

**PORTARIA N° 020/2018**

**DISPÕE SOBRE O PROCESSO DE REFERENCIAMENTO/ENCAMINHAMENTO DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA, UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PARA OS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

**WANDILSON APARECIDO BÍCEGO**, Secretário Municipal em exercício, no uso de suas atribuições legais, de acordo com a delegação do Exmo Senhor Prefeito, presente no Decreto nº 4896/2017,

**CONSIDERANDO** a Constituição Federal, em especial o contido nos artigos 196 e 197, bem como os Princípios do Sistema Único de Saúde, como a Universalidade, Equidade e Integralidade;

**CONSIDERANDO** o Estatuto da Criança e do Adolescente; o Estatuto do Idoso; e todas as outras legislações esparsas que trata de forma diferenciada os pacientes SUS;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

**CONSIDERANDO** o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, no que tange à Organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a definição das Portas de entrada as ações e serviços de Saúde;

**CONSIDERANDO** as Políticas Nacionais da Atenção Básica;

**CONSIDERANDO** que a Atenção Básica (AB), que se caracteriza, entre outras coisas, como porta de entrada preferencial do SUS;

**CONSIDERANDO** que é prerrogativa da Secretaria Municipal de Saúde organizar o acesso ao serviço especializado;

**CONSIDERANDO** a Conferência Municipal de Saúde de 05/07/2017, que estabeleceu como Diretriz a ampliação de números de consultas e exames especializados, bem como criação de protocolo de atendimento e direcionamento padronizado;

**CONSIDERANDO** que a prestação da assistência à saúde, necessita de intensa regulação e controle, principalmente no que concerne a maximizar os atendimentos preventivos e a realização de exames;

**CONSIDERANDO** que a eficiência e a resolutividade no atendimento primário, são de fundamental importância para que seja garantido a todos o acesso ao atendimento especializado;

**CONSIDERANDO** que o referenciamento/encaminhamento é uma ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto guiam as decisões dos profissionais solicitantes, quanto se constitui como referência que modula as avaliações apresentadas pelos médicos reguladores.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - No âmbito do Sistema Único de Saúde de São Sebastião do Paraíso, os encaminhamentos para o Ambulatório de Especialidades Médicas deverão ser feitos após os médicos assistentes exercerem toda a medicina condizente com o caso, bem como não sendo mais possível resolução com os meios disponíveis até o momento.

**Art. 2º** – Os encaminhamentos a que se refere o artigo 1º, deverão ser devidamente fundamentados, constando história clínica, sinais e sintomas, exames realizados, hipóteses diagnósticas, tratamentos realizados e o porquê do encaminhamento, sem prejuízo da observância aos demais ditames atrelados à matéria atualmente em vigor.

**Art. 3º** – Os encaminhamentos serão avaliados pelo médico Coordenador das USFs; UPA e pelo Médico Autorizador/Regulador do Município, que priorizarão os casos mais urgentes, em consonância com o artigo 1º e os demais, quando serão colocados na fila normal, sendo possível a estes profissionais médicos devolverem encaminhamentos que não entenderem necessários, solicitar esclarecimentos sobre encaminhamentos mal elaborados e/ou fundamentados, tudo visando a saúde e o bem estar do paciente.

**Art. 4º** – No âmbito do Sistema Único de Saúde de São Sebastião do Paraíso, os pedidos de exames complementares reger-se-ão pelas diretrizes e critérios determinados no Anexo I,II,III, IV e seguintes desta Portaria, sem prejuízo da observância aos demais ditames atrelados à matéria atualmente em vigor.

**Art. 5º** Todos os profissionais que prestam serviços para a Secretaria Municipal e que não observarem as orientações contidas nesta Portaria, estarão sujeitos as sanções previstas no Estatuto do Servidor Municipal e no Regimento Interno do Setor em que atuar.

**Art. 6º** Revogadas as disposições em contrário, esta Portaria entrará em vigor na data de sua assinatura.

Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso, 29 de junho de 2018.

**WANDILSON APARECIDO BICEGO**  
**Secretário Municipal de Saúde**

## ANEXO I

Todas as solicitações para a Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade – APAC e Boletim de Produção Ambulatorial (Individualizado) BPA-I no Município de São Sebastião do Paraíso, deverão obedecer os seguintes critérios:

1. Dados do atendimento na unidade: (identificação da unidade credenciada pelo SUS onde foi realizada a consulta: origem (AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES/UPA/USF / CAPS / APAE / ASILO e demais unidades prestadoras de serviços para o SUS); código do CNES; Município e número do prontuário);
2. Dados do usuário: nome, data de nascimento, sexo, nome da mãe, CPF, cartão do SUS, telefone, endereço completo;
3. Todas as solicitações de procedimentos a serem custeadas pelo SUS deverão ser precedidas pela apresentação do respectivo comprovante de residência de cada usuário a ser beneficiado pelo procedimento solicitado. Para efeito do disposto neste item, considera-se como documento hábil para a referida comprovação, os seguintes: (conta de energia, de telefone, de serviço de água e esgoto, título de eleitor, carteira de estudante, carteira de ônibus, contrato de locação, demonstrativo de pagamento, sempre atuais e expedidos em nome do usuário interessado ou cônjuge. Se, mesmo assim, o usuário não tiver condições de apresentação do comprovante, deverá ser apresentado relatório do Serviço Social do estabelecimento de saúde atestando a residência do referido usuário);
4. Justificativa da solicitação – justificativa clínica – contendo: história da moléstia, exames clínicos, tratamentos já realizados com referências cronológicas, exames de relevância realizados anteriormente (cópia) ou descritivos; objetivo do exame solicitado; diagnóstico inicial / CID; procedimento solicitado / código; médico solicitante – assinatura, carimbo, CRM, CPF e data.
5. Diretor Clínico ou responsável – assinatura e carimbo: o diretor, coordenador, ou responsável pela unidade deverá atestar que o usuário teve atendimento pelo SUS, ocasião em que foi gerado o laudo de solicitação de exames e/ou anexar a FAA – Ficha de Atendimento Ambulatorial (instrumento simplificado para registro dos atendimentos ambulatoriais que deve ser preenchido, para todos os atendimentos médicos: consultas, pequenas cirurgias, biópsias, etc...).

Atendidos os critérios anteriores, a documentação deverá ser encaminhada à Secretaria de Saúde – Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, que procederá a análise para o recebimento do laudo: preenchimento integral do formulário; verificação de exames exigidos, conferência dos documentos e verificação da origem do laudo.

Além de todas as solicitações estarem corretamente formuladas, para os procedimentos de APAC/BPA-I devem ser atendidos ainda os seguintes critérios técnicos:

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>CRITÉRIOS</b>
<b>CARDIOLOGIA</b>	
Cateterismo	Laudo de APAC – preenchimento integral em 02 vias. Exames exigidos: ECG ou Holter ou ECO ou teste de esforço ou MIBI
Ecodopplercariograma	Solicitação de exame comum: ECG e Rx de tórax
<b>UROLOGIA</b>	
Litotripsia	Exames exigidos: RX de abdomen simples; USG de vias urinárias; urografia excretora; exame de urina tipo 1, cultura e antibiograma
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA</b>	
Coluna	Rx
Crânio	Anamnese e descrição do exame clínico completo e objetivo
Tórax	Rx Tórax PA e Perfil atualizado e Rx de tórax anterior
Abdomen e Pelve	Rx
Face ou Seios da Face ou Articulações Têmporo- mandibulares	Rx
Pelve ou Bacia	Rx
Segmentos Apendiculares (braços, antebraços, coxas,	Rx e/ou Ultrassom

pernas, mãos, pés)	
Articulação Esterno-Clavicular	Rx
Ombros, Cotovelos, Punhos, Sacro-Iliaco, Coxo-Femorais	Rx
<b>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA</b>	
Coluna Cervical	Rx e/ou Tomografia
Crânio	Tomografia
Tórax	Tomografia e/ou Rx tórax PA e Perfil atualizado e Rx de tórax anterior
Abdomen e Pelve	Tomografia e/ou ultrassom ou biópsia (câncer)
Face ou Seios da Face ou Articulações Têmporo-Femorais	Rx e/ou Tomografia
Pelve ou Bacia	Rx e/ou Tomografia
Segmentos Apendiculares (braços, antebraços, coxas, pernas, mãos, pés)	Rx e/ou Tomografia
Articulação Esterno-Clavicular	Rx e/ou Tomografia
Ombros, Cotovelos, Punhos, Sacro-Iliaco, Coxo-Femorais	Rx e/ou Tomografia
Joelhos	Rx e/ou Tomografia

<b>MEDICINA NUCLEAR</b>	
Cintilografia do miocárdio/perfusão – stress ou repouso	ECG
Cintilografia da tireóide	TSH e T4 livre + US Para tumor ou nódulo – apenas história clínica
Cintilografia do miocárdio necrose	ECG e cateterismo ou ecocardiograma
Cintilografia do fígado e baço	História clínica
Cintilografia do fígado e vias biliares	US e história clínica, exames laboratoriais
Cintilografia renal estática	US de vias urinárias + urocultura + urina rotina

Determinação do fluxo plasmático com radioisótopos	US de vias urinárias
Renograma	US de vias urinárias
Estudo renal dinâmico com ou sem diurético	US de vias urinárias para hipertensão renovascular; ureia, creatinina, clearance de creatinina
Linfocintilografia	Descrição clínica
Cintilografia do corpo inteiro com gálio 67 – exclusivo para doença de hodgkin	Anátomo-patológico
Cintilografia da mama	Mamografia + anátomo-patológico
Linfocintilografia para pesquisa de linfonodo sentinela	Anátomo-patológico
Cintilografia do pulmão	Para CA: Rx + anátomo-patológico Para TEP: Rx de tórax
Cintilografia do coração	Anamnese e descrição do exame clínico completo e objetivo
Cintilografia pulmonar	Inalação: Rx e história clínica Perfusão: Rx e história clínica
Cintilografia para pesquisa de divertículo de Meckel	Anamnese e descrição do exame clínico completo e objetivo
Cintilografia para avaliação de esvaziamento gástrico	REED
Cintilografia para pesquisa de refluxo gastro-esofágico	REED
Cintilografia de hemorragia ativa	História clínica para hemorragia digestiva alta: endoscopia
Cintilografia de hemorragia não ativa	História clínica Para hemorragia digestiva alta: endoscopia
Cintilografia da paratireóide	PTH
Teste do perclorato	TSH + T4 Livre
Cintilografia para pesquisa de corpo inteiro	CA – anátomo-patológico Feocromocitoma: catecolaminas e VMA
Cintilografia do testículo/bolsa escrotal	Anamnese e descrição do exame clínico completo e objetivo

