# PROJETO DO PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS

**BOM JARDIM**

**2026**

# ESTADO DO RIO DE JANEIRO

## Prefeitura Municipal de Bom Jardim
## Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jardim
*Direção Médica*

**EQUIPE TÉCNICA CONSULTIVA**

Dra Maila Rodrigues Cariello - Direção Médica Atenção Primária - SMS PMBJ

Dra Giovanna C. Araújo Abib - Chefe de Atenção em Saúde - SMS PMBJ

Dra Lívia C. de Barros Erthal - Direção Médica Atenção Especializada - SMS PMBJ

## APRESENTAÇÃO

A criação de um protocolo municipal de Regulação de Especialidades e Procedimentos de Média e Alta Complexidade, surgiu da necessidade da criação de critérios para a marcação dos mesmos, com o objetivo de aperfeiçoar e otimizar a relação entre a oferta e a demanda, bem como organizar o acesso da população aos serviços de saúde.

Deixamos claro que estes Protocolos apenas orientam os fluxos para acesso aos serviços de Média e Alta Complexidade, não tendo a pretensão de ser um protocolo de manejo clínico.

Estes Protocolos deverão ser revisados periodicamente de acordo com as inovações apresentadas dentro do Sistema de Saúde e também para atender as orientações do Ministério da Saúde com relação à conformação das Redes Assistenciais.

Os seguintes princípios nortearam a definição dos critérios de regulação:

1. Sistema de assistência à saúde - é composto por unidades de saúde, segundo sua capacidade resolutiva para diferentes agravos da saúde contemplando a integralidade;

2. O médico assistente que solicitar procedimento diagnóstico complementar deve ser responsável pela interpretação e decisão terapêutica, e se necessário, referenciar a especialidade posteriormente;

3. A ordem de acesso a procedimentos técnicos - será regulada segundo o risco individual dos casos, o significado da execução do mesmo no prognóstico da condição identificada e quando os critérios anteriores não diferenciarem as indicações, seguirá a ordem cronológica;

E assim esperamos estar fazendo com que a saúde chegue mais próximo do cidadão e de suas reais necessidades, para construirmos o verdadeiro Sistema Único de Saúde no município.

**IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE EXAMES E CONSULTAS ESPECIALIZADAS**

Toda solicitação de exames e consultas especializadas deverá estar com descrição do quadro clínico, CID que justifique o pedido, bem como resultados de exames prévios anexados, relacionados ao quadro , descritos em cada item deste protocolo.

É imprescindível que se aguarde o resultado do exame compatível com a clínica, para que posteriormente seja feito o encaminhamento ao especialista.

As solicitações devem seguir as orientações do manual, para evitar exposições desnecessárias dos usuários, dificuldades na resolutividade dos casos e aumento da demanda, ocasionando riscos para aqueles em que a prioridade é exigida.

O usuário referenciado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico assistente que o encaminhou.

Como diretrizes para a regulação, a equipe reguladora irá organizar as listas de espera de acordo com o nível de prioridade e a ordem cronológica das solicitações.

As solicitações de procedimentos serão classificadas nos seguintes níveis de prioridade no Sistema Informatizado de Saúde:

Vermelho (alta): são situações clínicas graves e/ou que necessitam de um agendamento eletivo prioritário, preferencialmente em até 30 dias.

Amarelo (média): são situações clínicas que podem influir na condução de um caso e necessitam de um agendamento eletivo prioritário, preferencialmente em até 90 dias.

Verde (baixa): são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento prioritário, podendo aguardar até 180 dias.

Azul (eletivo): são situações clínicas classificadas como rotina que não necessitam de um agendamento prioritário, podendo aguardar mais de 180 dias.

A classificação de prioridades será realizada pelo médico regulador, com base nas informações descritas na solicitação.

## OBJETIVOS

1. Administrar, dispor e utilizar os recursos do Sistema Único de Saúde em conformidade com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade;

2. Facilitar o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde;

3. Organizar, padronizar, acelerar e desburocratizar o acesso aos serviços de saúde, diminuindo as listas de espera, os deslocamentos desnecessários, às rotinas redundantes, o desperdício de tempo, bem como a repetição desnecessária de procedimentos;

4. Otimizar a aplicação dos recursos disponíveis evitando desperdícios e priorizando as reais necessidades dos usuários;

5. Maximizar a resolutividade e racionalizar o acesso às consultas especializadas, desta forma promovendo a manutenção dos pacientes com quadros estáveis a cargo da atenção básica e liberando os especialistas para o atendimento da demanda reprimida de casos novos ou descompensados;

6. Promover a cooperação mútua e o relacionamento pautado na ética profissional entre os médicos da rede básica e os especialistas conveniados;

7. Monitorar, identificar e intervir em pontos de estrangulamento na oferta e na demanda;

8. Planejar a oferta de serviços de saúde de acordo com as reais necessidades da população e com pleno aproveitamento dos recursos disponíveis;

9. Dispor de um referencial teórico para explicar, entender, justificar, fiscalizar, exigir, antecipar, postergar, ou tomar qualquer tipo de posicionamento em relação à maioria das questões que dizem respeito à regulação de consultas e exames especializados.

# CONSULTAS ESPECIALIZADAS

## ÍNDICE

ESPECIALIDADE PÁGINA

1 - ALERGIA

2 - CARDIOLOGIA

3 - CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

4 - CIRURGIA AMBULATORIAL / PEQUENOS PROCEDIMENTOS

5 - CIRURGIA BARIÁTRICA

6 - CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

7 - CIRURGIA GERAL

8 - CIRURGIA GINECOLÓGICA

9 - CIRURGIA PEDIÁTRICA

10 - CIRURGIA VASCULAR- ARTERIAL

11 - CIRURGIA VASCULAR- VENOSO

12 - DERMATOLOGIA

13 - ENDOCRINOLOGIA

14 - GASTROENTEROLOGIA - HEPATOLOGIA

15 - GINECOLOGIA

16 - HEMATOLOGIA ADULTO

17 - HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA

18 -MASTOLOGIA

19 - NEFROLOGIA

20 - NEUROLOGIA

21 -OFTALMOLOGIA

22 -ORTOPEDIA

23 - OTORRINOLARINGOLOGIA

24 - PEDIATRIA

25 - PNEUMOLOGIA

26 - PSIQUIATRIA

27 - PROCTOLOGIA

28 - REUMATOLOGIA

29 - UROLOGIA

## 1. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA ALERGIA

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1 - Asma infantil: história clínica, dados relevantes de exame físico, quadro de Asma persistente.

2 - Casos de suspeita de deficiências imunológicas.

3 - Rinites: história clínica, dados relevantes de exame físico, crises frequentes que prejudicam as atividades rotineiras (escola, lazer, sono). Ausência de resposta após 30 dias de tratamento prévio (especificar tratamento), outros estigmas alérgicos associados.

4 - Dermatites: história clínica, exame físico e dados relevantes referentes a não resposta aos tratamentos anteriores.

5 - Urticária Crônica:

Encaminhar os pacientes com queixas de prurido e/ou placas pelo corpo, com episódios de repetição e naqueles com quadros prolongados, sem melhora com tratamentos realizados por mais de 90 dias.

Relatar medidas de prevenção adotadas.

Exame Físico - Descrever o aspecto das lesões.

Exames complementares já realizados.

Enumerar Hipótese Diagnóstica, tratamentos empregados previamente e os medicamentos em uso atual.

Detalhar o motivo de encaminhamento ao alergologista.

Observações: encaminhar ao alergologista os casos de asma suspeita de fundo alérgico.

6 - Conjuntivite: encaminhar ao alergologista os casos onde houver suspeita de fundo alérgico e após avaliação do oftalmologista.

## 2. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA CARDIOLOGIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar.

Exame físico (Medida da pressão arterial + relatos importantes - descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, cianose, edema e visceromegalias, etc.).

Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

Exames Complementares Necessários - Hemograma com plaquetas, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos e creatinina, ácido úrico, sumário de urina, uréia, potássio, eletrocardiograma (ECG) e RX de tórax.

Caso tenha feito outros exames, ex: Ecocardiograma (ECO), espirometria, ultrassonografia de abdômen, orientar o paciente a levar para a consulta.

**Observação: Todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que encaminhou e a ele deve voltar.**

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de difícil controle

Encaminhar os pacientes com HAS moderada ou severa, sem controle clínico (após associação de 3 fármacos), associado com a presença de alterações em órgão-alvo ou aqueles com co-morbidades, devendo o médico que solicitar a avaliação, justificar com clareza o que deseja do encaminhamento.

**Observações:** Pacientes com HAS de diagnóstico recente, leve, sem complicações ou doenças associadas, deverão ser acompanhados pelo clínico ou generalista em Unidade Básica de Saúde.

