

PROCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Por Dra. Sylvia Karine de Deus Bussulo
Médica Clínica Geral / Médica Reguladora

Amanda Oliveira Machado Piolla
Diretora de Auditoria e Regulação

Carmem Cecilia De Carvalho Lunardelli
Diretora da Atenção Primária à Saúde



2023

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Este protocolo tem por objetivo a otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para as especialidades. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas no protocolo.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo responder a duas questões principais ao médico regulador e orientar os profissionais que atuam na atenção básica. As duas questões-chave são:

- O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?
- Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

Por esse motivo solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas. As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, bem como os resultados dos exames complementares.

Os encaminhamentos deverão ser realizados pelo sistema Lucedata, para efetivo registro em prontuário. Demais formulários não serão aceitos e serão devolvidos à UBS de origem, assim como aqueles encaminhamentos sem informações obrigatórias solicitadas no protocolo.

Os exames terão validade de 6 meses.

SUMÁRIO

1.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL	.....
1.2. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC) E MIOCARDITES	.....
1.3. CARDIOPATIA ISQUÊMICA/ DAC	.....
1.4. ARRITMIAS/ MARCAPASSO	.....
1.5. SÍNCOPE OU PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA	.....
1.6. SOPROS E VALVULOPATÍAS ESTABELECIDAS (AÓRTICA, MITRAL, PULMONAR, TRICÚSPIDE)	.....
1.7. REABILITAÇÃO CARDÍACA	.....
1.8. ALTERAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS	.....
1.9. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PARA A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO	.....
1.10. CONSIDERAÇÕES GERAIS	.....
1.11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	.....
2.1. HIPOTIREOIDISMO	.....
2.2. HIPERTIREOIDISMO	.....
2.3. NÓDULOS DE TIREÓIDE	.....
2.4. BÓCIO MULTINODULAR	.....
2.4.1. BÓCIO DIFUSO (sem nódulos)	.....
2.4.2. BÓCIO COM NÓDULOS (único ou múltiplos)	.....
2.4.3. BÓCIO DIFUSO (sem nódulos)	.....
2.4.4. BÓCIO COM NÓDULOS (único ou múltiplos)	.....
2.5. TIREOPATIAS NA GESTAÇÃO	.....
2.5.1. HIPOTIREODISMO PRÉVIO	.....
2.5.2. HIPOTIREOIDISMO DETECTADO NA GESTAÇÃO	.....
2.5.3. HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO	.....
2.6. DIABETES MELLITUS	.....
2.7. OBESIDADE	.....
2.8. DISLIPIDEMIAS	.....
2.9. HIPERPROLACTINEMIA	.....
2.10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	.....
3.1. CISTOS/ DOENÇA POLICÍSTICA RENAL	.....
3.2. DOENÇA RENAL CRÔNICA	.....
3.3. INFECÇÃO URINÁRIA RECORRENTE	.....
3.4. LITÍASE RENAL	.....
3.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	.....
4.1. HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HBP)	.....
4.2. NEOPLASIA DE PRÓSTATA	.....
4.3. PATOLOGIAS ESCROTAIS BENIGNAS (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)	.....
4.4. INCONTINÊNCIA URINÁRIA	.....
4.5. DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA	.....

- 4.6. LITÍASE RENAL.....
- 4.7. HEMATÚRIA.....
- 4.8. CONDILOMA ACUMINADO/VERRUGAS VIRAIS.....
- 4.9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....
- 5.1. ARTRITE REUMATÓIDE.....
- 5.2. ARTRITE PSORIÁSICA.....
- 5.3. LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES).....
- 5.4. DOR LOMBAR E ALTERAÇÕES EM EXAME DE IMAGEM DE COLUNA LOMBAR.....
- 5.5. ARTRITE POR DEPOSIÇÃO DE CRISTAIS (GOTA).....
- 5.6. OSTEOARTRITE.....
- 5.7. FIBROMIALGIA.....
- 5.8. BURSITE/TENDINITE.....
- 5.9. DOR MIOFASCIAL.....
- 5.10. OSTEOPOROSE.....
- 5.11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....
- 6.1. ROTINA.....
- 6.2. RISCO 1.....
- 6.3. RISCO 2.....
- 6.4. RISCO 3.....
- 6.5 URGÊNCIA (Regular via SAMU).....
- 6.5. EMERGÊNCIA (Regular via SAMU).....
- 6.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....
- 7.1. CEFALÉIA.....
- 7.2. DEMÊNCIA/ALZHEIMER.....
- 7.3. CONVULSÃO/EPILEPSIA/SÍNCOPE OU PERDA DA CONSCIÊNCIA.....
- 7.4. VERTIGEM.....
- 7.5. TREMORES E SÍNDROMES PARKINSONIANAS.....
- 7.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....
- 8.1. ACNE.....
- 8.2. CÂNCER DE PELE MELANOMA.....
- 8.3. ECZEMAS/URTICÁRIA/PRURIDO/ DERMATITES/MICOSES/ PSORÍASE/
ALOPECIA/ROSÁCEA.....
- 8.4. CONDILOMA ACUMINADO, VERRUGAS VIRAIS (VER UROLOGIA ADULTO).....
- 8.5. VITILIGO.....
- 8.6. HANSENÍASE.....
- 8.7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....
- 9.1. VERTIGEM (VER NEUROLOGIA ADULTO);.....
- 9.2. OBSTRUÇÃO NASAL.....
- 9.3. RONCO E APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO.....
- 9.4. OTITE.....
- 9.5. HIPOACUSIA/ PERDA AUDITIVA E PROTETIZAÇÃO AUDITIVA.....
- 9.6. DISFONIA.....

9.7. DISFAGIA.....

9.8. LESÕES EM GLÂNDULA SALIVAR

9.9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10.1. PRINCIPAIS CONDIÇÕES CLÍNICAS.....

10.2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

11.1. RISCO HABITUAL

11.2. RISCO INTERMEDIÁRIO.....

11.3. ALTO RISCO

11.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

12.1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC).....

 Quadro 1 - Escala modificada do Medical Research Council (mMRC) para avaliação da
 dispneia.....

 Quadro 2 - Suspeita de cor pulmonale.....

12.2. ASMA

12.3. TOSSE CRÔNICA E DISPNEIA.....

 Quadro 5 - Alterações em exames de imagem com suspeita de neoplasia pulmonar

12.4. TABAGISMO

12.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

1. CARDIOLOGIA ADULTO

1.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cardiologia:

- Hipertensão severa ou resistente com no mínimo 3 medicações anti hipertensivas em dose máxima tolerável (incluindo 1 diurético), após avaliar adesão ao tratamento;
- Hipertensão resistente associada à comorbidades descompensadas tais como: ICC, DM, DVP, doença cerebrovascular, coronariopatias, IRC;
- Suspeita de hipertensão secundária;

Antes de diagnosticar hipertensão resistente ou secundária, atente-se para:

- Medidas inadequadas da pressão arterial (aferição sistemáticas, estresse, dor, esforço...)
- Hipertensão do avental branco;

Tratamento inadequado, como:

- Terapia dupla com betabloqueador + IECA (inibidores da enzima de conversão da angiotensina - captopril, enalapril, lisinopril, ramipril, etc.) ou BRA (bloqueadores do receptor da angiotensina - losartan, valsartan, candesartan, irbesartan, etc.)
- Associações de IECA com BRA
- Uso de furosemida 1x/dia como único diurético se não tiver ICC nem IRC estágios 4-5
- Uso de doses e posologias inadequadas (ex. captopril 1x/dia; propranolol 1x/dia).
- Não adesão ao tratamento
- Interação com medicamentos

Casos que serão devolvidos à APS :

- HAS mal controlada em uso de menos de 3 medicamentos de classes diferentes em dose plena ou em uso de 3 medicamentos de classes diferentes em dose plena mas nenhum deles um diurético
- HAS mal controlada em paciente com má adesão ao tratamento medicamentoso e/ou não-medicamentoso.

OBS: Pacientes de alto risco assintomático + ECG Sem Alterações MAIORES (ver alterações eletrocardiográficas) ⇒ Prevenção primária ⇒ controle otimizado de fatores de risco em UBS.

1.2. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC) E MIOCARDITES

Atenção: Paciente com insuficiência cardíaca com sinais de hipoperfusão, síncope ou com sinais de congestão pulmonar, sem condições de manejo ambulatorial trata-se de emergência acionar SAMU.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cardiologia:

- Se suspeita clínica de Insuficiência Cardíaca/dispneia de origem cardíaca sem diagnóstico prévio.
- Episódio de internação hospitalar no último ano devido à insuficiência cardíaca descompensada;
- Doenças associadas que possam promover/manter a descompensação (HAS, coronariopatias, arritmias, valvopatias);

- Paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca com modificação recente no quadro clínico apesar de tratamento clínico otimizado - piora de classe funcional ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia);
- Paciente com fração de ejeção (FE) reduzida (< 40%);

Suspeita de ICC se dispneia associada a um ou mais dos seguintes fatores, mas lembre-se que o diagnóstico de ICC é um diagnóstico sindrômico (em que um maior número de fatores associados levam a um maior valor preditivo-positivo) e que alguns achados isolados não são específicos de ICC (p. ex. edema de MMII ou estertores em idosos isoladamente).

- Histórico de ICC prévia confirmada, histórico de IAM prévio, outras cardiomiopatias.
- Valvopatias moderadas a severas.
- ECG com SVE com strain, FA, Flutter atrial, sinais de IAM (necrose) inequívoco.
- Rx de tórax com cardiomegalia inequívoca, sinais de congestão pulmonar (condensações alveolares bibasais, cefalização da vasculatura, derrame intercisural, linhas B de Kerley, edema peribrônquico, derrame pleural).
- Ecocardiograma com disfunção sistólica segmentar ou global, fração de ejeção reduzida, disfunção diastólica graus 2 ou 3, hipertrofia importante de VE, sinais de necrose.
- Presença de dispneia aos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna, noctúria.
- Presença de estertores crepitantes pulmonares finos bibasais, estase jugular a 45°, edema de MMII, taquicardia, bulhas arrítmicas, B3 em galope.
- Presença de HAS não controlada, DM não controlada, Obesidade, Etilismo.

1.3. CARDIOPATIA ISQUÊMICA/ DAC

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cardiologia:

- Suspeita de cardiopatia isquêmica em pessoa com dor torácica (quadro 1) e probabilidade pré-teste para doença arterial coronariana $\geq 15\%$ ou entre 5 e 15% na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (quadro 2) na impossibilidade de investigação na APS;
- Suspeita de cardiopatia isquêmica crônica por alterações eletrocardiográficas ou equivalente anginoso (dispneia/diaforese que piora com exercício e alivia com repouso) em pessoa com risco cardiovascular alto ou intermediário;
- Suspeita de cardiopatia isquêmica em pessoa com dor torácica (quadro 1) e baixa probabilidade pré-teste para doença arterial coronariana (quadro 2), quando excluídas outras causas não cardiológicas na APS;
- Cardiopatia isquêmica estabelecida em paciente ainda sintomático (quadro 3), mesmo com tratamento clínico otimizado, ou impossibilidade de uso das medicações por efeito adverso ou contra-indicação;
- OBS: Realizar – Probabilidade pré-teste de doença arterial coronariana (DAC) em pacientes sintomáticos de acordo com idade e sexo (quadro 2) .

Quadro 1 – Classificação clínica da dor torácica.

Angina típica	<ul style="list-style-type: none"> • Desconforto ou dor retroesternal; • provocada por exercício ou estresse emocional; • alivia rapidamente, em 1 minuto, após repouso ou uso de nitratos.
Dor torácica atípica (angina atípica)	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de dois dos fatores acima.
Dor torácica não anginosa	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de um ou nenhum dos fatores acima.

Fonte: Cesar *et. al.* (2014).

Quadro 2 – Probabilidade pré-teste de doença arterial coronariana (DAC) em pacientes sintomáticos de acordo com idade e sexo.

Idade	Angina típica		Angina atípica		Dor torácica não anginosa		Dispneia	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
30 - 39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%
40 - 49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%
50 - 59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%
60 - 69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%
≥ 70	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%

As regiões sombreadas em roxo escuro denotam probabilidade pré-teste intermediária (>15%), grupos nos quais o teste não invasivo é mais benéfico. As regiões sombreadas em roxo claro denotam baixa probabilidade pré-teste de DAC (entre 5-15%), grupos nos quais o teste para diagnóstico pode ser considerado após avaliação clínica geral e após considerar fatores de risco adicionais que possam aumentar a probabilidade pré-teste. As áreas não sombreadas ($\leq 5\%$) correspondem a grupos com muito baixa probabilidade pré-teste de DAC.

Fatores de risco adicionais: tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia (presença de ondas patológicas ou zona inativa; alterações primárias ou mistas da repolarização ventricular; isquemia subepicárdica).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Knuuti *et. al.* (2020).

Quadro 3 – Classificação da angina estável (Sociedade de Cardiologia Canadense).

Classe I	Atividades comuns, como caminhar e subir escadas, não causam angina. O sintoma ocorre com esforços extenuantes e/ ou prolongados no trabalho ou lazer.
Classe II	Limitação leve às atividades comuns. Angina para caminhar mais que duas quadras no plano ou subir mais que um lance de escadas.
Classe III	Limitação marcada às atividades comuns. Angina para caminhar 1 a 2 quadras e/ou subir um lance de escadas.

Classe IV

Angina com qualquer atividade física, podendo estar presente mesmo em repouso.

Fonte: Campeau (2002).

