



Subsecretaria Geral



SISREG – Protocolo para o Regulador

Data atualização: 13/03/2015

Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais

Desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde

versão 1.4

Sobre este Guia

Trata-se de um guia de referência Rápida para auxiliar os profissionais de Saúde na tomada de decisão como REGULADORES no SISREG Ambulatorial Municipal da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Todas as orientações são baseadas em evidências e de acordo com os protocolos clínicos e linhas de cuidado da SMSDC, bem como do Ministério da Saúde e de outras fontes de informações científicas.

Os profissionais devem ter autonomia para tomada de decisão, não sendo objetivo deste documento substituir a gestão da clínica dos profissionais no exercício profissional.

SISREG ambulatorial

O SISREG ambulatorial é um sistema que se destina a regular as consultas ambulatoriais especializadas bem como os exames complementares.

As vagas para esse nível de complexidade são finitas e portanto o encaminhamento para consultas e a solicitação dos exames complementares deve ser uma conduta reservada apenas àqueles pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Não se destina, portanto à regulação de vagas urgentes e situações de emergência nem tampouco regulação de vagas de internação hospitalar. Nessas situações os profissionais devem acessar diretamente a Central de Regulação Hospitalar.

Todo Regulador tem a autonomia para decidir sobre a melhor conduta na regulação das vagas de consultas especializadas e de exames complementares. Este guia serve como um parâmetro de critérios para embasar a decisão tendo as melhores evidências clínicas disponíveis no momento.

A Atenção Primária à Saúde deve seguir os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, é função dos profissionais da atenção primária exercerem a coordenação do cuidado das pessoas no acesso aos demais níveis de atenção, sem perder de foco a resolutividade das ações em Saúde.

Índice

Abreviações	5
Como acessar o SISREG	6
Como solicitar vaga SISREG Ambulatorial:.....	6
Como solicitar vaga SISREG Hospitalar/Urgência:.....	6
Critérios de Prioridade.....	7
Opções para o Regulador.....	7
Checklist para Regulação.....	8
Recomendações para Regulação	8
Perfis e Atribuições dos Profissionais.....	9
Competências das unidades	10
Situações Especiais.....	10
Consultas Especializadas.....	11
Cardiologia	12
Cirurgia Geral	14
Cirurgia Vasculard.....	16
Dermatologia.....	18
Endocrinologia	20
Gastroenterologia.....	22
Ginecologia	24
Hematologia.....	26
Hepatologia.....	31
Neurologia	33
Ortopedia.....	35
Otorrinolaringologia.....	37
Pneumologia.....	39
Psiquiatria.....	41
Reumatologia.....	43
Urologia	45
Exames Complementares	47
Colonoscopia	48
Endoscopia Digestiva Alta - EDA	50
Bibliografia / Mais informações	52

Informações importantes 54

Abreviações

AP: Área de Planejamento do Rio de Janeiro
APS: Atenção Primária à Saúde
AVC: Acidente Vascular Cerebral
CAP: Coordenação da Área de Planejamento
CAT: Cateterismo
CF: Clínica da Família
CMS: Centro Municipal de Saúde
DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FA: Fibrilação Atrial
IC: Intervalo de confiança
ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva

MMG: Mamografia
NNT: Número necessário para tratar
NNR: Número necessário para rastrear
RA: Risco Absoluto
RR: Risco Relativo
RRR: Redução de Risco Relativo
SISREG: Sistema de Regulação
SMSDC: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
TAC: Tomografia Computadorizada
USG: Ultrassonografia

Como acessar o SISREG

Para acessar o SISREG: <http://sisregiii.saude.gov.br/> preenchendo o OPERADOR e a SENHA de acesso. Cada REGULADOR deve ter um login e senha que são pessoais e intransferíveis, ficando vinculadas ao CPF do profissional todas as ações desenvolvidas no sistema.

Para trocar a senha: a qualquer momento o próprio REGULADOR/AUTORIZADOR pode trocar a senha após login no sistema (recomenda-se a troca periódica da senha).

Para solicitar nova senha: enviar email para subpavreg@gmail.com informando os dados: NOME COMPLETO, CPF, PROFISSÃO, CARGO, EMAIL, TEL CONTATO, No do CONSELHO DE CLASSE.

Como solicitar vaga SISREG Ambulatorial:

As solicitações de **vacas ambulatoriais** devem ser realizadas utilizando a **plataforma SISREG** através do site: <http://sisregiii.saude.gov.br/>

Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares pode-se, após a inclusão via plataforma SISREG, acionar a Central do SISREG Ambulatorial através:

CONTATOS:

Coordenador: Bruno **email:** subpavreg@gmail.com **Telefone:** (21) 2215-1485.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, s/n. 4o andar. Centro. Ao lado do Teatro Municipal.

Como solicitar vaga SISREG Hospitalar/Urgência:

Para solicitar **vacas de urgência/emergência** enviar email para equipederegulacao@smsdc.rio.rj.gov.br ou FAX para **(21)31112871 /2873/2874/2875/2879**. (Não utilizar a plataforma SISREG).

VAGA ZERO(pacientes emergência): (21) 7711-3320

CONTATOS:

Coordenador: Antônio **email:** equipederegulacao@smsdc.rio.rj.gov.br

Telefones: (21) 3111-2871 /2873/2874 - outros telefones: 3111-2894 / 2892 / 2817.

Endereço: Anexo ao Hospital Souza Aguiar. Praça da República, 111, anexo. Centro.

Alguns cuidados quando paciente de urgência/emergência necessita de remoção:

- * Antes de solicitar a vaga, iniciar manobras de estabilização do paciente, bem como para suporte inicial ao paciente;
- * Caso haja necessidade de remoção, avaliar a necessidade de ambulância e o tipo de ambulância junto a Central de Regulação. Sempre entregar para o paciente, familiar ou equipe de remoção o encaminhamento com o resumo da história clínica;
- * Em alguns casos será necessária a remoção do paciente com profissionais da própria unidade se a ambulância não for tripulada;
- * Em casos graves é importante que o médico assistente faça contato com o médico regulador por telefone para reforçar a necessidade da remoção;
- * Sempre registrar no prontuário desde o momento da solicitação, bem como a evolução do paciente e o momento da remoção;

*** NÃO PERCA TEMPO EM CASO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: ACIONE A CENTRAL DE REGULAÇÃO VAGA ZERO (21) 7711-3320**

Critérios de Prioridade

O SISREG permite no momento da solicitação de exame/consulta especializada a priorização por cores:

- **VERMELHO:** são situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, em **até 30dias**.

- **AMARELO:** são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, para próximos dias, em **até 90dias**.

- **VERDE:** são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, Podendo aguardar **até 180dias**.

- **AZUL:** são situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, Podendo aguardar **mais que 180 dias**.

ATENÇÃO: trata-se exclusivamente de **regulação ambulatorial**. Toda situação que necessitar encaminhamento imediato ao especialista ou remoção, em caso de urgência ou emergência com risco de morte **NÃO DEVE SER ENCAMINHADO PELO SISREG AMBULATORIAL**, mas sim acionada a Central de Regulação para “**VAGA ZERO**” e a central de ambulâncias se houver necessidade de remoção.

NÃO sepretende com este documento esgotar todas as situações, mas sim sugerir a melhor conduta para as situações mais freqüentes em cada tipo de encaminhamento/exame.