**Prioridade para a Regulação:** HAS severa com sinais de doenças associadas descompensada (ICC, diabetes mellitus (DM), doenças vascular periférica, doenças cérebro vascular (acidente isquêmico e hemorrágico.), coronariopatas (pós-cirurgia cardíaca), Insuficiência Renal Crônica (IRC), soropositivo para HIV, dislipidemia familiar e maiores de 40 anos.

2- Avaliação cardiológica para pessoas acima de 45 anos (sexo masculino) e 50 anos (sexo feminino).

Deverá ser feita pelo clínico ou generalista na Unidade Básica de Saúde.

3- Insuficiência Cardíaca Congestiva

Encaminhar todos os pacientes de ICC. Especificar os motivos de encaminhamento ao especialista, descrevendo os sinais e sintomas que justifiquem o encaminhamento.

**Prioridade para a Regulação:** ICC de difícil controle e/ou presença de doenças associadas com sinais de descompensação (HAS. DM, IRC).

4- Insuficiência Coronariana

Doenças Coronarianas (DC) estabelecida (pós-Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), pós revascularização do miocárdio, pós-angioplastia).

**Prioridade para a Regulação:** Pacientes pós-infarto, pós-revascularização e pós-angioplastia. Angina Estável

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** Angina Instável e Insuficiência Coronária Aguda (ICO), com suspeita de IAM.

5- Dor Torácica e Precordialgia (Anginas)

Caracterizar a Dor Precordial se típica ou atípica, de acordo com os sintomas descritos pelo paciente. Descrever a presença ou não de Diabetes Mellitus, Insuficiência Renal, Pneumopatia, obesidade, dislipidemias e tabagismo.

Encaminhar casos de dor torácica típica anginosa ou sugestiva de DAC.

Excluir possibilidade de dor torácica atípica como DRGE, Osteomuscular, Pulmonar, Psicossomática, etc.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** Angina Instável Insuficiência Coronária Aguda (ICO), com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), são situações que requerem avaliação de urgência em serviço de cardiologia. Todos os casos de dor torácica aguda, compatível com SCA (Síndrome Coronariana Aguda).

6- Sopros/Valvulopatias estabelecidas

Encaminhar os pacientes com alterações de ausculta, excluindo causas clínicas como anemia. Encaminhar os pacientes com diagnóstico de valvulopatia pré-estabelecida.

**Observação:** Em crianças, se o sopro for observado durante episódio febril, reavaliar após febre.

7- Parecer Cardiológico – Pré-operatório / Avaliação do Risco Cirúrgico

Paciente com indicação cirúrgica já confirmada será avaliado pelo cardiologista, para realização do parecer.

Exames Pré Operatórios: Hemograma completo, creatinina, uréia, potássio, glicemia em jejum, TAP, PTTa, ECG e Rx tórax.

8- Miocardiopatias

Informar a procedência do paciente, os antecedentes (doenças sistêmicas lupus, alcoolismo… mórbidos importantes e o tratamento realizado. Encaminhar os pacientes para esclarecimento diagnóstico ou aqueles com sinais de descompensação cardíaca.

**Prioridade para a Regulação:** Pacientes instáveis, com sinais clínicos de descompensação cardíaca e diabéticos.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** Os pacientes com sinais de descompensação cardíaca grave.

9- Avaliação para atividade física

Encaminhar os pacientes cardiopatas ou que apresentem alteração em exame cardiológico complementar.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS: Liberação para atividade física escolar em criança assintomática sem achados ao exame físico, como rotina.

10- Arritmias

Encaminhar os pacientes com diagnóstico estabelecido de arritmia cardíaca, síncope ou pré-síncope, história de marcapasso permanente, arritmias com repercussão hemodinâmica, fibrilação atrial crônica com resposta ventricular de difícil acesso, bloqueio atrio-ventricular (BAV) de grau II.

**Prioridade para a Regulação:** Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca ou Insuficiência Coronariana associada BAV grau II ou grau III, bloqueio bi ou tri-fascicular.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** casos de arritmias sintomáticas ou com instabilidade hemodinâmica. Fibrilação atrial recente com risco de embolia/Instabilidade hemodinâmica

11- Vertigem

Dados relevantes da história clínica (síncope e pré-síncope).

Dados discriminadores do exame físico. Alterações do pulso altamente sugestivas de arritmia significativas. Alterações no eletrocardiograma (sugerindo arritmias ou isquemias significativas).

Excluir causas emocionais / hiperventilação.

# ESTADO DO RIO DE JANEIRO

## Prefeitura Municipal de Bom Jardim
## Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jardim
*Direção Médica*

**MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA REMUME/2025 / FARMÁCIA POPULAR**

| | | |
|---|---|---|
| Ácido Acetilsalicílico 100mg | Carvedilol 12,5mg | Indapamida 1,5mg (SR) |
| Atenolol 25 mg | Carvedilol 3,125mg | Metildopa 250 mg |
| Atenolol 50mg | Digoxina 0,25mg | Mononitrato de Isossorbida 40mg |
| Bisoprolol 2,5mg | Diltiazem 60mg | Trimetazidina 35mg (MR) |
| Captopril 25mg | Hidroclorotiazida 25mg | Sinvastatina 10mg |
| Enalapril 10 mg | Espironolactona 100mg | Sinvastatina 20 mg |
| Anlodipino 5 mg | Espironolactona 25mg | Sinvastatina 40 mg |
| Nifedipina Retard 20mg | Furosemida 40mg | Rosuvastatina 20mg |
| Losartana 50 mg | Propranolol 40mg | Ezetimiba 10mg |
| Valsartana 160mg | Metoprolol 25 mg | Ciprofibrato 100mg |
| Amiodarona 200mg | Clopidogrel 75mg | |

## 3. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico.

Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

Pré requisito da especialidade: ECG, Ecocardiodoppler, RX Tórax ou outros exames pertinentes ao caso

(ENCAMINHAR AO SERVIÇO DE PEDIATRIA)

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

1. Cardiopatias Congênitas

Encaminhar todas as cardiopatias congênitas, abordadas ou não por cirurgia ou intervencionismo por técnicas hemodinâmicas. Casos suspeitos: Cianose; Dificuldade para mamar, com interrupção das mamadas; Sudorese profusa às mamadas e/ou noturna; Baixo ganho ponderal; Mães com infecções durante a gestação: rubéola, coxsackie, HIV ou uso de drogas (lícitas ou ilícitas) durante a gestação; Mãe com antecedente de diabetes gestacional;

História de doença de Kawasaki; História familiar de cardiopatia congênita;

2. Sopros cardíacos a esclarecer e/ ou valvulopatias.

Encaminhar ao **pediatra** todos os sopros para avaliação, mesmo os assintomáticos ou inocentes.

3. Febre Reumática

Encaminhar crianças e adolescentes com suspeita ou confirmada, com ou sem evidência de cardite. Em casos agudos com febre e sinais de alerta (artrite, artralgias, coréia, sopros, nódulos subcutâneos, rash cutâneo) devem ser encaminhados a um serviço de emergência.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:**

Febre reumática aguda com febre e sinais de alerta (artrite, artralgias, coréia, sopros, nódulos subcutâneos, rash cutâneo) com comprometimento cardíaco.

Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO: casos de arritmias sintomáticas ou com instabilidade hemodinâmica.

4. Miocardiopatias e pericardiopatias

6. Avaliação para atividade física em cardiopatas ou que apresentem alteração em exame cardiológico complementar

7. Arritmias

## 4. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA AMBULATORIAL /PEQUENOS PROCEDIMENTOS

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1- Nevus: encaminhar pacientes que apresentam nevus com aumento de tamanho, mudança da cor, sangramento, ulceração, com comprometimento funcional, com lesões pigmentares palmoplantar e congênitos > 6 cm.

2- Verruga Vulgar: encaminhar pacientes com resistência ao tratamento clínico usual, com limitação funcional, prejuízo cosmético e risco de malignidade.

3- Câncer de pele (Carcinoma Baso e espinocelular): encaminhar pacientes com qualquer lesão sugestiva.

4- Melanoma: encaminhar todo caso suspeito.

5- Lipoma: encaminhar pacientes com lipomas dolorosos e com tamanho de até 5 cm.

6- Cistos sebáceos: Não encaminhar cisto com processo inflamatório, tratar antes.

7- Fibromas moles: encaminhar pacientes com fibromas localizados em áreas de trauma.

8- Onicocriptose: encaminhar casos recidivantes de unha encravadas.

9- Quelóides: encaminhar todos os casos.