1.4. ARRITMIAS/ MARCAPASSO

Se paciente com arritmia e um ou mais dos seguintes no momento do atendimento, encaminhe para emergência:

- FC em repouso > 150 bpm ou < 40 bpm
- Sinais de instabilidade hemodinâmica ou baixo débito cardíaco/hipoperfusão
- ICC descompensada
- Síncope ou Dispneia
- Angina/Suspeita de Síndrome Coronariana Aguda

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cardiologia:

- Portadores de marcapasso cardíaco para controle de rotina;
- Arritmias documentadas (achado eletrocardiográfico ou diagnóstico nosocomial prévio) e sem critérios de urgência/emergência.
- Bloqueio atrioventricular (BAV) avançado (2o grau Mobitz 2, BAV 2:1, BAVT)
- (convém descartar outras condições gerais, tais como doses excessivas de medicamentos, hipotireoidismo descompensado, distúrbio hidroeletrólítico.);
- Bradicardia sinusal < 50 bpm (desde que não causada por hipotireoidismo descompensado ou medicamentos)
- (Se paciente assintomático e não for causada por medicação ou hipotireoidismo, solicitar primeiro especialidade Cardiologia clínica para investigação)
- Doença do nó sinusal (DNS) [ou Síndrome bradi-taqui]
- Ectopias intensas > 10% ao Holter 24h se disponível (Convém descartar outras condições gerais, tais como doses excessivas de medicamentos, intoxicações, distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos, stress/ansiedade, uso de estimulantes, uso de outras drogas)

Fibrilação Atrial

- Sugere-se num primeiro momento, avaliar a cronicidade/persistência e iniciar betabloqueador se FC > 100 bpm em repouso (risco de ICC por taquicardiomiopatia)
- Avaliar anticoagulação conforme CHADS2/CHA2DS2-Vasc (não prescrever medicação antiarrítmica se não estiver plenamente anticoagulado).
- Convém avaliar situações desencadeantes nesse ínterim: ICC descompensada, HAS descontrolada, DPOC/asma descompensadas, hipertireoidismo, distúrbio hidroeletrólítico, etilismo, tabagismo, outros estimulantes e diagnóstico concomitante de cardiopatia estrutural, como valvopatia moderada a grave, amiloidose, cardiomiopatia hipertrófica, defeito cardíaco congênito; ou
- Suspeita de cardiopatia estrutural (sopro cardíaco ao exame físico ou sinais e sintomas de insuficiência cardíaca), na impossibilidade de realizar ecocardiograma na APS;

Flutter Atrial

Num primeiro momento, avaliar a cronicidade/persistência e iniciar betabloqueador se FC > 100 bpm em repouso (risco de ICC por taquicardiomiopatia);

- Se paciente com arritmia e um ou mais dos seguintes sintomas no momento do atendimento, encaminhe para emergência:
- FC em repouso > 150 bpm ou < 40 bpm
- Sinais de instabilidade hemodinâmica ou baixo débito cardíaco/hipoperfusão
- ICC descompensada
- Síncope ou Dispneia
- Angina/Suspeita de Síndrome Coronariana Aguda
- Avaliar anticoagulação conforme CHADS2/CHA2DS2-Vasc e experiência clínica (não prescrever medicação antiarrítmica se não estiver plenamente anticoagulado).
- Taquicardia Supraventricular Paroxística (TPSV)
- Recuperado de morte súbita por fibrilação ventricular ou assistolia
- Síndrome do QT longo congênito
- Síndrome de Brugada
- Síndrome de Wolf-Parkinson-White
- Bloqueio completo de ramo esquerdo na impossibilidade de realizar ecocardiograma na APS;
- Bloqueio bifascicular (bloqueio completo de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo ou associado a hemibloqueio posterior esquerdo) se suspeita clínica de cardiopatia estrutural ou na presença de sintomas (síncope ou pré-síncope);

Casos que serão devolvidos à APS :

Palpitações/arritmias que não preenchem os critérios descritos.

1.5. SÍNCOPE OU PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA

OBS: O paciente com síncope vasovagal usualmente não necessita avaliação em serviço especializado.

As características comuns da síncope vasovagal são:

- síncope desencadeada por postura ortostática prolongada; ou
- síncope situacional, desencadeada por fatores definidos (dor, medo, fobia de sangue ou procedimentos médicos) ou
- situações específicas (tosse, espirro, estimulação gastrointestinal, pós-miccional); ou
- que apresenta sintomas prodrômicos típicos como sudorese, calor e escurecimento da visão.

Indicações clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cardiologia

Episódio de síncope associado a pelo menos um dos sinais de alarme cardiovasculares do quadro abaixo:

- Idoso (descartada hipotensão medicamentosa)
- Síncope ao esforço (desde que descartada síncope vasovagal do jovem sadio)
- Síncope precedida de dor torácica ou palpitações rápidas e súbitas
- Síncope com TCE secundário (queda e TCE após síncope súbita)
- Presença de cardiopatia ou arritmia documentada/confirmada
- Presença de alterações no exame físico do coração (ritmo irregular, sopros importantes, bradicardia < 40 bpm)
- História de morte súbita precoce (< 60 anos) em parentes de 1o grau
- Presença de alterações maiores no ECG
- Síncopes vasovagais (síndrome vasovagal) frequentes com prejuízo da qualidade de vida e sem melhora com tratamento clínico

Indícios de síncope por hipotensão:

- Uso de múltiplos anti-hipertensivos.
- PA normal-baixa nas aferições de consultório ou domiciliares.
- Sintomas predominam ao ortostatismo prolongado ou levantar-se.
- Se dúvida, recomenda-se aferir a FC e PA no consultório, em pé após 3 minutos e depois deitado(a) (diferenças maiores que 15 bpm na FC e/ou 20 mm Hg na PAS e 10 mm Hg na PAD podem sugerir hipotensão).
- Síncope em paciente com cardiopatia estabelecida (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, valvulopatia, miocardiopatias, doenças cardíacas congênitas);
- Síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispneia, hipotensão, dor torácica, sopro, episódio que ocorre durante o exercício);
- Síncope em paciente com alteração compatível no eletrocardiograma (quadro 6), após avaliação em serviço de emergência;
- Síncope em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos.

1.6. SOPROS E VALVULOPATÍAS ESTABELECIDAS (AÓRTICA, MITRAL, PULMONAR, TRICÚSPIDE)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cardiologia:

- Pacientes com sopros/valvulopatias associados a sinais clínicos de descompensação associada.
- Pacientes com sopros/valvulopatias, assintomático, mas com suspeita de sobrecarga pressórica ou volumétrica do coração.
- Estenose e/ou insuficiência valvar moderadas a severas
- Prolapso Valvar Mitral (PVM)

Condições clínicas que indicam a necessidade de ecocardiograma na suspeita de valvopatias:

- Sopros diastólicos
- Sopros contínuos
- Sopros sistólicos significativos (geralmente $\geq 2+/6+$, ver classificação de Levine)
- Sopro evidente associado a quadro clínico de dispneia
- Todos os pacientes com diagnóstico de valvopatias moderadas ou graves quando não há indicação formal de tratamento cirúrgico;
- Paciente com indicação de ecocardiograma transtorácico na indisponibilidade de realizar o exame na APS.

1.7. REABILITAÇÃO CARDÍACA

- Coronariopatia estável após evento agudo ou revascularizações ou cirurgias valvares;
- Pós-infarto;
- Pós-angina instável;
- Pós-angioplastia;
- Miocardiopatia hipertrófica;
- Displasia arritmogênica do ventrículo direito;
- Insuficiência cardíaca compensada;
- Pós-transplante cardíaco;

1.8. ALTERAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS

- Pacientes de alto risco assintomático, com alterações eletrocardiográficas MAIORES encaminhar ao cardiologista.
- Pacientes de alto risco assintomático + com alterações eletrocardiográficas MENORES \Rightarrow Prevenção primária \Rightarrow controle otimizado de fatores de risco em UBS.

Alterações “maiores” (achados de alterações eletrocardiográficas em pacientes assintomáticos e sem diagnóstico estabelecido :

1. Zonas (Áreas) Eletricamente Inativas (ZEI/AEI)
2. Bloqueios Atrioventriculares (BAV) de 2o (Mobitz 2) e 3o grau (BAVT crônico)
3. Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE)
4. Bloqueio bifascicular/trifascicular (associação de BAV e/ou BRD e/ou BRE)
5. Brugada (fenótipo de)
6. Fibrilação Atrial (FA)
7. Flutter Atrial
8. Intervalo QT longo
9. Isquemia Subepicárdica (ISE ou ISUBEP)
10. Sobrecarga Ventricular Direita (SVD)
11. Sobrecarga Ventricular Esquerda (SVE) com strain (SVE geralmente está associada HAS e pode ser manejada na APS)

12. Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV)
13. Taquicardias Ventriculares Sustentada (TV) e Não-Sustentada (TVNS)
14. Wolf-Parkinson-White (WPW)
15. Extrassístoles ventriculares ou supraventriculares muito frequentes (≥ 2 extrassístoles no D2 longo ou $> 3\%$ em um Holter 24h)

Alterações “menores” assintomáticas (achados de alterações eletrocardiográficas em pacientes assintomáticos e sem diagnóstico estabelecido) (geralmente são alterações fisiológicas, ou não associadas a cardiopatias, ou a cardiopatia de menor gravidade no momento ou com evolução lenta):

1. Alterações Difusas da Repolarização Ventricular (ADRV);
2. Arritmia sinusal (AS);
3. Bloqueio Atrioventricular (BAV) de 1º grau;
4. Bloqueios/Distúrbios/Atrasos de condução do Ramo Direito (BRD/BIRD/DCRD/AFCRD);
5. Bloqueio Divisional Ântero-Superior Esquerdo (BDAS/HBAE);
6. Bradicardia sinusal (< 50 bpm);
7. Desvios de Eixo ($< -30^\circ$ ou $> 90^\circ$);
8. Extrassístole Supraventricular (ESV) isolada;
9. Extrassístole Ventricular (EV) isolada;
10. Intervalo PR curto;
11. Progressão lenta da onda R septal (V1 a V3);
12. Repolarização precoce;
13. Ritmo atrial ectópico (RAE);
14. Ritmo juncional (RJ);
15. Sobrecarga Atrial Esquerda (SAE);
16. Sobrecarga Atrial Direita (SAD);
17. Taquicardias sinusais;
18. Distúrbio de Condução Intraventricular (DCIV).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento.

1. Sinais, sintomas (tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio), achados do exames físico e comorbidades associadas;
2. medicações em uso, com posologia;
3. Exames laboratoriais, com data e com validade < 6 meses;
4. exames necessários:
 - Rx de tórax (poderá ser realizado no UPA - Sem laudo);
 - ECG \Rightarrow Será realizado no dia da consulta;(Solicitar somente em prontuário);
 - Exames Laboratoriais: Hemograma, Sódio, Potássio, Creatinina, TSH, TGO, TGP, CT, HDL, LDL, Triglicérides, Ácido Úrico, glicemia e Hba1c (Se diabético).
 - Clearance de creatinina (fórmula de Cockroft e Gault);
 - Paciente DM Insulino dependente, anexar controle de dextro.
5. Laudos dos exames já realizados (Reabilitação Cardíaca);
6. Se ICC investigar número de descompensações e internações hospitalares nos últimos 12 meses, se presentes;
7. Se arritmia, tipo e quando estabelecida;
8. História familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco;

Critério para o MACC

- Paciente hipertenso estratificado como alto risco ou muito alto risco
- Paciente diabético estratificado como controle metabólico ruim
- Evitar encaminhar pacientes acamados, visto que o programa preconiza a mudança do estilo de vida (atividade física e alimentação);

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. Sinais, sintomas (tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio), achados do exames físico e comorbidades associadas;
2. medicações em uso, com posologia;
3. Estratificação risco;
4. exames necessários: hemograma, glicemia de jejum, CT, HDL, LDL, Triglicérides, creatinina, potássio, ácido úrico, urina 1, microalbuminúria 24h (diabético), hemoglobina glicada.
5. Clearance de creatinina (fórmula de Cockcroft e Gault);
6. ECG – Será realizado no dia da consulta, mas se o paciente tiver realizado recentemente pode anexar;
7. Encaminhar com controle de PA e controle de glicemia capilar;
8. Clearance de creatinina (fórmula de Cockcroft e Gault);

1.9. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PARA A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO.

RISCO	CRITÉRIOS (Risco de evento cardiovascular maior – D’Agostino et al – e capacidade para o autocuidado)
Baixo	< 10% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado suficiente e Ausência de LOA identificadas e Ausência de condições clínicas associadas.
Moderado	< 10% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado insuficiente ou • 10 a 20% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos. • Em qualquer uma das opções é obrigatória a Ausência de LOA identificadas e Ausência de condições clínicas associadas.
Alto	> 20% risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado suficiente e/ou • LOA identificadas, com capacidade de autocuidado suficiente À(s) opção(ões) deve ser somada a: Ausência de condições clínicas associadas.
Muito Alto	• > 20% risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou • LOA identificadas, com capacidade de autocuidado

	insuficiente e/ou • Presença de condições clínicas associadas.
--	----------------------------------------------------------------

Fonte: Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2013 e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2012.

