	--	---	-----------------	--

(ADNPM);	etária anterior – ver quadro 5 no anexo) ou possível ADNPM (ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária) em crianças com: história familiar de consanguinidade ou doenças rara ou ADNPM; ou alterações fenotípicas; ou perímetro cefálico menor que o percentil 10 ou maior que o percentil 90; ou episódio de convulsão (exceto se convulsão febril) ou outras manifestações neurológicas como ataxia/coreia;		Médico neurologista	
----------	--	--	---------------------	--

Deficiência Intelectual;	Deficiência intelectual moderada a grave por provável origem genética em indivíduo com pelo menos um dos critérios: história familiar (parente de primeiro grau) de deficiência intelectual; ou pais consanguíneos (irmãos, primos de segundo ou primeiro grau); ou paciente com características	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico neurologista	
			Médico psiquiatra	
			Médico pediatra	

	compatíveis de uma síndrome genética; ou presença de dismorfias ou infertilidade;			
Cromossomopatia ;	Paciente com suspeita de cromossomopatia (como síndrome de Turner, Klinefelter, Patau, Edwards, etc); Criança com Síndrome de Down que não realizou cariótipo para diagnóstico e cujos pais desejam planejar nova gestação;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico pediatra	Sim
Distrofia muscular e miopatia;	Irmãos de paciente com diagnóstico de Distrofia Muscular de Duchenne/Becker; História familiar de distrofia musculares ou miopatia de origem genética;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico. sinais e sintomas (descrever idade do início dos sintomas, evolução do quadro e história de quedas frequentes, dificuldades para subir escadas, alteração de marcha dificuldades para levantar-se do chão); Se crianças, descrever avaliação dos marcos do desenvolvimento e resultado do teste do pezinho;	Médico neurologista Médico pediatra	

		Resultado de creatinofosfoquinase (CPK), com data; Resultado de eletroneuromiografia, se realizado, com data;		
--	--	---	--	--

Microcefalia;	Recém-nascidos (perímetro cefálico medido 24 horas após o nascimento e dentro de uma semana de vida) com: menos de 37 semanas de idade gestacional que apresentem perímetro cefálico menor que 2 desvios-padrão (DP), segundo tabela intergrowth para idade gestacional e sexo; ou 37 semanas ou mais de idade gestacional que apresentem perímetro cefálico menor ou igual a 31,5 cm para meninas e 31,9 para meninos (equivalente a – 2DP para idade e sexo); Crianças que no acompanhamento de	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico pediatra	
---------------	---	---	-----------------	--

	puericultura apresentarem desaceleração do crescimento cefálico com medida inferior a – 2 DP para idade e sexo.			
--	--	--	--	--

2.20 MÉDICO GERIATRA- REDE DO IDOSO COMESP

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Quadros demenciais;	Idosos com quadro clínico compatível com demência (perda de memória + Apraxia ou Agnosia ou distúrbios de linguagem e que não se encaixem em demência senil; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Realizar Mini exame do estado mental (Mini Mental) e relatar em encaminhamento; Preenchimento das estratificações de risco e do IVCF-20;	Médico	Conforme valor do mini mental e IVCF-20
Condição de fragilidade /	Encaminha-se: Histórico	Médico	Conforme valor do

vulnerabilidade;	de 3 ou mais queda em um ano; Histórico de 3 ou mais internações em um ano; História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento Exame Físico descrito detalhado; Preenchimento das estratificações de risco e do IVCF-20;		ivcf-20
------------------	---	--	---------

Idoso que usa 5 ou mais medicamentos e/ou tem 5 ou mais comorbidades;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Acido Fólico, Albumina, Colesterol total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, T4L, T3, VDRL;	Médico	Sim (se >80 anos)
---	--	--------	-------------------

	Realizar Mini exame do estado mental (Mini Mental) e relatar em encaminhamento; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapeutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame de imagem: se possível TC ou RNM de crânio; Preenchimento das estratificações de risco e do IVCF-20;		
--	--	--	--

2.21 MÉDICO HANSENOLOGISTA

Indicações	Pré- requisito	Profissional Solicitante	Prioridade
------------	----------------	--------------------------	------------

Hanseníase;	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento instituído na atenção básica; Exames laboratoriais e histopatológicos, se houver; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica	Médico Terapeuta ocupacional	Sim
-------------	--	--	-----

	relatando a necessidade do encaminhamento;		
	Preencher avaliação neurológica simplificada;		

2.22 MÉDICO HEMATOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Indicações	Pré-requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Transtornos falciformes;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Talassemias;	Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;		
Anemias hemolíticas (Anemia hemolítica hereditárias;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim (se anemia hemolítica autoimune, as demais não)
Anemia hemolítica autoimune;	Anemia com pelo menos uma prova de hemólise: reticulocitose, elevação LDH, hiperbilirrubinemia indireta, redução de haptoglobina) ou teste do pezinho (triagem neonatal positiva);		
Anemias hemolíticas microangiopáticas);	Descrever tratamento prévio		

	realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;		
Anemias carenciais;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exames laboratoriais: Hemograma, Ferro, Ferritina, TBC;	Médico	Não
Hemoglobinúria paroxística noturna;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame Físico descrito detalhado; Anemia com provas de hemólise	Médico	Sim

	coombs direto negativo;		
Aplasias e outras anemia aplásticas;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Hemograma apontando pancitopenia sem outra justificativa que explique o quadro; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Sim
Distúrbios Hemorrágicos (coagulopatias);	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Hemograma com coagulograma;	Médico	Sim
Distúrbios trombóticos;	História clínica com justificativa e	Médico	Sim

	descrição do quadro clínico; Hemograma com coagulograma;		
Doenças do Baço;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Hemograma com coagulograma; Exame Físico descrito detalhado; Exame de imagem (USG baço);	Médico	Sim

2.23 MÉDICO INFECTOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Indicações	Pré-requisitos	Profissionais solicitantes	Prioridade
HIV/AIDS ADULTO;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Conforme protocolo municipal
PREP (Profilaxia pré exposição ao HIV);	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico em populações vulneráveis (homossexuais, parceiros múltiplos);	Médico	Sim
Suspeita de Leishmaniose cutânea, mucosas;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim

Sífilis;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Conforme protocolo municipal
----------	---	--------	------------------------------

	CO-Infecção por HIV;		
Toxoplasmose coinfeção HIV;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Conforme protocolo municipal
Esporotricose;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico. Casos refratários/ outras micoses após descartadas causas não infecciosas;	Médico	Conforme protocolo municipal
Hepatite B Crônica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame Físico descrito; Sorologia positiva para hepatite B (HBSAg);	Médico	Não
Hepatite C Crônica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito Sorologia positiva para hepatite C (anti HCV); Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha	Médico	Não

	terapeutica relatando a necessidade do encaminhamento;		
Outras Hepatites Virais;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado Marcadores sorológicos para as hepatites A,B e C que sugiram hepatite viral; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapeutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Não
Gestantes com HIV, Hepatites, esporotricose;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapeutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Sim
Linfonomegalia;	Encaminhar APÓS descartar causas clinicas não infecciosas; Sorologias para hepatites A, B, C; RX de tórax; BAAR; CULTURA;	Médico	Sim
Infecção de trato urinário (ITU) refratária;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não

	Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;		
--	---	--	--

2.24 MÉDICO MASTOLOGISTA

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Cisto simples recidivante / Cisto simples sintomático; Ginecomastia; Má formação mamária; Hipertrofia mamária; Mastalgia;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Se disponível: mamografia recente e/ou USG de mama;	Médico	Não
Descarga papilar bilateral leitosa (galactorréia);	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Dosagem de prolactina e TSH;	Médico	Não

2.25 MÉDICO NEFROLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Indicações	Pré-requisito	Profissional Solicitante	Prioridade
------------	---------------	--------------------------	------------

Doença Renal Crônica (DRC);	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Pacientes com TFG entre 60 a 45 ml/min com relação albumina/creatinina superior a 30 mg/g; Pacientes com TFG > 60 ml/min com relação albumina/creatinina superior a 300 mg/g; Exame laboratorial: creatinina sérica (com estimativa de taxa de filtração glomerular – TFG); Relação albumina/creatinina ou microalbuminúria em amostra isolada de urina para rastreio de doença renal crônica;	Médico	Sim (Se TFG <45 e relação albumina/creatinina superior a 300 mg/g)
Hiperpotassemia Refratária a tratamento clínico;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exames laboratoriais: Hemograma, Sódio, Potássio, Ureia, Creatinina, Cálcio, PTH;	Médico	Sim
Cisto Renal;	Encaminhar se: Lesão diagnosticada como realce	Médico	Sim

	equivoco na tomografia; Cisto Bosniak IIF, III ou IV; Angiomiolipoma; Infecção focal; Anormalidade vascular; Massa sólida realçada. Exame de Imagem: US, TC ou RNM		
Glomerulopatias;	Encaminhar se: hematúria e/ou proteinúria são observadas ao exame de urina; História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapeutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Sim

Hipertensão Secundária;	Encaminhar se: Sinais e sintomas consistentes com uma causa secundária de hipertensão; Hipertensão diagnosticada nos extremos da idade; Disfunção acelerada de órgãos-alvo; Hipertensão resistente (uso de 3 ou mais agentes anti-hipertensivos para controle da pressão arterial); Aumento abrupto da pressão arterial em indivíduos com hipertensão bem controlada; História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
-------------------------	---	--------	-----

Incontinência urinária (NEFROLOGIA PEDIATRICA);	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapeutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame de Imagem: USG RINS e vias urinarias; Exame laboratorial: função renal;	Médico	Sim
--	---	--------	-----

Bexiga neurogênica (NEFROLOGIA PEDIATRICA);	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exame de Imagem: USG RINS e vias urinárias; Exame laboratorial: função renal, cultura de urina.	Médico	Sim
---	---	--------	-----

Infecção do Trato Urinário	Encaminhar se: Histórico de infecções prévias (dois ou mais episódios de ITU em seis meses ou três ou mais episódios ao ano após a cura da primeira infecção); Histórico de cateterização vesical e/ou cirurgia urológica prévia ; Obstrução de trato urinário; Bexiga neurogênica associada a transplante renal; Pacientes idosos (acima de 65 anos), com fragilidade e/ou disfunção cognitiva; Infecções de trato urinário em homens;	Médico	Sim
----------------------------	---	--------	-----

	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exame de Imagem: USG RINS e vias urinarias; Exame laboratorial: função renal, cultura de urina;		
--	--	--	--

2.26 MÉDICO UROLOGISTA

Indicações	Pré-requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Litíase urinária;	Calculos maiores que 5mm e menores que 16mm (Para litotripsia); Calculos 16mm, cirurgia urológica; Exames de imagem do aparelho urinário: USG, TC; Exame de função renal, hemograma, parcial de urina, cultura da urina; Em portador de cálculos múltiplos dosar: cálcio, fosforo, acido úrico, sódio, potássio, se possível análise bioquímica de cálculo (cálculos eliminados e	Médico	Sim (se presença de Hidronefrose e/ou Uso de cateteres (vesical, ureteral ou nefrostomia)

	coletados pelo paciente);		
Cistos renais;	Cisto renal com dilatação de sistema pielocalicial; Cistos complexos, com alterações sugestivas de malignidade (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações ou resultado de tomografia com classificação de Bosniak maior ou igual a II;	Médico	Não
Corpo estranho intravesical; Ureterocele; Divertículo vesical ou uretral; Cálculo vesical; Pólipo vesical; Carúncula uretral; Estenose de uretral e seu meato; Bexiga espessada ou trabeculada e/ou com capacidade acima de 400 ml ou abaixo de 200 ml;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exames de imagem do aparelho urinário: USG, TC; Exame de função renal, hemograma, parcial de urina, cultura da urina; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Não
Incontinência urinária;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não

	Exames de imagem do aparelho urinário: USG, TC; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapeutica relatando a necessidade do encaminhamento; Exames: Parcial e cultura de urina, exames de imagem realizados e outros relacionados;		
Bexiga Neurogênica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exames de imagem do aparelho urinário: USG, TC; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapeutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Não
Condiloma peniano;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exames de imagem do aparelho urinário: USG, TC, se disponíveis; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapeutica relatando a necessidade do	Médico	Não

	encaminhamento;		
Fimose/parafimose;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exames de imagem do aparelho urinário: USG, TC, se disponíveis;	Médico	Sim (se balanopostit e purulenta sem melhora com tratamento clínico)
Hidrocele; Varicocele;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exames de imagem do aparelho urinário: USG, TC;	Médico	Não
Criptorquidia;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exames de imagem do aparelho urinário: USG, TC;	Médico	Sim
Encaminhamento para vasectomia;	Encaminhamento com justificativa conforme protocolo da SESA;	Médico	Não
Prostatite;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Encaminhamento com justificativa e cultura de urina, hemograma, PSA, hemoglobina	Médico	Não

	glicada;		
Hiperplasia Prostática Benigna;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento; Encaminhamento com justificativa e USG de próstata;	Médico	Não
Disfunção erétil;	Refratária ao tratamento das doenças associadas Disfunção erétil com contraindicação (uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5; Doença de Peyronie; Exames complementares: HBA1C, testosterona total, prolactina, TSH, LH, FSH, função renal, função hepática, perfil lipídico;	Médico	Não
Distúrbios ejaculatórios / hemospermia;	Anamnese e História clínica descrita; Exame físico descrito; Exames laboratoriais: Função renal, cultura de sêmen, hemograma, coagulograma,	Médico	Não

	triagem IST, parcial de urina e cultura de urina e PSA;		
--	---	--	--

2.27 MÉDICO NEUROLOGISTA ADULTO

Indicações		Pré- requisitos	Profissional Solicitante	Prioridade
Cefaleia;	Enxaquecas, se falha terapêutica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não
	Síndrome “Cluster-headache” (Cefaléia em salvas);	Exames de imagem: USG, TC ou RNM se disponível; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;		Sim
Infecções do SNC;	Encefalites e mielites;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exames de imagem: USG, TC ou RNM se disponível; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;	Médico	Sim
Demências e distúrbios	Epilepsia;	História clínica com	Médico	Sim