10- Molusco contagioso: encaminhar pacientes que não respondem a tratamento ou impossibilidade de tratamento no local (especificar tratamento), acometimento de áreas extensas com prejuízos estéticos, e áreas de genitálias de adulto, recidivas constantes e pacientes imunodeprimidos.

11- Unha Encravada: Dados relevantes de história clínica e discriminadores do exame físico (descrição da lesão)

**Observações:** Os pacientes encaminhados para realização de cirurgia ambulatorial devem estar clinicamente estáveis para execução do procedimento proposto, em virtude do risco potencial de complicações principalmente infecciosas: Hipertensão, Diabetes e outras doenças controladas, com relatório do médico que o assiste.

## 5. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA (SER)

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

Encaminhamento médico descrevendo o quadro clínico e indicando o procedimento.

Hemograma com plaquetas; Coagulograma; Uréia e Creatinina; Glicemia de jejum; Hemoglobina glicosilada (HbA1C); Ácido úrico; T3, T4, TSH; Colesterol total, HDL e Triglicerídeos.

**Critérios de inclusão:**

a. IMC > ou = 40 kg/m², sem comorbidades, que não respondem ao tratamento conservador (dieta, psicoterapia, atividade física, etc..), realizado durante pelo menos dois anos e sob orientação de equipe credenciada / habilitada como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de obesidade.

b. IMC > ou = 40 kg/m² com comorbidades que ameaçam a vida.

c. IMC entre 35 e 39,9 kg/m² portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade. Devem possuir laudo do endocrinologista informando que não há obesidade por doenças endócrinas ou que essa esteja em tratamento estabilizada.

d. Idade entre 18 anos e 65 anos, com alguma das indicações acima. Se entre 16 e 18 anos, deverão apresentar comprovação de consolidação das epífises dos ossos longos.

## 6. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

1. Nódulos e Bócio de tireoide

Encaminhar casos com indicação cirúrgica: suspeita de malignidade; hipertireoidismo de difícil controle clínico, exoftalmia maligna; bócio mergulhante ou com compressões em estruturas nobres como traquéia ou vasos cervicais e esôfago; motivos estéticos

2. Hiperparatireoidismo

Encaminhar casos com indicação cirúrgica: Casos cirúrgicos (PTH alto, cálcio total e iônico altos, fósforo baixo, sintomas renais e osteomusculares).

3. Alterações de parótida ou glândulas salivares.

Encaminhar casos de suspeita ou certeza de neoplasia para avaliação cirúrgica. Alteração de parótida, submandibular e glândulas salivares.

Sialolitíase; sialodenite de repetição (mais de 3 episódios em 1 ano).

Se possível fazer biópsia. Anexar resultado do anatomopatológico.

**Observações:** Encaminhar para a ONCOLOGIA: casos de tumores de seios paranasais; laringe; cavidade oral, tireóide/ paratireóide.

## 7. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA GERAL

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

Encaminhar os exames pré-operatórios necessários: Hemograma completo, glicose, uréia, creatinina, TAP e PTT, ECG e RX Tórax.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

1. Colelitíase, Pólipos Vesiculares

Encaminhar pacientes com cálculos biliares já identificados por Ultrassonografia, com história clínica detalhada.

2. Hérnias de parede abdominal, inguinal e femoral

Encaminhar casos de hérnias de parede abdominal e inguinal que necessitem correção cirúrgica de acordo com tamanho, localização e clínica.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** casos suspeitos de abdomen agudo: hérnias Hérnia encarcerada/ estrangulada; abdomen agudo; colecistite aguda; pancreatite aguda, isquemia mesentérica, obstrução intestinal.

## 8. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA

**CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO:**

1 - Indicação cirúrgica precisa após consulta ginecológica, com CID indicado.

2 - Enumerar: Hipótese Diagnóstica, tratamentos empregados previamente e os medicamentos em uso atual.

3 - Exame Físico: descrever o exame ginecológico detalhadamente.

4 - Idade acima de 14 anos.

5 - Apresentar os seguintes exames:

· Hemograma Completo, BHCG/ Uréia / Creatinina / Glicemia de Jejum

· Sorologias: HBSAG / Hepatite C / HIV / Coagulograma

· Urina Tipo I (EAS)

· RX de Tórax P.A. e Perfil

· Ecg de repouso

· Colpocitologia Oncótica (Papanicolaou)

· Avaliação do risco cirúrgico para pacientes a partir dos 40 anos ou todas que apresentem doenças associadas (Hipertensão, Diabetes, outras).

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS | CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA A INDICAÇÃO CIRÚRGICA ALÉM DOS CRITÉRIOS GERAIS |
|---|---|
| Biópsia de Vulva / Vagina<br>Drenagem e Exérese de Glândula Bartholin / Sken | |
| Marsupialização de Glândula de Bartolin | |
| Colpocleise/Ressecção de septo ou ressutura de parede vaginal<br>Colpotomia/ Himenotomia ou culdocentese<br>Exérese de cisto vaginal Extração de corpo estranho com anestesia geral ou bloqueio<br>Tratamento Cirúrgico de Fistulas Ginecológicas (Vesico Vaginal, Vesico-Uterinas, Reto-Vaginal) | |
| Tratamento Cirúrgico de Hipertrofia de pequenos lábios (Ninfoplastia) | |
| Colpoperíneoplastia anterior e posterior | |
| Colpoperíneoplastia anterior e posterior com amputação de colo | |
| Correção Cirúrgica de Enterocele, Ruptura Perineal de III Grau com lesão de esfincter<br>Prolapso Vaginal (Elitrocele) e Prolapso Genital | |
| Correção Cirúrgica de Incontinência Urinária de Esforço por Via Transobturatória Cirurgia de Sling | |
| Exérese de Pólipo Endocervical / Endometrial<br>Curetagem semiótica com ou sem dilatação do colo uterino | - USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem) |

| | |
|---|---|
| Implante de DIU não hormonal / hormonal<br>Metroplastia (Strassman ou outra técnica) | - USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem) |
| Traquelectomia-Amputação, Conização (com ou sem cirurgia de alta frequência / CAF) | - USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem) |
| Miomectomia | - USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem)<br>- Histeroscopia ou Histerossalpingografia (Apenas no caso de suspeita de mioma submucoso, obstrução tubária ou espessamento endometrial em exame de imagem prévio) |
| Histerectomia total | - USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem) |
| Histerectomia com anexectomia (uni/bilateral)<br>Histerectomia Total Ampliada com ou sem Linfadenectomia | - USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem)<br>- USG Transvaginal com Doppler Colorido (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido)<br>- Marcadores tumorais CA 125 / CEA / Alfafeto / BHCG (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido |
| Slapingectomia uni/bilateral | - Casos de Esterilização Prevista na Legislação (Protocolo Institucional)<br>- USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem)<br>- USG Transvaginal com Doppler Colorido (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido)<br>- Marcadores tumorais CA 125 / CEA / Alfafeto / BHCG (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido) |
| Ooforectomia/ooforoplastia | - USG Transvaginal ou Pélvico (paciente virgem)<br>- USG Transvaginal com Doppler Colorido (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido)<br>Marcadores tumorais CA 125 / CEA / Alfafeto proteína / BHcg (Apenas para tumores sólidos de ovário ou complexos ou miomas de crescimento rápido) |

## 9. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA PEDIÁTRICA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**Pré requisito da especialidade:**

US de Parede Abdominal para hérnias;

US de Bolsa Escrotal para criptorquidas;

US Abdome Total ou US Abdome Superior, TC ou RNM Abdome para demais lesões.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

1. Hérnias da parede abdominal e dorsal
2. Criptorquidia
3. Massas e cistos
4. Fimose
5. Anomalias renais e geniturinárias congênitas

**OBSERVAÇÕES:**

Encaminhar casos cirúrgicos para a avaliação da PEDIATRIA que avaliará a necessidade de encaminhamento para a Especialidade Cirúrgica.

## 10. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA VASCULAR/ ARTERIAL – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1. Insuficiência Arterial Crônica (DAOP)

Encaminhar casos de Insuficiência Arterial Crônica.
Controlar as doenças de base associadas, DM, HAS, Dislipidemia, etc.

2. Estenose de Carótidas e outras artérias

Encaminhar casos de Estenose Arterial de Carótida ou outro sítio.

3. Aneurismas

Encaminhar casos com ou sem sintomas juntamente com exame de imagem evidenciando as dimensões e localização do Aneurisma.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** casos de suspeita de Aneurismas Rotos ou Aneurisma com sintomas agudos. Pé Diabético infectado ou isquêmico. Suspeita de oclusão arterial aguda - DAOP.

**OBSERVAÇÃO:**

Dor e edema em membros inferiores: antes de encaminhar ao angiologista, excluir causas sistêmicas para edema.