RISCO	CRITÉRIOS (Controle glicêmico – HbA1c –, complicações e capacidade para o autocuidado)
Baixo	• Glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose (pré-diabetes) ou • Diabético com HbA1c < 7%, capacidade de autocuidado suficiente e Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e Ausência de complicações crônicas.
Moderado	• Diabético com HbA1c < 7% e capacidade de autocuidado insuficiente ou • Diabético com HbA1c entre 7% e 9%. • A qualquer uma das opções devem ser somadas a Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e Ausência de complicações crônicas.
Alto	Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado suficiente e/ou • Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado suficiente e/ou • Presença de complicações crônicas com capacidade de autocuidado suficiente.
Muito Alto	Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado apoiado insuficiente e/ou • Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou • Presença de complicações crônicas com capacidade de autocuidado insuficiente.

Fonte: Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2013 e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2012.

RISCO	CRITÉRIOS (Categorização da DRC baseada na taxa da filtração glomerular estimada pela fórmula de Cockcroft e Gault, e na capacidade para o autocuidado)
Baixo	<ul style="list-style-type: none"> • DRC categoria 1 com capacidade de autocuidado suficiente ou • DRC categoria 2 com capacidade de autocuidado suficiente.
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • DRC categoria 1 com capacidade de autocuidado insuficiente ou • DRC categoria 2 com capacidade de autocuidado insuficiente ou • DRC categoria 3A.
Alto	<ul style="list-style-type: none"> • DRC categoria 3B com capacidade de autocuidado suficiente.

Muito Alto	<ul style="list-style-type: none"> • DRC categoria 3B com capacidade de autocuidado insuficiente ou • DRC categoria 4 ou • DRC categoria 5.
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Adaptado ALVES, JR e BASTOS, MG, 2013.

1.10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O ECG quando solicitado, deverá ser devidamente preenchido com sinais, sintomas (tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio), os demais serão devolvidos à APS.

A realização de eletrocardiograma de rotina não é recomendada em pacientes com baixo risco e assintomáticos.

A periodicidade deverá ser a cada 2 anos se paciente assintomático, sem acompanhamento com cardiologista.

O ECG não deverá ser utilizado para avaliação de regressão da massa ventricular esquerda como análise da ação terapêutica anti-hipertensiva.

SUGESTÃO DE PERIODICIDADE DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Periodicidade da realização dos exames de acordo com a estratificação de risco			
Exames	Baixo Risco	Risco Intermediário	Alto Risco
Dosagem de glicose (em jejum)	Anual	Anual	Anual
Hba1c	Anual	Anual	Semestral
Ácido úrico	Anual	Anual	Anual
Creatinina	Anual	Anual	Semestral
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular	Anual	Anual	Semestral
Colesterol Total	Anual	Anual	Anual
LDL-Colesterol	Anual	Anual	Anual
HDL-Colesterol	Anual	Anual	Anual
Triglicerídeos	Anual	Anual	Anual
Potássio	Anual	Anual	Semestral, se creatinina norma
Rotina de urina	Anual	Anual	Anual
Microalbuminúria em urina de 24 hs ou		Anual	Anual
Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina	-	Anual	Anual
Eletrocardiograma	A cada dois anos	Anual	Anual

Fonte: Linha guia de Hipertensão Arterial (2018)

- Pacientes que necessitam de atestado de aptidão física, encaminhar para serviço especializado que ofereça teste ergométrico; RX: área cardíaca aumentada (verificar se RX expirado ou não) + assintomático + ECG normal, evoluir em UBS.
- Sorologia + para chagas, assintomático, ECG normal, RX tórax sem cardiomegalias, evoluir na UBS.
- Doppler de carótidas alterado, o encaminhamento deverá ser realizado para vascular.

1.11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ses_cardiologia_20170911_v019.pdf

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/acessos-por-especialidade/consulta-adulto/13758-cardiologia-adulto/file>

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf

<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/protocolospsf.pdf>

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf

<http://www.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/db5be589f90e.pdf>

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64132/Cardiologia.pdf>

<https://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-3-Estratificacao-de-Risco-HIPER-DIA-DRC.pdf>

•

•

2. ENDOCRINOLOGIA

2.1. HIPOTIREOIDISMO

TSH normal ⇒ EUTIREOIDEO (Observar, repetir TSH em 3 meses).

TSH: 5 – 10 ⇒ T4 normal: Hipotireoidismo subclínico ⇒ Repetir TSH em 6 meses) (Tratar somente se houver clínica, depressão, dislipidemia, bócio, infertilidade feminina).

⇒ T4 baixo: tratar e repetir exames em 3 meses para ajustar a dose.

⇒ TSH > 10 ⇒ tratar e repetir exames em 3 meses para ajustar dose, APÓS novo ajuste repetir exame em 6 meses.

** 6 meses de tratamento com doses adequadas de Levotiroxina (1,5mcg/Kg/dia) SEM normalizar TSH ⇒ **ENCAMINHAR**

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- Resultado de exame TSH, com data;
- Resultado de exame T4 livre ou T4 total, com data;
- Uso de levotiroxina (sim ou não), com dose;
- Outras medicações em uso, com posologia e dose;
- Peso do paciente em quilogramas (kg);

2.2. HIPERTIREOIDISMO

TSH normal \Rightarrow EUTIREOIDEO (Observar, repetir TSH em 3 meses).

TSH 0,1 - 0,5 \Rightarrow T4 normal: Hipertireoidismo subclínico \Rightarrow Repetir TSH em 3 meses se permanecer alterado \Rightarrow **ENCAMINHAR**

T4 Alto \Rightarrow HIPERTIREOIDISMO \Rightarrow Iniciar Metimazol (10 - 30 mg 1x/dia) ou Propiltiouracil (200 - 400mg/dia) em 2 doses; Propranolol 40mg 1 - 3x/dia \Rightarrow **ENCAMINHAR**.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame TSH, com data;
3. resultado de exame T4 livre ou T4 total, com data;
4. uso de metimazol ou propiltiouracil (medicação para hipertireoidismo), com dose e posologia;
5. outras medicações em uso, com posologia e dose;

2.3. NÓDULOS DE TIREÓIDE

Avaliar: história, exame físico, TSH e USG de tireoide

- TSH $<$ 0,5 \Rightarrow **ENCAMINHAR**
- TSH normal \Rightarrow avaliar características do nódulo;
- Nódulo Cístico $<$ 2 cm; ou Nódulo sólido $<$ 1cm, SEM características suspeitas \Rightarrow SEGUIR NA UBS;
- Nódulo Cístico $<$ 2 cm; ou Nódulo sólido $<$ 1cm, COM características suspeitas \Rightarrow **ENCAMINHAR**;
- Nódulo Cístico $>$ ou = 2cm; ou Nódulo sólido = 1cm \Rightarrow **ENCAMINHAR**;
- TSH alto \Rightarrow tratar hipotireoidismo \Rightarrow Avaliar características do nódulo
- Nódulo Cístico $<$ 2 cm; ou Nódulo sólido $<$ 1cm, SEM características suspeitas \Rightarrow SEGUIR NA UBS;
- Nódulo Cístico $<$ 2 cm; ou Nódulo sólido $<$ 1cm, COM características suspeitas \Rightarrow **ENCAMINHAR**;
- Nódulo Cístico $>$ ou = 2cm; ou Nódulo sólido = 1cm \Rightarrow **ENCAMINHAR**;

*** **Características suspeitas:** idade $<$ 20 anos, história familiar, exposição prévia à radiação, crescimento rápido do nódulo, rouquidão, linfadenomegalia cervical, paralisia de cordas vocais, microcalcificações no interior do nódulo ao USG, fluxo sanguíneo aumentado no centro do nódulo ao doppler.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente); ou
- Nódulos sólidos com mais de 1 cm (para PAAF, quando ainda não foi realizada); ou

- História clínica, exame físico ou características do nódulo suspeito para malignidade (para PAAF, quando ainda não foi realizada); ou
- Sinais e sintomas compressivos ou com suspeita para malignidade (dispneia, rouquidão, tosse, disfagia, adenomegalias patológicas).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame TSH, com data;
3. resultado de USG de tireoide, com descrição do tamanho e característica do(s) nódulo(s), com data;
4. história familiar de câncer de tireoide (sim ou não), com indicação do parentesco;

2.4. BÓCIO MULTINODULAR

Avaliar história clínica, exame físico, TSH e USG de tireóide.

TSH alto ⇒ tratar hipotireoidismo ⇒ Avaliar características do bócio.

2.4.1. BÓCIO DIFUSO (sem nódulos)

- Bócio pequeno (< 30 - 40cm³), assintomático ⇒ Seguir na UBS ⇒ Repetir USG e TSH a cada 6-12 meses.
- Bócio Volumoso (> 30 - 40 cm³), com sintomas locais evidentes ou apresentando TSH < 0,5 ⇒ **ENCAMINHAR**

2.4.2. BÓCIO COM NÓDULOS (único ou múltiplos)

- Bócio pequeno (< 30 40cm³), assintomático ⇒ Seguir na UBS ⇒ Repetir USG e TSH a cada 6-12 meses.
- Bócio Volumoso (> 30 - 40 cm³), com sintomas locais evidentes ou apresentando TSH < 0,5 ⇒ **ENCAMINHAR**.

TSH normal: Avaliar características do bócio;

2.4.3. BÓCIO DIFUSO (sem nódulos)

- Bócio pequeno (< 30 40cm³), assintomático ⇒ Seguir na UBS ⇒ Repetir USG e TSH a cada 6-12 meses.
- Bócio Volumoso (> 30 - 40cm³), com sintoma locais evidentes ou apresentando TSH < 0,5 ⇒ **ENCAMINHAR**

2.4.4. BÓCIO COM NÓDULOS (único ou múltiplos)

- Bócio pequeno (< 30 40cm³), assintomático ⇒ Seguir na UBS ⇒ Repetir USG e TSH a cada 6-12 meses.
- Bócio Volumoso (> 30 - 40 cm³), com sintomas locais evidentes ou apresentando TSH < 0,5 ⇒ **ENCAMINHAR**.

TSH < 0,5 ⇒ HIPERTIREOIDISMO ⇒ ver fluxograma e **ENCAMINHAR**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame TSH, com data;
3. resultado de ecografia de tireóide, com descrição do tamanho, característica dos nódulos e volume do bócio, com data;
4. história familiar de câncer de tireoide (sim ou não), com indicação do parentesco;

2.5. TIREOPATIAS NA GESTAÇÃO

2.5.1. HIPOTIREODISMO PRÉVIO

Pacientes com hipotireoidismo , em tratamento, quando engravidam, geralmente necessitam ajustar a dose, geralmente a dose aumenta de 30 - 50% na primeira metade da gestação

*** Assim que a gestação for confirmada AUMENTAR a dose de T4 em 25-30%;

⇒ solicitar novo TSH E T4 em 30 - 40 dias e **ENCAMINHAR** para pré natal de alto risco (Anexar exames).

2.5.2. HIPOTIREOIDISMO DETECTADO NA GESTAÇÃO

TSH> 4,0 no primeiro trimestre, ou TSH: 2,5 - 4,0 com T4 livre baixo: ⇒ Prescrever Puran na dose de 1,5 mcg/Kg/dia.

⇒ solicitar novo TSH E T4 em 30 -40 dias e **ENCAMINHAR** para pré natal de alto risco (Anexar exames).

2.5.3. HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO

Hipertireoidismo prévio com ou sem tratamento, ou TSH< 0,1, ou TSH 0,1 - 0,3 com T4 livre alto, durante a gestação:

PRESCREVER: propiltiouracil 100mg 1CP de 8/8hs; associar propranolol 20mg 1CP 12/12hs se muito sintomática.

⇒ solicitar novo TSH E T4 em 30 -40 dias e **ENCAMINHAR** para pré natal de alto risco.

2.6. DIABETES MELLITUS

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

1- Paciente em uso de insulina em dose otimizada ($> 0,1$ u/Kg ou 10u);

Glicemia <120 / Hb $< 7\%$ \Rightarrow UBS

Glicemia >120 / Hb $> 7\%$ \Rightarrow VERIFICAR uso correto de medicação e técnica de aplicação de insulina.

\Rightarrow CORRETA \Rightarrow ENCAMINHAR

\Rightarrow INCORRETA \Rightarrow CORRIGIR E MANTER UBS

2- Insuficiência renal crônica (creatinina $> 1,5$ mg/dl), hepatopatia; ou

3- Hipoglicemias de repetição;

4- Paciente com DM tipo 1 (uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos). **PREFERÊNCIA NO ENCAMINHAMENTO.**

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado de exame de hemoglobina glicada, com data;
2. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
3. insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia;
4. outras medicações em uso, com dose e posologia;
5. peso do paciente em quilogramas (kg);

2.7. OBESIDADE

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- pacientes com suspeita de obesidade secundária (provocada por problema endocrinológico).

