SUS

Secretaria de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM

Protocolo de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada

Volume I

1. Angiologia- Cirurgia Vascular
2. Cirurgia Geral
3. Endocrinologia
4. Hematologia
5. Otorrinolaringologia

CONTAGEM
2020

©2020. Secretaria Municipal de Saúde de Contagem. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Versão eletrônica.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem.
Para acesso à versão eletrônica, consultar o endereço: http://www.contagem.mg.gov.br/sms

Elaboração, distribuição e informações

Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
Av. General David Sarnoff, 3113 - Cidade Industrial
Contagem – MG
CEP: 32210-110

Organização, Revisão e Edição Técnica

Ivana Santana Andrade
Vinícius Oliveira Pimenta

Elaboração Técnica
Arminda Rodrigues Bernardes.
Denise Alves da Silva
Giulliana Cantoni Di Spirito
Maria Izabel Chagas Costa
Rouse Fabiana Leite da Rocha Leal
Tissiani Gomes Oliveira Batista

Projeto Gráfico Produção Visual

Assessoria de Comunicação Secretaria Municipal de Saúde

Ficha Catalográfica

Contagem. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Volume I.** Contagem, 2020.

APRESENTAÇÃO

A Atenção Básica (AB), que se caracteriza, entre outras coisas, como porta de entrada preferencial do SUS e como lócus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para isso, é fundamental que a AB tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde. Sabemos, por outro lado, que o serviço especializado, sobretudo seu componente ambulatorial, é um lugar marcado por diferentes gargalos, em especial no que se refere ao acesso a ele. Isso decorre de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Básica nos diversos lugares. Os gargalos, anteriormente mencionados, requerem, para a sua superação, que se constituam estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), bem como na organização da atenção especializada.

Neste contexto, os protocolos de encaminhamento elaborados pela Atenção Especializada do município de Contagem, trazem como foco a Atenção Básica, em especial alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários. É bem verdade que tais protocolos, para se efetivarem e terem maior potência precisam ser articulados a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) - tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, por exemplo - e que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados - pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Neste contexto, os protocolos de encaminhamento são ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Esperamos que esta seja mais uma das estratégias que caminham no sentido de aumentar a resolutividade, a capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 5
1. ANGIOLOGIA-CIRURGIA VASCULAR 6
2. CIRURGIAS 14
3. ENDOCRINOLOGIA 21
4. HEMATOLOGIA 27
5. OTORRINOLARINGOLOGIA 40

INTRODUÇÃO

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial à alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno. Além disso, otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera. O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas do paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo responder a duas questões principais ao médico regulador e orientar os profissionais que atuam na AB estabelecendo:

- Indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado e,
- Condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso.

Assim, este material estabelece quais são, dentro de cada especialidade ou de cada motivo de encaminhamento, os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados na AB.

Neste sentido, em Contagem, optamos por elaborar os protocolos em volumes contemplando os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade. Importante ressaltar a necessidade de se seguir os fluxos institucionais para marcação e acesso do usuário a partir da Atenção Básica para os demais pontos de atenção. Esse documento, Volume I, abordaremos os critérios de acesso para 5 especialidades:

1. Angiologia- Cirurgia Vascular
2. Cirurgia Geral
3. Endocrinologia
4. Nefrologia
5. Otorrinolaringologia

1. ANGIOLOGIA-CIRURGIA VASCULAR

As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade de encaminhamento. Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos.

Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas. Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas abaixo. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas.

Condições que devem ser encaminhadas para Emergência
• Suspeita clínica de trombose venosa profunda • Suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar **Não há indicação de encaminhar para cirurgia vascular pacientes com trombose venosa para controle de anticoagulação. Tal medida deve ser realizada na APS**

Aplicar o escore em pessoas com suspeita clínica de TVP (edema de membro inferior e dor/aumento de sensibilidade a palpação de veias profundas).

Quadro 1 – Suspeita de trombose venosa profunda (TVP) - Escore de Wells para TVP

Características clínicas	Pontos
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos 6 meses ou cuidados paliativos)	1
Recente paralisia, paresia ou imobilização com gesso dos membros inferiores	1
Restrição ao leito recente por 3 ou mais dias ou cirurgia de grande porte nas últimas 12 semanas (com necessidade de anestesia geral ou regional)	1
Aumento de sensibilidade ao longo do sistema venoso profundo	1
Edema em toda perna	1
Edema de panturrilha (> 3 cm) em relação a perna assintomática	1
Edema com cacifo na perna sintomática	1
Veias superficiais colaterais (não varicosas)	1
Episódio prévio documentado de TVP	1
Diagnóstico alternativo é tão provável quanto TVP	- 2
Escore simplificado de probabilidade clínica para TVP ▪ 2 ou mais pontos –TVP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência, necessária ecografia venosa de membros inferiores em até 4horas. ▪ 1ou 0 pontos – TVP pouco provável.	