## 11. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA VASCULAR/ VENOSO

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1. Insuficiência Venosa Crônica

Não encaminhar casos de IVC Grau 1 e 2. Manejo na ESF.

Encaminhar casos com IVC Grau 3 ou maior, com sinais e sintomas de piora clínica, ou que apresentem difícil controle clínico e refratário ao tratamento.

Encaminhar casos de IVC Grau 5, ou seja, com Úlcera venosa de difícil controle que não foram resolvidos com tratamentos específicos (Bota de Unna, hidrocolóide, etc) nas ESFs.

Tratar e compensar adequadamente as patologias bases. (HAS, DM , Dislipidemia, etc.)

2. Úlceras venosas ou de estase.

3. Hemangiomas.

**Encaminhar para PRONTO ATENDIMENTO:** casos de suspeita de TVP e/ou TEP ou Ruptura de Varizes com sangramento ativo.

**CLASSIFICAÇÃO CEAP:**

| | |
|---|---|
| **0- Sem sinais de doença venosa;**<br>**1- Telangectasias e/ou veias reticulares;**<br>**2- Veias varicosas;**<br>**3- Veias varicosas associadas a edema;** | **4- Hiperpigmentação e/ou Lipodermatoesclerose;**<br>**5- Úlcera venosa cicatrizada;**<br>**6- Úlcera venosa ativa.** |

## 12. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA DERMATOLOGIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1. Micoses

Encaminhar os pacientes tratados clinicamente sem melhora das queixas ou em casos de suspeita de micose profunda (cromomicose, lobomicose, etc), descrevendo a história sucinta constando data do início, evolução e tratamento instituído.

2. Prurido/Eczema

Encaminhar os pacientes com queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico. Ex: icterícia, causa medicamentosa, escabiose etc.

3. Dermatite de Contato

Encaminhar somente casos sem causas definidas. Referir data do início dos sintomas, localização, fatores desencadeantes, frequência, intensidade das crises, medidas de prevenção adotadas e tratamentos instituídos.

4. Neoplasias Cutâneas / Diagnóstico Diferencial de Lesões Infiltradas

Encaminhar os pacientes com lesões sugestivas. Ex: lesões com história de aumento progressivo, alteração das características iniciais (cor, aumento de espessura, bordas irregulares), presença de prurido e / ou sangramento. Descrever o aspecto, localização das lesões e presença de linfonodos.

5. Herpes Zoster

Encaminhar somente casos graves com comprometimento do estado geral ou pacientes imunodeprimidos. Informar tratamentos instituídos.

6. Discromias (Vitiligo, Melasma)

Prioridade para a Regulação - Pacientes com suspeita clínica.

7. Hanseníase

Encaminhar os pacientes que apresentem dificuldade de diagnóstico, lesões extensas, resistência ao tratamento inicial ou complicações (comprometimento neurológico e reações hansênicas). Informar tratamento instituído e reações.

**OBSERVAÇÕES:**

Lembrar que o paciente portador de Hanseníase é um paciente com necessidades de acompanhamento multidisciplinar, devendo ser encaminhado a outras especialidades diante da necessidade, como cirurgião plástico, oftalmologista, neurologista, psicólogo, entre outros.

Em caso de reação hansênica, priorizar para atendimento em 24h.

8. Dermatoses Eritêmato-Escamosas (Psoríase. Líquen-Plano, Pitiríase Rosa, Ictioses)

Encaminhar paciente com quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.

9. Farmacodermias

Encaminhar os pacientes com queixas de lesões de pele, associadas ao uso de medicações. Relatar frequência e intensidade das crises, descrevendo todos os medicamentos usados e o tempo de uso.

10. Buloses (Pênfigo, Penfigóide, Dermatite Herpetiforme)

Prioridade para a Regulação - Pacientes com quadro extenso e/ou com comprometimento de mucosas.

11. Lesões Ulceradas (Leshimaniose)

Encaminhar os pacientes com suspeita de lesões típicas de leishmaniose (com bordas elevadas, endurecidas que não cicatrizam há mais de 30 dias, mesmo instituído tratamento com antibioticoterapia).

12 . DST (condiloma, DIP, úlcera genital)

Encaminhar pacientes com lesões sugestivas.

13. Acne

Encaminhar com história sucinta, relatando os medicamentos empregados, se for o caso, e enumerar as doenças de base. Pacientes com Acne grau II, sem resposta a tratamento

medicamentoso e orientações de higiene;Pacientes com Acne grau III; Pacientes com suspeita de rosácea

14. Alopécia

História clínica e dados relevantes do exame físico. Formas simples de alopecia areata resistentes a tratamento (Especificar o tratamento) Alopécia areata universal. Excluir diagnóstico de micose, dermatite seborréica, causas sistêmicas, uso de substâncias químicas que causam alopecia, causas psicogênicas (tricotilomania)

15. Cisto Cutâneo

História clínica e dados relevantes do exame físico: Presença de múltiplas lesões, dificuldade de definir o tipo de lesão, excluir diagnóstico de cisto sinovial.

16. Dermatite Seborréica

História clínica e dados relevantes do exame físico, ausência de melhora com tratamento prévio (descrever tratamento realizado). Pacientes imunocomprometidos

**Outros motivos frequentes de encaminhamento:**

Problemas estéticos - (melasma, cicatrizes de acne) evitar encaminhamento por este motivo ao dermatologista, avaliando-se obviamente, o grau de repercussão psicossocial do problema.

Exame de pele (carteira) - encaminhar ao especialista somente casos que estejam estabelecidos no protocolo.

**Obs**: Lembrar que os pacientes com lesões dermatológicas tratadas sem sucesso deverão suspender as medicações tópicas antes da consulta. Todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que o encaminhou e a ele deverá voltar.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** casos suspeitos de dermatoses generalizadas agudas (reações medicamentosas, dermatoses vesico bolhosas generalizadas, reações hansênicas graves, eritema polimorfo grave); Dermatoses infecciosas graves (erisipela bolhosa, celulite de face, fasceíte necrotizante); Urticária com angioedema.

## 13. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA ENDOCRINOLOGIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1. Doenças da Tireóide.

Encaminhar casos de Nódulo Único ou Bócio Difuso ou Multinodular para avaliação de PAAF. Nódulo hipoecóico > 1cm ou iso/hipoecóico > 1,5 cm ou nódulos menores que 1 cm com alguma característica suspeita de malignidade (microcalcificações, margem irregular, vascularização predominante central, linfonodomegalia); Sintomas compressivos atribuíveis ao bócio ou suspeita de malignidade (dispnéia, rouquidão, tosse, disfagia, adenomegalias patológicas); Indicação de tratamento cirúrgico ou iodo radioativo (bócio grande ou que está crescendo).

Hipertireoidismo: todos os casos refratários ao tratamento clínico, com TSH suprimido (abaixo do valor de referência) após repetição do exame. Paciente com características sugestivas de doença de Graves (bócio difuso ou oftalmopatia).

Hipotireoidismo: Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo, T4 livre ou total baixo) e paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5mcg/kg de Levotiroxina, quando já avaliada a adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração do metabolismo/absorção de T4; Gestante com hipotireoidismo; Pós tireoidectomia por Câncer.

2. Diabetes Mellitus

Encaminhar todos os casos de DM tipo 1.

Encaminhar casos de DM tipo 2 refratários ao tratamento clínico e/ou com lesão em órgão alvo.

Nos casos de lesão em órgão alvo encaminhar para as referidas especialidades, exemplo: nefropatia diabética, IRC estágio 3 ou mais, ao nefrologista; retinopatia diabética, ao oftalmologista, pé diabético para cirurgia vascular, etc.

3. Distúrbios da Paratireóide, Hipófise ou Adrenal

Encaminhar casos sugestivos de disfunção glandular.

Excluir causas secundárias.

Doenças Neuroendócrinas/ Hipofisárias: Pan-hipopituitarismo (pacientes submetidos a cirurgia hipofisária, pós-trauma crânio-encefálico ou com histórico de irradiação do sistema nervoso central); Lesões na topografia da sela túrcica a esclarecer; Acromegalia: GH elevado; Prolactinoma: galactorréia, amenorréia, prolactina elevada; Síndrome de Sheehan: agalactia e amenorréia pós-parto; Diabetes insipidus; Hipocortisolismo: hipotensão arterial; Insuficiência adrenal (doença de Addison): hipotensão, hiperpigmentação, perda de peso; Feocromocitoma: hipertensão paroxística com tríade clássica: cefaléia, sudorese, palpitação; Hiperaldosteronismo primário; Síndrome de Cushing: HAS, DM, fraqueza muscular, obesidade.