Opções para o Regulador

O REGULADOR tem 4 possibilidades no SISREG:

- **NEGAR:** neste caso o procedimento/consulta especializada é efetivamente negada (**falta de critérios para o encaminhamento ou paciente encaminhado para especialidade/exameincompatível com a clínica**). O solicitante deverá reinserir o caso no SISREG caso julgue necessário. Deve-se justificar o motivo da negativa. Todos os casos sem necessidade ou o encaminhamento para especialidade/exame incompatível com o caso clínico devem ser NEGADOS a fim de não mais permanecerem na lista de espera ou pendentes para regulação;
- **DEVOLVER:** neste caso o procedimento/consulta especializada é devolvido para complementação de dados (**faltaminformações clínicas para subsidiar a decisão do REGULADOR**). Neste caso, o SOLICITANTE recebe uma informação da devolução e pode complementar a indicação. O paciente permanece na lista de casos PENDENTES para regulação, porém até que haja a complementação dos dados, ficam invisíveis ao REGULADOR;
- **Deixar como PENDENTE:** neste caso o REGULADOR deixa PENDENTE para que o próprio ou outro REGULADOR possam posteriormente realizar a regulação do caso. Utiliza-se essa modalidade geralmente quando o REGULADOR está de acordo com o encaminhamento mas não há vagas para o momento e deseja que a regulação fique visível no histórico do paciente. O encaminhamento permanece visível na lista de PENDENTES para o REGULADOR;
- **AUTORIZAR:** neste caso o REGULADOR está autorizando o encaminhamento/exame e tem duas possibilidades: a) caso haja vagas disponíveis escolher a unidade EXECUTANTE e a data e horário disponíveis; b) não havendo vaga disponível, passar para a FILA DE ESPERA (neste caso não fica mais visível na lista de PENDENTES para o REGULADOR); c) voltar a tela e mudar a opção para

PENDENTE, porém visível ao REGULADOR. Sugere-se a terceira opção naqueles casos em que há prioridade e o REGULADOR quer continuar acompanhando o agendamento;

Checklist para Regulação

Perfil REGULADOR/AUTORIZADOR

- login e senha do REGULADOR/AUTORIZADOR para todo médico RT da unidade;
- lista de procedimentos disponíveis no SISREG;
- critérios para solicitação de exames e consultas especializadas;
- lista de unidades executantes com endereço e bairro;

Recomendações para Regulação

Gerais

- o médico REGULADOR deve realizar a regulação de todas as consultas e encaminhamentos para exames da sua unidade de saúde;
- a maioria dos atendimentos na Atenção Primária (APS) (90%) devem e podem ser resolvidos na própria unidade de APS. Procurar investigar o caso e realizar o tratamento até onde for possível na APS, pois é melhor e mais eficiente para o paciente. Somente autorizar aqueles casos em que a especialidade focal ou o exame complementar sejam fundamentais para o diagnóstico ou acompanhamento;
- nenhum exame complementar é inócuo e todo exame tem falsos positivos que muitas vezes induz a submeter o paciente a exames e consultas desnecessárias. Portanto evitar todo exame e consulta não necessários;
- todo caso NEGADO ou DEVOLVIDO deve ser discutido com o profissional solicitante ou em equipe, o que contribui para a educação permanente de todos os profissionais envolvidos na assistência. Além disso, justificar bem a conduta no próprio SISREG;
- NEGAR todo caso cuja indicação não esteja suportada em boa fundamentação científica ou baseada em evidências. As vagas para nível secundário são finitas e todo paciente mal indicado para exames complementares e consultas especializadas, além de potencializar a iatrogenese, acaba ocupando uma vaga de algum paciente que realmente necessita ou que tem prioridade na indicação clínica, prejudicando toda a rede assistencial, aumentando o tempo de espera para todos;
- Sempre agendar consulta ou vaga especializada levando em consideração 1) a unidade executante de preferência pelo solicitante; 2) a unidade executante mais próxima da residência do paciente; 3) uma data adequada para o tempo de espera relativo ao casoclínico; 4) uma data em que seja possível informar o paciente do agendamento;
- Quando AGENDADA consulta/exame com prioridade, procurar acionar imediatamente o gerente/diretor da unidade para providenciar a comunicação ao paciente;
- Após AGENDADA a consulta/exame e o paciente não tiver possibilidade de comparecer ou não houver mais necessidade, imediatamente **cancelar o agendamento** informando o motivo, a fim de disponibilizar a vaga para outro paciente;
- Sugere-se iniciar a REGULAÇÃO filtrando os pacientes pelo CNES da sua unidade de saúde e classificando os casos iniciando pelos prioritários VERMELHOS, AMARELOS, VERDES e posteriormente classificar novamente os casos por DATA, iniciando por aqueles mais antigos;
- Priorizar aqueles casos melhor descritos (anamnese, exame físico, exames complementares)

cuja justificativa seja mais compatível com o exame/encaminhamento solicitado;

Perfis e Atribuições dos Profissionais

Perfil SOLICITANTE

- Todo **médico** de atenção primária das unidades deverá receber um *login* e *senha* com o perfil de SOLICITANTE;
- Os enfermeiros e dentistas da atenção primária poderão também ter acesso como SOLICITANTES, a critério do gerente/diretor;
- Cabe ao **gerente/diretor** da unidade enviar um email para subpavreg@gmail.com com a lista de todos os profissionais solicitantes de sua unidade (informando os dados: NOME COMPLETO, CPF, PROFISSÃO, CARGO, EMAIL, TEL CONTATO, No do CONSELHO DE CLASSE). Esta solicitação deve ser ratificada anualmente.

ATENÇÃO: Todos os profissionais SOLICITANTES que não tiverem suas senhas validadas pelo seu gerente/diretor até 31/08/2012 terão suas senhas desativadas.

- **Recomenda-se que, quando possível, a solicitação de exames/consultas pelo SISREG seja realizada pelo próprio SOLICITANTE no momento da consulta;**

Perfil COORDENADOR DE UNIDADE

- Todo **gerente/diretor** da unidade deverá ter acesso como COORDENADOR DE UNIDADE;
- Cabe ao coordenador da unidade acompanhar as solicitações e regulação das vagas, bem como a garantia da informação aos pacientes quando da consulta/exame agendado;
- Cabe ainda o cancelamento da solicitação quando houver justificativa, a fim de que seja disponibilizado a outros pacientes;

Perfil REGULADOR/AUTORIZADOR

- Cabe ao **médico Responsável Técnico(RT)** da unidade a atribuição de REGULADOR/AUTORIZADOR das solicitações de exames/consultas (com exceção das odontológicas) de sua própria unidade;
- Cabe ainda o papel de estímulo à gestão do conhecimento, através da boa prática clínica e discussão dos casos com os demais profissionais;
- Caberá à CAP e à S/SUBPAV/SAP/CSB a função de REGULADOR/AUTORIZADOR das solicitações odontológicas;
- Cabe ao médico RT a indicação de mais médicos reguladores na unidade quando for necessário;

Perfil AUDITOR

- Cabe a cada CAP e a S/SUBPAV o papel de AUDITOR das solicitações e autorizações;

Perfil ADMINISTRADOR MUNICIPAL

- Cabe à S/SUBPAV através da assessoria de Regulação Ambulatorial a administração do sistema SISREG;
- Cabe ainda a função de pactuação de vagas com os executantes;

Competências das unidades

Unidades de Atenção Primária

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

Unidades de Atenção Secundária (Policlínicas, ambulatórios especializados)

- As Unidades de Atenção Secundária, como EXECUTANTES, devem disponibilizar **todas** as suas vagas de exames complementares e consultas especializadas ambulatoriais através do SISREG. Parte dessas vagas serão utilizadas para o **Retorno** de pacientes e as demais serão disponibilizadas para **Primeira consulta**.
- Cabe ao EXECUTANTE a formatação da agenda para disponibilização das vagas mensalmente;
- Cabe ainda a função de comunicação com os usuários e as unidades de saúde quando da necessidade de transferência de agenda.
- Cabe ao EXECUTANTE incluir no SISREG a solicitação dos Retornos para os pacientes atendidos na própria unidade, quando necessário. **Não encaminhar para as unidades de Atenção Primária fazerem esse agendamento.**
- As UPAS e demais unidades de Atenção Secundária incluindo as Policlínicas e Ambulatórios Especializados Hospitalares **não** terão a disponibilidade de solicitação de novas vagas para outras unidades pelo SISREG. Havendo necessidade esse encaminhamento deverá ser avaliado pelo médico responsável pelo paciente na unidade de Atenção Primária mais próxima do domicílio. **Caberá nesse caso à Unidade de APS a inclusão no SISREG, de acordo com a indicação clínica.**

Situações Especiais

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

- Caberá ao **médico** assistente responsável pelo paciente na Atenção Primária avaliar a indicação e realizar a inclusão no SISREG se necessário, para pacientes de sua responsabilidade;

Casos graves ambulatoriais na ausência de vagas

- Incluir o paciente no SISREG e entrar em contato com a Central de Regulação Ambulatorial através do tel (21) 2215-1485 e/ou email subpavreg@gmail.com detalhando o caso;

Casos urgentes que necessitam remoção ou avaliação em UPA/Hospital

- Esses casos **NÃO** devem ser inseridos no SISREG, devendo entrar em contato com a Central de Regulação Hospitalar, **justificando a vaga zero**, através do fax **(21) 31112871 /2873/2874/2875/2879** e/ou email equiperegulacao@smsdc.rio.rj.gov.br detalhando o caso;