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para cirurgia bariátrica:

- pacientes com indicação clínica (IMC acima de 35 com alguma comorbidade, ou acima de 40 sem a presença de comorbidades).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. IMC;
3. peso do paciente em quilogramas (kg);
4. estatura, em metros;
5. breve descrição do tratamento clínico longitudinal (realizado por, no mínimo, dois anos) ;

6. risco cardiovascular (em %), ou doença cardiovascular (sim/não). Se sim, informar qual doença cardiovascular;
7. diabetes mellitus de difícil controle (sim/não). Se sim, informar medicações em uso, com dose;
8. hipertensão arterial de difícil controle (sim/não). Se sim, informar medicações em uso, com dose;
9. apneia do sono (sim/não). Se sim, informar como foi o diagnóstico;
10. doenças articulares degenerativas (sim/não). Se sim, informar qual;

OBS: ANEXAR FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO INICIAL DE CANDIDATOS A CIRURGIA BARIÁTRICA

2.8. DISLIPIDEMIAS

COLESTEROL LDL < OU = 190MG ⇒ **ENCAMINHAR**

TRIGLICERÍDEOS > OU = 1.000MG ⇒ **ENCAMINHAR**

OBS: Valores menores ⇒ mudanças de hábitos ⇒ dieta (encaminhar ao nutricionista), atividade física ⇒ Acompanhar por 6 meses (2 consultas no intervalo + perfil lipídico) ⇒ **ENCAMINHAR** se não houver melhora;

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios abaixo:

a) diabetes melito em homens com idade superior a 45 anos e em mulheres com idade superior a 50 anos, com pelo menos um fator de risco cardiovascular maior (tabagismo, hipertensão arterial sistêmica ou história familiar em parente de primeiro grau de doença arterial coronariana precoce – antes dos 55 anos para homens e dos 65 anos para mulheres);

b) moderado a alto risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham com risco superior a 10% em 10 anos;

c) evidência clínica de doença aterosclerótica, entendendo-se como tal qualquer um dos itens abaixo:

1. Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ou revascularização miocárdica prévios;

2. evidência de doença arterial coronariana por cineangiocoronariografia;angina com evidência objetiva de isquemia miocárdica demonstrada por teste provocativo (por exemplo: ergometria, cintilografia miocárdica ou ecocardiografia de estresse);

3. isquemia cerebral em exames de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de encéfalo);

4. história de acidente isquêmico transitório com evidência de aterosclerose em território carotídeo, à ultrassonografia ou arteriografia, ou endarterectomia prévia;

5. evidência de doença arterial periférica manifestada por claudicação intermitente ou história de revascularização.

d) diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar,

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes que apresentarem uma das seguintes condições:

- a) hipotireoidismo descompensado (TSH acima de 10 mcUI/mL);
- b) gestantes ou mulheres em idade fértil que não estejam utilizando pelo menos dois métodos contraceptivos seguros ou que não adotem meio de contracepção definitiva;
- c) doença hepática aguda ou crônica grave (como elevação das aminotransferases/transaminases mais de 3 vezes os valores normais, icterícia ou prolongamento do tempo de protrombina);

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Perfil Lipídico;
2. IMC;
3. peso do paciente em quilogramas (kg);
4. estatura, em metros;
5. breve descrição do tratamento clínico longitudinal (realizado por, no mínimo, 6 meses) ;
6. risco cardiovascular (em %), ou doença cardiovascular (sim/não). Se sim, informar qual doença cardiovascular;

2.9. HIPERPROLACTINEMIA

- **ABAIXO de 60 ng/mL** - Detecção ao acaso e ausência de sinais e sintomas ⇒ Observar (repetir exames)
- **DE 60 - 150 ng/mL** - Afastar causas secundárias (medicamentosa, hipotireoidismo, S.O.P);
- **ACIMA DE 150 ng/mL** - grande probabilidade de prolactinoma ⇒ ENCAMINHAR

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Resultado de exame
3. Teste de gravidez (todas as mulheres em idade fértil);
4. TSH;
5. Função renal;
6. Transaminases;
7. Testosterona total e LH (homens).
8. Laudo de Tomografia Computadorizada da Hipófise ou Ressonância Magnética da Hipófise (à critério) (Validade máxima de 90 dias);

OBS: São considerados valores normais até 20 ng/mL em homens e 30 ng/mL em mulheres não grávidas. Valores abaixo de 25 ng/mL costumam excluir a hiperprolactinemia. O estresse da punção venosa pode causar pequenos aumentos de prolactina (em geral abaixo de 40 ng/ml).

Causas fisiológicas: gestação e aleitamento (principais), exercício físico, estresse, coito, manipulação da mama e sono.

Causas farmacológicas: principal motivo não fisiológico de elevação de prolactina.

Medicações associadas:

- Antidepressivos: clomipramina, amitriptilina, citalopram, paroxetina;
- Antipsicóticos: clorpromazina, levomepromazina, haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina, sulpirida;
- Anti-hipertensivos: metildopa, verapamil;
- Gastrointestinais: domperidona, metoclopramida, cimetidina, ranitidina;
- Opiáceos e cocaína;

2.10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://cismepar.org.br/pagina/114_Protocolos-de-Regulacao.html

[protocolos_atencao_basica_atencao_especializada_endocrinologia.pdf \(saude.gov.br\)](https://www.saude.gov.br/images/stories/pdf/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada_endocrinologia.pdf)

https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/publicacoes_ms/pcdt_dislipidemia_prevencaoeventoscardiovascularessepancreatite_isbn_18-08-2020.pdf

https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_dislipidemia.pdf

<https://www.saude.gov.br/files/cemac/orientacoes/HIPERPROLACTINEMIA.pdf>

• 3. NEFROLOGIA ADULTO

3.1. CISTOS/ DOENÇA POLICÍSTICA RENAL

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- suspeita de doença policística renal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- cistos com alterações sugestivas de malignidade; ou
- cistos simples de grande volume (> 35cm); ou
- cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outros achados relevantes);
2. resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização;
3. resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de diferença entre eles);
4. cor de pele (preta ou não), idade e sexo;
5. EAS/urina tipo 1, com data (quando alterado, dois exames com oito semanas de diferença entre eles);
6. presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não), e parentesco com o paciente;

3.2. DOENÇA RENAL CRÔNICA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 /min/1,73m² (estágio 4 e 5); ou
- proteinúria; ou
- hematúria persistente; ou
- alterações anatômicas que provoquem lesão ou perda de função renal; ou
- perda rápida da função renal (> 5 /min/1,73 m² em seis meses, com uma TFG < 60 /min/1,73 m² , confirmado em dois exames); ou
- presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado de exame de uréia e creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de diferença entre eles);
2. resultado de microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
3. resultado de EAS/urina tipo 1 (quando alterado, dois exames, com oito semanas de diferença entre eles) e pesquisa de hemácias dismórficas, com data, quando realizado (para investigação de hematúria) ;
4. resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;

5. cor de pele (preta ou não), idade e sexo (ambas as informações podem ser encontradas no sistema informatizado de regulação, quando existente);
6. Clearance de creatinina (fórmula de Cockcroft e Gault);
 $(140 - \text{IDADE}) \times \text{PESO}$
 $72 \times \text{CREATININA SÉRICA}$

(Multiplicar por 0.85 se sexo feminino)

ESTÁGIO 1, 2, 3 ⇒ Encaminhar Cismepar;
 ESTÁGIO 4 e 5 ⇒ Encaminhar Clínica Davita;

Estágio de Função Renal	Taxa de Filtração Glomerular (mL/min/1,73m ²)
1	> 90 com proteinúria
2	60 a 89 com proteinúria
3a	45 a 59
3b	30 a 44
4	15 a 29
5	< 15 ou em diálise

Fonte: Duncan (2013).

3.3. INFECÇÃO URINÁRIA RECORRENTE

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente.

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- alteração anatômica ginecológica que provoque ITU recorrente.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;
2. resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de diferença entre eles);
3. cor de pele (preta ou não), idade e sexo, informações que podem ser identificadas no sistema informatizado de regulação, quando existente;
4. resultado de ecografia das vias urinárias, com data;
5. descrever se foi realizada profilaxia para infecção urinária recorrente, e como foi feita, medicamento dose e posologia;
6. em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino;

3.4. LITÍASE RENAL

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- Nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS.
- Impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:
 - Cálculo ureteral maior que 10 mm; ou
 - Cálculo ureteral maior que 4 mm que não foi eliminado após seis semanas de tratamento clínico; ou
 - Cálculo vesical; ou
 - Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematuria ou infecção trato urinário); ou
 - Cálculo renal assintomático maior que 10 mm.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Resultado de ecografia urinária ou de Raio X, com data (para cálculos ureterais menores que 10 mm, são necessários dois exames, com no mínimo seis semanas de diferença entre eles);
3. Resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de diferença entre eles);
4. Cor de pele (preta ou não), idade e sexo, informações que podem ser identificadas no sistema de informatização de regulação, quando existente;
5. Tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;
6. Investigação de causas tratáveis de litíase renal (sim ou não). Se sim, descrever achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas;

3.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/nefrologia_resumo_doenca_renal_cr%C3%B4nica_TSRS.pdf

<https://atencobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201712/13112325-protocolos-ses-nefrologia.pdf>

https://saude.campinas.sp.gov.br/especialidades/urologia_nefrologia/Protocolo_Encaminhamento_Ur

o_Nefro.pdf

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/acessos-por-especialidade/consulta-pediatria/13817-nefrologia-pediatria/file>

• 4. UROLOGIA ADULTO

4.1. HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HBP)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Episódio de obstrução urinária aguda em paciente com hiperplasia prostática benigna.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical); ou
- HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência); ou
- HPB e infecção urinária recorrente (ver protocolo infecção urinária recorrente); ou
- HPB e litíase vesical; ou
- sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) refratário ao tratamento clínico otimizado .

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e/ou sintomas (tempo de início, histórico de retenção urinária, descrição de toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
2. tratamento em uso ou já realizado para sintomas urinários (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
3. resultado do exame de PSA total, com data (se realizado);
4. resultado de exame de creatinina sérica, com data (se realizado);
5. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
6. resultado de ecografia abdominal ou vias urinárias ou próstata, com data (se realizado);

4.2. NEOPLASIA DE PRÓSTATA

Atenção:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia urologia ou urologia:

- Neoplasia em biópsia prostática; ou suspeita clínica de neoplasia de próstata (presença de hematúria, obstrução urinária, sintomas constitucionais) em homens com PSA total > 3 ng/mL; ou
- suspeita clínica de neoplasia de próstata por toque retal suspeito (com nódulo, endurecimento ou assimetria); ou
- pacientes em qualquer idade e uma medida de PSA total \geq a 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite .

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Pacientes com até 70 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite ; ou
- Pacientes com 70 a 75 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml , na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite , se expectativa de vida estimada superior a 10 anos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
- Resultado de biópsia prostática, se realizada;
- Resultado de PSA total, com data (se PSA total < 10 ng/mL em paciente assintomático ou PSA elevado em pessoa com sintomas de infecção urinária/prostatite, descreva dois exames com intervalo mínimo de um mês);
- Resultado de EAS/urina tipo 1, com data;

4.3. PATOLOGIAS ESCROTAIS BENIGNAS (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de torção de testículo (dor testicular aguda, edema e nódulo de consistência macia).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Patologias escrotais benignas sintomáticas, exceto varicocele.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para andrologia:

- varicocele sintomática (dor ou desconforto); ou
- varicocele assintomática associada a uma ou mais condições:
- testículo ipsilateral diminuído; ou
- condição testicular adicional que afete a fertilidade (como criptorquidia);ou
- varicocele palpável bilateral; ou

- varicocele clínica e alterações no espermograma (azoospermia, oligospermia ou outras alterações no espermograma).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir tempo de evolução, frequência, fatores desencadeantes ou de alívio);
2. descrição da ecografia escrotal, com data (se realizado);
3. se varicocele, descrição do espermograma, com data (se realizado);

4.4. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Homens com incontinência urinária complicada (incontinência grave, sintomas obstrutivos e/ou irritativos graves do trato urinário inferior, infecções urinárias recorrentes, dor pélvica, doença neurológica ou história de cirurgias pélvicas, prostáticas ou radioterapia pélvica).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia ou ginecologia:

- Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida – perda de peso quando necessário, diminuição da ingestão de cafeína/álcool).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- Paciente com prolapso genital e sintomas de incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas;
- descrição do exame pélvico em mulheres (presença e grau de prolapso genital);
- história prévia de cirurgia (pélvica, prostática) ou radioterapia pélvica (sim ou não). Se sim, descreva;
- resultado do estudo urodinâmico, com data (se realizado);
- tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- outros medicamentos em uso que afetam continência urinária (sim ou não). Se sim, quais?

4.5. DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia ou andrologia:

- Disfunção erétil refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por 6 meses; ou
- Disfunção erétil e contraindicações (hipersensibilidade ao fármaco ou uso de nitrato oral) ou
- Efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5; ou
- Doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

Suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo

1. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter: 1. sinais e sintomas;
2. tratamento em uso ou já realizado para disfunção erétil (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. outros medicamentos em uso com posologia;
4. se paciente com doença de Peyronie, apresenta incapacidade para manter relação sexual (sim ou não);
5. se suspeita de hipogonadismo descreva, com data, o resultado de dois exames de testosterona total coletados em dias diferentes;

4.6. LITÍASE RENAL

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepse urinária e/ou dor incontrolável com tratamento otimizado na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Cálculo ureteral maior que 10 mm; ou cálculo ureteral \leq 10 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico; ou
- Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário); ou
- Cálculo renal assintomático maior que 10 mm; ou
- Cálculo renal coraliforme, de qualquer tamanho; ou
- Cálculo vesical.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS; ou
- impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos recorrentes com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de tomografia de abdômen sem contraste ou ecografia urinária ou raio X, com data (para cálculos menores ou iguais a 10 mm, são necessários dois exames, com no mínimo 6 semanas de intervalo entre eles);
3. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
4. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
5. tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;
6. investigação de causas tratáveis de litíase renal (sim ou não). Se sim, descrever achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas;

4.7. HEMATÚRIA

Atenção: Sempre descartar causas benignas (infecção urinária, febre, trauma ou sangramento menstrual) em pacientes com hematúria.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Hematúria macroscópica com coágulos, na ausência de infecção; ou
- Hematúria macroscópica sem coágulos (confirmada em um exame de urina) e sem evidência de doença glomerular; ou
- Hematúria microscópica assintomática persistente de origem não glomerular (confirmada em dois exames de urina com intervalo de 8 semanas e pesquisa de hemácias dismórficas negativa) em pacientes com idade ≥ 35 anos ou com fatores de risco para neoplasia urotelial .