Doença Adrenal: Incidentaloma adrenal: lesão expansiva adrenal em exame de imagem; Lesões em topografia de adrenal a esclarecer.

4. Obesidade, Desnutrição

Encaminhar casos de obesidade de difícil manejo clínico.

Obesidade secundária (provocada por problema endocrinológico: HAS refratária e/ou fácies cushingóide, estrias violáceas, IMC >35 com co-morbidades (HAS, DM, risco cardiovascular, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, doença hepática gordurosa não alcóolica).

Encaminhar para CIRURGIA BARIÁTRICA apenas os pacientes que desejam avaliação e que não tiveram resposta ao tratamento clínico no período de 2 anos. (PROTOCOLO DE CIRURGIA BARIÁTRICA)

CRITÉRIOS eletivos (Obesidade Grau II, IMC >35 e <40 com comorbidades (HAS, DM, Osteoartrose/ Gonartrose) ou Obesidade Grau III, IMC > 40 sem comorbidades).

5. Distúrbios metabólicos ou do Crescimento, Doenças Gonadais e Ginecomastia

Encaminhar pacientes com Baixa Estatura para avaliação da PEDIATRA.

Alterações no Metabolismo Ósseo: Hiperparatireoidismo primário; Hipoparatireoidismo sintomático (parestesias, câimbras, tetania); pós tireoidectomia/ cirurgia cervical; Osteoporose grave: densitometria mineral óssea (DMO) com escore T < 2,5 DP com uma fratura por fragilidade óssea ou duas ou mais fraturas por fragilidade óssea independente da DMO. Suspeita de osteoporose secundária (hipogonadismo, uso crônico de corticóide, hiperparatireoidismo).

Doenças Gonadais: Ginecomastia no homem acima de 18 anos; Hipogonadismo masculino acima de 18 anos com distúrbio no desenvolvimento puberal; Hipogonadismo feminino acima de 18 anos com distúrbio no desenvolvimento puberal e amenorréia, hiperandrogenismo, hirsutismo, virilização.

Ginecomastia: Aumento do tecido glandular (maior que 2cm de diâmetro), localizado centralmente na sua forma, geralmente bilateral; Diferenciar de lipomastia (acúmulo de

gordura); Afastar uso de medicamentos, drogas ilícitas, cirrose, desnutrição, IRC (geralmente associadas a ginecomastia; Atentar para sinais de malignidade: lesões unilaterais, massas endurecidas e/ou fixas, descarga mamilar, adenomegalias regionais, massa palpável testicular, suspeita de tumor adrenal.

Hiperandrogenismo: Pacientes com sinais clínicos (hirsutismo, acne, irregularidade menstrual ou alopecia androgenética)

**OBSERVAÇÕES:**

Encaminhar para a PEDIATRIA casos de ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA.

Encaminhar os casos de DM gestacional para PRÉ NATAL de ALTO RISCO.

**MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA REMUME/2025**

| | | |
|---|---|---|
| Glibenclamida 5 mg | Metformina 500mg | Levotiroxina 25mcg |
| Gliclazida 30mg MR | Metformina 500mg - ação prolongada | Levotiroxina 50mcg |
| Glimeperida 2 mg | Metformina 850 mg | Dapagliflozina 10 mg * |
| Linagliptina 5mg | Insulina humana regular 100ui/ml | Insulina Análoga de ação rápida 100 UI/mL ** |
| Pioglitazona 30mg | Insulina humana 100ui/ml | Insulina Análoga de ação prolongada 100 UI/mL ** |

* Farmácia Popular: Paciente acima 65 anos // Paciente abaixo 64 anos: Solicitar pelo Estado - preencher LME

** Solicitado pelo Estado: preencher LME

## 14. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA GASTROENTEROLOGIA/HEPATOLOGIA

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

1. Nódulos ou Cistos complexos no fígado, baço ou pâncreas

2. Úlcera Péptica, DRGE

3. Doença Inflamatória Intestinal (RCU, D. CROHN)

4. Gastroenterites complicadas, Intolerâncias Alimentares

5. Esteatose Hepática grave (alcóolica e não alcóolica), Cirrose

6. Pancreatites

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico.

Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

1. Nódulos ou Cistos complexos no fígado, baço ou pâncreas

Encaminhar casos de nódulo(s) ou cisto (s) complexos em fígado, baço ou pâncreas.

2. Úlcera Péptica, DRGE

Encaminhar casos de Úlcera Péptica (gástrica ou duodenal), DRGE(com sintomas típicos ou atípicos) ou Gastrites de difícil controle, sem melhora ao tratamento clínico.

Tratar HP positivo previamente na ESF. Caso ainda seja necessário, encaminhar para especialidade.

3. Doença Inflamatória Intestinal (RCU, D. CROHN)

Encaminhar casos com Retocolite Ulcerativa ou Doença de Crohn.

4. Gastroenterites complicadas, Intolerâncias Alimentares

Encaminhar os casos sem melhora com tratamento clínico e com mais de 3 semanas.

Excluir causas parasitárias ou infectocontagiosas.

Encaminhar casos de Intolerância a Lactose ou ao Glúten (D. Celíaca) ou suspeita de Síndrome do Intestino Irritável, sem melhora com tratamento clínico.

5. Esteatose Hepática grave (alcóolica e não alcoólica), Cirrose

Encaminhar casos de Esteatose Hepática Grave Não Alcoólica (NASH) sem melhora com tratamento clínico e com enzimas hepáticas elevadas (1,5x acima do valor máximo normal de referência).

Encaminhar casos de Cirrose Hepática Alcoólica ou por vírus da hepatite B ou C, para avaliação de Biópsia hepática.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** casos de Hemorragia Digestiva Alta ou Baixa; suspeita de perfuração de úlcera péptica; descompensação clínica de cirrose com encefalopatia;

**Observação:** Encaminhar para a ONCOLOGIA: casos suspeitos ou confirmados de neoplasia do Trato Gastrointestinal, fígado, pâncreas e baço.

## 15. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**Pré Requisitos da especialidade:** Solicitar, interpretar e anexar resultados exames de imagem (US, TC, RM de PÉLVICA ou TRANSVAGINAL; US MAMAS; MAMOGRAFIA BILATERAL); resultado de Citopatológico e Biópsia; exames laboratoriais pertinentes ao caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

1 - ALTERAÇÃO NO CITOPATOLÓGICO

**Encaminhar alterações no Citopatológico:** LIEAG (Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau)/ ASC-H (Células Escamosas Atípicas, não se pode excluir lesão de alto grau) / AGC (Células Glandulares Atípicas) / AIS (Adenocarcinoma In Situ)

ASCUS (Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado) ou LIEBG ( lesão intraepitelial de baixo grau) de repetição (após 2 controles)

2 -DOR PÉLVICA CRÔNICA

Encaminhar casos de dor pélvica crônica refratária aos tratamentos prévios, após afastadas causas gastrointestinais, músculo esqueléticas e infecciosas.

3 - SANGRAMENTO UTERINO

Encaminhar casos para diagnóstico diferencial entre disfuncional, orgânico ou pós menopáusico.

4- VULVOVAGINITE/ BARTOLINITE

Encaminhar casos de difícil manejo clínico, sem melhora a tratamento prévio de vulvovaginites e acima de 3 episódios de bartolinite.

5. AMENORREIA SECUNDÁRIA

Encaminhar todos os casos para investigação, já com os exames realizados.

6- CISTOS ANEXIAIS; MIOMAS; ADENOMIOSE; PÓLIPOS ENDOMETRIAIS

Encaminhar todos os casos para investigação: casos sintomáticos para avaliação cirúrgica ou terapia conservadora.

7. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Encaminhar todos os casos para investigação: casos sintomáticos para avaliação cirúrgica ou terapia conservadora.

8. PROLAPSOS GENITAIS

Encaminhar todos os casos para investigação: casos sintomáticos para avaliação cirúrgica ou terapia conservadora.

9. INFERTILIDADE

Encaminhar os casos de infertilidade, com mais de 1 ano de tentativas.

10. PROCEDIMENTOS

Encaminhar os casos para inserção de DIU.

11. CLIMATÉRIO OU MENOPAUSA PRECOCE

Climatério sintomático ou menopausa precoce (< 40 anos)

12 -PRÉ NATAL DE ALTO RISCO

Encaminhar somente casos que preencham os critérios para acompanhamento especializado.

Caso seja necessário encaminhamento para UNIDADE ALTA COMPLEXIDADE em Hospital de referência, deverá ser realizado pela OBSTETRÍCIA.