Consultas Especializadas

Cardiologia

Considerações gerais

- A maioria das situações em cardiologia tais como fatores de risco para doença coronarínica, pré-hipertensão, hipertensão arterial sistêmica essencial grau I e II, aterosclerose, angina estável, podem, e devem ser manejados na APS.
- Quando encaminhar ao especialista: pacientes hipertensos raras vezes necessitam de encaminhamento ao especialista, salvo em caso de doença clínica grave ambulatorial, suspeita de hipertensão secundária e casos de hipertensão refratária (paciente em uso de três anti-hipertensivos em doses otimizadas e sendo uma delas um diurético), após verificação de adesão ao tratamento. Também devemos encaminhar os casos de angina estável de classe II ou superior após tratamento inicial; doença isquêmica estável com disfunção ventricular, arritmia ou exames não invasivos sugestivos de alto risco; dificuldade de manejo com os fármacos de primeira linha; síncope ou suspeita de arritmia de início recente; sopros diastólicos; insuficiência cardíaca avançada; internações frequentes por descompensações, sinais clínicos de hipoperfusão; presença de comorbidades que dificultem o manejo; arritmia de começo recente, congestão recorrente. Encaminhar os pacientes que persistem com sintomas apesar de terapêutica e portadores de um alto risco cardiovascular.
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS, antes do encaminhamento para serviço especializado;
- Os pacientes com patologias pouco frequentes continuarão sendo acompanhados e tendo sua coordenação de cuidado na APS.

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- VERMELHO:** Arritmias Crônicas com manifestação clínica; Insuficiência Cardíaca moderada a severa estável; Angina Instável; Cardiopatia congênita em recém-nato; Indicação de marcapasso; Pericardites;
- AMARELO:** Hipertensão secundária após investigação; Acompanhamento de anticoagulação; Sopros cardíacos patológicos; Cardiomiopatia Dilatada ou Hipertrofica com repercussão clínica; Valvulopatias com manifestação clínica;
- VERDE:** Hipertensão refratária; Acompanhamento de Arritmias cardíacas; Hipertensão Pulmonar;
- AZUL:** Demais situações

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Risco Cirúrgico;
- Pré-hipertensão, hipertensão arterial sistêmica grau I e II;

- Sopros inocentes;
- Angina estável que responde a terapêutica;
- Insuficiência cardíaca compensada leve a moderada;
- Crise hipertensiva sem instabilidade hemodinâmica ou manifestação clínica;
- Arritmias cardíacas crônicas sem indicação de antiarrítmico ou sem descompensação clínica;
- Cardiomiopatia dilatada ou hipertrófica sem repercussão clínica;
- Valvulopatias sem manifestação clínica;

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!

- Síndrome coronariana aguda ou suspeita (IAM ou Angina instável);
- Arritmias agudas ou arritmias crônicas com instabilidade hemodinâmica;
- Hipertensão maligna (emergência hipertensiva);
- Dor torácica aguda em repouso prolongada nas últimas 12 horas;
- Dor torácica aguda entre 12-72 horas com sintomas e/ou alterações eletrocardiográficas;
- Taquiarritmias ventriculares ou supraventriculares com instabilidade clínica;

Outros Comentários

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

Cirurgia Geral

Considerações gerais

- Algumas afecções podem ter tratamento conservador indicado antes de se optar pela cirurgia dependendo de alguns fatores, como idade do paciente e evolução do quadro clínico, portanto, podem e devem ter sua investigação inicial na APS e manejo conservador quando indicado;
- Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como pacientes com dúvidas no diagnóstico e na melhor abordagem (conservadora ou cirúrgica), colelitíase, doença diverticular com diverticulite e/ou episódios de hemorragia digestiva, cirurgias oncológicas ou correção de complicações do câncer (aderências), hérnias, etc.
- Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar o caso, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares, se necessário, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação;
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- **VERMELHO:** Doença diverticular com histórico de hemorragia digestiva recorrente e anemia sem repercussão hemodinâmica; Suspeita de malignidade
- **AMARELO:** Colelitíase com crises recorrentes; Hérnia inguinal/parede com crises álgicas;
- **VERDE:** Hérnia (umbilical, inguinal, epigástricas, etc) sem complicações;
- **AZUL:** Colelitíase oligo/assintomática;

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Doença diverticular oligo/assintomática;
- Hérnia umbilical no recém-nascido (antes de completar 2 anos) sem complicações;
- Cantoplastia;
- Suturas e abscessos sem complicações;
- Risco cirúrgico.

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. **NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

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

Outros Comentários

- Os pacientes com indicação de tratamento sabidamente cirúrgico após investigação adequada, não devem ter o seu encaminhamento ao especialista adiado;

Cirurgia Vascular

Considerações gerais

- A maioria dos fatores de risco para doença arterial periférica (tabagismo, diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial) devem ser manejados na APS, bem como promoção a hábitos de vida saudáveis e interrupção do tabagismo.
- Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como pacientes com indicação de desobstrução cirúrgica ou refratários ao tratamento ambulatorial.
- Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar o caso, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares, se necessário (p. ex. quando intencionamos uma avaliação pré-operatória), o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação;
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- **VERMELHO:** Claudicação intermitente limitante sem isquemia crítica;
- **AMARELO:** Aneurismas de aorta abdominal com diâmetro ≥ 5 cm assintomático;
- **VERDE:** Varizes sintomáticas refratárias ao tratamento conservador;
- **AZUL:** Insuficiência venosa crônica com úlcera de difícil cicatrização

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

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

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. **NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

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

Dermatologia

Considerações gerais

- A maioria dos casos dermatológicos como micoses, acne, parasitoses da pele, atopia podem, e devem ser manejados na APS;
- Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como paciente com lesões suspeitas de malignidade; lesões sem resolução ou resposta ao tratamento na APS.
- Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar o caso, por exemplo, realizando uma biópsia de pele na própria unidade, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação;
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- VERMELHO:** Lesões com características de neoplasia (melanoma por exemplo); lesões muito sintomáticas como rash cutâneo extenso com dor; queimadura extensa;
- AMARELO:** Lesões sem características de neoplasia mas que necessitam uma avaliação em até 2 semanas, como prurido intenso, rash extenso sem dor;
- VERDE:** Parasitoses da pele, atopia sem resposta ao tratamento na APS; Acne grau IV
- AZUL:** Demais situações;

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Dermatofitoses;
- Lesões atópicas;
- Procedimentos cirúrgicos (exérese de lipoma, cisto sebáceo, cantoplastia, suturas, drenagem de abscesso, etc)

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. **NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

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

Outros Comentários

- Casos suspeitos de hanseníase devem ser investigados na própria APS;

Endocrinologia

Considerações gerais

- A maioria das situações em endocrinologia tais como obesidade, hipotireoidismo e diabetes, podem, e devem ser manejados na APS.
- Somente encaminhar situações em que o paciente não obtiver um controle adequado, ou dúvidas diagnósticas como em patologias pouco freqüentes. Por exemplo: hipertireoidismo, hipotireoidismo com dificuldade no ajuste das doses, diabetes em uso de insulina de difícil controle, etc..
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS, antes do encaminhamento para serviço especializado;
- Os pacientes com patologias pouco freqüentes continuarão sendo acompanhados e tendo sua coordenação de cuidado na APS.

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

VERMELHO: Hipertireoidismo,

AMARELO:

VERDE: são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, Podendo aguardar mais que 2 semanas;

AZUL: Exame de refração (troca de óculos), exame periódico em paciente diabético, caso cirúrgico crônico assintomático como pterígio;

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Paciente suspeito ou com diagnóstico de hipotireoidismo, com início de tratamento;
- Diabetes em início de tratamento sem descompensação grave;
- A insulinização pode ser iniciada na APS, especialmente em DM tipo 2;
- Pacientes com obesidade, que não investigados ou suspeitos de doença endocrinológica de base;

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!