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- Hematúria macroscópica sem coágulos (confirmada em um exame de urina) sugestiva de doença glomerular; ; ou
- Hematúria microscópica assintomática persistente sugestiva de doença glomerular (confirmada em um exame de urina e com pesquisa de hemácias dismórficas positiva ou outros achados de doença glomerular).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
3. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
4. se hematúria sem coágulos, descreva resultados dos exames, com data: creatinina, microalbuminúria em amostra (ou albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria), hemácias dismórficas e exame comum de urina (EQU/ EAS ou Urina tipo 1);
5. resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;

4.8. CONDILOMA ACUMINADO/VERRUGAS VIRAIS

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para CID (Centro Integrado de Doenças Infecciosas):

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal));
2. resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
3. tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);

4.9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_urologia.pdf

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/acessos-por-especialidade/consulta-pediatria/13817-nefrologia-pediatria/file>

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/acessos-por-especialidade/consulta-adulto/13803-urologia-adulto/file>

•

• 5. REUMATOLOGIA

5.1. ARTRITE REUMATÓIDE

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

Diagnóstico de artrite reumatoide (Quadro 1)

Critérios de classificação de artrite reumatoide

Quadro 1 - Critérios American College of Rheumatology (ACR/EULAR 2010)

Paciente com pelo menos uma articulação com sinovite clínica definida (edema articular) que não seja melhor explicado por outra doença. Pontuação ≥ 6 define diagnóstico.	
Envolvimento articular¹	(0 a 5 pontos)
1 grande ² articulação	0
2-10 grandes ² articulações	1
1-3 pequenas ³ articulações	2
4-10 pequenas ³ articulações	3
>10 articulações ⁴ (pelo menos uma pequena articulação)	5
Sorologia⁵	(0 a 3 pontos)
FR negativo e anti-CCP negativo	0
FR positivo em título baixo ou anti-CCP positivo em título baixo	2
FR positivo em título alto ou anti-CCP positivo em título alto	3
Provas de fase aguda	(0 a 1 pontos)
PCR normal e VHS normal	0
PCR anormal ou VHS anormal	1
Duração dos Sintomas⁶	(0 a 1 pontos)
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1

Fonte: ACR/EULAR (2010).

¹	Envolvimento articular refere-se a qualquer articulação com dor ou edema identificado no exame físico.
²	Grandes articulações: ombro, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos.
³	Pequenas articulações: punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, 2º a 5º metatarsofalangeanas.
⁴	Pode incluir articulações adicionais como: temporomandibular, acromioclavicular e esternoclavicular.
⁵	Título positivo baixo corresponde aos valores (UI) maiores que o limite superior de normalidade (LSN), mas menores ou iguais a três vezes o LSN para o método e laboratório. Título positivo alto: valores maiores que três vezes o LSN para o método e laboratório. Quando o FR só estiver disponível como positivo ou negativo, um resultado positivo deve ser marcado como “positivo em título baixo”.

⁶ Duração dos sintomas se refere ao relato do paciente quanto a duração dos sintomas ou sinais de sinovite (por exemplo, dor, inchaço) nas articulações que estão clinicamente envolvidas no momento da avaliação, independentemente do status do tratamento.

Suspeita de artrite reumatoide

Critérios para alta suspeita de artrite reumatoide (quadro 2)

Quadro 2 - Critérios para alta suspeita de artrite reumatoide

⁷ Presença de artrite (sinovite/edema identificado pelo médico) de 3 ou mais articulações
⁸ associada a:
⁹ rigidez matinal por mais de 30 minutos; e/ou
¹⁰ teste do aperto das articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas (teste do squeeze) positivo (ver figura 1 no anexo).

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015) adaptado de EMERY (2002).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugiram diagnóstico:

- a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;
- b) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;
- c) teste do aperto das articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas (teste do squeeze - Quadro 3) positivo (sim ou não)

Quadro 3 - Teste do squeeze

d) outros sinais ou sintomas;

- descrição da radiografia das mãos, punhos e pés, com data (se necessário);
- resultado de fator reumatoide, com data.
- resultado de proteína c reativa (PCR) ou velocidade de sedimentação globular (VHS), com data.

5.2. ARTRITE PSORIÁSICA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- Diagnóstico de artrite psoriásica (Quadro 4)
- Suspeita de artrite psoriásica (Quadro 5);

Quadro 4 – Critérios de classificação de artrite psoriásica Critérios CASPAR – Classification Criteria for Psoriatic Arthritis

Doença inflamatória articular estabelecida e pontuação igual ou maior do que 3 pontos nos seguintes critérios:	
Psoríase psoríase cutânea atual; ou história de psoríase; ou história familiar de psoríase;	2 pontos 1 ponto 1 ponto
Dactilite (“dedos em salsicha”) atual ou passado;	1 ponto
Evidência radiográfica (mãos/pés) de neoformação óssea justa-articular;	1 ponto
Fator reumatoide negativo;	1 ponto
Distrofia ungueal (onicólise, pitting, hiperkeratoses).	1 ponto

Fonte: Sociedade Brasileira de Reumatologia (2007).

Quadro 5 – Suspeita de artrite psoriásica

Pessoa com história pessoal ou familiar de psoríase associado à pelo menos um dos seguintes critérios:
1) artrite periférica, especialmente oligoarticular e envolvendo articulações interfalangeanas distais;
2) dactilite (“dedos em salsicha”);
entesite/tenossinovite.;
dor na coluna de caráter inflamatório.

Fonte: OLIVIERI (2008).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugerem o diagnóstico:
 - a. presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;

- b. presença de distrofia ungueal psoriásica típica (onicólise, pitting, hiperqueratose) (sim ou não);
 - c. presença de dactilite ou história recente de edema e eritema de dedos (sim ou não);
 - d. presença de entesite (dor ou aumento de sensibilidade, especialmente no tendão de aquiles e/ou fásia plantar) (sim ou não); e) outros sinais ou sintomas.
2. psoríase cutânea atual (sim ou não).
 3. história prévia de psoríase cutânea (sim ou não).
 4. história familiar de psoríase (sim ou não).
 5. resultado de fator reumatoide, com data.
 6. resultado de exame de imagem de articulação acometida, com data (se necessário)

5.3. LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Suspeita ou diagnóstico de LES com sinais/sintomas ameaçadores à vida.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- Diagnóstico de LES (Quadro 6); ou
- Suspeita de LES (pelo menos 3 critérios clínicos/laboratoriais) (Quadro 6).

Quadro 6 – Critérios de Classificação de Lúpus Eritematoso Sistêmico
Critérios American College of Rheumatology (ACR) revisados em 1997

Presença de pelo menos 4 critérios entre os 11 critérios	
Critérios	Definição
1. Eritema malar	eritema fixo, plano ou elevado nas eminências malares, tendendo a poupar a região nasolabial.
2. Lesão discóide	lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.
3. Fotossensibilidade	eritema cutâneo resultante de reação incomum ao sol, por história referida pelo paciente ou observação do médico.
4. Úlcera oral	ulceração oral ou nasofaríngea, geralmente não dolorosa, observada pelo médico.
5. Artrite	artrite não erosiva envolvendo 2 ou mais articulações periféricas, caracterizada por dor à palpação, edema ou derrame
6. Serosite	pleurite – história convincente de dor pleurítica ou atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural; ou pericardite – documentada por eletrocardiograma ou atrito ou evidência de derrame pericárdico.
7. Alteração renal	proteinúria persistente de mais de 0,5 g/dia ou acima de 3+ (+++) se não quantificada; ou cilindros celulares – podem ser hemáticos, granulares, tubulares ou mistos.

8. Alteração neurológica	a) convulsão – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos); ou b) psicose – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos).
9. Alterações hematológicas	anemia hemolítica com reticulocitose; ou leucopenia de menos de 4.000/mm ³ em duas ou mais ocasiões; ou linfopenia de menos de 1.500/mm ³ em duas ou mais ocasiões; ou trombocitopenia de menos de 100.000/mm ³ na ausência de uso de fármacos causadores.
10. Alterações imunológicas	presença de anti-DNA nativo em titulação anormal; ou presença de anti-Sm; ou achados positivos de anticorpos antifosfolípidios baseados em concentração sérica anormal de: anticardiolipina IgG ou IgM; ou teste positivo para anticoagulante lúpico, usando teste-padrão; ou VDRL falso-positivo, por pelo menos 6 meses e confirmado por FTA-Abs negativo.
11. Anticorpo antinuclear (FAN)	título anormal de FAN por imunofluorescência ou método equivalente em qualquer momento, na ausência de fármacos sabidamente associados ao lúpus induzido por fármacos.

Fonte: HOCHBERG (1997).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. Manifestações clínicas que sugerem o diagnóstico:

- a) presença de exantema malar (sim ou não);
- b) presença de fotossensibilidade (sim ou não);
- c) presença de exantema discóide (sim ou não);
- d) presença de úlcera oral (sim ou não);
- e) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;
- f) presença de serosite (pleurite ou pericardite) (sim ou não);
- g) presença de sinais ou sintomas neurológicos (sim ou não). Se sim, descrever quais;
- h) presença de outros sinais ou sintomas (sintomas constitucionais, fenômeno de Raynaud) (sim ou não). Se sim, descreva quais;

2. resultado de proteinúria em EAS/Urina tipo 1 ou avaliação quantitativa de proteinúria (relação proteinúria/creatinúria ou microalbuminúria em amostra ou albuminúria de 24 horas, conforme disponibilidade local), com data.

3. resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia quando presente), com data.

4. se anemia, resultado de exames para avaliar hemólise (reticulócitos, LDH, bilirrubinas e Coombs direto), com data.

5. resultado de fator antinuclear (FAN), com data.

5.4. DOR LOMBAR E ALTERAÇÕES EM EXAME DE IMAGEM DE COLUNA LOMBAR

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (Quadro 7); ou
- perda de força progressiva medida de maneira objetiva; ou dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado; ou
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral; ou suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas); ou
- suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para exame de imagem (ressonância magnética nuclear – RMN –, ou tomografia computadorizada – TC), se raio-X normal ou inconclusivo:

Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- Sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos; ou
- Paciente com história prévia ou suspeita de câncer; ou
- Paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticóides ou outros imunossupressores); ou
- Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre, outros achados); ou
- Dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou
- Dor predominantemente noturna; ou paciente com diagnóstico prévio de osteoporose; ou
- Dor lombar com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado .

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- Dor lombar crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória (Quadro 7).

Quadro 7 – Dor lombar característica inflamatória (pelo menos 4 entre os 5 critérios)

Primeiros sintomas iniciaram antes dos 40 anos
Início insidioso
Melhora com exercício
Sem melhora com repouso
Dor noturna (com melhora ao levantar-se)

Fonte: Rudwaleit (2009).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia ou ortopedia:

- Síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou
- Diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica); ou
- Lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese; ou
- Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS; ou
- Dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisioterapia, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível):

- Dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.
- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:
- Dor lombar crônica (mais de 3 meses) e suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas:
 - a)descrever características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b) presença de alterações em exame físico neurológico(sim ou não). Se sim, descreva;
 - c) outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
2. tratamento em uso ou já realizado para dor lombar (não-farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual?
5. se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
6. osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
7. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;

5.5. ARTRITE POR DEPOSIÇÃO DE CRISTAIS (GOTA)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna ou reumatologia:

- Diagnóstico de gota (Quadro 8) e crises recorrentes (3 ou mais no ano) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado (não-farmacológico e farmacológico);

Quadro 8 - Critérios de Classificação de Gota (presença de pelo menos 8 pontos)

Critérios de American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism (ACR/EULAR 2015)

1º passo: critério de inclusão (apenas aplicar os critérios abaixo para aqueles que preencham este requisito)	Pelo menos um episódio de edema, dor ou sensibilidade em uma articulação periférica ou bursa
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

2º passo: critério suficiente (se alcançado, pode-se classificar como gota sem aplicar os critérios abaixo)	Presença de cristais de urato monossódico (UMS) em uma articulação ou bursa sintomática (ex: em líquido sinovial) ou tofo.	
3º passo: critérios (para uso caso critério suficiente não seja alcançado)	Categorias	Pontuação
Clínico		
Padrão de envolvimento articular/bursa durante qualquer episódio sintomático.	Tornozelo ou médio pé (como parte de um episódio monoarticular ou oligoarticular sem o envolvimento da primeira metatarsofalangeana)	1
	Envolvimento da primeira metatarsofalangeana (como parte de um episódio monoarticular ou oligoarticular)	2
Características de quaisquer episódio(s) sintomáticos: Eritema sobre as articulações afetadas (reportado pelo paciente ou observado pelo médico). Não consegue suportar o toque ou pressão na articulação afetada. • Grande dificuldade para andar ou incapacidade de usar a articulação afetada.	Uma característica	1
	Duas características	2
	Três características	3
Curso temporal de qualquer episódio(s): Presença (em qualquer momento) de ≥ 2 dos seguintes critérios, independente do tratamento anti-inflamatório: Tempo até a dor máxima < 24 horas Resolução dos sintomas em ≤ 14 dias Resolução completa (até o nível normal) entre os episódios sintomáticos	Um episódio típico	1
	Episódios típicos recorrentes	2
Evidência clínica de tofo: Nódulos subcutâneos drenando ou com material semelhante a giz sob a pele transparente, geralmente com vascularização sobrejacente, localizados em locais típicos: articulações, orelhas, bursa olecraniana, polpas digitais e tendões (ex: tendão de Aquiles)	Presente	4
Laboratório		
Ácido úrico sérico: Medido pelo método da uricase. Idealmente deve ser pontuado quando o paciente não está recebendo a terapia uricorreutora e > 4 semanas do início dos episódios (durante período intercrítico); se possível, testar novamente nessas condições. O maior valor, independente do tempo, deve ser pontuado.	< 4 mg/dL	- 4
	4 a 6 mg/dL	0
	6 a < 8 mg/dL	2
	8 a < 10 mg/dL	3
	≥ 10 mg/dL	4