desmielinizantes e degenerativos do SNC;	Transtornos degenerativos do SNC; Esclerose;	justificativa e descrição do quadro clínico; Exames de imagem: USG, TC ou RNM, EEG se disponível; Descrever tratamento prévio realizado e justificar a falha terapêutica relatando a necessidade do encaminhamento;		
Distúrbios de aprendizagem e retardo psicomotor;	Retardo Mental; Transtornos da atenção e hiperativos;	História clínica com descrição detalhada de exame neurológico;	Médico	Sim
Distonias e outros transtornos de movimento;		História clínica com descrição detalhada de exame neurológico; Exames de imagem: USG, TC ou RNM, EEG se disponível;	Médico	Não
Distúrbios motores e do equilíbrio;	Ataxias; Doença de Huntington; Doença de Parkinson; Atrofias musculares e outros	História clínica com descrição detalhada de exame neurológico; Exames de imagem: USG, TC ou RNM, EEG se disponível;	Médico	Sim

	distúrbios extrapiramidais;			
--	--------------------------------	--	--	--

2.28 MÉDICO NEUROLOGISTA PEDIÁTRICO

Indicações		Pré- requisitos	Profissional Solicitante	Prioridade
Crise Convulsiva Febril;	Crise convulsiva febril complexa: criança com menos de 18 meses; crise parcial crise superior a 5 minutos mais de uma crise no período de 24 horas Início da crise convulsiva aos 6 anos de idade, com febre;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Epilepsia/Crises convulsivas Controladas;	Epilepsia/crises convulsivas controladas e medicadas;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro.	Médico	Não
Distúrbio do movimento;		Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro.	Médico	Sim
Hipóxia neonatal periparto; Hemorragias intracranianas; TORCHS;	Encaminhar se apgar de quito minuto <7;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Doenças desmielinizantes;	Esclerose múltipla;	Encaminhamento com justificativa e	Médico	Sim

	mielite transversa; neuromielite óptica; Leucomalácia;	descrição do quadro clínico;		
Cefaleia/enxaqueca grave;	Cefaleia com sinais de alarme; Criança menor de três anos de idade; Surgimento súbito com dor de forte intensidade; (Cefaleia com sintomas associados como náusea, vômitos, transtornos visuais, transtornos autonômicos, alteração da marcha e equilíbrio, perda de força, alteração das funções corticais superiores);	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Cefaleia com doenças pregressas associadas;	Presença de comorbidades de maior risco (anemia falciforme, imunodeficiências, história de neoplasias, coagulopatias, doenças cardíacas, neurofibromatose, esclerose tuberosa);	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim

	Cefaleia incapacitante;			
Cefaleia/enxaqueca Leve a moderada;	Cefaleia migrânea; Cefaleias crônicas refratárias ao tratamento;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não
Síndrome neurocutânea grave;	Síndrome neurocutânea com surgimento de epilepsia, transtornos visuais, déficit neurológico focal e/ou regressão de habilidades adquiridas;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Síndrome neurocutânea leve a moderado;	Casos estáveis;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não
Transtorno do Espectro Autista;	Crianças e adolescentes com transtorno no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM), caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos. Crianças entre 18 e 24 meses em que foi aplicado o M-CHAT-R com	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim (se atraso motor e/ou suspeita de tea com comorbidade s neurológicas associadas)

	pontuação ≥ 8: ALTO RISCO para TEA. Crianças entre 18 e 24 meses em que foi aplicado o M-CHAT-R/ F (Follow-up) com pontuação ≥ 2: ALTO RISCO para TEA. Crianças e adolescentes já avaliadas quanto ao ADNPM, observando os critérios do DSM-V para suspeita de TEA.			
Transtorno Invasivo do desenvolvimento;	Síndrome de Asperger; Síndrome de Rett;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não
Atraso global do desenvolvimento;	Hiperatividade; Déficit de atenção; Transtorno hipercinético; Transtorno do desenvolvimento da fala e da linguagem;	Crianças e adolescentes já avaliados quanto ao seu crescimento e ADNPM, com investigação laboratorial (hemograma, parcial de urina, TSH e T4 livre), audiometria e avaliação oftalmológica (quando indicadas);	Médico	Não
Doenças metabólicas;	Todos os casos sem etiologia definida em que haja suspeita de erro inato	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro	Médico	Sim

	do metabolismo quando houver desaceleração e parada de desenvolvimento neuropsicomotor;	clínico;		
Síndromes Medulares;	Síndrome de Brown-Séquard; Síndrome medular central; Síndrome medular anterior; Síndrome de cone medular	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não
Encefalopatia Crônica não progressiva;	Paralisia Cerebral;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não
Outros Casos;	Transtornos do aprendizado; Baixo rendimento escolar; Distúrbio do sono;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não

2.29 MÉDICO NEUROCIRURGIÃO (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
------------	----------------	--------------------------	------------

Portadores de Derivação Ventrículo Peritoneal com suspeita de	História clínica com justificativa e descrição do	Médico	Sim
--	--	--------	-----

hipertensão intracraniana; Hérnia de disco comprovada por tomografia computadorizada, com limitação de movimento e prejuízo nos afazeres diários; Trauma medular recente (<6 meses);	quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames de imagem, se disponíveis, devem constar no encaminhamento;		
Hidrocefalia; Mielomeningocele; Crânioestenose;	Ao encaminhar sempre relatar a história clínica e evolução, curva do Perímetro Cefálico (PC), presença de déficit neurológico e formato do crânio. Raio X de Crânio se a suspeita for crânioestenose; USG transfontanela;	Médico	Sim
Dor coluna vertebral – radiculopatias, indicação de artrodese de coluna vertebral por compressão medular; Trauma medular antigo (>6 meses);	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames de imagem, se disponíveis, devem constar no encaminhamento;	Médico	Não

2.30 MÉDICO OFTALMOLOGISTA

Indicações	Pré-requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
------------	----------------	----------------------------	------------

Pacientes présbitas (que tem dificuldade para enxergar de perto) e estão sem suas lentes corretivas, atrapalhando as atividades de vida diária;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Baixa visão em crianças menores de dez anos de idade;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Altas ametropias (graus elevados de miopia, hipermetropia e/ou astigmatismo) e que estão sem suas lentes corretivas;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Diplopia (visão dupla, mono ou binocular);	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Fotopsias (visão de flashes luminosos), visão de moscas volantes e/ou déficits de campo visual, parcial ou total, agudos ou subagudos;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Olho cego doloroso; Ceratocone diagnosticado; Glaucoma confirmado;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Crianças encaminhadas para fundo de olho: prematuras, com relato de retinopatia da prematuridade e que necessitem de acompanhamento após alta hospitalar; com história de infecção congênita; com Teste do Reflexo Vermelho alterado ou suspeito;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim

Crianças com suspeita de glaucoma congênito e/ ou catarata congênita; ptose palpebral e comprometimento do eixo visual; estrabismo, principalmente aquelas com menos de 7 anos	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Crianças com transtornos das vias lacrimais, abaixo de 1 ano de idade;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Portadores de doença sistêmica (diagnóstico precoce de retinopatias);	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico Enfermeiro	Não
Glaucoma suspeito (primeira consulta ou perda de seguimento);	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não
Ceratocone suspeito;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não
Suspeita ou confirmação de catarata, para avaliar indicação de tratamento cirúrgico	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não
Baixa visão em crianças acima de dez anos de idade;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico Enfermeiro	Não
Crianças com Estrabismo em maiores de 7 anos de idade; com alterações de vias lacrimais, principalmente entre 1 a 3 anos de idade; Ptose palpebral, sem comprometimento de eixo visual;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico Enfermeiro	Não

Crianças neuropatas, sindrômicas, com doenças sistêmicas que podem apresentar comprometimento ocular;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico Enfermeiro	Não
Avaliação de Retinopatias (diabetes, HAS, doenças infecciosas, doenças reumatológicas, usuários de medicação com potencial de acúmulo na retina), uso crônico de corticóides e uveítes;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico Enfermeiro	Não
Tumoração na pálpebra ou conjuntiva em indivíduos de pele clara acima de 50 anos de idade;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico Enfermeiro	Não
Adultos com alterações palpebrais (ectrópio, entrópio, triquíase) ou com alterações em vias lacrimais (dacriocistite);	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico Enfermeiro	Não
Avaliação refracional em casos de astenopia (cansaço visual), cefaleia, fotofobia, sensação de olho seco;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico Enfermeiro	Não
Blefarite e calázio; Pterígio (lesão carnosa em conjuntiva nasal e/ou temporal, uni ou bilateral);	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não

2.31 MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Indicações	Pré- requisitos	Profissional Solicitante	Prioridade
------------	-----------------	--------------------------	------------

Aparelho de amplificação sonora individual (prótese auditiva);	Indivíduos adultos com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, acima de 40 dB NA. Crianças (até 15 anos incompletos) com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, acima de 30 dB NA;	Dados relevantes da história clínica, dados discriminadores do exame físico;	Médico	Não
AASI;	Intolerância a todo tipo de amplificação/contrôle de ganho devido a um recrutamento intenso;	Resultado de exames audiológicos;		Verificar a faixa etária e o direcionamento à rede hospitalar aos menores de 2 anos.
	Anacusia unilateral			

	com audição normal no ouvido contralateral;			
Deficiência auditiva;		História Clínica;	Médico	Sim (Se início súbito, >3 meses)
Surdez;		Exame físico com otoscopia e remoção de cera, se necessário;		
Otalgia;				
Otorreia;				
Apneia do sono;		Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não
Epistaxe;	Afastar discrasia sanguínea antes de encaminhar;	Dados relevantes da história clínica, dados discriminadores do exame físico;	Médico	Não
		Exames de imagem, se disponível;		
Hipertrofia de Tonsilas;		Dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico (avaliação do déficit pondero-estrutural), dificuldade	Médico	Não
Adenoideana;				
Rinites;				

IVAS;		para dormir (apnéia do sono) devido a obstrução nasal, otite média aguda e/ou sinusite de repetição (3 ou mais episódios em 6 meses);		
		Radiografia de Cavum se disponível;		
Otite média aguda recorrente;	Dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico (descrição da otoscopia), otite média crônica (efusão purulenta por mais de 3 meses), Otite média recorrente (3 ou mais episódios em 6 meses ou 4 em 1 ano);	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico; Exames de imagem, se disponível;	Médico	Sim (se falha terapêutica no tratamento de otite média aguda com atb De primeira e segunda linha)
Otite média crônica colesteatomatosa;				
Otite média crônica não colesteatomatosa: refratária ao tratamento clínico, se houver complicações ou hipoacusia;				
Rinossinusopatia;	Dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico; Terceiro episódio no mesmo ano após tratamento clínico;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico; Exames de imagem, se disponível;	Médico	Não

	Rinossinusite crônica ou recorrente, resistente a tratamento;			
Zumbido;	Ausência de melhora após controle de doenças de base como DM, HAS, Epilepsia, Enxaqueca, Dislipidemia, Tireoideopatia, disfunção têmporo-mandibular, ansiedade e depressão; Suspeita de Doença de Ménière;	Dados relevantes da história clínica, dados discriminadores do exame físico; TSH, T4, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, hemograma, lipidograma, ureia, creatinina, VDRL; Exames de Imagem, se disponível;	Médico	Não
Neurite vestibular; Vertigem posicional paroxística benigna; Vertigem periférica;	Ilusão ou sensação de movimento de tudo que está dentro do campo visual do indivíduo ou de deslocamento do próprio corpo; Sensação de perda da consciência ou síncope eminente;	Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico; TSH, T4, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, hemograma, lipidograma, ureia, creatinina, VDRL;	Médico	Não

	Sensação de perda de equilíbrio sem vertigem e sem perda da consciência. - observação e descrição do padrão respiratório e emocional;	Exames de imagem, se disponível;		
--	---	----------------------------------	--	--

2.32 MÉDICO ORTOPEDISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Indicações	Pré- requisitos	Profissional Solicitante	Prioridade
Sequela de Fratura;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Radiografia do membro afetado em AP/Perfil com laudo;	Médico	Sim (se fratura recente <6 semanas);
Osteoporose com fratura patológica;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito	Médico	Sim

		detalhado;		
		Radiografia do membro afetado;		
Coxartrose;	Artrose do Quadril;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Radiografia de quadril com laudo;	Médico	Sim (se RN)
Gonartrose;	Artrose do Joelho;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; USG articulações do joelho;	Médico	Não
Cifose; Lordose; Escoliose;		História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Radiografia da área	Médico	Sim (se RN)

		afetada com laudo;		
Fístula articular;		História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Radiografia ou USG de articulações da area afetada com laudo;	Médico	Sim
Hemartrose;	Derrame articular;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Radiografia ou USG de articulações com laudo;	Médico	Não
Esporão do Calcâneo;	Fasceíte plantar;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Radiografia ou USG	Médico	Não

		com laudo;		
Lesão de menisco;		História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Radiografia ou USG do joelho com laudo;	Médico	Sim (se lesão grave com comprometimento de mobilidade);
Lesões do ombro;		História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Radiografia ou USG de articulações com laudo;	Médico	Sim (se lesão grave com comprometimento de mobilidade);
Espondilose;	Lombalgia; Dorsalgia; Cervicalgia;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Radiografia da area afetada com laudo;	Médico	Não

Pé Chato; (Pé Plano)		História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado;	Médico	Sim (se criança)
Síndrome do túnel do carpo;		História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; USG de articulações com laudo;	Médico	Sim (se limitação funcional importante)
Sinovite; Tenossinovite; Dor articular; Instabilidade articular; Derrame articular;	Tendinite; Sinovite; Tenossinovite;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Radiografia da área afetada em AP e perfil do local afetado e contra-lateral s/n; USG do local afetado em caso de suspeita de tendinopatia;	Médico	Sim (se limitação funcional)

		Hemograma (se suspeita de causa infecciosa), VHS, PCR, fator reumatóide (descartando quadros reumáticos), dosagem de ácido úrico (descartando gota);		
Hallux Valgo;		História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Radiografia AP/Perfil com carga/obliqua lateral e axial dos sesamoides com laudo;	Médico	Sim (se criança)
Bursopatias;	Dor Aticular; Bursite;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; USG de articulações com laudo;	Médico	Sim (se limitação funcional importante)