**OBSERVAÇÕES:**

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO:** casos de sangramento genital volumoso de início recente; suspeita de abdomen agudo como gravidez ectópica, cisto hemorrágico, descompensação neoplásica; ameaça de aborto; trabalho de parto ativo (2 a 3 contrações em

10 min, bolsa rota); ausência de movimentos fetais nas últimas 24 horas; PA ≥ 160 x 110 mmHg (principalmente se cefaleia, escotomas ou edema importante).

**Encaminhar para a ONCOLOGIA:** casos suspeitos ou confirmados de neoplasia do ovários; endométrio; colo uterino; vulva.

**Encaminhar para CIRURGIA PLÁSTICA:** casos de GINECOMASTIA OU GIGANTOMASTIA com repercussão clínica. Não encaminhar casos somente para fins estéticos.

## 16. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA HEMATOLOGIA ADULTO (SER)

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1. Anemia Crônica resistente a tratamento

História sucinta com tempo de evolução, sinais e sintomas associados, presença de sangramentos, patologias associadas. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos prévios, incluindo os medicamentos e doses.

Exames Complementares - Hemograma, plaquetas, reticulócitos, ferro sérico e outros realizados previamente.

2. Leucopenia a esclarecer

História clínica sucinta incluindo a história pregressa, evolução, presença de febre e outros concomitantes, patologias associadas, história familiar. Relatar os dados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Descrever os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, com respectivas doses.

Exames Complementares - Hemograma, plaquetas e reticulócitos

3. Plaquetopenia a esclarecer

História sucinta relatando a presença de equimoses, petéquias ou sangramentos. Relatar as doenças associadas. Relatar os achados importantes do exame físico e hipótese diagnóstica. Relatar os medicamentos em uso e respectivas dosagens.

Exames Complementares - Hemograma, plaquetas e reticulócitos.

Observações: O paciente deve ser encaminhado sem medicar.

| Alterações hematológicas | Requisitos Necessários |
|---|---|
| **ANEMIA** | Inserir no SER:<br>• Encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso.<br>• 02 hemogramas (intervalo > ou = 15 dias)<br>• Eletroforese de proteínas, ferro sérico, ferritina, saturação da transferrina, vitaminaB12, ácido fólico<br>• Sorologias para hepatite viral (HBV/ HCV), HIV<br>• Provas de função hepática e Renal/ FAN<br>• Eletroforese de Hb (em suspeita de hemoglobinopatias)<br>**Critérios de Inclusão/ Agendamento:**<br>• Hemoglobina sérica < 9 g/dl, de padrão macrocítico.<br>• Anemia e icterícia com aumento de bilirrubina indireta.<br>• Anemia normocítica e normocrômica EXCLUÍDAS doenças crônicas como InsuficiênciaRenal, diabetes mellitus, colagenoses e hepatopatias. |

| | |
|---|---|
| **DISTÚRBIOS DOS LEUCÓCITOS (LEUCOPENIA)** | Inserir no SER:<br>• Encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso.<br>• 02 hemogramas recentes (intervalo mínimo de 1 mês)<br>**Critério de Inclusão/ Agendamento:**<br>• Leucometria global < ou = 3000/mm³.<br>• Neutrófilos < ou = 1200/mm³<br>• Atipias linfocitárias na ausência de quadro viral agudo<br>• Esplenomegalia no adulto, DEPOIS DE AFASTADA doença hepática de qualquer etiologia. |

| | |
|---|---|
| **Distúrbios Hemorrágicos** | Inserir no SER:<br>• Encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso.<br>• Coagulograma **e** Plaquetas (2 exames diferentes).<br>**Critério de Inclusão/ Agendamento:**<br>• Síndromes hemorrágicas: hematomas, equimoses, epistaxes, metrorragia (quandoisolada deve ser avaliada ginecológica) com plaquetas < 75.000 e/ou TAP ou PTT alterados.<br>• Alterações no coagulograma em exames subsequentes. |

## 17. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA (SER)

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:**

· Menores de 1 ano de idade, salvo com suspeitas de doenças hemorrágicas hereditárias ou hemoglobinopatias.
· Anemia hipocrômica sem investigação clínica de perda de sangue (qualquer sítio), ingesta inadequada e sem dosagem de ferro sérico, transferrina e ferritina sérica.

**NECESSITA INFORMAR:**

· Relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução e tratamento realizados.
· Medicamentos de uso regular (especificar).
· Relato de investigação completa. Possui história familiar de hematopatia? Realizou algum tratamento? Descartar Viroses e intoxicações medicamentosas. Descartar o uso de medicamentos que interfiram na coagulação.

| Alterações hematológicas | Requisitos necessários |
|---|---|
| **ANEMIA** | Inserir no SER:<br>• Encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso.<br>• 02 hemogramas (intervalo > ou = 15 dias).<br>• Eletroforese de proteínas, ferro sérico, ferritina, saturação da transferrina, vitamina B12, ácido fólico.<br>• Eletroforese de Hb (em suspeita de hemoglobinopatias).<br>• Teste do Pezinho com alterações para hemoglobinopatias, Deficiência de G6PD.<br>**Critérios de Inclusão/ Agendamento:**<br>• Hemoglobina sérica < 9 g/dl, de padrão macrocítico.<br>• Anemia e icterícia com aumento de bilirrubina indireta.<br>• Anemia normocítica e normocrômica EXCLUÍDAS doenças crônicas como Insuficiência Renal, diabetes mellitus, colagenoses e hepatopatias. |
| **DISTÚRBIOS DOS LEUCÓCITOS (LEUCOPENIA)** | Inserir no SER:<br>• Encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso.<br>• 02 hemogramas recentes (intervalo mínimo de 1 mês).<br>**Critério de Inclusão/ Agendamento:**<br>• Leucometria global < ou = 3000/mm³.<br>• Neutrófilos < ou = 1200/mm³.<br>• Atipias linfocitárias na ausência de quadro viral agudo.<br>• Esplenomegalia. |
| **DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS** | Inserir no SER:<br>• Encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso.<br>• Coagulograma e Plaquetas (2 exames diferentes).<br>**Critério de Inclusão/ Agendamento:**<br>• Síndromes hemorrágicas: hematomas, equimoses, epistaxes, metrorragia (quando isolada deve ser avaliada ginecológica) com plaquetas < 75.000 e/ou TAP ou PTT alterados.<br>• Alterações no coagulograma em exames subsequentes. |

## 18. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA MASTOLOGIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1. Mamografias alteradas com BI-RADS 3 ou nódulos de mama

2. Derrame papilar uniductal ou hemorrágico

3. Suspeita de câncer (retrações ou outras alterações de pele, linfonodos axilares alterados, imagens radiológicas suspeitas - categorias mamográficas BI-RADS 3, 4 e 5)

4.Mastalgia refratária

5.Eczema areolar que não cedeu ao tratamento inicial com corticóides

6. Fístulas

## 19. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA NEFROLOGIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1. Doença Renal Crônica

Encaminhar pacientes com IRC apresentando piora da função renal, independente da doença de base. (DM, HAS, Doenças Infecciosas, reumatológicas, etc)

2. Síndrome Nefrítica, Síndrome Nefrótica

Encaminhar casos com clínica consistente e com presença de macroalbuminúria ou proteinúria ou hematúria persistente.

3. Doença Policística Renal

Encaminhar todos os pacientes com História Familiar Positiva e entre 15 a 39 anos com 3 ou mais cistos uni ou bilaterais; entre 40 a 59 anos com 2 ou mais cistos em cada rim; pacientes com 60 anos ou mais com 4 ou mais cistos em cada rim.

Encaminhar pacientes com História Familiar Negativa e 10 ou mais cistos em cada rim, principalmente se rins aumentados bilateralmente ou presença concomitante de cistos hepáticos, pancreáticos ou esplênicos.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** casos de Hematúria franca. Síndrome Nefrítica ou Nefrótica com sinais e sintomas de alarme.

**Observação:** Encaminhar para PEDIATRIA: casos de síndrome nefrítica e nefrótica em crianças.

## 20. PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO PARA NEUROLOGIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como eletroencefalograma, radiografias (crânio, seios da face), tomografia e outros.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1. Cefaleias ou Enxaquecas ou Neuvralgias crônicas

Encaminhar casos de cefaleia ou enxaqueca de difícil controle, refratária ao tratamento e/ou com SINAIS DE ALERTA (história de alterações sensitivo-motoras, visuais, marcha, equilíbrio, perda de consciência ou evolução progressiva, cefaleia nova, mudança do padrão existente com alteração do exame neurológico.

Excluir possibilidade de infecções associadas. Realizar testes rápidos de HIV/ SÍFILIS.