Análise do líquido sinovial de uma articulação ou bursa sintomática (a qualquer momento).	UMS negativo	- 2
	Líquido sinovial não avaliado	0
Imagem (se imagem indisponível pontuar esse item como 0)		
Evidência de depósito de urato em uma articulação ou bursa sintomática a qualquer momento: Ultrassonografia ou DECT.	Presente (qualquer método)	4
Evidência de dano articular relacionado à gota: Radiografia convencional das mãos e/ou dos pés demonstrando pelo menos uma erosão	Presente	4

Fonte: American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism (ACR/EULAR 2015)

- Diagnóstico de gota e ácido úrico fora do alvo terapêutico (alvo determinado por ácido úrico sérico <6 mg/dL em pessoas sem tofo gotoso e < 5 mg/dL em pessoas com tofo gotoso) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado (não-farmacológico e farmacológico).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- diagnóstico de gota e origem incerta da hiperuricemia (jovens, mulheres pré-menopausa); ou
- diagnóstico de gota em pessoa com doença renal crônica (Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73m²).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. manifestações clínicas que sugerem o diagnóstico:

- a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características (calor, rubor, edema) e tempo de evolução do quadro;
 - b) presença de tofo (sim ou não);
 - c) número de crises ao ano;
 - d) outros sinais e sintomas relevantes;
2. resultado de ácido úrico sérico, com data;
 3. resultado de creatinina sérica, com data;
 4. cor da pele (para cálculo de taxa de filtração glomerular);
 5. tratamentos em uso ou já realizados para gota (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia);
 6. outras medicações em uso;

5.6. OSTEOARTRITE

- Sinais e sintomas comuns que sugerem diagnóstico de osteoartrite (Quadro 9).

Quadro 9 – Sinais e sintomas comuns na osteoartrite

Osteoartrite do joelho (critério clínico e radiológico):
dor no joelho associada a osteófitos nas margens articulares na radiografia de joelho e mais um critério clínico: <ul style="list-style-type: none"> • idade superior a 40 anos; • rigidez matinal com duração inferior a 30 minutos; • crepitação durante a mobilização ativa da articulação.
Osteoartrite do quadril (critério clínico, radiológico e laboratorial):
dor no quadril e pelo menos 2 entre os 3 critérios: <ul style="list-style-type: none"> • VSG/VHS < 20 mm/h; • osteófitos femoral ou acetabular na radiografia de quadril; • diminuição do espaço interarticular (superior, axial e/ou medial) na radiografia de quadril.
Osteoartrite da mão (critério clínico):
<ul style="list-style-type: none"> • dor ou rigidez das mãos e pelo menos 3 dos 4 critérios: • alargamento ósseo de duas ou mais articulações definidas (2º e 3º interfalangeanas distais, 2º e 3º interfalangeanas proximais e 1º articulação carpometacarpal de ambas as mãos); • alargamento ósseo de duas ou mais articulações interfalangeanas distais; • menos de três articulações metacarpofalangeanas com edema; • deformidade de pelo menos 1 das 10 articulações definida.

Fonte: American College of Rheumatology (1986, 1990, 1991).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- Suspeita de doença articular inflamatória como artrite reumatóide ou artrite psoriásica; ou
- Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Osteoartrite de quadril, joelho ou ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou
- Importante prejuízo para as atividades de vida diária); ou
- Osteoartrite em mãos com deformidade que comprometam a função da mão.
- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outro serviço de referência disponível):
- Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugerem o diagnóstico:
 - a) dor articular (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas;

- b) hipertrofia óssea na articulação (sim ou não). Se sim, articulações acometidas;
- c) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;
- d) presença de crepitação, quando sintoma em articulação de joelho (sim ou não);
- e) outros sinais e sintomas relevantes (edema da articulação, calor local, deformidade articular);

- 2. presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
- 3. resultado de exame de imagem, com data;
- 4. resultado de velocidade de hemossedimentação (VHS), com data;
- 5. índice de massa corporal (IMC);
- 6. tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
- 7. comorbidades associadas (psoríase, doença inflamatória intestinal e outras);

5.7. FIBROMIALGIA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- Suspeita de doença articular inflamatória.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para equipe de tratamento da dor, fisioterapia ou acupuntura:

- Fibromialgia (Quadro 10) sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado por pelo menos 6 meses.

Quadro 10 – Critérios para classificação de Fibromialgia.

Critérios American College of Rheumatology (ACR), 2010

Paciente preenche critérios diagnósticos de fibromialgia se:
<ul style="list-style-type: none"> • índice de dor difusa (IDD) $\geq 7/19$ e uma escala de gravidade de sintomas (SS) ≥ 5; ou IDD entre 3–6 e SS ≥ 9; • sintomas devem estar estáveis e presentes por pelo menos três meses; • ausência de outra condição clínica que pudesse explicar essa sintomatologia.
<ul style="list-style-type: none"> • Índice de dor difusa (IDD) (Número de áreas onde teve dor nos últimos 7 dias, escore entre 0 e 19)
1) mandíbula esquerda ou direita
2) cintura escapular esquerda ou direita
3) braço esquerdo ou direito
4) antebraço esquerdo ou direito
5) quadril (nádega/trocânter) esquerdo ou direito
6) coxa esquerda ou direita
7) perna esquerda ou direita
8) região cervical
9) tórax
10) abdômen

11) região lombar				
12) região dorsal superior				
Escala de Gravidade de Sintomas (SS): soma de gravidade dos 3 sintomas (fadiga, sintomas cognitivos e sono não restaurador) e gravidade dos sintomas somáticos gerais				
Para cada um dos sintomas, indicar o nível de gravidade na última semana:				
	Sem alterações. (0 ponto)	Alterações leves, intermitentes. (1 ponto)	Moderados, frequentes. (2 pontos)	Grave, contínuo, prejudicam a vida diária. (3 pontos)
Fadiga				
Sintomas cognitivos				
Sono não restaurador				
	Nenhum sintoma (0 pontos)	Poucos sintomas (1 ponto)	Moderada quantidade de sintomas (2 pontos)	Grande quantidade de sintomas (3 pontos)
Sintomas somáticos gerais				
* Dor muscular, síndrome do cólon irritable, fadiga ou cansaço, alterações do pensamento ou memória, fraqueza muscular, cefaleia, cólicas abdominais, dormência/formigamentos, tontura, insônia, depressão, constipação, dor em abdômen superior, náusea, nervosismo, dor torácica, borramento visual, febre, diarreia, boca seca, prurido, sibilância, fenômeno de Raynaud, zumbido, vômito, azia, úlceras orais, perda/alteração no paladar, convulsões, olhos secos, respiração curta, perda de apetite, eritema, sensibilidade solar, problemas de audição, maior sensibilidade a ferimentos, perda de cabelos, disúria, espasmos vesicais.				

Fonte: American College of Rheumatology ACR (2010).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. sinais e sintomas:

- citar áreas em que o paciente sente dor, características da dor e tempo de evolução,
- presença de fadiga (sim ou não). Se sim, descreva gravidade,
- paciente apresenta sono reparador (sim ou não). Se não, descreva gravidade,
- presença de sintomas cognitivos (sim ou não). Se sim, descreva-os e a gravidade,
- outros sinais e sintomas gerais (edema articular, fraqueza, fenômeno de Raynaud, alteração do hábito intestinal, sintomas constitucionais) (sim ou não). Se sim, quais.

2. paciente apresenta comorbidades psiquiátrica (sim ou não). se sim, qual e medicamento em uso.

3. tratamento em uso ou já realizado para fibromialgia (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).

5.8. BURSITE/TENDINITE

Atenção: Não há indicação de encaminhamento de pacientes com quadro exclusivo de Bursite/ Tendinopatia mecânica para o Reumatologista.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia ou serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível):

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- Bursite ou tendinite há mais de 3 meses, com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. sinais e sintomas:
 - a)descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b)presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
2. resultado de exame de imagem da região envolvida, quando realizado, com data;
3. história prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva;
4. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
5. tratamento não farmacológico em uso ou já realizado para a dor periarticular (tipo e duração);

5.9. DOR MIOFASCIAL

Atenção: Não há indicação de encaminhamento de pacientes com quadro exclusivo de Bursite/ Tendinopatia mecânica para o Reumatologista.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível):

- Pacientes com dor miofascial sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado por um período de 6 meses.

5.10. OSTEOPOROSE

INDICAÇÕES PARA INVESTIGAÇÃO COM DENSITOMETRIA ÓSSEA:

1. Mulheres com 65 anos ou mais, independente de fatores de risco
2. Homens com 70 anos ou mais
3. Mulheres na peri-menopausa e pós-menopausa, com 1 fator de risco maior ou 2 fatores de risco menores para fraturas.

4. Mulheres com deficiência estrogênica com menos de 45 anos
5. Mulheres com amenorréia secundária prolongada (por mais de 1 ano)
6. Indivíduos que tenham sofrido fratura com trauma mínimo ou atraumática (igual ou menor que queda ao solo)
7. Indivíduos com evidências radiográficas de osteopenia ou fraturas vertebrais
8. Indivíduos em uso de corticóides por 3 meses ou mais, com dose superior a 5 mg/dia de prednisona;
9. Mulheres com índice massa corpórea (IMC) < 18,5 Kg/m²
10. Indivíduos com perda de estatura maior que 2,5 cm ou hipercifose torácica;
11. Portadores de doenças ou de medicações associadas com perda óssea (vide causas secundárias);
12. Monitoramento do tratamento ou mudanças de massa óssea decorrente da evolução da doença e dos diferentes tratamentos disponíveis.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DENSITOMÉTRICOS (OMS)

- Definição: (T score, DP da média, em relação aos valores dos adulto jovem):
- Normal = Densitometria Mineral Óssea (DMO) $\geq - 1$ DP (desvio padrão)
- Osteopenia = DMO entre - 1 a - 2,5 DP
- Osteoporose = DMO $\leq - 2,5$ DP
- Osteoporose estabelecida = DMO $\leq - 2,5$ DP associada a fratura de fragilidade (patológica = fratura por neoplasia)

TRATAMENTO

- Atividade física regular;
- Cálcio 1,0 a 1,5 g/dia (alimentar ou suplementos);
- Vitamina D 400 - 800 UI/dia;
- Alendronato (70 mg/semana ou 10 mg/dia) ou Risedronato 35 mg/semana

OBS: Recomenda-se medidas seriadas a cada 2 anos (exame alterado) para monitorar tratamento ou progressão. Se o exame for normal, o intervalo de repetição pode ser a cada 5 anos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento

- Dosagens de cálcio sérico ou urinário alterados e fosfatase alcalina elevada;
- Paciente após fratura de fragilidade: idem acima, independente da taxa da densidade mineral óssea (DMO);
- Pacientes com fraturas;
- Pacientes com contraindicação ou intolerância aos bifosfonatos (esofagite, doença péptica grave, uso crônico de protetores gástricos) ou em caso de dúvida no diagnóstico ou etiologia;

EXAMES COMPLEMENTARES - Radiografia óssea (na suspeita de fratura), Cálcio, fósforo, creatinina, fosfatase alcalina, hemograma, VHS, TSH e T4 livre e PTH.

5.11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_reumatologia_TSRS_20160324.pdf

<https://www.reumatologiasp.com.br/pcdts/>

<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/pe-osteoporose2006.pdf>

• 6. OFTAMOLOGIA ADULTO / INFANTIL

Quem pode solicitar:

Todos os médicos que atuam nos postos de saúde da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica. Os encaminhamentos serão classificados: rotina, risco 1, risco 2, risco 3, urgência e emergência.

- Encaminhamento realizado por médico particular deverá ser reavaliado pelo médico do SUS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descreva quadro de diminuição visual (alteração na visão para perto ou para longe) e outros achados do exame físico como: nistagmo, estrabismo, pterígio ou achados corneanos);
2. Quando foi a última revisão oftalmológica?
3. Prejuízo funcional devido à diminuição da acuidade visual? (sim ou não). Se sim, descreva;
4. Paciente Diabete mellitus - levar glicemia, Hba1c e controle de dextro;
5. Pacientes Hipertensos - Levar MRPA;
6. Se usar óculos - levá-lo;

6.1. ROTINA

Rotina anual/Avaliação, troca de óculos, óculos fracos, diminuição da acuidade visual, cefaléia sem queixas visuais, pterígio assintomático, nódulo palpebral, , distúrbio de refração, blefarocalase (excesso de pele), ptose antiga, verruga/acrocordon em pálpebras, pisca muito, miopia, astigmatismo.