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2015).

Aplicar o escore em pessoas com suspeita de TEP (como dor torácica, falta de ar ou hemoptise, não explicável por outra doença previamente conhecida e mais provável

Quadro 2 – Suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP) – Escore de Wells para TEP

Características clínicas	Pontos
Sinais e sintomas de TVP (edema de membro inferior e dor a palpação de veias profundas)	3
Diagnóstico alternativo é menos provável que TEP (dor torácica, falta de ar ou hemoptise não é provavelmente explicado por outra condição clínica)	3
Frequência cardíaca > 100 batimentos por minuto	1.5
Imobilização (> 3 dias) ou cirurgia nas últimas 4 semanas	1.5
TVP ou TEP prévio	1.5
Hemoptise	1
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos 6 meses ou cuidados paliativos)	1
Escore simplificado de probabilidade clínica para TEP • Mais de 4 pontos – TEP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência. • 4 ou menos pontos – TEP pouco provável. Porém se a suspeita clínica é elevada, encaminhar para investigação em serviço de emergência.	

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2015).

Necessidade de encaminhamento para Hematologia
TEV idiopático 1
Necessidade de encaminhamento para a Dermatologia
Insuficiência venosa crônica- Pacientes com úlcera crônica refratária á tratamento clínico otimizado na APS por 3 meses e sem sinais de refluxo ou obstrução em ecografia com doppler venoso.

Angiologia - Cirurgia				
Motivo de encaminhamento	**Condições que justificam o encaminhamento**	**Descritivo mínimo na guia de referência**	**Condições com maior prioridade**	**Contra Referência**
Síndrome pós trombótica (Insuficiência venosa secundária a trombose de MMII)	Presença de dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa com evidência de refluxo ou obstrução venosa proximal refratária ao tratamento conservador na APS por 6 meses (exercícios físicos. elevação de MMII. terapia compressiva)	Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, presença de úlcera atual ou prévia, palpação de pulsos arteriais, entre outros). Episódio de tromboembolismo venoso prévio? (Sim ou não). Se sim descreva. Tratamento conservador realizado para insuficiência venosa crônica (descreva tratamento conservador, medicamentos utilizados e tempo de duração). Se presença de úlcera crônica, descreva tratamento realizado. Resultado de ecografia com Doppler venoso, se realizado. Comorbidades associadas e medicamentos de uso crônico.	Classificação CEAP C4 a C6 Limitação laboral	Acompanhamento concomitante na APS.
Insuficiência Venosa Crônica	Insuficiência Venosa Crônica grave- CEAP C4 a C6-quadro 3 no anexo. Refluxo ou obstrução ao exame de Doppler e refratária ao tratamento na APS por 6 meses. Insuficiência venosa crônica grave – CEAP C4 a C6-quadro 3 em anexo e impossibilidade de realização de ecografia venosa com doppler na APS.	Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, presença de úlcera atual ou prévia, palpação de pulsos arteriais, entre outros). Episódio de tromboembolismo venoso prévio? (Sim ou não). Se sim descreva. Tratamento conservador realizado para insuficiência venosa crônica (descreva tratamento conservador, medicamentos utilizados e tempo de duração). Se presença de úlcera crônica, descreva tratamento realizado. Resultado de ecografia com Doppler venoso, se realizado. Comorbidades associadas e medicamentos de uso crônico.	Classificação CEAP C4 a C6 Limitação laboral	Acompanhamento concomitante na APS.
Considerar avaliação em caráter emergencial: suspeita de isquemia crítica aguda (palidez, baixa temperatura do membro, ausência de pulso, dor em repouso que piora de intensidade, perda da força ou sensibilidade, parestesia ou paralisia do membro, gangrena úmida)				