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

Comentários Hipotireoidismo

- A evidência é insuficiente para solicitar TSH de rotina para os pessoas em geral ([USPSTF recomendação Grau I \(insuficiente\)](#), [USPSTF 2004 Jan](#), [Ann Intern Med 1999 Jan 19;130\(2\):161](#), [American College of Physicians](#));
- Evidência fraca de que os pacientes subclínicos tratados melhoram desfechos clínicos significativos ([Ann Intern Med 2004 Jan 20;140\(2\):125](#), [USPSTF 2004 Jan](#), [Am Fam Physician 2004 May 15;69\(10\):2415](#));
- Evitar solicitação de exames para diagnóstico em pacientes com caso agudo e diagnóstico recente ([Endocrinol Metab Clin North Am. 2007 Sep;36\(3\):657-72, vi.](#));
- Somente há indicação de investigação em pessoas sintomáticas (sintomas clássicos de hipotireoidismo: apatia, fraqueza, obstipação, queda de cabelo, pele seca, intolerância ao frio, lentidão, diminuição de libido, ganho de peso). Importante lembrar que somente um ou outro sintoma isolado não justifica a solicitação do exame;
- Pessoas com hipotireoidismo subclínico, isto é, TSH < 10 e sem sintomas tem benefício incerto com tratamento ([BMJ. 2008 Jul 28;337:a801](#));

Comentários Diabetes

- O rastreio de diabetes através da glicemia de jejum não é recomendado para a população em geral ([Recomendação Grau B - Canadian Task Force on Preventive Health](#)) ([CMAJ 2005 Jan 18;172\(2\):177](#)), apenas se fatores de risco (adultos > 45 anos, adultos de qualquer idade com obesidade (IMC \geq 25 kg/m²) com fatores de risco - *American Diabetes Association (ADA)*; HAS > 135/80 mm Hg - [USPSTF Grau B recomendação](#));
- Evidência insuficiente para recomendar rastreamento de adultos assintomáticos para DM com intolerância a glicose ([Recomendação Grau I - USPSTF](#)) ([Ann Intern Med 2008 Jun 3;148\(11\):846](#));
- O exame mais adequado para o acompanhamento é a Hemoglobina Glicosilada;
- Pacientes com controle adequado o exame pode ser realizado a cada 6 meses;

Outros Comentários

- No momento do encaminhamento o caso deve ser bem detalhado, com a anamnese, exame físico, exames complementares e história da conduta e manejo anteriores .

Literatura sugerida

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica no 16. Diabetes Mellitus, 2006.

Vaidya B, Pearce SH. Management of hypothyroidism in adults. *BMJ*. 2008 Jul 28;337:a801.

American Thyroid Association (ATA) grades of recommendation

United States Preventive Services Task Force (USPSTF) grades of recommendation

Gastroenterologia

Considerações gerais

- A maioria das queixas do trato gastrointestinal (TGI) como pirose, azia, refluxo, gastroenterite aguda sem complicações, podem, e devem ser manejados na APS;
- Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como pacientes suspeita de câncer no TGI, patologias cirúrgicas (p. ex. coledoclitíase), hepatopatia crônica avançada; ascite diagnóstico/manejo.
- Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar o caso, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares, se necessário, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação;
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%

REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- **VERMELHO:** Suspeita de câncer do TGI (hiporexia, perda de peso, disfagia, etc); estenose péptica moderada/severa;
- **AMARELO:** Esofagite erosiva; esôfago de Barret; dúvida no diagnóstico diferencial;
- **VERDE:** Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) refratária; dúvidas no diagnóstico;
- **AZUL:** Hepatopatia crônica avançada compensada;

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Disfunção erétil;
- Gastrite aguda sem complicações/ infecção H. pylori
- Doença do refluxo gastroesofágico não complicada
- Esteatose hepática
- Constipação/ flatulência

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. **NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

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

Outros Comentários

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

Ginecologia

Considerações gerais

- A maioria dos casos ginecológicos como vulvovaginites, diminuição de libido, anticoncepção, dispareunia, disúria, rastreio para câncer de mama e de colo cervical podem, e devem ser manejados na APS;
- Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como paciente com sangramento menstrual irregular sem resposta ao tratamento na APS, lesões vulvares que necessitem procedimento cirúrgico, prolapso vesico-uterino, dentre outras;
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS, antes do encaminhamento para serviço especializado;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%

REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- **VERMELHO:** Hipermenorragia/Metrorragia de moderada intensidade; dor pélvica de moderada intensidade (descartado abdome agudo); DIU em cavidade abdominal, Doença Inflamatória pélvica (descartado abdome agudo);
- **AMARELO:** Exames para neoplasia alterados (mama ou colo uterino); prolapso uterino oligossintomático;
- **VERDE:** Endometriose; Miomatose assintomática;
- **AZUL:** Disfunção erétil sem resposta a avaliação em APS; Incontinência urinária; Sangramento uterino anormal após investigação na APS;

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Vulvovaginites;
- Avaliação e orientação de método contraceptivo;
- Dispareunia;
- Diminuição da libido;
- Inserção de Dispositivo IntraUterino (DIU);

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. **NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

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

Outros Comentários

- Todas as Clínicas da Família dispõem de Ultrassonografia na própria unidade permitindo investigação do caso;

Hematologia

Considerações gerais

- **A Regulação/autorização dos procedimentos em hematologia são exclusivos dos médicos reguladores do Hemório. Portanto nenhum médico regulador das unidades poderá realizar o agendamento dos pacientes, mas sim poderão negar ou devolver os casos mal encaminhados.**
- A deficiência de ferro é uma das principais causas de anemia e deverá ser acompanhada e manejada na APS.
- O acompanhamento na unidade especializada não exclui o acompanhamento na APS, assim, o usuário deverá ser acompanhado por clínico e por demais especialistas na unidade de origem.
- Os casos deverão ser investigados o máximo possível na APS antes do encaminhamento para serviço especializado.

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

em até 7 dias:

Anemia plaquetopenia graves à presença blastos no sangue periférico.
Leucocitose maior que 100.000/mmc com desvio escalonado na leucometria específica, mesmo sem anemia e/ou plaquetopenia, em pacientes assintomáticos ou com poucos sintomas, em ausência de infecção.

Leucocitose maior que 120.000/mmc com predomínio de linfócitos, mesmo com ou sem anemia e/ou plaquetopenia em pacientes assintomáticos ou com poucos sintomas. Leucopenia e contagem de neutrófilos menor que 500/mmc com anemia (hemoglobina menor que 9g/dl) e/ou plaquetopenia menor que 50.000/mmc.

Plaquetopenia isolada menor que 50.000/mmc com sangramento cutâneo mucoso.

 **VERMELHO:**

em até 15 dias:

Anemia com hemoglobina maior que 7 g/dl com alteração de leucograma e plaquetas ou pouca sintomatologia como cansaço, fraqueza, astenia e ausência de dispneia.

Anemia, dor óssea, com ou sem insuficiência renal, aumento das proteínas e globulinas séricas, presença de pico monoclonal na eletroforese de proteínas plasmáticas (se disponível), com dores e dificuldade de deambulação.

Hematócrito maior ou igual a 60% para homens e maior ou igual a

55% para mulheres, sem sangramento e sem trombose e com pelo menos 1 dos sinais: HAS, parestesias, tonteiras, cefaleia, turvação visual, afastados os diagnósticos de DPOC e cardiopatias cianóticas.

Trombocitopenia entre 30.000/mm³ e 50.000/mm³, sem sangramento mucoso e poucas manifestações hemorrágicas cutâneas.

Leucocitose até 100.000/mm³ com predomínio de linfócitos sem anemia e/ou plaquetopenia em pacientes assintomáticos ou com poucos sintomas.

Leucocitose de 50.000 a 99.000/mm³ com desvio escalonado na leucometria específica, sem anemia e/ou plaquetopenia em pacientes assintomáticos ou com poucos sintomas, em ausência de infecção.

Contagem de neutrófilos maior ou igual a 500/mm³ sem febre, plaquetopenia maior que 50.000/mm³ e/ou anemia maior que 7g/dl em pacientes com poucos sintomas e sem febre.

Trombocitose maior que 500.000/mm³ acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm³ na presença de trombose, sangramento e ausência de infecção. Esplenomegalia no adulto, depois de afastada doença hepática, acompanhada de emagrecimento e queda do estado geral.

Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda com queda do estado geral, emagrecimento, febre e sudorese noturna. Indicada a realização de biópsia ganglionar para diagnóstico de linfoma.

VERMELHO:

Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl, com VCM acima de 100 fl sem sintomas como astenia, palidez cutâneo-mucosa e icterícia importantes, taquicardia e dispneia. Anemia normocítica e normocrômica (hemoglobina maior que 7g e menor que 9 g/dl) depois de excluídas as doenças crônicas como insuficiência renal, diabetes, hipotireoidismo, colagenoses, hepatopatias e sem sintomas como cansaço, fraqueza, astenia e dispneia.