Cisto-cintilografia direta	Uretro cisto-grafia miccional
Cintilografia óssea	Para ESTADIAMENTO: anátomo-patológico Para SEGUIMENTO: descrição clínica + anátomo-patológico e/ou exames laboratoriais
Cintilografia das articulações e/ou extremidades	Rx
Cintilografia para pesquisa de aspiração	Anamnese e Rx
<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	
Endoscopia Digestiva Alta	Rx de abdomen + ultrassom abdominal + anamnese

Para a autorização de **Procedimentos Ambulatoriais de Média Complexidade**, solicitados pelas Unidades componentes do Sistema Único de Saúde do Município, serão utilizados os seguintes critérios:

Todas as solicitações deverão conter:

1. Dados do usuário (nome, idade, sexo, cor, cartão do SUS).
2. Para realização dos exames: a apresentação do respectivo comprovante de residência de cada usuário a ser beneficiado pelo procedimento. Os documentos comprobatórios de residência obedecem o mesmo disposto para os atendimentos de alta complexidade.
3. Dados clínicos – justificativa clínica – esse campo deverá conter: história da moléstia, exame clínico, tratamento já realizado com referências cronológicas, exames de relevância realizados anteriormente.

4. Quantidade de exames a serem realizados:

1	Patologia clínica	05 (cinco) exames por requisição
2	Radiologia	02 (dois) exames por requisição
3	Ultrassom	02 (dois) exames por requisição
4	Mamografia	01 (um) exame por requisição

4.1 Serão **exceções ao item 4 sub item 1 – Patologia clínica**, somente os casos em que os Protocolos de Especialidades Clínicas assim preconizar.

5. Coordenador(a) ou responsável – assinatura e carimbo: o coordenador(a) deverá atestar que o usuário teve atendimento pelo SUS, quando foi gerada a requisição de exames através da FAA – Ficha de Atendimento Ambulatorial.
6. FAA é o instrumento simplificado para registro dos atendimentos ambulatoriais, que deverá ser preenchida para todos os atendimentos médicos: consultas, pequenas cirurgias, biópsias, etc.; devidamente assinadas, carimbadas e com letras legível.
7. As Unidades componentes do Sistema Único de Saúde Municipal que tiverem prontuários os mesmos deverão ser preenchido obedecendo as normas vigentes .

<b>Média Complexidade – requisição / Resultado de Exames</b>	
Ecodopplercardiograma	Solicitação de exame comum: ECG, Rx de tórax
Endoscopia Digestiva Alta	Anamnese e descrição do exame clínico completo e objetivo, Rx de abdomen + ultrassom abdominal.
Patologia Clínica	Anamnese e descrição do exame clínico completo e objetivo
Ultrassom	Anamnese e descrição do exame clínico completo e objetivo
Radiologia	Anamnese e descrição do exame clínico completo e objetivo
Eletrocardiograma	Anamnese e descrição do exame clínico completo e objetivo
Eletroencefalograma	Anamnese e descrição do exame clínico completo e objetivo


#### **OBSERVAÇÕES ANEXO I:**

- DA VALIDADE DA APAC E DA REQUISIÇÃO : as requisições terão validade de 30 (trinta) dias a partir da data de emissão das mesmas.
- O usuário deverá ter acesso às informações de forma clara, sobre os serviços de saúde oferecidos no Município, os quais devem incluir: endereços, telefones, horários de funcionamento, mecanismos de marcação de consultas, exames, cirurgias, equipamentos e ações disponíveis, bem como as limitações de cada serviço.
- Os procedimentos com os critérios de anamnese e exames clínicos completos e objetivos, deverão ser preenchidos em letra legível, conforme determina o artigo 39 da Resolução CFM nº 1246/88 (Código de Ética Médica) e deverão conter as condições




que justifiquem a solicitação dos mesmos.

## ANEXO II

PROTOCOLO CLÍNICO EXAMES E ENCAMINHAMENTOS AMBULATORIAIS	
	<b>EXAMES INTERNOS</b>
ELABORADO: AGOS/2018 REVISADO: AGOS/2018	
<b>EXAMES LABORATORIAIS</b>	
●	Hemograma Completo
●	Coagulograma (TP/TTPA/INR)
●	Plaquetas
●	Urina I
●	Amilase
●	TGO/TGP
●	Bilirrubina total e frações
●	CKMB
●	CPK
●	Uréia
●	Creatinina
●	Glicemia
●	PCR
●	Sódio
●	Potássio
●	BHCG (com justificativa, caso não tenha justificativa, o paciente será encaminhado a USF, para agendamento e posterior realização do mesmo)
●	Troponina
●	Gasometria arterial
●	Lactato
<b>EXAMES DE IMAGEM</b>	
●	Radiografias (sem contraste)
●	US de Abdomen Total
<b>COMO PROCEDER NOS DEMAIS CASOS:</b>	