Quadro 3 – Classificação CEAP para insuficiência venosa crônica

Classificação Clínica (C)	
C 0	Sem sinais visíveis ou palpáveis para doença venosa
C 1	Teleangiectasias, veias reticulares
C 2	Veias varicosas
C 3	Edema
C 4	Alterações de pele (hiperpigmentação, eczema, lipodermatofibrose)
C 5	Classe 4 com úlcera prévia curada
C 6	Classe 4 com úlcera ativa
S	Sintomática, incluindo dor, prurido, irritação, sensação de peso, entre outros
A	Assintomática.
Classificação Etiológica (E)	
EC	Congênita
EP	Primária
ES	Secundária (pós-trombótica, pós-traumática, entre outras)
EM	Sem causa identificada
Classificação Anatômica (A)	
AS	Veias superficiais
AD	Veias profundas
AP	Veias perfurantes
NA	Sem localização identificada
Classificação Fisiopatológica (P)	
PR	Refluxo
PO	Obstrução
PR, O	Refluxo e obstrução
PN	Sem causa fisiopatológica identificada

Fonte: Alguire, Mathes (2018).

Motivo de Encaminhamento	Condições que justificam o encaminhamento	Descritivo mínimo na guia de referência	Condição de maior prioridade	Contra referência
Doença arterial Crônica (DAC)	**-DAC Avançada:** Ameaça ao membro, dor crônica em repouso, úlcera arterial ou gangrena **-DAC Sintomática com claudicação:** Doença refratária ao tratamento conservador por 6 meses (Uso de Cilostazol, exercício físico apropriado antiagregante plaquetário, controle de fatores de risco cardiovascular - cessar tabagismo, controle rigoroso de diabetes, hipertensão e dislipidemia).	Sinais e sintomas (ausência de pulsos, atrofia da musculatura, perda de pelos, presença de lesão trófica, presença de necrose, tempo de evolução, amputações prévias) Comorbidades associadas - HAS, dislipidemias, diabetes, doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, tabagismo. Medicamentos em uso crônico. Tratamento realizado na APS Resultado de Ecodoppler arterial com data, se realizado.	Todos os casos.	Acompanhamento concomitante na APS.
Aneurisma da Aorta abdominal Sintomático.	Sintomático não rôto da aorta abdominal, excluídas outras causas para os sintomas e não operados após avaliação em serviço de emergência	Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, alterações ao exame físico); Se realizado, descrever atendimentos prévios em emergência e conduta na ocasião; Medicamentos em uso, com posologia Resultados de exames complementares, como raio-X de tórax, ecocardiografia, tomografia, ressonância magnética, com data (se disponíveis); Presença de fatores de risco para ruptura de aneurisma se presentes.	Todos os casos	Acompanhamento concomitante na APS.
Aneurisma da aorta abdominal assintomático:	Com diâmetro maior ou igual a 4,5 cm; ou Com expansão rápida (maior do que 1 cm		Todos os casos	Acompanhamento concomitante na APS.

	no ano ou 0,5 cm nos últimos 06 meses); ou Em pacientes com outros aneurismas periféricos (artérias ilíacas, femorais ou poplíteas); ou Em pacientes com vasculopatias periféricas sintomáticas; ou para acompanhamento com exame de imagem quando indisponível na APS (ver periodicidade no quadro)			

Considerar avaliação em caráter emergencial:

- Suspeita ou diagnóstico de ruptura de aneurisma da aorta; ou
- Paciente com aneurisma não rôto que apresenta suspeita de ruptura iminente, progressão/ complicação aguda ou sintomas não controláveis.

Deverão ser encaminhados para Cirurgia Cardiovascular: Aneurismas da aorta torácica não roto sintomáticos, excluídas outras causas para os sintomas e após avaliação na emergência; ou Aneurisma da aorta torácica assintomáticos com diâmetro maior ou igual a 3,5 cm.

REFERÊNCIAS

ALGUIRE, P.C.; MATHES, B.M. Medical management of lower extremity chronic venous disease [Internet]. Waltham (MA): Up To Date, 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/medical-management-of-lower-extremity-chronic-venous-disease>. Acesso em: 19 mar. 2018.

ALGUIRE, P. C.; MATHES, B. M. **Post-thrombotic (postphlebitic) syndrome** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/post-thrombotic-postphlebitic-syndrome>. Acesso em: 19 mar. 2018.

BELCZAK, S. Q. **Cirurgia endovascular e angiorradiologia**. Rio de Janeiro: Rubio, 2016.

BERGER, J.S.; DAVIES, M.G. **Overview of lower extremity peripheral artery disease** [Internet]. Waltham (MA): Up To Date, 2018. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/overview-of-lower-extremity-peripheral-artery-disease>. Acesso em: 19 mar. 2018.

BROTT, T.G. 2011 ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS guideline On the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease: executive summary. **Circulation**, Dallas, v.124, n.4.p.489-532, 2011. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/124/4/489.long>. Acesso em: 19 mar. 2018.