2.33 MÉDICO PEDIATRA

Indicações	Pré-requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Dificuldade ou seletividade alimentar;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico incluindo alimentação, além de escore Z peso/idade; estatura/idade e IMC/idade; Exame Físico descrito detalhado; Consulta com nutricionista;	Médico Nutricionista e-multi	Sim
Baixo ganho de peso;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico incluindo alimentação; IMC <3 percentil ou Z score abaixo de -2; Consulta com nutricionista;	Médico Nutricionista e-multi	Não

Obesidade Infantil e Juvenil;	Crianças e adolescentes com obesidade: IMC > 97 percentil ou Z score acima de +2 em crianças acima de 5 anos; IMC>99,9 percentil ou Z score acima de +3 em crianças abaixo de 5 anos; História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames laboratoriais: Colesterol LDL, triglicerídeos, HDL colesterol, glicemia de jejum, TSH e T4 livre.	Médico Nutricionista e-multi	Sim (se comorbidades associadas)
Infecção respiratória de repetição;	Duas Pneumonias no último ano ou quatro ou mais otites no último ano; **Otite média aguda de	Médico	Sim

	repetição (3 ou mais episódios em 6 meses ou 4 episódios em 1 ano) e amigdalite de repetição (>5 amigdalites bacterianas em 2 anos ou >7 episódios em 1 ano) devem ser encaminhados diretamente para Otorrino;		
Hipotireoidismo Infantil e Juvenil;	Encaminhar se: TSH elevado (>10 mU/l); TSH elevado porém < 10mU/l (limítrofe) = repetir; Encaminhar se houver 2 ou mais exames alterados. T4 livre abaixo do limite de referência para a idade; Histórico prévio de tratamento para hipotireoidismo;	Médico	Sim (se teste do pezinho alterado ou hipotireoidismo congênito).
Episódio de infecção sistêmica grave (meningite, osteoartrite, septicemia);	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Asma moderada a grave;	Pacientes com histórico de episódios de dispnéia, tosse, sibilos e	Médico	Não

	desconforto torácico, que não estão respondendo à terapia oferecida; História clínica: início dos sintomas, histórico de exacerbações e tratamento em uso (medicações inalatórias de alívio e manutenção); Exames de imagem, se disponíveis;		
Puberdade Precoce;	Presença de mamas, pelos pubianos/axilares ou acne em meninas antes dos 8 anos, ou menarca antes dos 10 anos; Aumento do pênis, presença de pelos pubianos/axilares, aumento testicular ou acne em meninos < 9 anos; História clínica com	Médico	Sim

	justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado (descrever estadio de Tanner); Exames: LH, FSH, Estradiol; RX de mãos e punhos para idade óssea;		
Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor;	Provável ADNPM (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior – ver quadro 5 no anexo) ou possível ADNPM (ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária) em crianças com: história familiar de consanguinidade ou doenças raras ou ADNPM; ou alterações fenotípicas; ou perímetro cefálico menor que o percentil 10 ou maior que o percentil 90; ou Episódio de convulsão (exceto se convulsão	Médico	Sim

	febril) ou outras manifestações neurológicas como ataxia/coreia; História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado (escala de Denver);		
Dificuldade escolar;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Pré-requisito: Relatório escolar com descrição de queixas;	Médico	Não
Doenças de pele;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado. História familiar de doenças de	Médico	Não

	pele ou auto-imunes; Pré-requisito: encaminhamento para dermatologista;		
Alterações nos testes de triagem neonatais;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Pré-requisito: se teste do pezinho alterado, solicitar coleta urgente. SE RECOLETAR E DER ALTERADO- ENCAINHAR PARA ESPECIALIDADES! Se teste do olhinho alterado, encaminhar para oftalmologista; Se teste da orelhinha alterado encaminhar para otorrinolaringologista	Médico	Sim
Alergia a Protéina do Leite;	História clínica com justificativa,	Médico	Sim

Refluxo Gastroesfágico;	alimentação que está recebendo e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado (incluindo ganho de peso diário e escore Z);	Nutricionista (conforme protocolo saúde da criança comesp)	
Infecção do Trato Urinário	Encaminhar se: Histórico de infecções prévias (dois ou mais episódios de ITU em seis meses ou três ou mais episódios ao ano após a cura da primeira infecção); Histórico de cateterização vesical e/ou cirurgia urológica prévia; Obstrução de trato urinário; Bexiga neurogênica; História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim

	Exame Físico descrito detalhado; Exame de Imagem: USG RINS e vias urinarias; Exame laboratorial: função renal, cultura de urina;		
Cromossomopatia;	Paciente com suspeita de cromossomopatia (como síndrome de Turner, Klinefelter, Patau, Edwards, etc); Criança com Síndrome de Down;	Médico	Sim
Transtorno do Espectro Autista;	Crianças e adolescentes com transtorno no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM), caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos	Médico	Sim (se atraso motor e/ou suspeita de tea com comorbidades neurológicas associadas)

	ou restritos; Crianças e adolescentes já avaliadas quanto ao ADNPM, observando os critérios do DSM-V para suspeita de TEA; Encaminhamento com justificativa e descrição do quadro clínico; Crianças entre 18 e 24 meses em que foi aplicado o M-CHAT-R com pontuação ≥ 8: ALTO RISCO para TEA;		
--	--	--	--

2.34 MÉDICO PNEUMOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Indicações	Pré-requisitos	Profissional Solicitante	Prioridade
------------	----------------	--------------------------	------------

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC);	Pacientes com sintomas de tosse, escarro e dispnéia aos esforços por mais de 03 meses nos últimos 02 anos e histórico de tabagismo ou	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Obrigatório: Espirometria	Médico	Sim
--	---	--	--------	-----

	outros fatores de risco para DPOC; Paciente com dispnéia aos médios ou pequenos esforços e ao repouso; Histórico de piora dos sintomas com necessidade de atendimento em UPAS 24 horas (> ou = a 02 episódios nos últimos 12 meses e/ou 01 hospitalização por piora do quadro respiratório); História de tabagismo (atual ou passado), exposição à queima de biomassa (Ex: exposição ao fogão a lenha, queima de combustíveis, etc) e Exposição ocupacional de risco (ex: trabalha com carvão, olarias, forn	com prova broncodilatadora que demonstre relação VEF1/CVF < 0,70 após broncodilatação (Diagnóstico de DPOC);		
--	--	--	--	--

	os, etc);			
Bronquiolite;		História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Sim
Pneumonite;		História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico;	Médico	Não
Sarcoidose;		Detalhar história clínica: início dos sintomas, histórico ocupacional; Exames de Imagem (RX ou TC); Exame Físico descrito detalhado;		
Asma;	Pacientes com histórico de episódios de dispnéia, tosse, sibilos e desconforto torácico, histórico de asma na infância e pacientes que não estão respondendo à terapia oferecida na APS;	Requisito obrigatório: Espirometria com prova broncodilatadora. Detalhar história clínica: início dos sintomas, histórico de exacerbações e tratamento em uso (medicações inalatórias de alívio e manutenção). Exames de imagem, se disponíveis;	Médico	Sim
Tosse Crônica (>8 semanas);	Bronquiectasia;	História clínica com justificativa e descrição	Médico	Não

	Seqüestro Pulmonar; Mucoviscidose;	do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; RX de tórax em PA e Perfil, RX de cavum seios da face, hemograma e PPD; A critério do pediatra, solicitar também EPF e Urina Rotina;		
--	---	---	--	--

Pneumonia de Repetição;	Relatar o início dos sintomas, a frequência das crises, duração, fatores de risco (tabagismo, TBC, asma), doenças associadas e evolução do quadro; Relatar os achados importantes do exame físico, em especial em relação à ausculta pulmonar e hipótese diagnóstica; Relatar os	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; RX de tórax em PA e Perfil;	Médico	Não
-------------------------	---	---	--------	-----

	tratamentos anteriores e os medicamentos em uso atual;			
Tuberculose;		História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; RX de tórax em PA e Perfil, RX de cavum seios da face, hemograma e PPD;	Médico	Sim
Resultados anormais de estudo da função pulmonary;		História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Resultado dos estudos de função pulmonar em anexo;	Médico	Não

2.35 MÉDICO PSIQUIATRA (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Transtorno do Espectro Autista;	Crianças e adolescentes com transtorno no desenvolvimento	Médico	Sim (se atraso

	neuropsicomotor (ADNPM), caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos; Crianças entre 18 e 24 meses em que foi aplicado o M-CHAT- R/ F (Follow-up) com pontuação ≥ 2: ALTO RISCO para TEA; Crianças entre 18 e 24 meses em que foi aplicado o M-CHAT- R com pontuação ≥ 8: ALTO RISCO para TEA;		motor e/ou suspeita de TEA com comorbidades neurológicas associadas
--	---	--	--

Casos moderados de sofrimento psíquico e psiquiátrico tais como: Depressão pós-parto, Transtorno afetivo bipolar; Deficiência Intelectual com alteração de comportamento, Transtorno alimentares (sem acompanhamento da Emulti), Transtorno obsessivo-compulsivo, Transtornos de personalidade, Demência com alteração de comportancia, Transtorno mental associado à lesão e disfunção cerebral, Transtorno mental devido a disfunção orgnaica com alteração grave de comportamento,	Histórico anterior e/ou familiar de transtornos mentais; Descrição do quadro de saúde mental e das medidas já realizadas e seus resultados;	Médico	Sim
---	---	---------------	------------

Depressão moderada, Transtorno de Ansiedade Generalizado moderado, Esquizofrenia moderada.			
---	--	--	--

2.36 MÉDICO REUMATOLOGISTA (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Indicações		Pré-requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
Tenossinovites;	Encaminhar os pacientes com queixas persistentes, que não melhoraram após o tratamento inicial;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames de Imagem (USG partes moles) alterado;	Médico	Não
Bursite / tendinitis;	Encaminhar pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento instituído;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames de imagem mostrando dano articular; Presença de restrição de	Médico	Sim (se ruptura de tendínea e/ou limitação importante)

		movimento/prejuízo funcional;		
Casos que apresentem indícios de auto-imunidade, principalmente aqueles que tenham envolvimento extra-articular, ou seja, acometimento de outros órgãos e sistemas, além das articulações, tais como pulmão, rim, coração, olho, dentre outros; Presença de fraqueza muscular com aumento de VHS, ou PCR, ou aumento significativo de CPK; Sinais de assimetria de pulso ou indícios de vasculites sistêmicas; Febre reumática em criança/adolescente, sobretudo se acometimento de valva cardíaca;	Artralgias persistentes em pessoas jovens ou de meia idade, com sinais de alerta ou sobretudo se dor articular de padrão inflamatório matinal; Casos de artralgias, sobretudo poliartralgias, de ritmicidade inflamatória (piora com repouso e alivia com atividade física), características simétricas, que incluam mãos ou punhos, com duração maior de 6 semanas, a se destacar com sinais de sinovite em alguma articulação (presença de dor, rubor, calor local, aumento de volume articular),	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Exames de imagem/laboratoriais mostrando as devidas alterações das patologias;	Médico	Sim

	presença de nódulos reumatóides, sobretudo se aumento de VHS e/ou PCR; Algoneurodistrofias que ainda não tiverem em acompanhamento com outro especialista, e, sobretudo, em caso de dor intensa localizada ou diminuição da mobilidade;			
Dor difusa e crônica;	Pacientes com dificuldade para localizar a dor, muitas vezes apontando sítios periarticulares, sem especificar se a origem é muscular, óssea ou articular.	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Alterações laboratoriais em Hemograma, VHS, fator reumatóide, PCR;	Médico	Não
Suspeita de Doenças Reumáticas Autoimunes;	Lúpus eritematoso sistêmico (LES);	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Resultados de coagulograma,	Médico	Sim

		proteinúria. Provas reumáticas, FAN, Anticorpo Anti Sm, se disponível;		
Pacientes com baixa massa óssea;	Osteoporose;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Pacientes com baixa massa óssea em especial com história de fratura osteoporótica; Alterações na densitometria óssea;	Médico	Não
Fibromialgia;	Encaminhar todos os pacientes com queixas frequentes e persistentes, sugestivas de doença articular e muscular;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Diagnóstico diferencial avaliando Escala de gravidade de sintomas, índice de dor difusa, sintomas estáveis e presentes por pelo menos 3 meses;	Médico	Não
Artrite por deposição de cristais (gôta);	Encaminhar todos os pacientes com queixas frequentes	História clínica com justificativa e descrição do quadro	Médico	Não

	e persistentes;	clínico; Exame Físico descrito detalhado; Resultados laboratoriais de ácido úrico, creatinina, além do exame clínico e avaliação da história da doença; Exames de imagem mostrando dano articular, se disponível;		
Artrite reumatóide;	Encaminhar todos os pacientes com queixas frequentes e persistentes;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Resultados de RX das mãos, punhos e pés; Resultados de exames laboratoriais como fator reumatóide, PCR ou velocidade de sedimentação globular VSG/ VHS, se disponível;	Médico	Sim

Artrite psoriásica;	Encaminhar todos os pacientes com queixas frequentes e persistentes.; Presença ativa ou anterior de psoríase;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Exame Físico descrito detalhado; Psoríase cutânea. Resultados de RX das articulações afetadas; Resultados de exames laboratoriais como fator reumatoide e outras provas inflamatórias, se disponível;	Médico	Não
---------------------	--	---	--------	-----

2.37 PSICÓLOGO (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Os encaminhamentos para psicologia passarão por avaliação do psicólogo Emulti e então encaminhados ao ambulatório

Indicações	Pré- requisito	Profissional Solicitante	Prioridade
Transtorno Mental decorrente de Violência Física, Psicológica e Sexual (confirmada) com intenso sofrimento psíquico;	Histórico anterior e/ou familiar de transtornos mentais;	Psicólogo Emulti	Sim

Gestante/Puerperas (usuárias de SPA e
Depressão Grave);