Anemia, dor óssea, com ou sem insuficiência renal, aumento da dosagem de proteínas e globulinas séricas e presença de pico monoclonal na eletroforese de proteínas plasmáticas (se disponível), sem dor ou dificuldade de deambulação.

AMARELO:

Trombocitopenia maior que 50.000/mm³, sem sangramento mucoso e poucas manifestações hemorrágicas cutâneas.

Leucocitose entre 20.000/mm³ e 50.000 mm³ com desvio à esquerda em ausência de infecção.

trombocitose maior que 500.000/mm³ acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm³ sem sinais de trombose venosa e/ou arterial, sangramento e em ausência de infecção. Já devem ter sido excluídas as causas de trombocitose reativa: infecção, neoplasias não hematológicas e ferropenia.

Hematócrito entre 55% e 60% para homens e entre 50% e 55% para mulheres, sem sinais clínicos e depois de afastados os diagnósticos

de DPOC e Cardiopatias Cianóticas.

Leucopenia com leucometria global menor que 2000/mmc e neutropenia entre 800 e 1000/mmc: devem ser solicitadas as sorologias para HIV, HTLV, sífilis, toxoplasmose, CMV e mononucleose.

Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda com queda do estado geral, emagrecimento, febre e sudorese. Devem ser solicitadas as sorologias para HIV, HTLV, sífilis, toxoplasmose, CMV, e mononucleose. Afastar o diagnóstico de tuberculose. Encaminhar para realização de biopsia ganglionar se todos os exames realizados acima forem negativos.

Trombocitopenia entre 50.000 e 100.000/mmc isolada em pelo menos dois exames com intervalo de 30 dias sem síndrome purpúrica e sangramentos mucosos após serem afastadas causas clínicas de plaquetopenia. Indicada a realização de sorologias para hepatites B e C, HIV, toxoplasmose, CMV e mononucleose; investigação de colagenoses, hepatopatias crônicas de qualquer natureza, deficiências vitamínicas e uso crônico de medicamentos (anticonvulsivantes, diuréticos, tiazídicos, antireoídicos, hipoglicemiantes, quimioterápicos).

Leucopenia global menor ou igual a 2.000/mmc e/ou contagem de neutrófilos entre 1.000 e 1.200/mmc, em pelo menos dois hemogramas com intervalo de 30 dias, sem anemia e plaquetopenia. Devem ser afastadas causas clínicas de leucopenia com realização de sorologias para hepatites B e C, HIV, CMV, toxoplasmose, e mononucleose; investigar doenças autoimunes, colagenoses, hepatopatias crônicas de qualquer etiologia e uso crônico de medicamentos (antinflamatório, antireoídicos, anticonvulsivantes, quimioterápicos).

VERDE:

OBS: Considerar o diagnóstico de Leucopenia Racial se toda a investigação acima for negativa e Leucopenia Familiar quando todos os exames forem negativos e outros casos de leucopenia forem observados na família.

Eritrocitose isolada assintomática: hematócrito maior ou igual a 56%(ou dosagem de hemoglobina maior que 18,5 g/dl) para homens e para mulheres, maior ou igual a 50%(ou dosagem de hemoglobina maior 16,5 g/dl), em 3 hemogramas realizados com intervalo de 30 dias, depois de afastados os diagnósticos de DPOC e Cardiopatias Cianóticas. Trombocitose isolada maior que 500.000/mmc em três hemogramas realizados com intervalo de um mês, após serem excluídas causas de trombocitose reativa: infecção, neoplasias não hematológicas e ferropenia.

Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda sem comprometimento do estado geral, emagrecimento, febre e sudorese. As sorologias para HIV, HTLV, sífilis devem ser negativas e ter sido afastado o diagnóstico de tuberculose. Encaminhar para realização de biopsia ganglionar se todos os exames acima forem negativos.

Presença de Pico Monoclonal Isolado na Eletroforese de Proteínas Séricas.

**AZUL:**

As situações que podem esperar mais de 180 dias são manejadas na APS

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Anemia Ferropriva em qualquer idade: investigar causas clínicas de acordo com a faixa etária.
- Anemias de doenças crônicas (diabetes, doença renal, hepatopatias, collagenoses e endocrinopatias).
- Leucopenias ISOLADAS: neutrófilos acima de 1200/mm³ (afastar causas clínicas, tais como: leucopenia familiar, leucopenia racial, hepatite crônicas, alcólicas, virais B e C, LES, HIV, uso crônico de anti-inflamatórios, antireoidianos, anticonvulsivantes, quimioterápicos).
- Trombocitopenia Isolada maior que 100.000/mmc em pelo menos 3 exames consecutivos com intervalo mensal.
- Hepatites crônicas, LES, HIV, uso de medicamento (anti-inflamatórios, antireoidianos, anticonvulsivantes, quimioterápicos, hipoglicemiantes, diuréticos tiazídicos).

ATENÇÃO: encaminhamento imediato à Emergência

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!

- Leucocitose maior que 100.000/mmc com anemia, plaquetopenia e blastos no sangue periférico. (P 0)
- Leucocitose maior que 150.000/mmc com desvio escalonado na leucometria específica, mesmo sem anemia e/ou plaquetopenia, em pacientes assintomáticos ou com poucos sintomas, em ausência de infecção. (P 0)
- Neutropenia grave- contagem de neutrófilos menor que 500/mmc e febre. (P 0)
- Síndrome purpúrica cutâneo-mucosa grave com sangramento mucoso e contagem de plaquetas menor que 15.000/mmc. (P 0)
- Síndrome purpúrica cutâneo-mucosa, sangramento mucoso e hemograma com pancitopenia. (P 0)
- Anemia grave isolada, sem sangramento agudo em pacientes sintomáticos com hemoglobina igual ou menor que 6 g/dl e com indicação clínica de transfusão. (P 0)
- Anemia grave (hemoglobina menor que 7 g/dl) com alterações do leucograma e da contagem de plaquetas. (P 0)
- Anemia grave (hemoglobina menor que 7 g/dl), icterícia por elevação de bilirrubina indireta e sintomas de cansaço, fraqueza, astenia, dispneia, urina de cor escura. (Indicada a realização de

teste de Coombs Direto e Indireto para o diagnóstico provável de Anemia Hemolítica Autoimune). (P 0)

- Hematócrito acima de 60% na presença de HAS, parestesias, cefaléia, turvação visual, tonteiras, com sangramento e/ou trombose. (P 0)
- Trombocitose 1.500.000/mm³ com presença de trombose ou sangramento. (P 0)
- Adenomegalias volumosas (cervical, de mediastino) com sinais compressivos. (P 0)
- Anemia plaquetopenia graves à presença blastos no sangue periférico.
- Leucocitose maior que 100.000/mm³ com desvio escalonado na leucometria específica, mesmo sem anemia e/ou plaquetopenia, em pacientes assintomáticos ou com poucos sintomas, em ausência de infecção.
- Leucocitose maior que 120.000/mm³ com predomínio de linfócitos, mesmo com ou sem anemia e/ou plaquetopenia em pacientes assintomáticos ou com poucos sintomas. Leucopenia e contagem de neutrófilos menor que 500/mm³ com anemia (hemoglobina menor que 9g/dl) e/ou plaquetopenia menor que 50.000/mm³.
- Plaquetopenia isolada menor que 50.000/mm³ com sangramento cutâneo mucoso.
- Cirrose hepática ou hipertensão porta com complicações agudas que necessitem internação;
- Descompensação hepática de qualquer natureza;
- Hepatite aguda medicamentosa com descompensação (suspender a medicação).

Outros Comentários

- Atualmente não há serviços no Município do Rio de Janeiro como referência de Hematologia para realizar o diagnóstico e acompanhamento dos casos de Trombofilia.
- Os casos P0 (prioridade Zero) devem ser encaminhados imediatamente para uma unidade de emergência Hospitalar ou CER (vaga Zero) para início de tratamento (transfusão, antibioticoterapia, dentre outros). A unidade hospitalar que prestar o serviço de emergência fará contato com os serviços de hematologia de referência para transferência do paciente.