1. Encaminhamentos para as demais especialidades médicas e/ou exames laboratoriais e de imagem, deverão ser referenciadas para as USFs com a hipótese diagnóstica, CID e as condutas que foram adotadas no atendimento de urgência/emergência. A definição de “prioridade” será definida pela Equipe de Regulação em conjunto com o diretor técnico/clínico; baseada nos dados clínicos descritos no encaminhamento, bem como tratamentos realizados previamente de acordo com as Portarias Municipais;
2. Os encaminhamentos Pediátricos são exceção ao item 1, desde que descrita a hipótese diagnóstica, CID e as condutas que foram adotadas no atendimento de urgência/emergência. A definição de “prioridade” será definida pela equipe de regulação em conjunto com o diretor técnico/clínico, baseada nos dados clínicos descritos no encaminhamento, bem como tratamentos realizados previamente de acordo com as Portarias Municipais;
3. Pacientes da zona rural, devem ser referenciados ao Ambulatório de Especialidades Municipal com a hipótese de diagnóstica, CID e as condutas que foram adotadas no atendimento de urgência/emergência. A definição de “prioridade” será definida pela equipe de regulação em conjunto com o diretor técnico/clínico, baseada nos dados clínicos descritos no encaminhamento, bem como tratamentos realizados previamente de acordo com as Portarias Municipais;
4. Encaminhamentos fora dos parâmetros acima citados, serão devolvidos a UPA, para que o Diretor Técnico/clínico encaminhe para o fluxo correto.

## ANEXO III

<b>PROTOCOLO CLÍNICO</b> <b>EXAMES E ENCAMINHAMENTOS AMBULATORIAIS</b>		
	<b>ENCAMINHAMENTOS AMBULATORIAIS</b>	ELABORADO: AGO/2018 REVISADO: AGO/2018
<p><b>EXAMES DE IMAGEM</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• USG Abdomen Total (com justificativa, descrição do quadro clínico e exames complementares já realizados na urgência/emergência)</li></ul> <p><b>ENCAMINHAMENTOS AMBULATORIAIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dermatologia (Protocolo de Urgências Dermatológicas)</li><li>• Pequenas Cirurgias</li><li>• Oftalmologia</li></ul>		
<p><b>COMO PROCEDER NOS DEMAIS CASOS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Encaminhamentos para as demais especialidades médicas e/ou exames laboratoriais e de imagem, deverão ser referenciadas para as USFs com a hipótese diagnóstica, CID e as condutas que foram adotadas no atendimento de urgência/emergência. A definição de “prioridade” será definida pela Equipe de Regulação em conjunto com o diretor técnico/clínico, baseada nos dados clínicos descritos no encaminhamento, bem como tratamentos realizados previamente de acordo com as Portarias Municipais;</li><li>2. Os encaminhamentos Pediátricos são exceção ao item 1, desde que descrita a hipótese diagnóstica, CID e as condutas que foram adotadas no atendimento de urgência/emergência. A definição de “prioridade” será definida pela equipe de regulação em conjunto com o diretor técnico/clínico, baseada nos dados clínicos</li></ol>		

descritos no encaminhamento, bem como tratamentos realizados previamente de acordo com as Portarias Municipais;

3. Pacientes da zona rural, devem ser referenciados ao Ambulatório de Especialidades Municipal com a hipótese diagnóstica, CID e as condutas que foram adotadas no atendimento de urgência/emergência. A definição de “prioridade” será definida pela equipe de regulação em conjunto com o diretor técnico/clínico, baseada nos dados clínicos descritos no encaminhamento, bem como tratamentos realizados previamente de acordo com as Portarias Municipais;
4. Encaminhamentos fora dos parâmetros acima citados, serão devolvidos a UPA, para que o Diretor Técnico/clínico encaminhe para o fluxo correto.

## ANEXO IV

### PROTOCOLO CLÍNICO ENCAMINHAMENTO PARA AMBULATÓRIO DE NEFROLOGIA

## ENCAMINHAMENTOS AMBULATORIAIS

### **Cistos / Doença Policística Renal**

1. Suspeita de doença policística renal
  - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

Sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outros achados relevantes);  
Resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização;

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);

Cor de pele (negra ou não), idade e sexo;

Resultado Urina tipo 1, com data (quando alterado, dois exames com oito semanas de diferença entre eles);

Presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não), e parentesco com o paciente.

### **Diabetes Mellitus**

1. Pacientes com taxa de filtração glomerular  $< 30$  /min/ $1,73$  m<sup>2</sup> (estágio 4 e 5); ou
2. Proteinúria  $> 1$  grama/dia; ou
3. Perda rápida da função renal ( $> 5$  /min/  $1,73$  m<sup>2</sup> em um período de seis meses, com uma TFG  $< 60$  /min/ $1,73$  m<sup>2</sup>, confirmado em dois exames)
  - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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);

Cor de pele (negra ou não), idade e sexo;

Resultado de microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação

albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;

Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes.