Descrição do quadro
de saúde mental e
das medidas já

Alcoolismo ou dependência química a outras substâncias com sinais de abstinência moderado que não consegue se abster com programa de tratamento no CAPS AD; Transtorno mental moderado com histórico de tentativa de suicídio e/ou internação prévia sem ideação ou risco de suicídio (que não aceite o tratamento em CAPS TM); Quadros de ansiedade elevada e depressivo moderado que tragam prejuízos biopsicossociais com ideação suicida sem planejamento; Luto (perda de ente querido) que esteja causando danos graves em seu cotidiano com prejuízo social; Transtornos alimentares elevado (bulimia, anorexia, outros); Estresse pós-traumático moderado (traumas relacionados a acidentes, emergências e desastres); Terror noturno e Episódios de enurese e encoprese – com a exclusão de fatores fisiológicos; Dificuldade de relacionamento interpessoal com prejuízo biopsicossocial;	realizadas e seus resultados, após intervenções da psicologia e Multi; Requisito obrigatório: Aplicação da Estratificação de Risco em Saúde Mental e/ou Cartão Babel;		
--	---	--	--

Transtorno conversivos/dissociativos sem risco para si ou para terceiros;
Pacientes contrareferenciados dos CAPS, que tiveram alta e não se enquadram no atendimento eMulti após tentativas de inserção;

2.38 FISIOTERAPEUTA (ADULTO E PEDIÁTRICO)

Indicações	Pré-requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
Acidente Vascular Encefálico (AVE/AVC);	Paciente com AVC (até 60 dias) que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico;	Médico Fisioterapeuta	Sim
Trauma Raqui Medular (TRM);	Paciente com TRM (até 60 dias) que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico;	Médico Fisioterapeuta	Sim
Traumatismo Crânio Encefálico (TCE);	Paciente com TCE (até 60 dias) que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico	Médico Fisioterapeuta	Sim
Paraplegia e Tetraplegia;	Paciente com Tetraplegia (até 60 dias) que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento	Médico Fisioterapeuta	Sim

	fisioterapêutico;		
Hemiplegia;	Paciente com Hemiplegia (até 60 dias) que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico;	Médico Fisioterapeuta	Sim
Doença de Parkinson;	Paciente com Parkinson (até 60 dias) que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico;	Médico Fisioterapeuta	Sim
Doença de Huntington;	Paciente com Huntington (até 60 dias) que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico;	Médico Fisioterapeuta	Sim
Paralisia Facial;	Paciente com Paralisia Facial (até 60 dias) que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico;	Médico Fisioterapeuta	Sim
Paralisia Cerebral;	ADNPM, após 13 anos de idade;	Médico Fisioterapeuta	Sim
Microcefalia;	ADNPM, após 13 anos de idade;	Médico	Sim

		Fisioterapeuta	
Espinha Bífida;	Paciente acima de 13 anos, que já vem desde cedo realizando tratamento fisioterapêutico;	Médico Fisioterapeuta	Sim
Hidrocefalia;	Paciente acima de 13 anos, que já vem desde cedo realizando tratamento fisioterapêutico;	Médico Fisioterapeuta	sim
Doenças desmielinizantes, degenerativas;	Paciente com Doenças desmielinizantes e/ou degenerativas que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico;	Médico Fisioterapeuta	Sim

2.39 FISIOTERAPEUTA (ADULTO E PEDIATRICO)

Indicações		Pré-requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
Atraso no desenvolvimento neuromotor;	Paralisia Cerebral;	ADNPM;	Médico Fisioterapeuta	Sim
	Microcefalia;	ADNPM;	Médico	Sim

			Fisioterapeuta	
Pós Operatórios;	Espinha Bífida;	Crianças até 13 anos, que após avaliação médica, tenham sido liberadas para fazer o tratamento fisioterapêutico;	Médico Fisioterapeuta	Sim
	Traumatismo Crânio encefálico;	Crianças até 13 anos, que após avaliação médica, tenham sido liberadas para fazer o tratamento fisioterapêutico;	Médico Fisioterapeuta	Sim
	Hidrocefalia;	Crianças até 13 anos, que após avaliação médica, tenham sido liberadas para fazer o tratamento fisioterapêutico;	Médico Fisioterapeuta	Sim
Fraturas Recentes;		Até 1 mês após liberação médica para realização da fisioterapia;	Médico Fisioterapeuta	Sim
Paralisias;	Paralisia Obstétrica;	Crianças até 13 anos, que após avaliação médica, tenham sido	Médico	Sim
	Paralisia Facial		Fisioterapeuta	

	Periférica;	liberadas para fazer o tratamento fisioterapêutico;		
Transtorno global do desenvolvimento;	Autismo Infantil;	Crianças até 13 anos, que após avaliação médica, tenham sido liberadas para fazer o tratamento fisioterapêutico.	Médico Fisioterapeuta	Sim

2.40 FISIOTERAPEUTA (ADULTO E PEDIATRICO)

Indicações		Pré-requisitos	Profissionais solicitantes	Prioridade
Pós-tratamento conservador ou pós tratamento cirurgico;		Liberação médica para realização da fisioterapia após 3 meses da liberação médica para realização de fisioterapia, após 30 sessões de reabilitações realizadas;	Médico Fisioterapeuta	Sim
Reabilitação após procedimentos cirúrgicos;	Osteotomia; Osteossíntese; Artroplastia; Meniscectomia; Reconstrução	Paciente em pós- operatório ortopédico (até 90 dias do ocorrido), que após consulta de revisão médica, tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico;	Médico Fisioterapeuta	Sim

	Ligamentar;			
	Amputação;			
Tratamento conservador de traumas não cirúrgicos dos sistemas osteomioarticulares;	Cervicalgia, Dorsalgia, Lombalgia (até 30 dias com incapacidade funcional grave para AVD); Hérnia de Disco; Artrite Reumatoide; Entorse, luxação;	Traumas não cirúrgicos dos sistemas osteomioarticulares;	Médico; Fisioterapeuta;	Sim
Tratamento conservador de traumas não cirúrgicos dos sistemas osteomioarticulares;	Tendinites, Tenossinovites e Bursites; Capsulite adesiva; Dor articular; Outros transtornos musculares; Artrose, Gonartrose, Coxartrose;	Traumas não cirúrgicos dos sistemas osteomioarticulares;	Médico ; Fisioterapeuta;	Não

2.41 FISIOTERAPEUTA (ADULTO E PEDIATRICO)

Indicações	Pré-requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
Paralisia Cerebral Microcefalia; Traumatismo Crânio encefálico; Hidrocefalia; Doenças neurodegenerativas;	ADNPM;	Médico; Fisioterapeuta;	Sim
Acidente Vascular Encefálico (AVE/AVC);	Paciente com AVC recente que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico;	Médico; Fisioterapeuta;	Sim
Paralisia Cerebral; Microcefalia; Traumatismo Crânio encefálico; Hidrocefalia; Doenças neurodegenerativas;	ADNPM;	Médico; Fisioterapeuta;	Sim
Infecção por coronavírus de localização não especificada;	Paciente com Covid (até 60 dias) que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico;	Médico; Fisioterapeuta;	Sim
Tuberculose;	Paciente com Tuberculose (até 60 dias) que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico	Médico; Fisioterapeuta;	Sim

Bronquite;	Paciente com Bronquite (até 60 dias) que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico;	Médico; Fisioterapeuta;	Sim
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Asma;	Paciente com DPOC (até 60 dias) que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento fisioterapêutico;	Médico; Fisioterapeuta;	Sim

2.42 FISIOTERAPIA (ADULTO E PEDIATRICO)

Indicações	Pré-requisitos	Profissionais solicitantes	Prioridade
Incontinência Urinária;	Incontinência urinária pós radioterapia;	Médico; Fisioterapeuta;	Não
Incontinência Fecal;		Médico; Fisioterapeuta;	Não
Prostatectomia;	Paciente pós operatório recente, que após consulta de revisão médica, tenha sido liberado para tratamento; Urgência miccional;	Médico; Fisioterapeuta;	Não
Pós operatório de prolapso genital feminino;	Paciente com prolapso genital que após avaliação médica tenha sido liberado para tratamento	Médico; Fisioterapeuta;	Não

	fisioterapêutico;		
	Retenção urinária		
	Prolapso		
	genital;		

2.43 AFECE

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Reabilitação intelectual voltadas a funcionalidade, cognição, linguagem, sociabilidade e ao desempenho de habilidades necessárias para pessoas com deficiência intelectual e Transtornos do Espectro Autista (TEA) já diagnosticados Faixa etária: 0 (zero) a 120 (cento e vinte) anos	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Necessário anexar o laudo anexo com diagnóstico de TEA de médico pediatra, médico neuropediatra ou psicólogo; O encaminhamento deve ser feito na Especialidade: reabilitação intelectual; CBO: psicologia; Destino: AFECE;	Médico pediatra; Médico Neuropediatra; Psicólogo;	

2.44 TRIAGEM EM REABILITAÇÃO FÍSICA/ ÓRTESE E PRÓTESE (CHR)

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Pacientes com lesões neurológicas recentes (menos de 90 dias); Pacientes que nunca passaram por processo terapêutico de reabilitação ou pacientes com lesões neurológicas crônicas apresentando regressão do status funcional; Alteração físico funcional por amputação parcial ou total, uni ou bilateral de membros superiores e/ou inferiores de origem congênita ou adquirida; Alteração físico- funcional parcial ou total de correntes de patologias ou traumas secundários de lesões neurológicas, apresentando ou não alterações na linguagem, fala, deglutição e/ou cognição; Alteração no desempenho de atividades básicas de vida diária, instrumentais e cinético- ocupacionais de patologias ou traumas secundários de lesões	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; O encaminhamento deve ser feito na Especialidade: triagem em reabilitação física ortese/protese; CBO: Fisioterapeuta; Destino: CGR (centro hospitalar de reabilitação Ana Carolina Moura Xavier);	Médico; Fisioterapeuta e- multi;	Segue fluxo específico

neurológicas; Ausencia ou atraso nos marcos do desenvolvimento Neuropsicomotor (ADNPM) HANSENIASE (Para pacientes com término da poliquimioterapia, com cura da infecção estabelecida. Sequelas motoras com indicação de tratamento cirurgico e ausencia de ulceras e necroses); Reabilitação Visual e Oftalmológica (oculoplastia-afecções das palpebras, ptose, tumores das palpebras, lagofalmo, reparo das vias lacrimais, reconstrução de pálpebra, órbita, estrabismo); Reabilitação auditiva em otorrinolaringologia (crianças de 0 a 3 anos com possibilidade de deficiencia auditiva congenita, possibilidade de indicação de implante coclear ou BAHA, pacientes com indicação de protese auditiva em qualquer idade) Faixa etária: 0 (zero) a 120 (cento e vinte) anos;			
---	--	--	--

2.45 ENFERMEIRO ESTOMATERAPEUTA: AMBULATÓRIO DE CURATIVOS

Indicações	Pré- requisito	Profissional solicitante	Prioridade
Feridas crônicas sem processo efetivo de cicatrização; Feridas agudas (<60 dias) com sinais flogísticos de média e alta gravidade; Necessidade de avaliação para enxertia; Necessidade de avaliação pós procedimento cirúrgico;	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico; Importante: sinalizar sempre casos de paciente que utilizem dispositivos (ex oxigênio); Necessário descrever a ferida: bordos, profundidade, diâmetro, classificação de grau (I até IV); Necessário descrever os curativos e tempo de uso prévio; Pacientes com necrose, osteomielite e sinais de sepse necessitam de avaliação imediata na UPA. Após estabilização do quadro, encaminhar via ambulatorial;	Médico; Enfermeiro;	Sim

3. REFERENCIAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ARAUCARIA. PROTOCOLO ADMINISTRATIVO Solicitação de exames complementares, Departamento de Planejamento, Gestão e Auditoria do SUS, Novembro 2023.

FORMIGA et al. Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, SP, 2006.

ROCHA et al. Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média complexidade. Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus, Santo Antonio de Jesus BA, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTONIO DE JESUS. Protocolo de Acesso a Exames/Procedimentos Ambulatoriais de Média Complexidade. Bahia.2007.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Protocolos de regulação de acesso. Especialidades médicas cirúrgicas. v.1. São Paulo, 2013. Protocolo de regulação de acesso da rede de atenção especializada ambulatorial. Exames do apoio diagnóstico. v.1. 1. ed., 2014

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS. Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. São Paulo, 2006.

SILVA, T E et. al. . Protocolos de Acesso da Regulação Estadual Ambulatorial. Serviço ambulatorial de saúde auditiva SES/SC Florianópolis, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria Municipal de Saúde/ Diretoria de Regulação em Saúde/Gerencia de Regulação em saúde. Protocolo técnico operacional de regulação em saúde- sus/divinópolis Versão 01, 2015. Disponível em: regulacao.semusa@gmail.com.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Protocolo de Regulação de Acesso a Consultas e exames especializados. Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2013.

BRASIL. Protocolo de regulação do acesso; Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Diretoria Geral de Regulação, Controle e Avaliação, Central Municipal de Regulação, 2014.

BRASIL. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde Recife. Protocolo de Acesso à Rede de Serviços Ambulatoriais com Classificação de Risco por Prioridade. SESAU/Recife. 1. ed., 2013.

BRASIL. Secretaria do Estado da Saúde do Piau. Protocolo de regulação clínico e de acesso; Secretaria do Estado da Saúde do Piauí, 2017.

Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012 (Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde).

Portaria nº 2.776, de 18 de dezembro de 2014 (Aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde).

Portaria nº 2.157, de 23 de dezembro de 2015 (Altera os art. 8º e 24 da Portaria nº 2.776/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014, que aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS)).