6.2. RISCO 1

HOFTALON - Calázio

CISMEPAR - Estrabismo em adultos, uso inicial de hidroxicloroquina;

CREMI - Diminuição da acuidade visual com lacrimejamento crônico, dor ocular crônico, ardência, ressecamento e prurido ocular, diminuição da acuidade visual mesmo com óculos, cefaléia com queixas oftalmológicas;

6.3. RISCO 2

HOFTALON - Pterígio sintomático, hordéolo de repetição, ceratocone, retinopatia diabética estável, glaucoma, catarata;

CREMI - DM com embaçamento visual ou diminuição, cefaléia em crianças e adolescentes (até 18 anos), conjuntivite de repetição;

6.4. RISCO 3

HOFTALON - Catarata em jovens, catarata em profissões que exijam visão (motorista, professor, pedreiro, costureira atc...), ceratocone com diminuição da acuidade visual, prematuridade enquanto RN, maculopatia, exposição congênita à Lues ou toxoplasmose, Lues congênita, blefarite, diplopia crônica, retinopatia diabética aguda, blefaroespasmos, exoftalmia aguda, entrópio/ectrópio, paralisia de músculos oculares (agudos ou subagudos);

CREMI - Quebra de óculos, diminuição da acuidade visual em idade escolar, obstrução/estenose do canal lacrimal, estrabismo em crianças e adolescentes < 18 anos/ 1º atendimento;

6.5 URGÊNCIA (Regular via SAMU)

HOFTALON - Escotomas e manchas agudas, deslocamento de retina, flashes/raios na visão, uveíte, edema agudo e pálpebras, ptose aguda, moscas volantes/halos coloridos agudos, cegueira noturna;

CREMI - Teste do olhinho;

6.5. EMERGÊNCIA (Regular via SAMU)

HOFTALON - Amaurose súbita, corpo estranho, úlcera de córnea aguda, traumas, dor ocular forte de intensidade aguda;

OBS: Todo paciente diabético ou pacientes em uso crônico de hidroxicloroquina/cloroquina necessitam rastreamento para retinopatia, independente de diminuição na acuidade visual;

***Suspeita de glaucoma agudo (olho vermelho geralmente unilateral, dor ocular grave de início abrupto, náuseas e vômitos, olho tenso a palpação).

6.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/oftalmologia_adulto.pdf

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/acessos-por-especialidade/consulta-adulto/13783-oftalmologia-geral-adulto/file>

• 7. NEUROLOGIA ADULTO

7.1. CEFALÉIA

Paciente com cefaléia sem sinais de alarme;

Condições clínicas que indicam a necessidade de investigação com exame de imagem (Ressonância Magnética Nuclear - RMN ou Tomografia Computadorizada de crânio - TC):

Cefaleia com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- Padrão novo ou mudança recente no padrão da cefaleia;
- Início da cefaleia em pessoa com mais de 50 anos;
- Evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucas semanas ou meses;
- Dor que acorda durante o sono;
- Dor desencadeada pelo esforço, coito, tosse, atividade física ou manobra de Valsalva.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- Migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na APS;
- Outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou tipo tensão;
- Paciente com necessidade de investigação com exame de imagem (RMN ou TC de crânio), quando exame não for disponível na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade de início da cefaleia, tempo de evolução, características da dor, frequência das crises, mudança no padrão, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);
2. comorbidades (infecção pelo HIV, neoplasia, trauma craniano recente);
3. tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. anexar laudo de exame de imagem (TC ou RMN de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);

7.2. DEMÊNCIA/ALZHEIMER

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- Declínio cognitivo rapidamente progressivo (limitação funcional, cognitiva, comportamental ou motora significativas com evolução menor que dois anos);
- Declínio cognitivo em que foram excluídas causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade e modo de início, tempo de evolução, situações e tarefas que o paciente apresenta prejuízo, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);
2. pontuação no mini exame do estado mental e escolaridade (anos concluídos de educação formal);
3. sintomas depressivos (sim ou não). Se sim, qual o tratamento em uso e resposta;
4. resultado dos exames: TSH, vitamina B12 e VDRL (com data);
5. anexar laudo de exame de imagem (TC ou RMN de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);

7.3. CONVULSÃO/EPILEPSIA/SÍNCOPE OU PERDA DA CONSCIÊNCIA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- Pelo menos um episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva, sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS; ou
- Diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises com tratamento otimizado e descartada má adesão.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever as características e a frequência das crises convulsivas, idade de início, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas fora das crises convulsivas);
2. história prévia de epilepsia (sim ou não). Se sim, descreva o tipo;
3. tratamentos em uso ou já realizados para epilepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. medicamentos em uso que interferem no limiar convulsivo (sim ou não). Se sim, quais;
5. medicamentos que podem causar síncope (antiarrítmicos, anti-hipertensivos) (sim/não). Se sim, descreva.
6. avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);

7.4. VERTIGEM

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Vertigem com suspeita de origem central (nistagmo vertical, cefaléia occipital, grave desequilíbrio).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- Vertigem com suspeita de origem central, já avaliada em serviço de emergência.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- Suspeita de doença de Ménière (vertigem periférica associada a zumbido, hipoacusia e/ou sensação de plenitude aurial); ou
- Vertigem periférica que persiste por mais de 15 dias a despeito do tratamento conservador na APS; ou;
- Vertigem periférica com dúvida diagnóstica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever as características, frequência e duração dos episódios de vertigem, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico e otoscopia);
2. tratamentos em uso ou já realizados para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia e resposta a medicação);

7.5. TREMORES E SÍNDROMES PARKINSONIANAS

- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:
- Suspeita de doença de Parkinson sem uso de medicamentos potencialmente indutores (Antipsicóticos típicos e atípicos, antieméticos, antivertiginosos, anti hipertensivos, bloqueadores dos canais de cálcio, metildopa, lítio, amiodarona, ácido valpróico)ou
- Suspeita de tremor essencial sem resposta ao tratamento clínico otimizado.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade de início e tempo de evolução dos sintomas, características do tremor, bradicinesia, rigidez muscular do tipo plástica, alteração da marcha, instabilidade postural e demais exame neurológico);
2. tratamentos em uso ou já realizados para tremor e/ou síndrome parkinsoniana (medicamentos utilizados com dose e duração do tratamento);
3. outros medicamentos em uso (com dose e posologia);

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Suspeita de AVC/AIT agudo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **neurologia**:

- AVC hemorrágico sem etiologia definida; ou
- AVC isquêmico em paciente com menos de 45 anos; ou
- AVC isquêmico com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma); ou
- AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida ipsilateral à lesão cerebral, entre 50 a 69%.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia vascular ou neurocirurgia:

- AVC isquêmico ou AIT em paciente com obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70% que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do tipo de AVC (hemorrágico ou isquêmico), data do evento e etiologia, quando conhecida;
2. resultado de exame de imagem (TC de crânio) com data, quando realizado;
3. resultado de ecocardiograma com data, quando realizado;
4. resultado de ecodoppler de carótidas, quando realizado;
5. comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais;

7.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_neurologia_TSRS_20160324.pdf

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/acessos-por-especialidade/consulta-adulto/13770-neurologia-adulto/file>

<https://sbcefaleia.com.br/images/file%205.pdf>

• 8. DERMATOLOGIA

8.1. ACNE

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Descrever as lesões vistas no exame físico- comedões, pápulas, pústulas ou nódulos inflamatórios.

Classificação:

- Acne comedoniana ou não inflamatória: são dominantes comedões abertos e fechados.

(Algumas pápulas e/ou pústulas podem estar presentes)

- Acne Inflamatória:
 - Leve: com menos de 20 lesões;
 - Moderada: entre 20 e 50 lesões;
 - Grave: com mais de 50 lesões;

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. tipo (comedões, pápulas, pústulas, nódulos, cistos);
 - b. distribuição (localização);
 - c. tempo de evolução;
 - d. gravidade (leve, moderada ou grave);
2. tratamentos já realizados (medicações tópicas e sistêmicas com o tempo de tratamento);

8.2. CÂNCER DE PELE MELANOMA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- nevo melanocítico congênito com mais de 20 cm;
- dois ou mais nevos melanocíticos congênitos com mais de 1,5 cm;
- seguimento clínico de melanoma prévio;

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. localização;
 - b. tamanho em cm;
 - c. características (assimetria, bordas, cores, crescimento);
 - d. ulceração (sim/não);
 - e. tempo de evolução;

Critérios da regra do ABCDE:

- A. assimetria;
- B. bordas irregulares;
- C. cores variadas;
- D. diâmetro maior que 6 mm;
- E. evolução (alteração recente de tamanho, forma, cor, aparência).

8.3. ECZEMAS/URTICÁRIA/PRURIDO/ DERMATITES/MICOSES/ PSORÍASE/ ALOPECIA/ROSÁCEA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de 1 mês;
- dermatite atópica recidivante (3 ou mais recidivas em um período de 6 meses);

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. lesões e localização;

- b. tempo de evolução;
- c. outros sinais e sintomas associados;
- 2. tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);

8.4. CONDILOMA ACUMINADO, VERRUGAS VIRAIS (VER UROLOGIA ADULTO)

8.5. VITILIGO

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Suspeita de vitiligo;
- vitiligo com resposta insatisfatória ao tratamento tópico otimizado, por 6 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. localização;
 - b. tempo de evolução;
 - c. estimativa da área de superfície corporal acometida;
2. anexar fotografias de todas as áreas acometidas;
3. tratamentos já realizados para vitiligo (medicamentos, posologia e tempo de uso);

8.6. HANSENÍASE

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- suspeita clínica de hanseníase;
- suspeita de recidiva ;

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico: a. descrição das lesões e localização; b. número de lesões c. tempo de duração;
2. anexar fotografias de todas as lesões de pele;
3. efeito adverso relacionado à poliquimioterapia (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e a medicação suspeita;
4. suspeita de recidiva (sim ou não). Se sim, descreva o tratamento realizado e sua duração;

8.7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude248202210.pdf>

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Dermatologia.pdf

• 9. OTORRINOLARINGOLOGIA ADULTO

9.1. VERTIGEM (VER NEUROLOGIA ADULTO);

9.2. OBSTRUÇÃO NASAL

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Obstrução nasal aguda por corpo estranho.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- Obstrução nasal relacionada a fator estrutural: tumor nasal (obstrução nasal unilateral persistente associada a epistaxe ou drenagem purulenta); ou
- Desvio de septo; ou
- Hipertrofia de adenóide; ou
- Obstrução nasal sem etiologia definida após avaliação inicial na APS com medicamentos;

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (início dos sintomas e duração, obstrução unilateral ou bilateral, presença de rinorréia, roncos, epistaxe, anosmia, desvio de septo, deformidades faciais, entre outros achados relevantes);
2. paciente apresenta diagnóstico de rinite ou rinosinusite crônica (sim ou não)? Se sim, descreva tratamento realizado (medicamentos, com posologia e duração);
3. faz uso de medicamentos que causam obstrução nasal (sim ou não)? Se sim, quais;
4. descrição de exames realizados na investigação, com data (como raio-x ou tomografia de seios da face);

9.3. RONCO E APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

- paciente com suspeita de SAHOS (Síndrome de Apnéia e da Hipopnéia Obstrutivas do Sono) - (presença de dois entre os três sintomas: roncos, sonolência diurna excessiva e pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa) associada a fator obstrutivo de via aérea superior: tais como:
- Desvio de septo nasal; ou
- Pólipos nasais; ou
- Hipertrofia de amígdalas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descreva presença de roncos, sonolência diurna e prejuízo funcional associado, pausas respiratórias durante o sono identificados por outra pessoa, entre outros);

2. comorbidades (sim ou não). Se sim, quais;
3. IMC;
4. profissão do paciente;
5. descrição dos exames realizados, com data (polissonografia, exames de imagem, nasofibrolaringoscopia);

9.4. OTITE

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- Membrana timpânica perfurada persistente após 6 semanas do tratamento da otite média aguda; ou
- otite média crônica:
- Com efusão/otorreia que persiste por mais de 3 meses ou
- Que apresenta alteração estrutural da membrana timpânica ou da orelha média; ou
- Com presença de hipoacusia; ou
- suspeita de colesteatoma (presença de acúmulo epitelial que pode estar associado a otorreia fétida persistente, hipoacusia, perda auditiva condutiva, cefaleia, vertigem).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever duração, presença de otorreia, perda auditiva, entre outros);
2. descrição da otoscopia (anormalidades, perfuração da membrana timpânica);
3. tratamento em uso ou realizado para a condição (descrever medicamentos e posologia);

9.5. HIPOACUSIA/ PERDA AUDITIVA E PROTETIZAÇÃO AUDITIVA

- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:
- Perdas auditivas condutivas ou mistas com otoscopia normal; ou
- Hipoacusia sem alteração de otoscopia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reabilitação auditiva (protetização auditiva):

- Perda auditiva neurossensorial (identificada por audiometria) com paciente motivado a usar aparelho de amplificação sonora individual (AASI); ou

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, presença de zumbido, plenitude auricular, vertigem);
2. descrição da otoscopia;

9.6. DISFONIA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- Disfonia em pessoa com alto risco de neoplasia (tabagista, etilista, com sintomas associados, como disfagia orofaríngea ou odinofagia); ou
- Disfonia persistente (≥ 6 semanas) sem causa identificável; ou
- Disfonia associada a procedimentos cirúrgicos de pescoço ou tórax.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever duração, presença de sintomas constitucionais, palpação cervical);
2. fatores de risco: tabagismo, etilismo, profissão;
3. história recente de cirurgia de pescoço ou tórax;