### **Doença Renal Crônica**

1. Taxa de filtração glomerular (TFG)  $< 30$  /min/1,73m<sup>2</sup> (estágio 4 e 5); ou
2. Proteinúria  $> 1$  grama/dia; ou
3. Hematúria persistente; ou
4. Alterações anatômicas que provoquem lesão ou perda de função renal; ou
5. Perda rápida da função renal ( $> 5$  /min/1,73 m<sup>2</sup> em seis meses, com uma TFG  $< 60$  /min/1,73 m<sup>2</sup>, confirmado em dois exames); ou
6. Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários)
  - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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);

Resultado de microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;

Resultado de 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);

Resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;

Cor de pele (negra ou não), idade e sexo

### **Hipertensão Arterial Sistêmica**

1. Suspeita de hipertensão secundária; ou
2. Falta de controle da pressão com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão.
  - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

Sinais e sintomas;

Medicações em uso, com dose e posologia;

Duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;

Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes, com data;

Avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não)

### **Infecção Urinária Recorrente**

1. ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.
  - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

Número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;

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);

Cor de pele (negra ou não), idade e sexo

Resultado de ecografia das vias urinárias, com data;

Descrever se foi realizada profilaxia para infecção urinária recorrente, e como foi feita, medicamento dose e posologia;

Em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino;

### **Crianças**

1. Síndrome Nefrótica / Nefrítica
2. Glomerulopatias
  - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

Sinais e sintomas;

Medicações em uso, com dose e posologia;

Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes, com data;

### **Encaminhamentos com PRIORIDADE**

1. Pacientes com Doença Renal Crônica em Estadio 5 (Taxa de filtração glomerular - TFG  $\leq 15$  /min/1,73m<sup>2</sup>);
2. Criança com Síndrome Nefrótica em Anasarca
3. Níveis de Creatinina aumentando progressivamente (Glomerulonefrite Rapidamente Progressiva)

Sugere-se para o cálculo da TFG a fórmula CKD-EPI, a qual utiliza os seguintes

parâmetros:

Creatinina Plasmática, Idade, Raça e Gênero Biológico

Aplicativo para celular: **MediCalc**

Site: <https://sbn.org.br/utilidades/calculadoras>

**Estadiamento e classificação da doença renal crônica**

<b>Estágio</b>	<b>Filtração Glomerular (ml/min)</b>	<b>Grau de Insuficiência Renal</b>
<b>0</b>	> 90	Grupos de Risco para DRC Ausência de Lesão Renal
<b>1</b>	> 90	Lesão Renal com Função Renal Normal
<b>2</b>	60 – 89	IR Leve ou Funciona
<b>3</b>	30 – 59	IR Moderada ou Laboratorial
<b>4</b>	15-29	IR Severa ou Clínica
<b>5</b>	< 15	IR Terminal ou Dialítica

*IR = insuficiência renal; DRC=doença renal crônica.*



## ANEXO V

### PROTOCOLO CLÍNICO

## ACOMPANHAMENTO DE PRE NATAL

### Estratificação de risco da gestante

A estratificação da população perinatal por estratos de riscos é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Os critérios normalmente utilizados para a estratificação de risco gestacional referem-se às características individuais da gestante, como idade, estatura, peso; às condições socioeconômicas, como escolaridade, ocupação e uso de substâncias psicoativas; à história reprodutiva anterior, como intervalo interpartal, prematuridade e abortamento; e as intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual, como gestação múltipla, ganho ponderal, patologias controladas ou não e fatores de riscos fetais.

A estratificação de risco da gestante em dois níveis – Risco Habitual e Alto Risco – permitiu, nos últimos anos, assistência adequada em várias situações. A implantação da rede de atenção à saúde materno-infantil, porém, evidenciou a necessidade de uma revisão dos critérios e dos estratos de risco com vistas a uma segurança ainda maior para determinadas situações de risco para a gestante ou para o neonato.

**O QUADRO 1** apresenta os estratos de risco e os critérios utilizados. É importante salientar que a estratificação de risco se refere a uma condição crônica, visando a uma intervenção clínica individual ou do grupo de gestantes diferenciada, segundo o estrato de risco. É diferente da identificação e classificação de risco de situações de urgência, como a pré-eclâmpsia ou a própria urgência do trabalho de parto.

## Quadro 1

<u>Nível</u>	<u>Condição Clínica</u>
Risco Habitual	<p><b>Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade entre 16 e 34 anos;</li> <li>• Gravidez planejada ou desejada.</li> </ul> <p><b>História reprodutiva anterior:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervalo interpartal maior que um ano.</li> </ul> <p><b>Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.</b></p>
Risco médio ( <b>Tratado na USF</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;</li> <li>• Situação conjugal insegura;</li> <li>• Baixa escolaridade (&lt; 4 anos);</li> <li>• Tabagista;</li> <li>• Altura menor que 1,45 m;</li> <li>• IMC &lt; 19 ou &gt; 30;</li> <li>• Nuliparidade e multiparidade;</li> <li>• Intervalo interpartal menor que um ano, se cesárea anterior;</li> <li>• Infecção urinária <b>sem ser recorrente</b>;</li> </ul>
Risco médio ( <b>Tratado no ambulatório de referência</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade menor que 16 e maior que 34 anos;</li> <li>• Uso de drogas;</li> <li>• Desnutrição fetal ou malformação;</li> <li>• Cirurgia uterina anterior;</li> </ul>
Alto risco	<p>Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependência química de drogas.</li> </ul> <p>História reprodutiva anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Morte perinatal explicada e inexplicada;</li> <li>• 2 abortos ou mais;</li> <li>• Esterilidade/infertilidade;</li> <li>• Síndrome hemorrágica ou hipersensitiva;</li> <li>• Prematuridade;</li> </ul> <p>Doença obstétrica na gravidez atual controlada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de líquido amniótico;</li> </ul>

- Gestação múltipla;
- Ganho ponderal inadequado;
- Diabetes gestacional;
- Hemorragias da gestação.