GLOSSÁRIO

ADNPM – Ausencia ou atraso nos marcos do desenvolvimento Neuropsicomotor

PA- Pressão arterial

CV- Cardiovascular

HAS- Hipertensão Arterial Sistemica

DM- Diabetes Mellitus

AE – À esclarecer

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

ATM – Articulação Têmporo Mandibular

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CA – Câncer

CID – Classificação Internacional de Doenças

DM - Diabetes Mellitus

DMG- Diabetes Mellitus gestacional

DMO – Densidade Mineral Óssea

DMSA - Ácido dimercaptosuccínico

D.O – Densitometria óssea

DTPA - Ácido dietilenotriaminopentacético

DUM – Data da Última Menstruação

EAS – Exame de Avaliação de Sedimento (urinário)

ECG – Eletrocardiograma

EDA – Endoscopia Digestiva Alts

EEG – Eletroencefalograma

ESF – Equipe de Saúde da Família

EV - Endovenoso

FAN - FAN (fator ou anticorpo antinuclear);

GnRH - Hormônio Liberador de Gonadotrofina

HVE – Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

LER – Lesões por Esforço Repetitivo

MAPA – Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MMII – Membros Inferiores

MMSS – Membros Superiores

PCR - Proteína C Reativa

PO – Pós operatório

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

RX – Radiografia

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara

SPCTO – Cintilografia De Perfusão Cerebral c/ Tálcio

TC – Tomografia Computadorizada

T3 – Tiroxina 3

T4 – Tiroxina 4

TSH – Hormônio Tireoestimulante

APÊNDICE A - SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

Sangramento uterino anormal (SUA) é definido como perda menstrual excessiva, caracterizada pelo aumento de quantidade, volume, duração ou frequência.

Sempre descartar gravidez (em mulher na menacme) e sangramento por patologias cervicais na investigação inicial de sangramento uterino anormal. Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser avaliadas em serviço de urgência/ emergência.

Causas	CID	Exames	Profissionais Solicitantes	Prioridade
Pólipo	N84.1	Ultrassonografia transvaginal Beta HCG Hemograma Plaquetas TP TTPa Exame preventivo do colo do útero.	Médicos da Atenção Primária Ginecologista/ Obstetra Enfermeiro	Não
Adenomiose	N80.0			Não
Leiomioma	D25			Não
Malignas	---			Sim
Coagulopatias	D68			Não
Ovulatórias	N93.9			Não
Endometrial	N85			Sim
Iatrogênica	---			Não
Não Classificada	N93.9			Não

Causas	CID	Quando encaminhar para ginecologista	Quando encaminhar para cirurgia ginecológica	Quando encaminhar para cancerologia	Quando encaminhar para hematologia	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter
Pólipo	N84.1	Sangramento disfuncional sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.	Sangramento uterino anormal associado a mioma, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses	Mulher na menopausa com: espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm	Mulher na menacme com suspeita de sangramento uterino anormal por discrasia sanguínea	- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes)
Adenomi-ose	N80.0		Sangramento uterino anormal associado a pólipo ou hiperplasia de endométrio.	evidenciada na ecografia pélvica transvaginal sem TRH ou mais ou igual 8 mm Com TRH.	(sangramento uterino aumentado desde a menarca ou história familiar de coagulopatia ou múltiplas manifestações hemorrágicas).	exame físico ginecológico (exame especular e toque vaginal); - Paciente está na menopausa (sim ou não)? Se sim, há quanto tempo resultado exames laboratoriais e descrição da ecografia
Leiomioma	D25					
Malignas	---					
Coagulopatias	D68					
Ovulatórias	N93.9					
Endometrial	N85					
Iatrogênica	---					
Não Classificada	N93.9					

						pélvica transvaginal, com data - Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicament os utilizados com dose e posologia);
--	--	--	--	--	--	--

APÊNDICE B - MASSA ANEXIAL

As massas tumorais originárias dos ovários, tubas uterinas e estruturas em torno desses órgãos são denominadas massas anexiais. Ocorrem em mulheres de todas as idades e sua etiologia e frequência variam de acordo com a idade.

Fator de risco para câncer de endométrio: idade superior a 45 anos e pelo menos mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno.

Causas	CID	Exames	Profissionais solicitantes	Prioridade	Quando encaminhar para ginecologista	Quando encaminhar para cancerologia	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter
Benignas		Exames laboratoriais;	Médicos da Atenção Primária		Cistos simples em mulher na menopausa.	Em qualquer faixa etária:	Sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal);
Teratoma maduro	N83.2			Não		Tumores em mulheres com sintomas	
Ovários policísticos	E28.2	Direcionar conforme quadro clínico da paciente: Beta HCG; Hemograma; CA 125;	Ginecologista/Obstetra	Não	Cistos simples em mulheres na menacme:	com sintomas distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança de hábito intestinal, etc.); ou	Descrição do exame de imagem, com data;
Cistoadenoma	D27		Enfermeiro	Não	Menor que 10 cm que não tenham regredido em duas ecografias pélvicastrans vaginais com intervalo de 3 meses entre elas; ou		
Endometrioma	N80.1			Sim			
Gestação ectópica	O.00	Exames de imagem;		Não			
Hidrossalpinge	N83	Ultrassonografia transvaginal;		Sim			Paciente está na menopausa (sim ou não)? Se sim, há quanto tempo;
Abscesso tubovariano	N74						
Cisto paraovariano	N83	Ressonância magnética pode ser uma alternativa para gestantes e		Não		Tumores sólidos independente do tamanho; ou	Descrição do exame de imagem, com data;
Fibroma ovariano	N83						
Cisto folicular	N83				Maior ou igual a 10 cm.		
Malignas							
Tumores borderline	C56			Sim		Tumores	

Carcinoma epitelial	C56	mulheres sem atividade sexual.		Sim		císticos com aspecto complexo (multisseptado, conteúdo misto, projeções sólidas); ou Tumores com ascite.	História familiar de câncer de mama ou ovário (sim ou não). Se sim, descrever parentesco dos familiares, sexo e idade de diagnóstico do câncer;
Tumores de cordão sexual	D39			Sim			
Carcinoma endometrial	C54.1			Sim			
Carcinoma de tuba uterina	C57.9			Sim			
Tumores de células germinativas	C56			Sim			

APÊNDICE C – MIOMATOSE

O mioma (leiomioma) uterino é um tumor benigno que acomete as mulheres ao longo da vida, até 60-70% das mulheres com 50 anos apresentam miomas. Trata-se de tumor sólido e benigno constituído por células musculares lisas. Os sintomas dependem de sua localização e de seu tamanho. Geralmente os miomas mais sintomáticos são os de localização submucosa.

Causas	CID	Exames	Profissionais solicitantes	Quando encaminhar para ginecologista	Quando encaminhar para cirurgia ginecológica	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter	Prioridade
Mioma (leiomioma)	D25	Ultrassonografia transvaginal ou pélvica Hemograma	Médicos da Atenção Primária Ginecologista/ Obstetra Enfermeiro	Sintomas (sangramento, distensão abdominal/pélvica, dispareunia) que persistem após tratamento clínico otimizado por três meses.	O tratamento cirúrgico deverá ser avaliado de acordo com vários fatores, entre eles idade, o desejo reprodutivo, o tamanho, número e localização do tumor solicitar avaliação do ginecologia.	- Sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal) - Resultado de hemograma, com data descrição do exame de imagem, com data; - Tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos utilizados com dose e posologia)	Não

APÊNCIDE D - DISTOPIA GENITAL

A Sociedade Internacional de Incontinência (ICS) e a Sociedade Internacional de Uroginecologia (IUGA) definem prolapso dos órgãos pélvicos (POP) como o descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior e do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal em mulheres hysterectomizadas).

Causas	Cid	Exames	Profissionais solicitantes	Quando encaminhar para ginecologista	Quando encaminhar para cirurgia ginecológica	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter	Prioridade
Paredes anterior	N81.0 N81.1	Não é necessário solicitação de exames complementares apenas exame físico.	Médicos da Atenção Primária Ginecologista/ Obstetra Enfermeiro	Paciente com prolapso genital sintomática, independente do grau, que deseja tratamento cirúrgico	O tratamento cirúrgico deverá ser avaliado de acordo com vários fatores solicitar avaliação do ginecologia.	Tempo de duração dos sintomas com prejuízo da qualidade de vida da paciente (descrever exame especular e toque vaginal)	Não
Paredes Posterior	N81.5 N81.6						
Útero	N81.2 N81.3 N81.4						

APÊNDICE E - INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) e a Sociedade Internacional de Uroginecologia (IUGA) definem incontinência urinária (IU) como condição na qual ocorre perda involuntária de urina.

Causas	Cid	Exames	Profissionais solicitantes	Quando encaminhar para ginecologista	Quando encaminhar para cirurgia ginecológica	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter	Prioridade
Incontinência urinária de esforço	R32	Diagnóstico clínico	Médicos da Atenção Primária Ginecologista/ Obstetra Enfermeiro	Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado (exercícios para músculos do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão de cafeína/álcool).	Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses	-Sinais e sintomas descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso) -Resultado de urocultura, com data -Resultado de urocultura, com data; -Tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia) outros medicamentos em uso que afetam a continência urinária (sim ou não). Se sim, quais?;	Não
Incontinência de urgência	R32	Exames de urina tipo I e urocultura					
Mista	R32						

APÊNDICE F - DOR PÉLVICA CRÔNICA

Presença de dor percebida como originária de órgãos/estruturas pélvicas, tipicamente com duração maior que seis meses.

Causas	Cid	Exames	Profissionais solicitantes	Quando encaminhar para ginecologista	Quando encaminhar para outras especialidades		Prioridade
Doença inflamatória pélvica	N74	Exames laboratoriais ou de imagem	Médicos da Atenção Primária	Dor pélvica por mais de 6 meses de origem	Encaminhamento para gastroenterologia: suspeita		Não
Leiomioma	D25	pouco auxiliam na confirmação diagnóstica da causa de DPC, porém são importantes na exclusão de outras afecções associadas:	Ginecologista/ Obstetra Enfermeiro	ginecológica, refratária ao tratamento clínico otimizado, não associada a gestação	de dor de origem abdominal com investigação inconclusiva na APS.		
Aderência pélvica	N73.6			alteração em exame de imagem	Encaminhamento para Urologia: suspeita de		
Síndrome da bexiga dolorosa	N63			ou exame físico sugestivo de endometriose	cistite intersticial (ver quadro 1 no anexo)		
Síndrome do intestino irritável:	K58	Ultrassonografia transvaginal (USTV)					
Neuralgia e síndrome miofascial	M79	Ultrassonografia de Abdome total					
Fibromialgia	M79.7	Ressonância magnética da pelve (em situações em que a USTV não é possível)					
Transtornos de somatização, transtornos de ansiedade e depressão	F45 F41 F32	Urina tipo I e cultura de urina					
Abuso	T74.2						

APÊNDICE G - ENDOMETRIOSE

A endometriose é uma afecção clínica e recorrente caracterizada pela presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina e do miométrio.

Causas	Cid	Exames	Profissionais solicitantes	Quando encaminhar para ginecologista	Quando encaminhar para cirurgia ginecológica	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter	Prioridade
Endometriose do útero	N80.0	Ultrassom pélvico e transvaginal com preparo intestinal Ressonância magnética de pelve	Médicos da Atenção Primária Ginecologista/ Obstetra Enfermeiro	Endometriose com diagnóstico há mais de 6 meses de, refratária ao tratamento clínico otimizado.	Endometrioma ovariano > 6cm Lesão em ureter, íleo, apêndice ou retossigmoides (com sinais de suboclusão)	-Sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário, exame físico e ginecológico completo) -História de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias (sim ou não); - Desejo reprodutivo; -Descrição do exame de imagem, com data (se disponível);	Não
Endometriose do ovário	N80.1						
Endometriose da trompa de Falópio	N80.2						
Endometriose do peritônio pélvico	N80.3						
Endometriose do septo retovaginal e da vagina	N80.4						
Endometriose do intestino	N80.5:						
Endometriose em cicatriz cutânea	N80.6						
Outra endometriose	N80.8						
Endometriose não especificada.	N80.9						

APÊNDICE H - AMENORREIA

Amenorreia é a ausência da menstruação, quando identificado em mulheres sem uso de medicamento e na ausência de gestação e lactação.

Causas	Cid	Exames	Profissionais solicitantes	Quando encaminhar para ginecologista	Quando encaminhar para cirurgia ginecológica	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter	Prioridade
Primária	N91.0	Hormônio folículo-estimulante (FSH) Prolactina TSH Beta HCG US pelvico ou transvaginal	Médicos da Atenção Primária Ginecologista/Obstetra Enfermeiro	Inexistência de menstruação: - aos 13 anos e ausência de caracteres sexuais secundários; - aos 15 anos com caracteres sexuais secundários presentes	O tratamento cirúrgico deverá ser avaliado de acordo com achado de exame p. ex. Hímen imperfurado; Septo vaginal; Estenose cervical. Solicitar avaliação do ginecologista.	-Tempo de duração dos sintomas; -Exames realizados, descrever se menstruou alguma vez; -Resultado dos exames com data; - Medicamentos em uso;	Não
Secundária	N91.1	RNM pelve em casos selecionados		Ausência de menstruação por três meses ou três ciclos menstruais consecutivos.			

APÊNDICE I - LESÕES MAMÁRIAS PALPÁVEIS E NÃO PALPÁVEIS

Segundo a 10a revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), as lesões mamárias podem ser classificadas em lesões mamárias palpáveis e não palpáveis (LNPs) sendo que devemos nos direcionar por condutas individualizadas com base em aspectos clínicos e imaginológicos.

As LNPs são achados de exames (mamografia, US ou RNM das mamas) ou se manifestam como alterações clínicas não palpáveis como fluxo papilar, alterações cutâneas.

Causas	Cid	Exames	Profissionais solicitantes	Quando encaminhar para ginecologista	Quando encaminhar para mastologia ou cancerologia	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter	Prioridade
Lesões palpáveis (Nódulos ou Cistos)	N63	Exame físico da mama Mamografia se idade ≥ 30 anos Ecografia de mama se idade < 30 anos ou na persistência por mais de 1 ciclo menstrual ou Mamografia Bi-rads 0	Médicos da Atenção Primária Ginecologista/ Obstetra	Seguir conduta conforme classificação de BI – RADS.	Seguir conduta conforme classificação de BI – RADS.	-Idade da paciente; -Tempo de duração dos sintomas; -Descrição do exame de imagem, com data (se disponível);	Conforme classificação de BI – RADS.