9.7. DISFAGIA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia ou oncologia cirurgia de cabeça e pescoço:

- Disfagia orofaríngea com sinais e sintomas sistêmicos que sugerem neoplasia (sintomas constitucionais, lesão visível a oroscopia, linfonomegalia cervical ou supraclavicular).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- Disfagia orofaríngea persistente com duração maior que 1 mês sem etiologia definida na APS.
- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:
- disfagia esofágica com sinais ou sintomas sistêmicos que sugerem neoplasia (sintomas constitucionais, hematêmese, anemia ferropriva, entre outros); ou
- Disfagia sem lesão identificada na oroscopia na impossibilidade de solicitar endoscopia na APS; ou
- Disfagia em pacientes com causas neurológicas não tratáveis ou sem resposta à terapêutica da doença neurológica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever as características, frequência da disfagia, tempo de evolução, fatores desencadeantes e associados);
2. medidas ou tratamentos já realizados para disfagia (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta);
3. comorbidades, fatores de risco e sinais de alerta para neoplasia orofaríngea;

9.8. LESÕES EM GLÂNDULA SALIVAR

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- Cistos ou outras lesões potencialmente benignas em glândulas salivares maiores (parótida, sublingual e submandibular).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
3. se processo infeccioso ou obstrutivo, descreva tratamentos já realizados (descrever tempo de acompanhamento, procedimentos e medicamentos empregados);

9.9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://cismepar.org.br/pagina/114_Protocolos-de-Regulacao.html

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/otorrinolaringologia.pdf

• 10. PEQUENAS CIRURGIAS – ELETIVAS - CISMEPAR

10.1. PRINCIPAIS CONDIÇÕES CLÍNICAS

- Onicocriptose (unha encravada), na presença de sinais flogísticos, tratar com ATB;

OBS: Temos serviço de podologia

- Lipomas até 03cm;
- Cistos epidérmicos (sebáceos) até 03cm;
- Fibromas moles (acrocórdons), em áreas de trauma ou inestéticos;
- Dermatoses Papulosas Nigricans, inestéticas que afetam a qualidade de vida do paciente;
- Verrugas filiformes, verrugas plantares (olho de peixe);
- Quelóides;
- Xantelasma;
- Calos e calosidades Plantares

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Queixa principal;
- Descrição dos sintomas;
- Tempo de evolução;
- Resultado de exame de imagem (USG), com data (se realizado);
- Comorbidades e fatores de risco e medicamentos de uso contínuo;

10.2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/f/ff/Protocolo_pequenas_cirurgias_revisado.pdf

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/deliberacoes-portarias/deliberacoes-regulacao-2016/protocolos-deliberacao-230-2016-1/12945-protocolo-pequena-cirurgia-adulto-1/file>

http://saude.ararangua.sc.gov.br:81/site/images/arquivos/protocolos_reg/PEQUENA_CIRURGIA.pdf

<https://cismepar.org.br/uploads/pagina/arquivos/Protocolo-de-regulacao-de-acesso-Cismepar.pdf>

• 11. OBSTETRÍCIA – PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO – LINHA GUIA – ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

11.1. RISCO HABITUAL

- Gestantes com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, inclusive:

Características individuais e socioeconômicas:

- Obesidade Grau I e Grau II (IMC < 40);

História reprodutiva anterior:

- Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos);

Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:

- Ameaça de aborto;
- Hipotireoidismo;
- Tabagismo (Fagerström < 8 pontos);
- Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE < 2 pontos);
- Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl);
- Depressão e ansiedade leve;
- Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).

11.2. RISCO INTERMEDIÁRIO

Gestantes que apresentam:

- Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:
- Idade < 15 anos ou > 40 anos;
- Baixa escolaridade (<3 anos de estudo);
- •Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;
- Gestante negra (preta ou parda);
- Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos);
- Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais);

História reprodutiva anterior:

- Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior;
- Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos);
- Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior;
- Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades.

Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:

- Diabetes gestacional não-insulinodependente;
- Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dl);

11.3. ALTO RISCO

Características individuais e condições Socioeconômicas:

- Dependência de drogas ilícitas;
- Obesidade mórbida (IMC \geq 40).

Condições Clínicas prévias à gestação:

- Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento;
- Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades;
- Cirurgia uterina prévia fora da gestação;
- Colelitíase com repercussão na atual gestação;
- Diabetes mellitus tipo I e tipo II;
- Doenças autoimunes (ex. Lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional);
- Doenças hematológicas: - Doença falciforme (exceto traço falciforme); - outras hematopatias.
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras);

- Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥ 4
- Hipertensão arterial crônica;
- Hipertireoidismo;
- Histórico de tromboembolismo;
- Má formação útero-vaginal;
- Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação);
- Neoplasias;
- Pneumopatias descompensadas ou graves;
- Psicose ou depressão grave.

História reprodutiva anterior:

- Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos);
- Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores.

Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:

- Anemia grave (Hemoglobina < 8);
- Diabetes gestacional insulino dependente;
- Doenças infectocontagiosas: - HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses;
- Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;
- Doença hemolítica perinatal;
- Gestação gemelar;
- Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio).
- Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo);
- Incompetência Istmo-cervical;
- Má formação fetal confirmada;
- Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90);
- Oligidrâmnio ou polidrâmnio;
- Placenta acreta/acretismo placentário;
- Placenta prévia (após 22 semanas);
- Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10);
- Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia;
- Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário);
- Tromboembolismo na gestação;
- Trombofilias na gestação;

- Senescência placentária com comprometimento fetal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

Anexar no encaminhamento (INTERMEDIÁRIO/ ALTO RISCO):

- Hemograma;
- Glicemia;
- Urina 1 e Urocultura;
- Parasitológico de fezes;
- Laudo de teste rápido (HIV, SÍFILIS, HEPATITE B e C);
- Tipagem sanguínea;
- Toxoplasmose (IGG/IGM);
- TSH;
- USG OBSTÉTRICA;

11.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS20190821.pdf

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_gui_a_mi-gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf

https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-02/10%20-%20Estratifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20-%20Linha%20de%20cuidado%20materno%20Infantil.pdf

• 12. PNEUMOLOGIA

12.1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- paciente com DPOC e VEF1 menor do que 30% do previsto; ou
- paciente com DPOC que persiste com exacerbações (2 ou mais por ano ou 1 internação hospitalar) ou muito sintomático (pontuação maior ou igual a 2 na escala de dispneia mMRC – quadro 1),
- suspeita de cor pulmonale (quadro 2); ou
- avaliação para oxigenoterapia domiciliar (saturação de oxigênio menor ou igual a 92% em repouso no ar ambiente e fora de crise) .

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever baseado nas últimas quatro semanas: frequência e intensidade das crises;
2. tabagismo (sim ou não);
3. medicações em uso para DPOC (profiláticas e de alívio);
4. número de exacerbações ou internações hospitalares, no último ano;
5. descrição/cópia em anexo do raio-X de tórax, com data;

Quadro 1 - Escala modificada do Medical Research Council (mMRC) para avaliação da dispneia

Grau	Descrição
0	Sinto falta de ar somente quando faço esforços intensos.
1	Sinto falta de ar ao correr no plano ou subir uma ladeira leve.
2	Caminho mais lentamente que as pessoas da minha idade no plano por causa da falta de ar, ou tenho que parar para tomar fôlego quando caminho no meu próprio ritmo, no plano.
3	Paro para tomar fôlego após caminhar cerca de 100 metros ou após alguns minutos, no plano.
4	Tenho muita falta de ar para sair de casa, ou ao me vestir ou despir.

Fonte: GRUFFYDD-JONES, K. (2012)

Quadro 2 – Suspeita de cor pulmonale

Evidência clínica de insuficiência cardíaca direita (hiperfonese de segunda bulha em foco pulmonar, turgência jugular, refluxo hepatojugular).
Sinais de hipertensão pulmonar por exame complementar: <ul style="list-style-type: none"> • ecocardiograma (aumento de ventrículo direito, PsAP acima de 35 mmHg ou outros achados ecocardiográficos); ou • raio X de tórax (aumento de ventrículo direito, artérias pulmonares alargadas);ou • eletrocardiograma (sobrecarga direita).

Fonte: TelessaudeRS-UFRGS (2018).

12.2. ASMA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- paciente em estágio 5 para tratamento da asma (quadro 3); ou
- paciente em estágio 4 (figura 1) por mais de 6 meses, sem controle dos sintomas; ou
- pacientes com indicadores de risco de fatalidade (quadro 4); ou
- asma lábil (crises que iniciam abruptamente e de forma grave, principalmente quando o paciente não consegue reconhecer sintomas iniciais da crise).

Quadro 3 — Tratamento de primeira escolha para controle da Asma e dose de corticóide inalatório para adultos e adolescentes acima de 12 anos.

Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4	Estágio 5
$\beta 2$ agonista de curta ação para resgate	CI em dose baixa	CI em dose baixa + $\beta 2$ agonista de longa ação ou CI em dose média/alta (2ª escolha).	CI em dose média/alta + $\beta 2$ agonista de longa ação.	<i>Terapia aditiva</i> 1º linha: associar tiotrópio, anti-IgE ou anti-IL5 ao Estágio 4. 2º linha: corticoide oral em dose baixa associado ao Estágio 4.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Global Initiative for Asthma (2017).

Quadro 4 – Indicadores de risco de fatalidade em pacientes com asma

Episódio de crise de asma grave alguma vez na vida (parada cardiorrespiratória, necessidade de ventilação mecânica ou internação em UTI)
Episódio prévio de hospitalização no último ano
Três ou mais consultas em serviços de emergência no último ano (apesar de tratamento adequado)
Paciente com asma e episódios de anafilaxia ou alergia alimentar conhecida

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de GINA, GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (2017).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever baseado nas últimas quatro semanas: frequência e intensidade das crises diurnas e noturnas, frequência de uso de beta-2 de curta ação por semana, limitação a atividade física devido à asma, sintomas associados à exposição ocupacional, outras alterações relevantes);
2. medicamentos utilizados com dose e posologia;
3. número de exacerbações com uso de corticoide oral no último ano;

4. quantidade de internações por asma no último ano;
- 5.. descrição/cópia em anexo do raio-X de tórax, com data;

12.3. TOSSE CRÔNICA E DISPNEIA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- Pacientes com tosse crônica, após investigação inconclusiva na APS e ausência de resposta ao tratamento empírico para as causas mais comuns (síndrome da tosse de vias aéreas superiores, asma, doença do refluxo gastroesofágico, DPOC); ou
- Pacientes com dispnéia crônica de provável etiologia pulmonar, após investigação inconclusiva na APS. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia torácica:
- Paciente com tosse ou dispneia e suspeita de neoplasia por alteração em exame de imagem de tórax (quadro 7).

Quadro 5 – Alterações em exames de imagem com suspeita de neoplasia pulmonar

Massa (lesão sólida circunscrita maior que 3 cm).
Lesão sólida ou subsólida com alteração clínica/radiológica sugestiva de malignidade (hemoptise, perda ponderal, linfonomegalia supraclavicular, cervical ou mediastinal, derrame pleural, nódulo com bordas irregulares, espiculadas ou lobuladas).
Nódulo sólido maior ou igual a 8 mm, independente do risco pessoal para câncer de pulmão.
Nódulo sólido entre 4 mm e 8 mm em pessoas com alto risco para câncer de pulmão*
Nódulo com crescimento no seguimento do exame de imagem
Nódulo sólido indicação de acompanhamento periódico com tomografia de tórax sem contraste, na impossibilidade de realizar o exame na APS (ver figura 4).
Nódulo subsólido
Massa mediastinal ou alargamento no mediastino
Linfonomegalia mediastinal
Atelectasia lobar e/ou segmentar
Derrame pleural (sem etiologia definida)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de PATEL (2013).

* **Alto risco para câncer de pulmão** caracterizado pela presença de um ou mais fatores: história atual/prévia de tabagismo ou exposição ocupacional a agentes carcinogênicos (asbesto, radiação ionizante, arsênio, crômio e níquel) ou história prévia de radioterapia torácica ou de neoplasia ou história familiar de neoplasia pulmonar.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (tempo de evolução, atentar principalmente para anamnese e exame físico cardiológico e pneumológico);
2. tabagismo (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em maços-ano);
3. descrição/cópia em anexo de exame de imagem de tórax, com data;
4. descrição/cópia em anexo de espirometria, com data;
5. se presença de dispneia, resultado de eletrocardiograma em repouso, com data;
6. se presença de tosse:
 - descrever/anexar resultado do BAAR, com data (se negativo, mínimo dois exames em dias distintos);
 - utiliza medicação anti-hipertensiva da classe dos inibidores da ECA (sim ou não). Se sim, qual;
7. tratamentos já realizados ou em uso para o sintoma;

12.4. TABAGISMO

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- falência de tratamento na APS (2 tentativas com tratamento apropriado: apoio individualizado ou grupo sistematizado e tratamento farmacológico) ou indisponibilidade deste tratamento; e
- teste Fagerström acima de 6; e
- motivado para cessação do tabagismo (na fase de preparação para ação); e
- ausência de comorbidade psiquiátrica importante ou dependência de drogas (incluindo álcool).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. número de cigarros/dia e idade de início do tabagismo;
2. pontuação no Teste de Fagerström;
3. estágio de motivação para cessação do tabagismo;
4. descrição das doenças relacionadas ou agravadas pelo tabagismo, se presentes (incluindo doenças não respiratórias);
5. apresenta comorbidade psiquiátrica (sim ou não). Se sim, está controlada?
6. tratamentos anteriormente realizados para cessação do tabagismo;
7. relato do número de vezes que o paciente já tentou parar de fumar;

12.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/pneumologia.pdf

<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/jbyyhBv98bWq3WksvBqnDBn/?format=pdf&lang=pt>