Intercorrências clínicas (patologias controladas):

- Infecção urinária de repetição;
- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias (reumáticas, congênitas hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação);
- Pneumopatias (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC);
- Nefropatias (insuficiência renal, rins policísticos, pielonefrite de repetição);
- Endocrinopatias (diabetes, hipo e hipertireoidismo);
- Hemopatologias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, infecção pelo HIV);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, artrite reumatoide, etc. );
- Ginecopatias (malformações uterinas, miomas intramurais com diâmetro > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, útero bicorne);
- Câncer: os de origem ginecológica, se invasores, que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez;
- Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal.

Fatores de risco gestacional:

- Doença obstétrica na gravidez atual – não controlada;
- Intercorrências clínicas – patologias não controladas;
- Malformações fetais;
- Isoimunização.

Quanto à prevalência, estima-se que 85 % das gestantes sejam de risco habitual e de médio risco; 11,2%, de alto risco; e 3,8%, de muito alto risco (incluindo 0,7% de malformação).

## Mapeamento do cuidado no Pré-Natal

O **QUADRO 2** sugere a organização do cuidado que deve ser oferecido à gestante durante o pré-natal, de acordo com a estratificação de risco.

**QUADRO 2**

Item	Especificação	Gestante			
		Risco habitual	Médio Risco	Alto Risco	Muito alto risco
<i>Identificação e cadastro</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UBS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situação ideal: imediatamente após a confirmação da gestação.</li> <li>• Situação mínima: no primeiro trimestre de gestação.</li> </ul>			
<i>Primeira consulta (enfermeiro)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação clínico-obstétrica</li> <li>• Cálculo inicial da DPP pela DUM</li> <li>• Estratificação do risco gestacional</li> <li>• Avaliação do calendário vacinal</li> <li>• Solicitação de exames complementares</li> <li>• Cadastramento no SIS Pré-natal</li> <li>• Preenchimento e entrega do Cartão da Gestante</li> <li>• Vinculação à maternidade</li> <li>• Agendamento do retorno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prazo máximo: 24 horas após o cadastro.</li> </ul>			
<i>Segunda consulta (médico)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação clínico-obstétrica</li> <li>• Confirmação da idade gestacional</li> <li>• Análise dos resultados de exames complementares</li> <li>• Estratificação do risco gestacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prazo máximo: um mês após a primeira consulta.</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do calendário vacinal</li> <li>• Definição do Plano de Cuidado</li> <li>• Preenchimento do Cartão da Gestante</li> <li>• Agendamento do Retorno</li> </ul>		
<i>Consulta Odontológica</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação clínica odontológica e plano terapêutico (S/N)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prazo máximo: um mês após a primeira consulta.</li> </ul>	
<i>Consultas subsequentes do pré-natal para:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação clínico obstétrica;</li> <li>• Confirmação da idade gestacional;</li> <li>• Estratificação do risco gestacional</li> <li>• Preenchimento do Cartão da Gestante;</li> <li>• Reavaliação do Plano de Cuidado;</li> <li>• Revisão da vinculação à maternidade, de acordo com a estratificação de risco;</li> <li>• Agendamento do</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na Unidade de Saúde da Família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mínimo de uma consulta mensal, até 34 semanas, quinzenal até 38 semanas e semanal até o nascimento (médicas e de enfermagem agendadas).</li> </ul> <p><b>Obs: A partir de 36 semanas, ou antes se houver sinais de trabalho de parto, encaminhar para acompanhamento na Maternidade.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mínimo de uma consulta a cada 6 semanas até 34 semanas para monitoramento do Plano de Cuidado e uma consulta quinzenal até 38 semanas e semanal até o nascimento para monitoramento e avaliação de trabalho de parto (médicas e de enfermagem alternadas)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No Ambulatório Municipal (Atenção Secundária)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não é necessário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mínimo de uma consulta médica a cada um mês.</li> <li>• Mínimo de uma consulta de enfermagem a cada um mês.</li> <li>• Mínimo de uma</li> </ul>