Lesões não palpáveis (achados de exames ou alterações clínicas não palpáveis como fluxo papilar e alterações cutâneas)	N64.3 N64.8	Mamografia Bilateral para rastreamento: - 50 a 69 anos (bianual) - Alto risco para câncer de mama >35 anos, ou 10 anos a menos da idade em que o familiar teve câncer de mama (anual)					
---	----------------	--	--	--	--	--	--

Categoria bi-rads	Conduta	Probabilidade de câncer	Prioridade
BI-RADS 0 - INCOMPLETA - Necessita de exames adicionais e ou anteriores	Reconvocação para realização de exame complementar		Não
BI-RADS 1 - NEGATIVA	Rotina	0%	Não
BI-RADS 2 - ACHADO BENIGNO	Rotina	0%	Não
BI-RADS 3 - ACHADO PROVAVELMENTE BENIGNO	Seguimento	Até 2%	Não
BI-RADS 4 - SUSPEITO	Estudo histológico	Mais que 2% e menos que 95%	Sim
BI-RADS 5 - SUSPEITO	Estudo histológico	Igual ou maior que 95%	Sim

APÊNDICE J - ALTERAÇÕES NO RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais amplamente adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero.

Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos (A). O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual (A). O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado (D). Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (B).

Alterações	CID	Exames	Profissionais solicitantes	Encaminhar para cancerologia/colposcopia	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter	Prioridade
Células escamosas atípicas de sig.indet. quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)	N87.2 D06 D06.9	Exame citopatológico com resultado alterado	Médicos da Atenção Primária Ginecologista/ Obstetra Enfermeiro	SIM	Idade Exame citopatológico alterado	Sim
Células glandulares atípicas de sig.indet.						

(possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau) (AGC)						
Células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau)						
Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)						
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor						

Mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas),	B20 B24	Exame citopatológico com resultado	Médico Enfermeiro AP	SIM	Idade Exame citopatológico	Sim
---	----------------	--	-------------------------	-----	--------------------------------------	-----

com doenças autoimunes ou em uso de drogas imunossupressoras com Células escamosas atípicas de sig.indet. possivelmente não neoplásicas (ASC-US) ou lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)	D84 D84.9 N87.0	alterado			alterado	
Carcinoma epidermóide invasor Adenocarcinoma in situ (AIS) e invasor	C53	Exame citopatológico com resultado alterado	Médico Enfermeiro AP	SIM	Idade Exame citopatológico alterado	Sim
Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	N87.0	Dois exames citopatológicos consecutivos com resultado alterado	Médico Enfermeiro AP	NÃO se primeiro exame alterado e idade: - menor que 24 anos repetir em 3 anos -entre 25 -30 anos repetir em 12 meses - 30 anos ou mais repetir em		Não

				6 meses		
				SIM se citologia de repetição alterada		
Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)				NÃO se primeiro exame alterado e idade igual: - menor que 24 anos repetir em 3 anos - maior que 25 anos repetir em 6 meses		
				SIM se citologia de repetição alterada		
Erosão e ectrópio do colo do útero	N76.6 N86	Exame ginecológico alterado	Médico Enfermeiro AP	SIM se sintomática:		SIM se sintomática
Ulceração da vulva ou vagina				Dispareunia Sangramento pós coito Erosão extensa Necrose Histórico de alterações cervicais		NÃO se assintomática

APÊNDICE K - INSERÇÃO DO IMPLANTE SUBDÉRMICO LIBERADOR DE ETONOGESTREL

O Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel é um método contraceptivo reversível de ação prolongada, consistindo em um bastão de plástico, macio, flexível, com 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro contendo 68 mg de etonogestrel, que é aplicado na subderme. O efeito contraceptivo deste progestágeno é obtido principalmente por inibição da ovulação, além da alteração no muco cervical, impedindo a passagem dos espermatozoides.

Indicações	CID	Exames	Profissionais que podem indicar o procedimento	Profissionais que podem realizar procedimento	Prioridade
Usuárias de drogas e álcool – CAPS AD	F19	Teste imunológico para gravidez (TIG)	Médicos da Atenção Primária	Médicos da Atenção Primária	Não
Mulheres com distúrbio psiquiátrico – CAPS II/CESP;	F00 – F99		Ginecologista/ Obstetra Enfermeiro	Ginecologista/ Obstetra	
Mulheres que vivem com HIV - CTA;	B20 B24		Tec. Enfermagem		
Vulnerabilidade social (moradoras de rua) – Centro POP/Abrigo Institucional;	Z60		Aux. Enfermagem		
Mulheres em tratamento de Hanseníase – Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.	A30		ACS		

APÊNDICE L - INSERÇÃO DISPOSITIVO INTRAUTERINO

O dispositivo intrauterino (DIU) com cobre é uma pequena estrutura de plástico flexível com a forma da letra T com um fio de cobre na haste vertical do T e tubinhos de cobre em cada braço horizontal. Funciona basicamente provocando uma alteração química que danifica o espermatozoide e o óvulo antes que eles se encontrem. A maioria das mulheres podem usar DIU com segurança e eficácia desde que não apresentem contraindicações.

Contra indicações	CID	Exames pré e pós inserção	Profissionais solicitantes	Profissionais que podem realizar procedimento	Prioridade
Gravidez confirmada ou suspeita	Z34 Z35	Pré inserção: - Teste imunológico para gravidez (TIG);	Médicos da Atenção Primária	Médicos da Atenção Primária	Não
Infecção pós-parto ou pós-aborto	O08.0	- Ultrassonografia transvaginal (USTV)	Ginecologista/ Obstetra Enfermeiro	Ginecologista/ Obstetra Enfermeiro	
Doença inflamatória pélvica (DIP) atual ou recente (nos últimos três meses)	N74	se paciente nuligesta sem ao menos um exame prévio (descartar malformação)	Tec. Enfermagem		
Cervicite purulenta;	N72	Pós inserção: - Apenas uma ultrassonografia transvaginal (USTV)	Aux. Enfermagem		
Sangramento genital de natureza desconhecida	N93	após inserção, descrever em prontuário tamanho do fio para acompanhamento.	ACS		
Tuberculose pélvica	N74.0	-Solicitar US extras			
Antecedente	N74				

de episódios de DIP repetidos;		casos a paciente apresente sintomas ou alteração do tamanho do fio.			
Câncer genital ou pélvico	C51 – C57				
Alterações anatômicas do útero	Q51				
Histerometria < 5.5 cm					

ANEXO I

FORMULÁRIO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR
Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial - Ficha de estratificação de risco do
usuário – SESA/PR

ANEXO I - FORMULÁRIO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

» 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: _____

Fatores de risco	1 ou 0	Lesão de órgão alvo	Sim / Não
1. Sexo masculino		1. Hipertrofia ventricular esquerda Eletrcardiogramas: Índice Sokolow-Lyon (SV1+RV5 ou RV6) ≥ 35 mm RaVL > 11mm Cornell voltagem > 2440 mm*ms Ecocardiogramas: Índice de massa ventricular esquerda >115 g/m ² homens, > 95 g/m ² nas mulheres	
2. Idade: Homens ≥ 55 anos; Mulheres ≥ 65 anos		2. Espessura mediointimal da carótida > 0,9mm ou placa carotídea	
3. Tabagismo		3. Velocidade da onda de pulso carótido-femoral > 10m/s	
4. História de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau: Homens < 55 anos, Mulheres < 65 anos		4. Índice tornozelo-braquial < 0,9	
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 Triglicérides > 150mg/dL		5. Doença renal crônica estágio 3 (ritmo de filtração glomerular estimado entre 30 e 60 mL/min/1,73m ²)	
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%		6. Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina-creatinina urinária 30 a 300mg	
7. Obesidade Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ² ou Circunferência abdominal: Homens ≥ 102cm, mulheres ≥ 88cm		Doença cardiovascular e doença renal estabelecidas	Sim / Não
Total do usuário		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 ² ou albuminúria > 300 mg/24h), Retinopatia avançada (hemorragias, exsudatos, papiledema)	

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

ANEXO II

FORMULÁRIO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DIABETES

**Linha de Cuidado de Diabetes - Ficha de estratificação de risco do usuário -
SESA/PR**

Nome: _____ Data: _____
 Nome da mãe: _____ N° cartão US: _____
 Profissional responsável pela estratificação: _____

Quadro clínico do usuário

Classificação de pré-diabetes

- ☐ Glicemia de jejum alterada: ≥ 100 a < 126 mg/dl
☐ Tolerância diminuída à glicose: teste oral de tolerância à glicose de 140 - 200 mg/dl na 2ª hora.

Diagnóstico

- ☐ Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)
☐ Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)

Classificação do controle metabólico

- ☐ **Adequado:** hemoglobina glicada $\leq 7\%$ (considerar $\leq 8\%$ para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicossocioeconômicas)
☐ **Inadequado:** Hemoglobina glicada $> 7\%$ (considerar $> 8\%$ para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicossocioeconômicas)

Classificação de controle pressórico

- ☐ **Adequado:** pressão arterial $\leq 130/80$ mmHg
☐ **Inadequado:** pressão arterial $> 130/80$ mmHg

Internação por complicação aguda

- ☐ Hipoglicemia
☐ Cetoacidose
☐ Síndrome hiperosmolar não cetótica

Complicação crônica

Microangiopatia

- ☐ Retinopatia diabética
☐ Doença renal diabética
☐ Insuficiência renal crônica
☐ Neuropatia Diabética
☐ Pé diabético
☐ Neuropatia sensitivo-motora

Macroangiopatia

- ☐ Doença arterial coronariana
☐ Acidente vascular encefálico
☐ Doença vascular periférica

Estratificação de risco do usuário

Risco baixo ☐

Pessoa com pré-diabetes

Risco médio ☐

Pessoa com DM2 e:

Controle metabólico e pressórico adequados e
 Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e
 Sem complicações crônicas

Risco alto ☐

Pessoa com DM1

ou

Pessoa 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

ANEXO III

FORMULÁRIO DE ESTRATIFICAÇÃO DO IDOSO

**Linha de Cuidado de Saúde do Idoso - Ficha de estratificação de risco do
usuário - SESA/PR**

QUADRO 23: ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL - 20 (IVCF-20) WWW.IVCF-20.COM.BR			
<i>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</i>			Pontuação
IDADE	1. Qual é a sua idade?	☐ 60 a 74 anos ⁰ ☐ 75 a 84 anos ¹ ☐ ≥ 85 anos ¹	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:	☐ Excelente, muito boa ou boa ⁰ ☐ Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD INSTRUMENTAL <i>Respostas positivas valem 1 ponto cada. Todavia, a pontuação máxima é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? ☐ Sim ¹ ☐ Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? ☐ Sim ¹ ☐ Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde 5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? ☐ Sim ¹ ☐ Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	MÁXIMO 4 PTS
	AVD BÁSICA	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?	☐ Sim ¹ ☐ Não
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? ☐ Sim ¹ ☐ Não 8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? ☐ Sim ¹ ☐ Não 9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? ☐ Sim ¹ ☐ Não		
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? ☐ Sim ¹ ☐ Não 11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ☐ Sim ¹ ☐ Não		
MOBILIDADE	ALCANCE, PRESSÃO E PINÇA	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? ☐ Sim ¹ ☐ Não 13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? ☐ Sim ¹ ☐ Não	
	CAPACIDADE AERÓBICA E/OU MUSCULAR	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? - Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () - Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² () - Circunferência da panturrilha < 31 cm () - Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () ☐ Sim ¹ ☐ Não	MÁXIMO 2 PTS
	MARCHA	15. Você tem dificuldade para caminhar, capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ☐ Sim ¹ ☐ Não 16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ☐ Sim ¹ ☐ Não	
	CONTINÊNCIA ESFINTERIANA	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	☐ Sim ¹ ☐ Não
COMUNICAÇÃO	VISÃO	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. ☐ Sim ¹ ☐ Não	
	AUDIÇÃO	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. ☐ Sim ¹ ☐ Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	POLIPATOLOGIA	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? - Cinco ou mais doenças crônicas () - Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () - Internação recente, nos últimos 6 meses () ☐ Sim ¹ ☐ Não	MÁXIMO 4 PTS
	POLIFARMÁCIA		
	INTERNAÇÃO RECENTE (< 6 meses)		
Pontuação Final (40 pontos)			

ANEXO IV

FICHA DE REFERÊNCIA PARA ENCAMINHAMENTO DE INDIVÍDUO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

Anexo II da Resolução SESA n° 225/2020

MODELO DE FICHA DE REFERÊNCIA PARA ENCAMINHAMENTO DO INDIVÍDUO COM OBESIDADE PARA A AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA

Dados de identificação

Nome		Nº Prontuário
Data de Nascimento	Sexo	Nº Cartão Nacional de Saúde Definitivo
Nome da Mãe		Município/UF Nascimento
Endereço residência		Bairro CEP
Município/UF residência	Telefone residencial	Telefone celular
Unidade de Saúde solicitante		CNES Telefone da US

Dados do Encaminhamento

Especialidade encaminhada

Dados do Atendimento

Peso (Kg)	Altura (m)	IMC (Kg/m ²)
Motivo do encaminhamento		
História clínica (Descrever a assistência prestada na Atenção Primária para tratamento da obesidade; quais profissionais realizaram a assistência – médico, enfermeiro, nutricionista, educador físico, psicólogo, etc. – tempo de acompanhamento com cada profissional; uso de medicamentos; comorbidades; demais informações pertinentes)		
Hipótese diagnóstica		Data da solicitação

Assinatura e carimbo com CRM

- Levar à consulta agendada:

- Documento de identificação;
- Este formulário de encaminhamento (Ficha de Referência);
- Comprovante de agendamento;
- Resultados de exames.