CARRIER, M. et al. Screening for occult cancer in unprovoked venous thromboembolism. **New England Journal of Medicine**, Boston, v.373, n.8, p.697-704, 2015.

CHAIKOF,E.L. et al. The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patient swithan abdominal aortic aneurysm. **Journal of Vascular Surgery**, St.Louis, v.67,n.1,p.2-77,2018.

DALMAN, R.L.; MELL, M. **Management of a symptomatic abdominal aortic aneurysm** [Internet].Waltham (MA): Up To Date, 2018. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/management-of-asymptomatic-abdominal-aortic-aneurysm>. Acesso em: 19 mar. 2018.

ERBEL, R.2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/121/13/e266.long>. Acesso em: 19 mar.2018.

HIRSCH,A.T.etal.ACC/AHA2005**Circulation**, Dallas, v. 113, n. 11, p. e463-654, 2006. Disponível em:<http://circ.ahajournals.org/content/113/11/e463.long>. Acesso em: 19 mar. 2018.

LIP,G.Y.H.;HULL,R.D.**Overviewofthetreatmentoflowerextremitydeepveinthrombosis(DVT)**[Internet]. Waltham (MA): Up To Date, 2018. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-lower-extremity-deep-vein-thrombosis-dvt>. Acesso em: 19 mar. 2018.

MITCHELL,M.E.;CARPENTER,J.P.**Clinicalfeaturesanddiagnosisofacutelowerextremityischemia**[Internet]. Waltham (MA): Up To Date, 2018. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-acute-lower-extremity-ischemia>. Acesso em: 19 mar. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE **Varicose veins in the legs**: the diagnosis and management of varicose veins. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2013. Disponível em:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0071373/pdf/PubMedHealth_PMH0071373.pdf. Acesso em: 19mar. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Venous thromboembolic diseases**: diagnosis, management and thrombophilia testing. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2012 [atualizado em 2015]. Disponível em:
https://www.nice.org.uk/guidance/cg144>. Acesso em:19 mar. 2018.

NESCHIS,D. G.; GOLDEN, M.A. **Clinical features and diagnosis of lower extremity peripheral artery disease** [Internet] .Waltham (MA): Up To Date, 2018. Disponível em**:**

https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-lower-extremity-peripheral-artery-disease>. Acesso em: 19 mar. 2018

PRESTI, C . et al. **Aneurismas da aorta abdominal: diagnóstico e tratamento.** Projeto Diretrizes SBACV. São Paulo: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Cardiovascular, 2015. Disponível em: <http://www.sbacv.com.br/lib/media/pdf/diretrizes/aneurismas-da-aorta-abdominal.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2018.

PRESTI, C. et al. **Doença arterial periférica obstrutiva de membros inferiores: diagnóstico e tratamento**. Projeto Diretrizes SBACV. São Paulo: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Cardiovascular, 2015. Disponível em:

<http://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/daopmmii.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2018.

PRESTI,C. etal. **Insuficiência venosa crônica: diagnóstico e tratamento**. Projeto Diretrizes SBACV. São Paulo: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Cardiovascular, 2015. Disponível em:

http://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/insuficiencia-venosa-cronica.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2018.

ROOKE, T. W. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guideline for the Management of patients with peripheral artery disease (Updating the 2005 Guideline): are port of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. **Circulation**, Dallas, v.124, n. 18, p.2020 -2045, 2011. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/124/18/2020.long>.Acesso em: 19 mar. 2018.

WOO,Y.J.; GREENE,C.L **Management of thoracic aortic aneurysm in adults** [Internet]. Waltham (MA): Up To Date, 2017. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/management-of-thoracic-aortic-aneurysm-in-adults>. Acesso em: 19 mar. 2018.