retorno;			avaliação multiprofissional com o nutricionista, psicólogo e assistente social.
<i>Exames laboratoriais</i>	<p><b>1º trimestre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma;</li> <li>• Grupo sanguíneo;</li> <li>• Fator Rh;</li> <li>• Coombs indireto;</li> <li>• Teste rápido para sífilis (1º escolha) ou VDRL (2º escolha);</li> <li>• Glicemia jejum;</li> <li>• Urina-rotina;</li> <li>• Urocultura c/ antibiograma;</li> <li>• Teste rápido para HIV (1º escolha) ou Anti-HIV (2º escolha);</li> <li>• Toxoplasmose IgM e IgG;</li> <li>• Colpocitologia oncótica;</li> <li>• Hepatite B (Hbs Ag);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitados pela equipe da UBS na primeira consulta do pré-natal, de acordo com o protocolo.</li> <li>• Coombs indireto: realizar para todas as gestantes Rh (-); repetir exames mensalmente a partir da segunda gestação;</li> </ul>	
	<p><b>2º trimestre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxoplasmose IgM e IgG, se susceptível;</li> <li>• Glicemia jejum;</li> <li>• Teste de tolerância à glicose (1h e 2h após 75g de dextrosol);</li> <li>• Teste rápido para sífilis ou VDRL.</li> <li>• Hemograma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitados pela equipe da UBS.</li> </ul>	
	<p><b>3º trimestre:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitados pela equipe UBS.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma;</li> <li>• Teste rápido para sífilis ou VDRL;</li> <li>• Teste rápido para HIV ou Anti-HIV ;</li> <li>• Urina-rotina;</li> <li>• Toxoplasmose IgM e IgG, se susceptível.</li> <li>• Pesquisa <i>Streptococcus B</i>, segundo o protocolo</li> </ul>	
<i>Outros exames</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultrassom obstétrico</li> </ul>	<p>Solicitados pela equipe da UBS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Situação ideal</u>: US entre 11 e 13 semanas para datação e entre 20 a 24 semanas de gestação para avaliação de morfologia fetal.</li> <li>• <u>Situação mínima</u>: US entre 20 e 24 semanas para datação e avaliação de morfologia fetal.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultrassom Obstétrico com doppler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acordo com a avaliação clínica. <b>Ambulatório</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiotocografiante-parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acordo com a avaliação clínica. <b>Ambulatório</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acordo com a avaliação clínica. <b>Ambulatório</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecocardiogramas materno e fetal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acordo com a avaliação clínica. <b>Ambulatório</b></li> </ul>
<i>Medicamentos profiláticos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido fólico</li> <li>• Sulfato Ferroso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido fólico de início pré-concepcional até a 14<sup>a</sup> semana de gravidez para redução de risco de defeito de tubo neural fetal.</li> <li>• Ácido fólico para prevenção de anemia materna até o final da</li> </ul>

		<p>gestação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulfato ferroso profilático: a partir da 20<sup>o</sup> mês até o final da gestação.</li> <li>• Sulfato ferroso terapêutico nos casos de anemia materna em qualquer época da gestação.</li> </ul>			
<i>Imunização</i>	Dupla tipo adulto (antitetânica + antidifteria)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestante não vacinada de receber três doses, sendo:</li> <li>• 1<sup>a</sup> dose: até o 4<sup>o</sup> mês da gestação;</li> <li>• 2<sup>a</sup> dose: até o 6<sup>o</sup> mês da gestação;</li> <li>• 3<sup>a</sup> dose: até o 8<sup>o</sup> mês da gestação ou na consulta puerperal.</li> <li>• Gestante vacinada há mais de 5 anos deve receber dose de reforço, preferencialmente até o 4<sup>o</sup> mês da gestação.</li> <li>• Gestante vacinada há menos de 5 anos não precisa ser vacinada durante a gestação.</li> </ul>			
	Anti-hepatite B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestante não vacinada ou com status vacinal desconhecido e Hbs Ag negativo deve receber três doses, sendo:</li> <li>• 1<sup>a</sup> dose: até o 4<sup>o</sup> mês da gestação;</li> <li>• 2<sup>a</sup> dose: 30 dias após a primeira dose;</li> <li>• 3<sup>a</sup> dose: 6 meses após a primeira dose.</li> <li>• Gestante vacinada (confirmado com cartão) ou Anti-Hbs positivo não precisa ser vacinada durante a gestação.</li> </ul>			
	Anti-influenza	Na campanha de vacinação anti-gripe			
<i>Visita à maternidade de referência</i>		No início do terceiro trimestre.			
<i>Atividade educativa</i>	Realizar grupos operativos de gestantes: tabagismo, alcoolismo e outras drogas, gravidez na adolescência; cuidados da gestação; trabalho de parto e parto; cuidados com recém-nascido; aleitamento	No mínimo três grupos operativos por gestante	No mínimo três grupos operativos por gestante	No mínimo três grupos operativos por gestante	No mínimo três grupos operativos por gestante.



	materno.				
<i>Visita domiciliar</i>	ACS	Mensal (monitor ar)	Mensal (monitor ar)	Mensal (monitor ar)	Mensal (monitorar )

## ANEXO VI

### PROTOCOLO CLÍNICO ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

#### ENCAMINHAMENTOS AMBULATORIAIS

Para as demais especialidades os protocolos de encaminhamento estão disponíveis online no Site do Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica ([http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo= &cod=2135](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2135)) e são sobre:

1. Cardiologia,
2. Reumatologia
3. Ortopedia adulto,
4. Ginecologia,
5. Cirurgia Torácica
6. Pneumologia,
7. Urologia,
8. Proctologia,
9. Endocrinologia.