6

GABINETE DO SECRETÁRIO
Rua Niquiri, nº 170 – Subseção – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400
secretaria.saude@parana.gov.br - saude@parana.gov.br

Inscrito no protocolo 16.431.088-4 por: Raquel Steinbach Burgei em: 03/03/2020 11:38. Nos termos do art. 18 do Decreto Estadual 5389/2016. Assinado por: Carlos Alberto Galvão. Protocolo em: 03/03/2020 17:07. Para mais informações acessar: <https://transparencia.parana.gov.br/protocolo/validacaoassinatura> ou e-mail: saude@parana.gov.br
#5916a7753633d22881df17ach5ee5

ANEXO V

CARTÃO DE BABEL

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL
Registre e encircule o dia da do exame:

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (0-5 pontos)
1- Dia ☐ Mês ☐ Ano ☐ Dia da semana ☐ Hora ☐

ORIENTAÇÃO LUGAR (0-5 pontos)
2- Local (município) ☐ Estado (UF) ☐ País ☐

REGISTRO (0-5 pontos)
3- Repete 3 palavras: ☐ ☐ ☐

ATENÇÃO E CÁLCULO (0-5 pontos)
4- Soma dos números de 100-7:
100 ☐ 100 ☐ 70 ☐ 100 ☐
na seguinte ordem: primeiro de trás para frente:
000 ☐ 00 ☐ 10 ☐ 00 ☐ 100

EVOCACÃO (0-5 pontos)
5- Repete as 3 palavras do registro:
carro ☐ casa ☐ gato ☐

LINGUAGEM (0-6 pontos)
6- Despreze as seguintes palavras: ☐ e uma palavra ☐
7- Repete: "Nem aqui, nem ali, nem lá" ☐
8- Aborde o comando: "pegue um papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" ☐
9- Ler e interpretar a seguinte ordem por escrito:

FECHE OS OLHOS

10- Examine uma frase completa ☐

PRAXIA (0-5 pontos)

11- Copie o desenho ☐



Pontos de corte para risco de déficit cognitivo:
0 a 7 anos de idade: 18 pontos
8 ou mais anos de idade: 28 pontos

BRITTONS, R. et al. *Am J Neuropsychiatry*; 32:3-7, 1994.

5

ROTEIROS PARA AVALIAÇÃO INTEGRAL

PRINCÍPIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

- 1- Os profissionais da Saúde da Família são responsáveis e qualificados;
- 2- Os cuidados são influenciados pela comunidade;
- 3- A Saúde da Família da família é um núcleo de uma estratégia de saúde;
- 4- A estratégia prioritária é a prevenção e a promoção da saúde.

Adaptado de LOPES, J. R. C.
Disponível em: www.apsf.org.br/apsf/apsf.htm

ETAPAS DO ATENDIMENTO CENTRADO NA PESSOA

- 1- Exploração e entendimento da experiência da pessoa em sua vida (história e contexto);
- 2- Entendendo a situação atual e o contexto;
- 3- Realizando uma avaliação conjunta e discutindo a situação atual;
- 4- Reconhecendo a prevenção e a promoção da saúde;
- 5- Implementando a estratégia profissional - proposta;
- 6- Seguindo a vida.

Adaptado de FERRARI, M. et al. *Política e prática em saúde mental: o desafio da atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS EM APOIO MATERIAIS DE SAÚDE MENTAL

Aproximação do Caso Analisado

- Abordagem inicial em sala;
- Informações sobre o caso, história e contexto;
- Problematização apresentada no atendimento (uma palavra da pessoa, fato, situação);
- História do problema atual (início, fase, desenvolvimento, atualizações, intervenções, avaliação, intervenções biológicas ou psicossociais realizadas, comportamento do caso (referência) e/ou outros);
- Configuração familiar (psicossocial);
- Vida social (participação em grupos, associações, rede de apoio social, situação econômica);
- Outros aspectos da equipe (relação de trabalho);
- Formulação diagnóstica e intervenção.

Formulação Diagnóstica Multiaxial

- 1- Transmissão de dados;
- 2- Transmissão de dados de personalidade etc. do diagnóstico;
- 3- Problemas de saúde mental;
- 4- Avaliação de risco;
- 5- Problemas sociais.

Formulação de Projeto Terapêutico Singular

- 1- Abordagem biológica e farmacológica;
- 2- Abordagem psicossocial e familiar;
- 3- Abordagem comunitária;
- 4- Apoio psicológico;
- 5- Trabalho em equipe e avaliação de equidade.

6

Cartão Babel

de Saúde Mental na Atenção Básica

Este cartão contém instrumentos de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos de triagem de transtornos de humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco.

Apresenta também roteiros de consulta e levantamento de casos a serem discutidos nos espaços de apoio matricial em saúde mental.

O Cartão Babel foi adaptado com a remoção de seu autor, do conteúdo original desenvolvido por Dabiberg, David e Morris, em *Psychiatry in Clinical Practice* (Guilford, 2008).



SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Este cartão pode ser reproduzido por meio eletrônico, desde que seja citada a fonte: GONÇALVES, D. A.; RIBEIRO, R. L.; BRUNHELLER, S. A.; COSTA, L. L.; SANTANA, O.; FORTEL, L.; TONCOLLI, G. *Cartão Babel: Saúde Mental na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: CEFAC, 2008. 8 p.

EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

2 | Aufgabenstellung

- Descrever estado do paciente, nome, função do cargo, endereço, telefone, e-mail, número de contato, número de emergência.

11. Connected to

- [illegible]

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 361–368

- Fugir ou ignorar a violência afetiva entre situações e momentos;
- Observar reações ao choro, zombaria, autismo, desistência, variação do humor durante a vida, leito, livro;
- Avaliar distúrbios de sono, alterações de apetite e peso e alterações físicas;

© | Elsevier Inc.

4. Analiza rezultatele în scopul, au putut fi în concordanță cu concluziile pe care amuzându-l semnificații pentru, înțeles și acordat);

El Cluad en el lloc de la prova d'entrada

- Investir para proporcionar, de forma conjunta, recursos, serviços, materiais de aprendizagem e apoiar técnicos e pesquisadores educacionais, desde computadores até salas de aula, e até mesmo parte da infraestrutura educacional.
- Não ter um fim em si mesmo (educação, tecnologia ou inovação), mas a desenvolver uma sustentabilidade.

■ **Share report** [xguzh4o](#)

- **Atividade** é a definição ideal que ocorre na ausência de qualquer interferência da observação, porém, em situações, como as feitas no presente, pode ser afetada por efeitos de observação, quando essas frequências são diferentes de episódios, afetando, portanto, a validade.
- **Disponibilidade** é a facilidade de observação em relação ao próprio corpo (está facilmente disponível em situações em que não há qualquer interferência).

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 105–112

- Para quem tem autismo, usar palavras como "Você acha que tem uma doença física, mental ou nervosa?", "Você acha que pode estar precisando de tratamento?"

TRUJENI PARA DEPRESSÃO

- 1- Para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera.
a) a câmera é o computador? b) o computador é a câmera? c) a câmera é o computador e o computador é a câmera?
- 2- Para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera, mas não podemos fazer o filme sem um computador e uma câmera. Então, para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera.
a) Para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera, mas não podemos fazer o filme sem um computador e uma câmera. Então, para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera.
- 3- Para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera, mas não podemos fazer o filme sem um computador e uma câmera. Então, para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera.
- 4- Para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera, mas não podemos fazer o filme sem um computador e uma câmera. Então, para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera.
- 5- Para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera, mas não podemos fazer o filme sem um computador e uma câmera. Então, para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera.
- 6- Para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera, mas não podemos fazer o filme sem um computador e uma câmera. Então, para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera.
- 7- Para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera, mas não podemos fazer o filme sem um computador e uma câmera. Então, para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera.
- 8- Para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera, mas não podemos fazer o filme sem um computador e uma câmera. Então, para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera.
- 9- Para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera, mas não podemos fazer o filme sem um computador e uma câmera. Então, para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera.
- 10- Para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera, mas não podemos fazer o filme sem um computador e uma câmera. Então, para fazer o filme, precisamos de um computador e uma câmera.

Se $\lambda \in \mathbb{C}$ e $\lambda \neq 0$, $\lambda^{-1} \in \mathbb{C}$ e $\lambda^{-1} \neq 0$. Assim, se $\lambda \in A$, $\lambda^{-1} \in A$. Se $\lambda \in S$, $\lambda^{-1} \in S$. Assim, se $\lambda \in A \cup S$, $\lambda^{-1} \in A \cup S$. Assim, $A \cup S$ é fechado sob inversão.

- Em caso de progresso;
- Análise visual de urina (ver a seguir);
- Considerar tratamento sintomático bipolar e investigar possíveis progressos de lesões;
- Questionar sobre uso de drogas e álcool.

AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

- | | |
|---|-----|
| 1- Vedeți și pețitiți peștele mare în mare? | 110 |
| 2- Vedeți și peștele mare în mare în mare? | 120 |
| 3- Vedeți și peștele mare în mare în mare? | 130 |
| 4- Vedeți și peștele mare în mare în mare? | 140 |
| 5- Vedeți și peștele mare în mare în mare? | 150 |
| 6- Vedeți și peștele mare în mare în mare? | 160 |
| 7- Vedeți și peștele mare în mare în mare? | 170 |
| 8- Vedeți și peștele mare în mare în mare? | 180 |
| 9- Vedeți și peștele mare în mare în mare? | 190 |
| 10- Vedeți și peștele mare în mare în mare? | 200 |

[illegible]

Adaptado de AMORIM, P., *Rev Bras Fisioter*, 2010;15. DOI: 10.1590/S1519-044X20100004. P. et al. *Rev Bras Fisioter*, 2011;16.

TRUAGEM PARA ANSIEDADE

1. Qual é o seu principal objetivo de vida?
2. Qual é a sua maior paixão?
3. Qual é a sua maior dificuldade de vida?
4. Qual é a sua maior realização?
5. Qual é a sua maior decepção?
6. Qual é a sua maior alegria?
7. Qual é a sua maior tristeza?
8. Qual é a sua maior esperança?
9. Qual é a sua maior dor?
10. Qual é a sua maior felicidade?
11. Qual é a sua maior tristeza?
12. Qual é a sua maior esperança?
13. Qual é a sua maior dor?
14. Qual é a sua maior felicidade?
15. Qual é a sua maior tristeza?
16. Qual é a sua maior esperança?
17. Qual é a sua maior dor?
18. Qual é a sua maior felicidade?
19. Qual é a sua maior tristeza?
20. Qual é a sua maior esperança?
21. Qual é a sua maior dor?
22. Qual é a sua maior felicidade?
23. Qual é a sua maior tristeza?
24. Qual é a sua maior esperança?
25. Qual é a sua maior dor?
26. Qual é a sua maior felicidade?
27. Qual é a sua maior tristeza?
28. Qual é a sua maior esperança?
29. Qual é a sua maior dor?
30. Qual é a sua maior felicidade?
31. Qual é a sua maior tristeza?
32. Qual é a sua maior esperança?
33. Qual é a sua maior dor?
34. Qual é a sua maior felicidade?
35. Qual é a sua maior tristeza?
36. Qual é a sua maior esperança?
37. Qual é a sua maior dor?
38. Qual é a sua maior felicidade?
39. Qual é a sua maior tristeza?
40. Qual é a sua maior esperança?
41. Qual é a sua maior dor?
42. Qual é a sua maior felicidade?
43. Qual é a sua maior tristeza?
44. Qual é a sua maior esperança?
45. Qual é a sua maior dor?
46. Qual é a sua maior felicidade?
47. Qual é a sua maior tristeza?
48. Qual é a sua maior esperança?
49. Qual é a sua maior dor?
50. Qual é a sua maior felicidade?
51. Qual é a sua maior tristeza?
52. Qual é a sua maior esperança?
53. Qual é a sua maior dor?
54. Qual é a sua maior felicidade?
55. Qual é a sua maior tristeza?
56. Qual é a sua maior esperança?
57. Qual é a sua maior dor?
58. Qual é a sua maior felicidade?
59. Qual é a sua maior tristeza?
60. Qual é a sua maior esperança?
61. Qual é a sua maior dor?
62. Qual é a sua maior felicidade?
63. Qual é a sua maior tristeza?
64. Qual é a sua maior esperança?
65. Qual é a sua maior dor?
66. Qual é a sua maior felicidade?
67. Qual é a sua maior tristeza?
68. Qual é a sua maior esperança?
69. Qual é a sua maior dor?
70. Qual é a sua maior felicidade?
71. Qual é a sua maior tristeza?
72. Qual é a sua maior esperança?
73. Qual é a sua maior dor?
74. Qual é a sua maior felicidade?
75. Qual é a sua maior tristeza?
76. Qual é a sua maior esperança?
77. Qual é a sua maior dor?
78. Qual é a sua maior felicidade?
79. Qual é a sua maior tristeza?
80. Qual é a sua maior esperança?
81. Qual é a sua maior dor?
82. Qual é a sua maior felicidade?
83. Qual é a sua maior tristeza?
84. Qual é a sua maior esperança?
85. Qual é a sua maior dor?
86. Qual é a sua maior felicidade?
87. Qual é a sua maior tristeza?
88. Qual é a sua maior esperança?
89. Qual é a sua maior dor?
90. Qual é a sua maior felicidade?
91. Qual é a sua maior tristeza?
92. Qual é a sua maior esperança?
93. Qual é a sua maior dor?
94. Qual é a sua maior felicidade?
95. Qual é a sua maior tristeza?
96. Qual é a sua maior esperança?
97. Qual é a sua maior dor?
98. Qual é a sua maior felicidade?
99. Qual é a sua maior tristeza?
100. Qual é a sua maior esperança?

Adaptado de COLLETTA, D. et al. *Psychology in Medical Practice*.
Buckingham, 2008, p. 2.

USO NOCIVO DE ALCOOL (CAGE)

- C. (just) – Veni più tardi, ho altre cose da fare.
 D. (per favore) – Per favore, ti prego, non parlare più forte.
 E. (giusto) – «Just» non ha niente a che fare con «just».
 F. (se) – Non bevi dopo aver mangiato, se vuoi stare sano.
 G. (per favore) – Per favore, non parlare più forte.
 H. (giusto) – «Just» non ha niente a che fare con «just».
 I. (se) – Non bevi dopo aver mangiato, se vuoi stare sano.
 J. (per favore) – Per favore, non parlare più forte.