Hepatologia

Considerações gerais

- A maioria das queixas relacionadas ao fígado direta ou indiretamente como fadiga, náusea, vômito, icterícia fisiológica no recém nascido, suspeita de hepatites virais, podem, e devem ser manejados na APS;
- Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como pacientes suspeita de câncer hepático, patologias possivelmente cirúrgicas, hepatopatias crônica avançada, hipertensão porta, ascite para manejo diagnóstico/terapêutico.
- Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar o caso, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares, se necessário, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação;
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- **VERMELHO:** Suspeita de câncer hepático primário ou metastático; cirrose hepática com descompensações frequentes;
- **AMARELO:** Dúvida diagnóstica; Hepatomegalia à esclarecer; Hepatopatia crônica avançada;
- **VERDE:** Cirrose hepática compensada; Acompanhamento de lesões hepáticas ao exames de imagem;
- **AZUL:** Acompanhamento de hepatite B e C crônicas para revisão.

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Icterícia fisiológica no recém-nascido;
- Esteatose hepática leve/moderada;
- Suspeita de hepatites virais com investigação ainda não realizada;
- Hepatites virais agudas sem complicações;
- Tumor hepático benigno.

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. **NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

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

Outros Comentários

- O tratamento instituído pelo médico especialista (por exemplo Interferon EV) pode ser realizado nas unidades de Atenção Primária, por ser mais próximo da casa do paciente;

Neurologia

Considerações gerais

- Muitos dos casos neurológicos como cefaléias sem sinais de alarme, sequelas de AVE, queixas de esquecimento ou demências e convulsões/epilepsia podem, e devem ser manejados na APS;
- Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como paciente com lesões suspeitas de malignidade; lesões novas ou sem resposta ao tratamento na APS.
- Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar o caso, por exemplo, realizando exame neurológico completo, TC de crânio (contrastada ou não) ou Mini-mental Folstein, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação;
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- | | |
|--|--|
|  VERMELHO: | Lesões com características de neoplasia (efeito de massa, desvio do olhar conjugado, etc) mas sem instabilidade, cefaléia de surgimento abrupto ou piora gradativa de quadro anterior, sem resposta, convulsões ou ausências recorrentes em bebês/crianças |
|  AMARELO: | Demência de início agudo, sem razão reversível aparente, convulsões iniciadas na idade adulta |
|  VERDE: | Paresias ou parestesias persistentes
Avaliações/acompanhamento de outras demências, assim como Doença de Parkinson |
|  AZUL: | Disestesias subagudas não explicadas por comorbidades (p.ex: DM) |

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Tremor essencial;
- Demência senil;
- Seqüelas de AVEs
- Cefaléias típicas (enxaqueca, tensional, em salvas...)

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. **NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

- AVEs agudos ou AITs (antes de passíveis de diferenciá-los de AVE)
- Sinais de herniação cerebral (anisocoria, vômitos incoercíveis, coma)
- Perda aguda de movimentos (como em traumas, espondilolisteses, etc)
- Meningites com sinais de gravidade ou em crianças
- Cefaleia com alteração do estado mental ou associada a déficit neurológico focal

Outros Comentários

- Há poucas vagas reguladas de oftalmologia. Utilizar as vagas com critério.
- No momento do encaminhamento o caso deve ser bem detalhado, com a anamnese, exame físico, exames complementares e história da conduta e manejo anteriores .

Ortopedia

Considerações gerais

- A maioria dos casos de ortopedia como dorsalgia, podem, e devem ser manejados na APS;
- Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como paciente com lombalgia, com indicação cirúrgica;
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- **VERMELHO:** Hérnia discal com dor intensa, suspeição clínica de câncer; caso cirúrgico urgente (como necrose asséptica de cabeça de fêmur, osteomielite crônica, etc); edema articular com suspeita de infecção;
- **AMARELO:** Lombociatalgia com indicação cirúrgica com dor moderada; Reavaliação pós cirúrgica; reavaliação para retirada de gesso;
- **VERDE:** Síndrome do túnel do carpo com dor moderada;
- **AZUL:** Poliartralgia sem melhora clínica, lombociatalgia sem melhora clínica, reavaliação de prótese assintomática;

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Lombociatalgia aguda;lombalgia crônica;
- Dorsalgia;
- Poliartralgia;
- Traumas sem fratura, entorses;
- Cisto sinovial;

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!

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

Outros Comentários

- Há poucas vagas reguladas para a especialidade. Utilizar as vagas com critério.
- No momento do encaminhamento o caso deve ser bem detalhado, com a anamnese, exame físico, exames complementares e história da conduta e manejo anteriores .

Otorrinolaringologia

Considerações gerais

- Muitas queixas relacionadas a ouvidos, nariz e garganta, como otites, amigdalites, sinusites, redução da acuidade auditiva, retirada de corpos estranhos, vertigem postural paroxística benigna (VPPB), entre outras, podem e devem ser manejados na APS;
- Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação ou em que o manejo da situação não seja possível de ser realizada na APS,
- Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar o caso, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares (audiometria) se necessário, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação;
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- **VERMELHO:** Disfonia persistente com sinais de alarme (disfagia ou emagrecimento ou astenia); perfurações timpânicas extensas
- **AMARELO:** Rouquidão que perdure mas sem sinais de alarme, otites de repetição; epistaxes recorrentes
- **VERDE:** Sinusite crônica com crises recorrentes; amigdalites de repetição, disacusia já investigada (e de origem não neurológica)
- **AZUL:** Demais casos;

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Amigdalites/sinusites/otites agudas;
- Remoção de cerume (cera no ouvido);
- Disfonia (rouquidão) recente e sem sinais de alarme;
- Epistaxe ocasional;
- Vertigem Postural Paroxística Benigna;
- Perfurações timpânicas pequenas.

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. **NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

- Corpo estranho em vias respiratórias ou ouvido não passível de retirada na APS
- Hemorragia nasal ou pistaxe volumosa (com adequada tentativa inicial de tamponamento);

Outros Comentários

- A saúde auditiva faz parte do atendimento integral ao idoso. Isso se deve ao reconhecimento de que a redução da acuidade auditiva leva a redução da qualidade de vida pessoal e, no indivíduo da terceira idade, mostra-se como fator de risco importante para depressão.
- Existem centros específicos de Saúde Auditiva na rede, seja para realização de exames, seja para reabilitação/indicação de aparelhos auditivos. Você dispõe destes serviços e deve fazer uso deles.
- A Vertigem Postural Paroxística Benigna (VPPB) é facilmente diagnosticada na APS com a coleta adequada da história do paciente e da realização da Manobra de Dix-Halpike. É igualmente manejada de maneira fácil através da Manobra de Epley.

Pneumologia

Considerações gerais

- A maioria dos casos respiratórios como Asma, DPOC e Pneumonias não complicadas podem, e devem, ser manejados na APS;
- Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações não é possível ser realizado na APS, como paciente com lesões suspeitas de malignidade; quadros persistentes ou sem resposta ao tratamento na APS.
- Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar o mesmo, por exemplo, realizando além do exame clínico, os exames complementares, dependendo do caso, como Rx ou teste de capacidade respiratória ou cultura do escarro na própria unidade, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação;
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- **VERMELHO:** Tuberculose com resistência comprovada na cultura. Suspeita de câncer de pulmão (nódulos complexos, derrames pleurais de repetição, associados ou não a emagrecimento, etc);
- **AMARELO:** Asma de difícil controle, DPOC com insuficiência respiratória crônica; Indicação de início de oxigenioterapia;
- **VERDE:** Nódulo pulmonar ou pleural simples, enfisema, acompanhamento de fibrose cística;
- **AZUL:** Acompanhamento de bronquiectasias;

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Asma de controle adequado;
- Crise asmática leve;
- Pneumonias sem complicações;
- DPOC estável ou agudizações, sem insuficiência respiratória;
- Bronquiolite não complicada (autolimitada);

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!

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

Outros Comentários

- É comum para a equipe de atenção primária acompanhar pacientes com oxigenioterapia domiciliar. Nesses casos faz-se necessária abordagem multidisciplinar com fisioterapia respiratória;

Psiquiatria

Considerações gerais

- A maioria dos casos psiquiátricos como depressão, ansiedade, Transtorno Obsessivo Crônico (TOC), pânico, estresse pós-traumático e abuso de substâncias podem, e devem ser manejados na APS;
- Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como paciente em surto psicótico, depressão refratária;
- Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar o caso, por exemplo, realizando anamnese e exame mental completo, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação;
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- VERMELHO:** Depressão refratária, Transtornos dissociativos
- AMARELO:** TOC, pânico e ansiedade de difícil controle*, esquizofrenia de início em faixa etária atípica (exceto surto agudo)
- VERDE:** Transtornos psicosexuais, dúvida no diagnóstico diferencial (p. ex. depressão e transtorno bipolar)
- AZUL:** Acompanhamento de transtornos de base (p. ex. transtorno bipolar) e de esquizofrenia grave para seguimento

*Pacientes com ataque de pânico refratário a duas alternativas terapêuticas prévias (atentar para aumento da dose escalonada dos fármacos e obtenção da dose plena).