Excluir outras cefaleias associadas a: crise hipertensiva; tensional; sinusinopatia.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** Paciente febril que apresente dor na nuca, Cefaléia forte com início abrupto, suspeita de lesão expansiva intracraniana de causa vascular, presença de sinais neurológicos focais, alteração de estado mental.

**Observação:** Cefaléia de difícil controle associada a distúrbio do comportamento, convulsões agravando progressivo ou instalação súbita e constante, devem sempre ser encaminhadas ao neurologista.

2. Epilepsia e convulsão

Encaminhar casos de difícil controle e crises como componentes de síndromes neurológicas.

Excluir possibilidade de causas cardiológicas, psiquiátricas, metabólicas, infectocontagiosas e convulsão febril.

Contra-referência - Retorno ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS com o relatório do especialista.

Obs: No caso de convulsão febril em crianças deve se tratar o quadro de base e depois encaminhar ao neurologista.

Após avaliação pelo neurologista e confirmando o diagnóstico de epilepsia, o retorno ao especialista deve ocorrer de seis em seis meses.

Caso a medicação termine antes do retorno do especialista e estando o paciente sobre o controle a prescrição deverá ser mantida pelo médico da UBS até o retorno ao Neurologista.

Para tanto, na receita deve constar sua validade de acordo com a data de retorno ao especialista e está preenchido o relatório de contra-referência

3. ALZHEIMER, PARKINSON E OUTRAS DEMÊNCIAS.

Encaminhar todos os casos suspeitos, tratados, descompensados.

Alteração progressiva das funções cognitivas (memória, cálculo, viso-construção, função executiva, praxia, gnosia, juízo, atenção e alteração do comportamento), mesmo em pacientes jovens acima de 30 anos, sendo descartadas etiologias psiquiátricas.

4. AVC ou TCE e Sequelas, Paralisias e Parestesias

Encaminhar casos confirmados, quadros subagudos que necessitam de investigação para diagnóstico etiológico e para prevenção secundária de eventos encefalovasculares.

5. Mononeuropatias, Polineuropatias, Esclerose múltipla

Encaminhar casos com espasmos musculares involuntários, distonias musculares, espasticidade associadas a lesões congênitas ou adquiridas. Excluir paraefeito de medicações, infecções ou crises conversivas. Encaminhar todos os casos de esclerose múltipla tratados, descompensados, com diagnóstico recente ou doença rapidamente progressiva.

6. Distúrbio de Aprendizagem ou Retardo Neuropsicomotor

7 . Distúrbio do Sono, Nevralgia do Trigêmio, Facial e outros nervos

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** casos suspeitos de AVC agudo; crise epiléptica aguda, ou associada a quadro febril; TCE ou TRM recente; cefaleia associada a alterações no exame neurológico ou distúrbio de comportamento ou de instalação súbita; infecções do SNC (suspeita de meningites, encefalites, mielites, etc) e de cefaleia súbita e intensa, com ou sem déficit neurológico.

**Observação:** Encaminhar para PEDIATRIA: casos em crianças com distúrbio de aprendizado ou retardo neuropsicomotor.

Encaminhar para ORTOPEDIA: casos de ciatalgia complicadas ou patologias cirúrgicas, não oncológicas, da coluna que avaliará necessidade de encaminhamento NEUROCIRURGIA.

# ESTADO DO RIO DE JANEIRO

## Prefeitura Municipal de Bom Jardim
## Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jardim
*Direção Médica*

**MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA REMUME/2025**

| | | |
|---|---|---|
| Carbamazepina 200mg | Divalproato sódio 250mg (ER) | Fenobarbital 100mg |
| Carbamazepina 20mg/ml | Valproato de sódio 50mg/ml | Fenobarbital 40mg/ml |
| Oxcarbazepina 300mg | Carbidopa 25mg + levodopa 250mg | Cloridrato de benserazida 25mg + levodopa 100mg |

## 21. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA OFTALMOLOGIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1. Diminuição da acuidade visual (Miopia, Hipermetropia, Astigmatismo)

Encaminhar casos com diminuição da acuidade visual, sugestivos de alteração na refração (Miopia, Hipermetropia, Astigmatismo, Presbiopia).

2. Catarata

Encaminhar todos os casos suspeitos com piora progressiva da visão, visão embaçada. Todos os casos confirmados por especialistas.

Também estão incluídos cataratas traumáticas e de origem metabólica e Leucocoria (pupila esbranquiçada), independente da idade.

3. Pterígio, Ectrópio, Entrópio, Estrabismo

Encaminhar todos os casos cirúrgicos.

4. Glaucoma

Encaminhar todos os casos, mesmo os assintomáticos e acima de 35 anos. Encaminhar os pacientes com história familiar de glaucoma.

Sintomatologia de Glaucoma agudo: dor ocular muito forte com diminuição súbita de visão, dor de cabeça e vômito algumas vezes, hiperemia intensa.

5. Retinopatia (Diabética, Hipertensiva, Imunológica ou Infectocontagiosa)

Encaminhar todos os casos de retinopatias.

6. Cefaléia

Encaminhar pacientes com cefaléia persistente, frontal (após período escolar ou após esforços visuais), sem outras causas aparentes (ex: sinusite, inflamações dentárias e enxaquecas).

7. Conjuntivite complicadas/ Inflamação Ocular

Encaminhar casos de conjuntivite de difícil controle. Pacientes com relato de ardor ou dor, secreção, baixa súbita de visão, hiperemia ocular, diplopia.

8. Estrabismo

Encaminhar pacientes com qualquer desvio ocular e compensação do estrabismo pela oposição de cabeça (diagnóstico diferencial do torcicolo congênito). Estrabismo fixo em qualquer idade. Estrabismo não fixo em menores de 1 ano

9. Córnea

Lacrimejamento, sensação de areia, fotofobia, córnea branca.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** casos de traumas físicos ou queimaduras químicas ou térmicas; uveítes; corpo estranho na córnea ou intraocular; glaucoma agudo; perda súbita de visão uni ou bilateral; descolamento de retina.

**Observação:** todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que encaminhou e a ele deve voltar.

## 22. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA ORTOPEDIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1. Osteoartrose e Dor Crônica

Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes, que não melhoram após tratamento inicial (especificar tratamento realizado), constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.

2. Deformidades - (MMII, Cifose e Escoliose)

Os casos de deformidades em crianças devem ser encaminhados ao especialista antes de 6 meses de vida. A deformidade em progressão deve ser acompanhada pelo ortopedista. Os casos de “pé torto” ou “pé plano rígido” deverão ser encaminhados ao diagnóstico.

3. Tendinopatias, Bursites, Entesopatias

Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes (mais de 90 dias de duração), que não melhoram após tratamento inicial (especificar tratamento realizado), descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Provável indicação cirúrgica de pacientes com tratamento clínico ineficaz por mais de 6 meses.

4. Sequela de Fratura

Descrever queixas, localização, duração, evolução, dor e limitação à movimentação. Relatar frequência e intensidade das crises.

5. Hérnia discal

Encaminhar os casos para ORTOPEDIA que avaliará a necessidade de encaminhamento para NEUROCIRURGIA ou CIRURGIA de COLUNA.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** casos de suspeita de fratura ou traumas; síndromes miofasciais importantes; ciatalgia.

Toda suspeita de fratura deverá ser encaminhada ao **PRONTO SOCORRO.**

## 23. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA OTORRINOLARINGOLOGIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1. Otite complicada, Colesteatoma, Mastoidites

Encaminhar os casos de otite ao tratamento ambulatorial, otite média crônica (efusão purulenta por mais de 3 meses), Otite média recorrente (3 ou mais episódios em 6 meses ou 4 em 1 ano)

2. Zumbido, Vertigem ou Tontura (Síndromes Vestibulares)

Encaminhar casos refratários ao tratamento clínico, após tratamento e exclusão de outras condições patológicas. (Cardiovascular, Psicossomático ou Neurológico)

3. Sinusopatias crônicas, Amigdalites Crônicas, Adenóide, Pólipo nasal, Hipertrofia de amígdalas

Encaminhar casos de hipertrofia de adenóide ou hipertrofia de tonsilas palatinas (amígdalas) ou pólipo que promovam respiração bucal, ronco noturno e/ ou sono agitado.

Encaminhar casos de amigdalite crônica de repetição para avaliação cirúrgica (6 quadros ao ano avaliados e tratados com antibióticos).

Encaminhar casos de otite média crônica não responsivos ao tratamento inicial e os associados a presença de otorréia de caráter contínuo ou intermitente, hipoacusia/surdez e/ou presença de perfuração timpânica.

4. Epistaxe

Dados relevantes da história clínica constando a frequência das crises. Afastar a presença de discrasia sanguínea antes de encaminhar, pedindo coagulograma se necessário.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO/SERVIÇO DE URGÊNCIA:** casos crise vertiginosa aguda; abscesso nasal ou periamigaliano; epistaxes volumosas, corpo estranho em ouvido, nariz e garganta.