MILLER, L. et al. / *Brain Pathology*; 11:11-2, 1991DEPENDÊNCIA AO TABACO
(TESTE DE FINGERSTROM)

- Q-Quanto tempo você dorme por noite? (em horas)
R- ± 8 h (1) ± 9 h (2) ± 10 h (3) ± 11 h (4) ± 12 h (5) ± 13 h (6) ± 14 h (7) ± 15 h (8) ± 16 h (9) ± 17 h (10) ± 18 h (11) ± 19 h (12) ± 20 h (13) ± 21 h (14) ± 22 h (15) ± 23 h (16) ± 24 h (17) ± 25 h (18) ± 26 h (19) ± 27 h (20) ± 28 h (21) ± 29 h (22) ± 30 h (23) ± 31 h (24) ± 32 h (25) ± 33 h (26) ± 34 h (27) ± 35 h (28) ± 36 h (29) ± 37 h (30) ± 38 h (31) ± 39 h (32) ± 40 h (33) ± 41 h (34) ± 42 h (35) ± 43 h (36) ± 44 h (37) ± 45 h (38) ± 46 h (39) ± 47 h (40) ± 48 h (41) ± 49 h (42) ± 50 h (43) ± 51 h (44) ± 52 h (45) ± 53 h (46) ± 54 h (47) ± 55 h (48) ± 56 h (49) ± 57 h (50) ± 58 h (51) ± 59 h (52) ± 60 h (53) ± 61 h (54) ± 62 h (55) ± 63 h (56) ± 64 h (57) ± 65 h (58) ± 66 h (59) ± 67 h (60) ± 68 h (61) ± 69 h (62) ± 70 h (63) ± 71 h (64) ± 72 h (65) ± 73 h (66) ± 74 h (67) ± 75 h (68) ± 76 h (69) ± 77 h (70) ± 78 h (71) ± 79 h (72) ± 80 h (73) ± 81 h (74) ± 82 h (75) ± 83 h (76) ± 84 h (77) ± 85 h (78) ± 86 h (79) ± 87 h (80) ± 88 h (81) ± 89 h (82) ± 90 h (83) ± 91 h (84) ± 92 h (85) ± 93 h (86) ± 94 h (87) ± 95 h (88) ± 96 h (89) ± 97 h (90) ± 98 h (91) ± 99 h (92) ± 100 h (93) ± 101 h (94) ± 102 h (95) ± 103 h (96) ± 104 h (97) ± 105 h (98) ± 106 h (99) ± 107 h (100) ± 108 h (101) ± 109 h (102) ± 110 h (103) ± 111 h (104) ± 112 h (105) ± 113 h (106) ± 114 h (107) ± 115 h (108) ± 116 h (109) ± 117 h (110) ± 118 h (111) ± 119 h (112) ± 120 h (113) ± 121 h (114) ± 122 h (115) ± 123 h (116) ± 124 h (117) ± 125 h (118) ± 126 h (119) ± 127 h (120) ± 128 h (121) ± 129 h (122) ± 130 h (123) ± 131 h (124) ± 132 h (125) ± 133 h (126) ± 134 h (127) ± 135 h (128) ± 136 h (129) ± 137 h (130) ± 138 h (131) ± 139 h (132) ± 140 h (133) ± 141 h (134) ± 142 h (135) ± 143 h (136) ± 144 h (137) ± 145 h (138) ± 146 h (139) ± 147 h (140) ± 148 h (141) ± 149 h (142) ± 150 h (143) ± 151 h (144) ± 152 h (145) ± 153 h (146) ± 154 h (147) ± 155 h (148) ± 156 h (149) ± 157 h (150) ± 158 h (151) ± 159 h (152) ± 160 h (153) ± 161 h (154) ± 162 h (155) ± 163 h (156) ± 164 h (157) ± 165 h (158) ± 166 h (159) ± 167 h (160) ± 168 h (161) ± 169 h (162) ± 170 h (163) ± 171 h (164) ± 172 h (165) ± 173 h (166) ± 174 h (167) ± 175 h (168) ± 176 h (169) ± 177 h (170) ± 178 h (171) ± 179 h (172) ± 180 h (173) ± 181 h (174) ± 182 h (175) ± 183 h (176) ± 184 h (177) ± 185 h (178) ± 186 h (179) ± 187 h (180) ± 188 h (181) ± 189 h (182) ± 190 h (183) ± 191 h (184) ± 192 h (185) ± 193 h (186) ± 194 h (187) ± 195 h (188) ± 196 h (189) ± 197 h (190) ± 198 h (191) ± 199 h (192) ± 200 h (193) ± 201 h (194) ± 202 h (195) ± 203 h (196) ± 204 h (197) ± 205 h (198) ± 206 h (199) ± 207 h (200) ± 208 h (201) ± 209 h (202) ± 210 h (203) ± 211 h (204) ± 212 h (205) ± 213 h (206) ± 214 h (207) ± 215 h (208) ± 216 h (209) ± 217 h (210) ± 218 h (211) ± 219 h (212) ± 220 h (213) ± 221 h (214) ± 222 h (215) ± 223 h (216) ± 224 h (217) ± 225 h (218) ± 226 h (219) ± 227 h (220) ± 228 h (221) ± 229 h (222) ± 230 h (223) ± 231 h (224) ± 232 h (225) ± 233 h (226) ± 234 h (227) ± 235 h (228) ± 236 h (229) ± 237 h (230) ± 238 h (231) ± 239 h (232) ± 240 h (233) ± 241 h (234) ± 242 h (235) ± 243 h (236) ± 244 h (237) ± 245 h (238) ± 246 h (239) ± 247 h (240) ± 248 h (241) ± 249 h (242) ± 250 h (243) ± 251 h (244) ± 252 h (245) ± 253 h (246) ± 254 h (247) ± 255 h (248) ± 256 h (249) ± 257 h (250) ± 258 h (251) ± 259

ANEXO VI

AValiação Neurológica Simplificada

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Ocupação: _____ Sexo: M ☐ F ☐
Município: _____ Unidade Federada: _____
Classificação Operacional: PB ☐ MB ☐ Data Início PQT: ____/____/____ Data Alta PQT: ____/____/____

FACR	1ª	2ª	3ª
Nariz	D	E	D
Queixa principal			
Ressecamento (S/N)			
Ferida (S/N)			
Perfuração do septo (S/N)			
Olfato	D	E	D
Queixa principal			
Fecha olhos p/ força (mm)			
Fecha olhos c/ força (mm)			
Tricilase (S/N) / Escrópio (S/N)			
Dimin. sensib. córnea (S/N)			
Opacidade córnea (S/N)			
Calante (S/N)			
Atividade Visual			

Legenda: N = não S = sim

Membros Superiores	1ª	2ª	3ª
Queixa principal			
Palpação de nervos	D	E	D
Ulnar			
Mediano			
Radial			

Legenda: N = normal E = alterado D = dor

Avaliação da Força	1ª	2ª	3ª
Abrir dedo mínimo	D	E	D
Abdução do 2º dedo (nervo ulnar)			
Eleva o polegar			
Abdução do polegar (nervo mediano)			
Eleva o punho			
Extensão do punho (nervo radial)			

Legenda: F=Força D=Diminuída P=Perdido na 5ª Força, 4=Restrição Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Perdido

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª	2ª	3ª
D	E	D

Legenda: Circunflexão (180°) Sim ✓ Não não X -- Monofilamento: agulha cores
Quase móvel: M Quase rígido: R Ressecado: 0000 Perda: 0

MEMBROS INFERIORES	1ª	2ª	3ª
Queto principal			
Palpação de nervos	D	E	D
Fibular			
Tibial posterior			

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª	2ª	3ª
	D	E	D
Eleva o pé Extensão do hálux (nervo fibular)			
Eleva o pé Dorsiflexão do pé (nervo fibular)			

Legenda: F=Força D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Força, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contrapelo, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª	2ª	3ª
D	E	D

Legenda: Contato/filamento (lila/azul) Seta / Não sente X ou Monofilamento: seguir coroa
Coroa móvel: M Coroa rígida: R Resborço: Resborço Perda: Perda

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS	MÃOS	PÉS	GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	
Avaliação no diagnóstico					
Avaliação na alta					

ANEXO VII

INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO

Caderno de Saúde da Criança

INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO

Registro na escala: P = marco presente A = marco ausente NV = marco não verificado

Idade (meses)

Idade (meses)	1	2	3	4	5	6
Postura: barriga para cima, pernas e braços estendidos, cabeça lateralizada						
Observa um rosto						
Reage ao som						
Levanta a cabeça						
Sorriso social quando estimulado						
Abre as mãos						
Estira sons						
Movimentos ativos no membro superior						
Resposta ativa ao contato social						
Segura objetos						
Estira sons						
De barriga, levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços						
Brinca ativo de objetos						
Leva objetos à boca						
Localiza o som						
Muda de posição ativamente (rola)						

Fonte: Adaptação do tabelo contido no Manual de Crescimento do Ministério da Saúde/2003 por Amira Figueiras, Ricardo. Nota: As áreas amarelas indicam as faixas de idade em que é esperado que a criança desenvolva as habilidades testadas.

Caderno de Saúde da Criança

INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO

Registro na escala: P = marco presente A = marco ausente NV = marco não verificado

Idade (meses)

Idade (meses)	6	7	8	9	10	11	12
Brinca de esconde-esconde							
Transfere objetos de uma mão para a outra							
Duplica sílabas							
Senta-se sem apoio							
Estira gases							
Faz pinça							
Produz "argila"							
Anda com apoio							

Fonte: Adaptação do tabelo contido no Manual de Crescimento do Ministério da Saúde/2003 por Amira Figueiras, Ricardo. Nota: As áreas amarelas indicam as faixas de idade em que é esperado que a criança desenvolva as habilidades testadas.

INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO

Registre na escala: P = marco presente A = marco ausente NV = marco não verificado

Idade (meses)

Marcos do desenvolvimento	Como pesquisar	12	13	14	15	16	17	18
Mova o que quer	A criança indica o que quer sem que seja pelo choro, podendo ser com palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considere a informação do acompanhante.							
Coloca blocos na caneca	Coloque 3 blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, mediante demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar pelo menos um bloco dentro da caneca e saltá-lo.							
Fala uma palavra	Observe se durante o atendimento a criança diz, pelo menos, uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.							
Anda sem apoio	Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.							
Usa colher ou garfo	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.							
Constrói torre de 2 cubos	Observe se a criança consegue colocar um cubo sobre o outro sem que ele caia ao retirar sua mão.							
Fala 3 palavras	Observe se, durante o atendimento, a criança diz pelo menos três palavras que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.							
Anda para trás	Peça à criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se dá dois passos para trás sem cair.							

Fonte: Adaptação da tabela contida no Manual de Crescimento do Ministério da Saúde/2002 por Amira Figueiras, Ricardo Nitsch. As áreas amarelas indicam as faixas de idade em que é esperado que a criança desenvolva as habilidades testadas.

INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO

Registre na escala: P = marco presente A = marco ausente NV = marco não verificado

Idade (meses)

Marcos do desenvolvimento	Como pesquisar	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Tira a roupa	Observe se a criança é capaz de remover alguma peça de vestuário, tais como: sapato que esteja molhado para a sua remoção casual, calças ou camisas. Considere a informação do acompanhante.																		
Constrói torre de 3 cubos	Observe se a criança consegue empilhar 3 cubos sem que eles caiam ao retirar a sua mão.																		
Aponta 2 figuras	Observe se a criança é capaz de apontar 2 de um grupo de 5 figuras.																		
Chuta a bola	Observe se a criança chuta a bola sem se apoiar em objetos.																		
Recebe com supervisão	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de remover alguma peça de vestuário tais como: calças, meias, sapatos, meias etc.																		
Constrói torre de 4 cubos	Observe se a criança consegue empilhar 4 cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.																		
Fala frase com 2 palavras	Observe se a criança constrói, pelo menos, 2 palavras formando uma frase com significado, que indique uma ação. Considere a informação do acompanhante.																		
Fala sem entrosar os pés	Observe se a criança pula com os dois pés, atingindo o chão ao mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar.																		
Brinca com outras crianças	Pergunte ao acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças de sua idade.																		
Imita fala verbal	Observe, após demonstração, se a criança faz uma fala no mesmo (ou papel) da, pelo menos, sua de comprimento.																		
Reconhece 3 ações	Observe se a criança aponta a figura de acordo com a ação, por exemplo: "quem pula", "quem fala", "quem dança".																		
Alimenta a bola	Observe se a criança enroscou a bola acima da linha.																		

Fonte: Adaptação da tabela contida no Manual de Crescimento do Ministério da Saúde/2002 por Amira Figueiras, Ricardo Nitsch. As áreas amarelas indicam as faixas de idade em que é esperado que a criança desenvolva as habilidades testadas.

ANEXO VIII

ESCALA M-CHAT

Appendix 1

Final Version of the M-CHAT in Portuguese

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein and Marianne Barton.

Translated by Milena Pereira Pondé and Mirella Fiuza Losapio.

ANEXO IX

CRITÉRIOS PARA AUXÍLIO DIAGNÓSTICO DE TEA DSM-V

a) Interação social				
Relações de companheirismo				
Satisfação, interesses ou realizações com outras pessoas				
Reciprocidade social ou emocional				
b) Comunicação				
Falta de criatividade e fantasia nos processos de pensamento				
Deficiências na linguagem oral				
Ausência de brincadeira de faz de conta				
Linguagem estereotipada, repetitiva ou idiossincrática				
Déficits nos processos de desenvolver e manter relacionamentos				
Ausência de comportamentos comunicativos não verbais				
Comunicação social				
c) Padrões restritos e repetitivos de comportamento				
Hiper ou hiporreatividade a entrada sensorial ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente				
Padrões ritualizados de comportamento verbal ou não-verbal				
Movimentos motores ou uso de objetos				
Aderência excessiva a rotinas				
Resistência excessiva à mudança				
Interesses fixos e restritos				
Manuais	CID-10	DSM-IV-TR	DSM-5	CID-11
Legenda:				
Presente em um manual				
Presente em dois manuais				
Presente em três manuais				
Presente em todos os manuais				