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Depressão que responda à terapia de apoio e/ou medicação
- Ansiedade generalizada, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Pânico leves a moderados
- Abuso de substâncias (tabaco, álcool, drogas ilícitas e fármacos, p.ex.: BZD)

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!

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

Informações Adicionais:

Atentar para o fato de que os Centros de Apoio Psicossociais (CAPS) são unidades de acompanhamento ambulatorial e de convivência, por essência. Não constituem, pois, unidades de emergência!

Atente também para o apoio matricial do NASF de sua região; a ajuda deste serviço pode ampliar ainda mais sua resolutividade em saúde mental, tornando desnecessária referência de pacientes para ambulatórios de psiquiatria.

Literatura Sugerida:

DIRETRIZES DO NASF – CAB N°27

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

Reumatologia

Considerações gerais

- A maioria dos sintomas em reumatologia são inespecíficos, tais como, cefaleia, fraqueza, cansaço, mialgia, artralgia, lesões na pele, nefropatia, oftalmopatia, cardiopatia, dentre outros; tornando-se o diagnóstico muitas vezes baseado em um conjunto de sinais e sintomas, bem como exames laboratoriais e dosagem de autoanticorpos. Devido a isso o médico que atua na atenção primária deve ser criterioso ao encaminhar os pacientes ao especialista, sempre lembrando que a maioria dos sintomas são gerais e não irão corresponder a uma doença reumatológica de base e que, portanto, podem e devem ser investigados e manejados na APS;
- Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como pacientes com dúvidas no diagnóstico, artropatia inflamatória, suspeita de esclerodermia, lupus, síndrome de Sjogren, artrite reumatoide, dificuldade no manejo terapêutico ou efeitos adversos exuberantes dos fármacos utilizados, outros.
- Nesses casos, havendo a possibilidade de investigar o caso, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares, se necessário, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação;
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%

REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- VERMELHO:** Artropatia inflamatória dolorosa, incapacidade funcional devido a artrite poliarticular;
- AMARELO:** Doenças deformantes ou progressivas sem plano terapêutico (AR, esclerodermia, espondilite anquilosante, polimiosite), crises de gota atípicas ou recorrentes;
- VERDE:** Dúvidas no diagnóstico; uso prolongado de aine ou outros fármacos sem melhora dos sintomas álgicos;
- AZUL:** Seguimento de doenças crônicas com plano terapêutico já definido: lupus, artrite reumatoide, polimiosite, esclerose sistêmica, etc;

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Artralgia por menos de 2 meses ou sem investigação prévia;
- Fibromialgia;
- Osteoartrose inicial ou moderada;
- Crise de gota típica e/ou inicial.

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. **NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

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

Outros Comentários

- Deve-se ter critério ao encaminhar os pacientes ao reumatologista, verificando a real indicação, pois a maioria dos sintomas associados as doenças reumatológicas (cefaleia, cansaço, artralgia, rigidez matinal, lesões de pele, outros) podem estar presentes em outras afecções. Ao encaminhar o paciente ao especialista seria adequado já ter sido realizado uma investigação sumária dos sintomas do mesmo, bem como aventada hipóteses diagnósticas.
- Gestantes com doenças reumatológicas (p. ex.: lupus) são consideradas de alto risco e devem ter seu acompanhamento pré-natal na APS e concomitante na maternidade de referência

Urologia

Considerações gerais

- A maioria dos casos urológicos como diminuição de libido, balanopostite, disfunção erétil, podem, e devem ser manejados na APS;
- Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como paciente com dor aguda em testículo de forte intensidade; suspeita de neoplasia; quadros de oligospermia; nefrolitíase;
- Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- **VERMELHO:** Retenção urinária de repetição; hematúria franca; Massa testicular com exame realizado; Nefrolitíase aguda/subaguda;
- **AMARELO:** Massa testicular com exame realizado; prostatismo com PSA e/ou toque retal alterado(s);
- **VERDE:** Oligo/Azoospermia; Prostatismo com falha ao tratamento clínico; Nefrolitíase crônica; fimose; lesões urológicas em pênis;
- **AZUL:** Disfunção erétil sem resposta a avaliação em APS; Incontinência urinária; demais situações;

Situações que não necessitam de encaminhamento

Toda situação que possa ser manejada na APS como:

- Disfunção erétil;
- Prostatismo – Hiperplasia Prostática Benigna;
- Rastreamento para câncer de próstata;
- Diminuição da libido;
- Orquiepididimite;

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. **NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

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

Outros Comentários

- Há poucas vagas reguladas para a especialidade. Utilizar as vagas com critério.
- No momento do encaminhamento o caso deve ser bem detalhado, com a anamnese, exame físico, exames complementares e história da conduta e manejo anteriores .

Exames Complementares

Colonoscopia

Considerações gerais

- **DIAGNÓSTICO:** quando sintomático ou suspeição clínica de câncer colorretal, investigação de sangramento gastrointestinal ou suspeita de doença inflamatória intestinal;
- Observar que o paciente deve ser orientado a realizar preparo previamente ao exame a fim de aumentar a eficácia diagnóstica;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%

REGULAÇÃO: 100%

Indicações de solicitação

Toda situação que não necessite de realização imediata do exame.

- **VERMELHO:** Investigação: sangramento gastrointestinal baixo recorrente; alta suspeita de câncer colorretal;
- **AMARELO:** Investigação: sangramento gastrointestinal, doença inflamatória intestinal, baixa suspeita de câncer colorretal, muito sintomático
- **VERDE:** Investigação: sangramento gastrointestinal, doença inflamatória intestinal, baixa suspeita de câncer colorretal, sintomático
- **AZUL:** Investigação: sangramento gastrointestinal, doença inflamatória intestinal, baixa suspeita de câncer colorretal, assintomático

FILA DE ESPERA não;

Situações que não necessitam do exame

Toda situação que possa não ter indicação de realizar o exame:

- Paciente para rastreamento de câncer colorretal. No Município do Rio de Janeiro não está instituído Programa de Rastreamento (para pacientes assintomáticos) sem riscos.

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!

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

Efetividade

- Sensibilidade para detecção de pólipos;
 - >10mm: Colonoscopia convencional: 88% (IC 95% [75-95]); Colonografia por TC: 94% (IC 95% [83-99]);
 - 6-9mm: Colonoscopia convencional: 92% (IC 95% [87-96]); Colonografia por TC: 89% (IC 95% [83-93]);

<6 mm: Colonografia por TC:65% (IC 95% [57-63]);

- A colonoscopia convencional é mais eficiente para detecção de pólipos menores quando comparada com a colonografia por TAC;

Segurança

- Exame relativamente seguro;

Efeitos colaterais/adversos

- 0.5% de chance global de complicações graves como perfuração intestinal, sangramento ou mortalidade (evidência nível 2 [moderado]) ([Ann Intern Med 2006 Dec 19;145\(12\):880](#)).
- Risco de eventos gastrointestinais and cardiovasculares com a colonoscopia pode aumentar com a idade e comorbidades (AVC, DPOC, FA, ICC) (evidência nível 2 [moderado]) ([Ann Intern Med 2009 Jun 16;150\(12\):849](#)).

Outros Comentários

- Colonoscopia convencional e enemabaritado são os métodos atualmente mais utilizados. É possível realizar um exame de colonografia virtual com Tomografia Computadorizada (TC);
- Colonografia por TC utilize um scanner para realizar imagens em duas e três dimensões do cólon e reto e elimina a necessidade de realização de preparação de intestino, porém requer a ingestão de contraste iodado 48 horas antes do exame;

Literatura sugerida

Interventional procedure overview of computed tomographic colonography (virtual colonoscopy), August 2004. Disponível em www.nice.org.uk/ip208overview

Computed tomographic colonography (virtual colonoscopy). NICE clinical guideline 108 (2010). Disponível em www.nice.org.uk/guidance/CG108

Endoscopia Digestiva Alta - EDA

Considerações gerais

- Exame indicado para:
 - DIAGNÓSTICO:** quando sintomático ou suspeição clínica de câncer do aparelho digestivo alto, investigação de sangramento gastrointestinal (ativo ou oculto);
- Observar que o paciente deve ser orientado a realizar preparo previamente ao exame a fim de aumentar a eficácia diagnóstica;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%

REGULAÇÃO: 100%

Indicações de solicitação

Toda situação que não necessite de realização imediata do exame.