**Encaminhar para a ONCOLOGIA:** casos suspeitos ou confirmados de neoplasia em lesões de cavidade oral, nasal e paranasal.

## 24. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA PEDIATRIA

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1- PUERICULTURA: Conforme Ordem de serviço N° 16 do Município.

1ª consulta na ESF, até 10 dias de vida.

Deverão ser encaminhados para o Pediatra, para consultas de 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 9° e 12° mês.

As consultas nos meses não contemplados acima, deverão ser feitas na ESF.

2- Prematuridade abaixo 36 semanas

3- Baixo peso ao nascimento (PIG)

4- Infecções congênitas (Sepse/Sífilis/TORCH/Zika)

5- Egressos de UTI neonatal

6- Malformações

7- Alteração Teste do Pezinho

8- Síndromes Genéticas

9- Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor

10- Gemelaridade

11- Asfixia neonatal

## 25. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA PNEUMOLOGIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**Pré requisito da especialidade:** Solicitar, interpretar e anexar resultado exames (RX, TC, RNM de TÓRAX); ESPIROMETRIA e exames laboratoriais pertinentes ao caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

1. Asma, DPOC

Relatar os tratamentos já realizados e os medicamentos com respectivas doses em uso atual. Encaminhar casos de difícil controle.

2. Tosse

Encaminhar os casos de tosse persistente quando for excluídos causas medicamentosas, cardíacas, gástricas, psiquiátricas, otorrinolaringológicas e infectocontagiosas. Suspeita de patologias pulmonares associadas a Asma (Bronquiecstasia, Seqüestro Pulmonar, Mucoviscidose e outras).

3. Nódulos, Massas Pulmonares

Encaminhar casos de nódulos sugestivos de processos inflamatório ou infeccioso sem resposta ao tratamento ou dúvida diagnóstica.

4. Pneumopatias Adquiridas

Encaminhar casos de difícil controle.

**OBSERVAÇÕES:**

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO:** casos de insuficiência respiratória aguda em pneumopatas como DPOC descompensado, PNM ou crises de asma.

**Encaminhar para ONCOLOGIA:** casos suspeitos ou confirmados de neoplasia pulmonar ou pleural.

## 26. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA PSIQUIATRIA

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1. Esquizofrenia

2. Transtorno Afetivo Bipolar

3. Egressos de internação em serviços psiquiátricos, por transtorno mental ou uso nocivo de álcool e outras drogas

4. Transtornos Depressivos Graves, com risco de suicídio

5. Uso nocivo de álcool e outras drogas, necessitando de uso de medicação psiquiátrica

6. Neuroses graves, associadas a transtornos de personalidade, com dificuldades no diagnóstico diferencial com outros quadros

**MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA REMUME/2025**

| | | |
|---|---|---|
| Alprazolam 1mg | Amitriptlina 25mg | Biperideno 2mg |
| Clonazepam 2,5mg/ml | Citalopram 20mg | Carbonato de lítio 300mg |
| Clonazepam 2mg | Clomipramina 25mg | Decanoato de Haloperidol |
| Diazepam 5mg | Clorpromazina 100mg | Prometazina 25mg |
| Fluoxetina 20mg | Clorpromazina 25mg | Haloperidol 1mg |
| Sertralina 50mg | Escitalopram 10mg | Haloperidol 5mg |
| Desvenlafaxina 50mg | Venlafaxina 75mg | Haloperidol solução 2mg/ml |

## 27. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA PROCTOLOGIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**Pré requisito da especialidade:** Solicitar, interpretar e anexar resultado exames (RX, TC, RNM de ABDOMEN TOTAL); COLONOSCOPIA; BIÓPSIAS e Anatomopatológico; exames laboratoriais pertinentes ao caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:**

1. Hemorróidas, fístulas, fissuras

Encaminhar casos de doenças orificiais de difícil manejo. Em casos de sangramento anal, mesmo com a presença de doenças orificiais ou exames de sangue oculto positivo em rastreamento (no mínimo 2 amostras em dias diferentes)

2. DII (D. CROHN, RETOCOLITE ULCERATIVA)

Encaminhar todos os casos.

3. Doença Diverticular, Angiodisplasia intestinal

Encaminhar os casos de difícil manejo.

**OBSERVAÇÕES:**

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO:** casos de sangramento intestinal volumoso com risco para instabilidade hemodinâmica; obstrução intestinal.

**Encaminhar para ONCOLOGIA:** casos suspeitos ou confirmados de neoplasia intestinal, anal.

## 28. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA REUMATOLOGIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**Pré requisito da especialidade**: Solicitar, interpretar e anexar resultado exames (HMG, VHS, PCR, TGO, TGP, FAN, FATOR REUMATOIDE WAALER ROSE E LÁTEX, etc ); caso tenha feito outros exames, ex: RX, TC, US ou RNM de articulações; Biópsias, orientar o paciente a levar para a consulta.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

1. Artrites
2. Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo
3. Espondilites
4. Vasculites
5. LES
6. Febre Reumática

Sugerimos ao médico da APS avaliar se o paciente pode aguardar por consulta eletiva. Nos casos de febre reumática aguda ou com suspeita de acometimento cardíaco agudo, sugerimos que os pacientes devam ser prontamente hospitalizados até elucidação diagnóstica.

**OBSERVAÇÕES:**

Encaminhar todos os casos suspeitos ou confirmados de doenças reumáticas.

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO:** casos de artrite séptica; LES em atividade (cutâneo, artrite, glomerulonefrite, vasculite, envolvimento do SNC, insuficiência renal aguda); vasculites com envolvimento cutâneo,pulmonar e renal.

## 29. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA UROLOGIA

**PRÉ REQUISITOS EXIGIDOS:**

História médica atual resumida (quadro clínico, tempo de evolução, etc). História médica pregressa. História familiar. Exame físico. Hipótese diagnóstica. Tratamentos realizados e medicamentos em uso. Descrever e anexar cópias de exames complementares relevantes para o caso.

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

1. Litíase renal, vesical e ureteral

Encaminhar casos com cálculos maiores que 10 mm ou menores que 10 mm associados à hidronefrose, malformações renais, estenose da junção pieloureteral e/ou rim único.

Encaminhar casos com cálculos maiores que 10 mm ou entre 4 e 10 mm que não foram eliminados após seis semanas de tratamento conservador.

2. Hiperplasia prostática benigna

Encaminhar todos os casos com sintomas de prostatismo moderado ou severo, ou os que não respondem ao tratamento. Repetir PSA em 6 meses em casos de valor limítrofe.

3. ITU repetição

Encaminhar casos com antecedentes de 2 ou mais episódios de ITU em seis meses ou 3 ou mais episódios ao ano.

4. Hematúria

Encaminhar pacientes com hematúria persistente, confirmada em dois exames de urina com 8 semanas de intervalo e exames de imagem.

5. Disfunção sexual

Encaminhar casos de ejaculação precoce, anorgasmia e dificuldade de orgasmo, com tratamento farmacológico prévio sem sucesso (paroxetina 20mg). Descrever dosagens hormonais (testosterona total e livre, SHBG, FSH, LH e prolactina).

Excluir estresse emocional; alcoolismo; alteração da microvasculatura pelo diabetes, dislipidemia e hipertensão em uso de BBloqueador.

6. Fimose

Encaminhar crianças maiores de 3 anos sem resolução com tratamento clínico.

7. Varicocele

Encaminhar todos os casos associados à dor escrotal, atrofia testicular ou alteração do espermograma.

**OBSERVAÇÕES:**

**Encaminhar para o PRONTO ATENDIMENTO:** casos de Hematúria franca; cólica nefrética sem resposta ao tratamento; prostatite aguda, bexigoma; hidrocele volumosa e dolorosa; parafimose, torção de testículo, ITU com instabilidade hemodinâmica.

**Encaminhar para a ONCOLOGIA:** casos suspeitos ou confirmados de neoplasia do Aparelho urinário, Próstata e Testículo.

Casos com hematúria, dor lombar ou pélvica e massa palpável (Tríade Clássica), com lesões renais sólidas ou cistos renais complexos (Bosniak III e IV).

Casos de neoplasia de próstata diagnosticados e /ou suspeitos com PSA elevado, alterações no toque retal e/ou biópsia com diagnóstico.

Casos de neoplasia de testículo diagnosticados e os suspeitos com dor e aumento de volume/massa testicular com crescimento rápido.

Casos de neoplasia peniana encaminhar com resultado da biópsia.

**Encaminhar para PEDIATRIA:** avaliação conjunta para fimose.