## ANEXO VI

### PROTOCOLO CLÍNICO ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

#### **Ambulatório de Ginecologia Protocolo de encaminhamento para colposcopia Ginecologia – Trato Genital Feminino**

<u>Encaminhar</u>	<u>Não encaminhar</u>
<p>Exame clínico suspeito de DSTs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiloma acuminado</li> <li>• Herpes simples</li> <li>• DIP</li> <li>• Bartholinite</li> <li>• Outras</li> </ul>	<p>Condiloma acuminado anorretal isolado, sem acometimento vulvar (o mesmo deverá ser encaminhado ao proctologista ou Cirurgião Geral no Ambulatório Municipal).</p>
<p>Ectopia em colo uterino friáveis</p>	<p>Ectopia assintomáticas no colo uterino.</p>
<p>Alterações na Citologia Vaginal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão Intraepitelial de Baixo Grau</li> <li>• Lesão Intraepitelial de Alto Grau</li> <li>• Células Atípicas de Significado Indeterminado</li> <li>• Atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC – H)</li> <li>• Atipias de significado indeterminado em células glandulares (AGC)</li> <li>• Lesão intraepitelial de alto grau com microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor.</li> <li>• Adenocarcinoma in situ e invasor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações regenerativas ou reparativas na citologia vaginal</li> <li>• Metaplasias</li> <li>• Inflamações</li> <li>• Infecções vaginais bacterianas, fúngicas ou protozoárias</li> <li>• Lactobacillus sp</li> <li>• Cocos</li> <li>• Bacilos</li> </ul>
<p>Lesão vulvar para esclarecimento diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Líquen esclero atrófico</li> </ul>	<p>Lesão vulvar com diagnóstico clínico simples:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Molusco contagioso</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pólipo fibroepitelial</li> <li>• Lesões brancas ou negras atípicas</li> <li>• Úlceras genitais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nevos</li> <li>• Abscessos superficiais ou foliculites</li> </ul>
Pólipo endocervical com alteração na Citologia Vaginal (conforme acima especificado)	Pólipo endocervical sem alteração na Citologia Vaginal.
Exame histopatológico com lesão de Baixo ou de Alto Grau ou Neoplasia, seja vulvar, vaginal ou no colo uterino.	VDRL positivo – Não gestantes (protocolo Ministério de Saúde).

### **OBSERVAÇÕES:**

Não encaminhar pacientes sem as citologias vaginais, tanto as recentes quanto aquelas feitas anteriormente.

Nos casos em que a citologia vaginal for superior a 6 meses, coletar nova amostra para posterior reavaliação e encaminhamento.

**RESULTADO PPN:** ASCUS – Repetir exame de 6 em 6 meses por 1 (um) ano. Se for normal, seguir protocolo.

## **Rastreamento do câncer do colo uterino – Colpocitologia Oncótica**

<b><u>Faixa etária:</u></b>	De 25 a 64 anos
<b><u>Intervalo:</u></b>	(Para todas as mulheres): Anual por 2 anos, sem alteração (displasia de colo). Se normais, controle a cada 3 anos.
<b><u>Finalização:</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maiores de 64 anos.</li> <li>• Histerectomizadas total por doenças benignas.</li> </ul>
<b><u>Situações especiais</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulheres HIV +: Rastreamento semestral no 1º ano e após controle anual.</li> <li>• Mulheres imunossuprimidas devem ser controladas anualmente.</li> <li>• Mulheres tratadas com neoplasia intraepitelial de alto grau ou câncer, manter controles anuais após alta do serviço de ginecologia.</li> <li>• Gestantes e pós-menopausa: Seguir o rastreamento de acordo com as orientações das demais mulheres.</li> </ul>

## **DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**

O período de rastreamento de câncer de colo de útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.

O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual, até os 64 anos.

Para mulheres com mais de 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de 3 (três) anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

O exame citopatológico não deve ser realizado para diagnóstico de infecções vaginais.

### **Ectopia Cervical**

A ectopia cervical caracteriza-se pela presença de epitélio colunar na ectocérvice, sendo observado frequentemente em adolescente e adultos jovens. Embora seja de natureza benigna, a presença de ectopia pode favorecer a instalação de algumas doenças sexualmente transmissíveis, como Clamídia Trachomatis, HPV e Neisseria gonorrhoeae.

A metaplasia escamosa, que consiste na transformação do epitélio colunar em estratificado escamoso, pode ser desencadeada pela mudança do pH vaginal, como acontece na menarca que é reconhecida como região susceptível à infecção a patógenos sexualmente transmissível.

Portanto a ectopia cervical está associada ao processo metaplásico, havendo uma tendência a considerá-los fisiológicos. O tratamento pode ser conservador ou realização de técnicas como; cauterização química, diatermocoagulação, laser e outros.

### **Resultado dos exames citopatológicos benignos**

- Resultado normal.
- Alterações celulares benignas, reativas ou reparativas:
  - Inflamação.
  - Metaplasia escamosa imatura.
  - Atrofia com inflamação.

Com este resultado, seguir a rotina de rastreamento citológico.

Achados microbiológicos comuns: Lactobacillus sp, cocos e outros Bacilos. Estes fazem parte da microbiota vaginal e na ausência de sinais e sintomas, sua presença não caracteriza infecção que necessita de tratamento.

#### **Referência bibliográfica:**

1. Manual de orientação do trato genital inferior (Febrasgo 2010)
2. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero – Ministério de Saúde.