VERMELHO: Investigação: paciente muito sintomático - sangramento gastrointestinal alto crônico sem uso de AINES; alta suspeita de câncer GI (sinais de alarme, Hx familiar de câncer, idade > 55a);

AMARELO: pacientes de qualquer idade com dispepsia e um dos achados (NICE Grau B)

Sangramento gastrointestinal crônico; Perda de peso progressivo; Disfagia progressiva; Vômitos persistentes; Anemia por deficiência de Ferro; Massa epigástrica ou estudo baritado digestivo sugestivo;

VERDE: Investigação: assintomático, baixa suspeita de câncer GI (sinais de alarme, Hx familiar de câncer, idade > 55a);

AZUL: Investigação: assintomático, sem suspeita de câncer GI + idade < 55a com dispepsia independente do teste H pylori;

FILA DE ESPERA não;

Situações que não necessitam do exame

Toda situação que possa não ter indicação de realizar o exame:

- Dispepsia Funcional (Critérios Diagnósticos de ROMA III),
- EDA não indicada para paciente de qualquer idade com dispepsia sem sinais de alarme (NICE Grau B);
- Doença do Refluxo Gastroesofágico como abordagem inicial. Recomendado apenas se falha terapêutica empírica ou se dispepsia com complicações;

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!

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

Efetividade

([Scand J Gastroenterol 2006 Feb;41\(2\):161full-text](#), [ClinGastroenterolHepatol 2010 Oct;8\(10\):830](#))

- Sensibilidade para avaliação dispéptica;
 - Sinais e Sintomas de risco podem aumentar a chance de achados endoscópicos anormais significativos de 2% para 20% em pacientes com dispepsia;
 - pacientes com pelo menos 1 sintoma de risco demonstram efetividade de 20.1% com achados endoscópicos graves como neoplasia, úlcera, Esôfago de Barrett, esofagite erosiva;
 - apenas 23% dos exames de EDA solicitados apresentam achados endoscópicos
 - risco aumentado de úlcera péptica associada a dispepsia e DRGE (oddsratio 2.74, 95% CI 1.3-5.8)([Am J Gastroenterol 2010 Mar;105\(3\):565](#), editorial can be found in [Am J Gastroenterol 2010 Mar;105\(3\):572](#))
- Não há evidência de EDA em pacientes sem sinais de alarme ou sintomas dispépticos intensos ([level3 \[Lackingdirect\] evidence](#))[ArchFamMed 2000 Apr;9\(4\):385full-text](#);
- Não há evidência e não é indicado para rastreamento;

Segurança

- Exame relativamente seguro;

Efeitos colaterais/adversos

- 0.5% de chance global de complicações graves como perfuração intestinal, sangramento ou mortalidade (evidência nível 2 [moderado]) ([Ann InternMed 2006 Dec 19;145\(12\):880](#)).
- Risco de eventos gastrointestinais and cardiovasculares com a colonoscopia pode aumentar com a idade e comorbidades (AVC, DPOC, FA, ICC) (evidência nível 2 [moderado]) ([Ann InternMed 2009 Jun 16;150\(12\):849](#)).

Outros Comentários

- Não há forte associação entre infecção por *Helicobacter pylori* dispepsia não ulcerosa ou dispepsia sem investigação por EDA;
- Para DRGE (Doença do Refluxo Gastroesofágico) o tratamento inicial sempre deve ser clínico e empírico, não se recomendando EDA;
- EDA com ou sem biópsia recomendada se disfagia com complicações ou se falha no teste empírico de inibidor de bomba de próton 2x/d (AGA Grade B);

Literatura sugerida

Guidelines: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guideline on dyspepsia management can be found at [NICE 2004 Aug;CG17PDF](#)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) national clinical guideline can be found at [SIGN 2003 Mar PDF](#) or at [National Guideline Clearinghouse 2004 Jan 26:3723](#), reaffirmed 2007

Artigos de Revisão

[Am Fam Physician 2011 Mar 1;83\(5\):547](#)

[Gastroenterol 2008;43\(4\):251](#)

[Am Fam Physician 2004 Jul 1;70\(1\):107full-text](#)

Bibliografia / Mais informações

Publicações

Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Gusso G, Lopes JMC. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Cadernos de Atenção Básica – Ministério da Saúde

Acessíveis para download versão digital, em português.

www.dab.saude.gov.br

Projeto Diretrizes – AMB / CFM

Acessíveis para download versão digital, em português.

www.projetodiretrizes.org.br

Cochrane

Coleção de fontes de informação de boa evidência em atenção à saúde, em inglês. Inclui as Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane, em texto completo, além de ensaios clínicos, estudos de avaliação econômica em saúde, informes de avaliação de tecnologias de saúde e revisões sistemáticas resumidas criticamente

<http://cochrane.bvsalud.org>

UPTODATE

Coleção de fontes de informação de boa evidência em atenção à saúde, em inglês.

www.uptodate.com

GuidelinesNICE

For information about NICE guidance that has been issued or is in development, see www.nice.org.uk

- Chronic heart failure. NICE clinical guideline 108(2010). Available from www.nice.org.uk/guidance/CG108
- Hypertension in pregnancy. NICE clinical guideline 107(2010). Available from www.nice.org.uk/guidance/CG107
- Prevention of cardiovascular disease at population level. NICE public health guidance

25(2010). Available from

www.nice.org.uk/guidance/PH25

- Type 2 diabetes. NICE clinical guideline 87 (2009). Available from www.nice.org.uk/guidance/CG87
- Medicines adherence. NICE clinical guideline 76 (2009). Available from www.nice.org.uk/guidance/CG76
- Chronic kidney disease. NICE clinical guideline 73(2008). Available from www.nice.org.uk/guidance/CG73
- Stroke. NICE clinical guideline 68(2008). Available from www.nice.org.uk/guidance/CG68
- Lipid modification. NICE clinical guideline 67 (2008). Available from www.nice.org.uk/guidance/CG67
- Continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome. NICE technology appraisal guidance 139(2008). Available from www.nice.org.uk/guidance/TA139
- MI: secondary prevention. NICE clinical guideline 48(2007). Available from www.nice.org.uk/guidance/CG48
- Obesity. NICE clinical guideline 43(2006). Available from www.nice.org.uk/guidance/CG43
- Atrial fibrillation. NICE clinical guideline 36 (2006). Available from www.nice.org.uk/guidance/CG36

American Family Physician

Revista científica da Associação americana de Medicina de Família, com grande coleção de artigos voltados para a prática clínica na atenção primária, em inglês.

www.aafp.org/online/en/home/publications/journals/afp.html

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Site com informações para atualização e publicações voltadas para a APS, em português.

www.sbmfc.org.br

US Preventive Services Task Force

Critérios Clínicos para o REGULADOR

Reúne informações e recomendações baseadas em evidência sobre estratégias preventivas e de rastreamento, em inglês.

<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>

Canadian Task Force on Preventive Health Care

Bibliografia

Reúne informações e recomendações baseadas em evidência sobre estratégias preventivas e de rastreamento, em inglês.

<http://www.canadiantaskforce.ca/>

Informações importantes

Solicitação de senha para o REGULADOR

Enviar email para subpavreg@gmail.com com os seguintes dados:

- Nome Completo (regulador)
- Email (regulador)
- CPF (regulador)
- Telefone (regulador)
- Função (regulador)
- Unidade de saúde

For printed copies of the quick reference guide or 'Understanding NICE guidance', phone NICE publications on 08450037783 or email publications@nice.org.uk and quote:

- N2636 (quick reference guide)
- N2637 ('Understanding NICE guidance').

Secretaria Municipal de Saúde

Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção

Afonso Cavalcanti, 455

Sala 801

Rio de Janeiro - RJ

CEP 22211-110

www.subpav.org
Jul 2014

©Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2014. Todos os direitos reservados. Este material pode ser reproduzido para fins educacionais e assistenciais na Rede de Atenção à Saúde do Rio de Janeiro. Não é permitida reprodução para fins comerciais sem a permissão da SMS.