2. CIRURGIAS

Cirurgia Geral				
Motivo de encaminhamento	**Condições que justificam o encaminhamento**	**Descritivo mínimo na guia de referência**	**Condições com maior prioridade**	**Contra Referência**
Doenças da vesícula biliar e vias biliares	-Colelitíase, -Coledocolitíase, -Pólipos da Vesícula Biliar	Sinais e sintomas: História clínica, tempo de evolução. Comorbidades associadas. Medicação de uso diário e atual. Freqüências de episódios agudos de dor e atendimentos na urgência Achados relevantes do exame físico; Resultado de ultrassom abdominal	Histórico de colecistite/ou atendimentos frequentes no serviço de urgência Icterícia, cálculo de infundíbulo, pólipos maiores que 5,0 mm	Acompanhamento concomitante pela AB até alta da Cirurgia Geral.
Estenose pilórica	Estenose pilórica associada ou não a úlcera péptica não neoplásica.	Sinais e sintomas: História clínica, tempo de evolução. Comorbidades associadas. Medicação de uso diário e atual. Frequencias de episódios agudos de dor e atendimentos na urgência Achados relevantes do exame físico; Resultado de endoscopia digestiva alta e exame histopatológico na presença de ulceração gástrica.	Todos os casos com tais características serão priorizados.	Acompanhamento concomitante pela AB até alta da Cirurgia Geral
Hérnias de parede abdominal: Umbilical, Inguinal, Epigástrica, Incisional, Femoral	Encaminhar todos os casos	- Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso; -Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG.	Hérnias volumosas com dor local frequente. Comprometimento da atividade laboral.	Acompanhamento concomitante pela AB até alta da Cirurgia Geral

Cirurgia ambulatorial				
Motivo de encaminhamento	**Condições que justificam o encaminhamento**	**Descritivo mínimo na guia de referência**	**Condições com maior prioridade**	**Contra Referência**
Tumores e/ou lesões da pele e do subcutâneo, incluindo úlceras, exceto os localizados na face, com necessidade de esclarecimento diagnóstico	Biópsias excisionais ou incisionais	Descrição da lesão, tamanho, natureza Descrição de comorbidades associadas e medicação de uso diário e atual.	Suspeita de malignidade	Acompanhamento concomitante pela AB até alta da Cirurgia Geral
Lesões de pele com indicação de exérese	Cistos sebáceos Lipomas Fibromas Nevus Acrocórdons (pólipos fibroepiteliais).	Descrição da lesão, tamanho, natureza Descrição de comorbidades associadas e medicação de uso diário e atual.		
Unha encravada não infectada	Unha encravada sem resolução com tratamento conservador OBS: Em caso de diabéticos encaminhar para cirurgia vascular (Pé diabético)	Descrição do caso e terapêutica instituída		Após resolução do caso encaminhar para a AB

Cirurgia Urológica ambulatorial				
Motivo de encaminhamento	**Condições que justificam o encaminhamento**	**Descritivo mínimo na guia de referência**	**Condições com maior prioridade**	**Contra Referência**
Lesões de Pênis com necessidade de Biópsia	Pacientes com lesões de pênis após descartadas IST na AB	Descrição da lesão Descrição de comorbidades associadas e medicação de uso diário e atual	Todos os casos serão priorizados pelo risco de malignidade	Alta pela cirurgia urológica
Verruga genital em pacientes do sexo masculino	Identificação da lesão ao exame físico	Descrição da lesão	Todos os casos	Alta pela cirurgia urológica

Vasectomia				
Motivo de encaminhamento	**Condições que justificam o encaminhamento**	**Descritivo mínimo na guia de referência**	**Condições com maior prioridade**	**Contra Referência**
Saúde reprodutiva/planejamento familiar	Pacientes que atendam aos critérios para contracepção cirúrgica de acordo com protocolo do SMS/Contagem[2]	Documentação exigida pelo protocolo do SMS/Contagem	Prole numerosa Parceira com comorbidades que contra indiquem gestação Casal em grande vulnerabilidade social	Alta da Cirurgia

Cirurgia Plástica				
Motivo de encaminhamento	**Condições que justificam o encaminhamento**	**Descritivo mínimo na guia de referência**	**Condições com maior prioridade**	**Contra Referência**
Anormalidades cicatriciais	-Cicatriz hipertrófica -Queloide -Queimaduras.	Descrição da lesão, tamanho, natureza Descrição de comorbidades associadas e medicação de uso diário e atual	Lesões de pele com comprometimento estético e social importante.	Acompanhamento concomitante pela AB até alta da Cirurgia Plástica.
Ginecomastia	Ginecomastia secundária em paciente com 18 anos ou mais, que não regrediu espontaneamente em 12 meses, após tratamento da causa base, em pacientes que desejam procedimento cirúrgico;	Descrição da lesão Descrição de comorbidades associadas e medicação de uso diário e atual		Acompanhamento concomitante pela AB até alta da Cirurgia Plástica.
Ginecomastia: Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia: - adolescente com ginecomastia que não regrediu após 2 anos ou quando paciente completar 17 anos; - suspeita de anormalidade endocrinológica como hipogonadismo (atrofia testicular, diminuição de massa muscular, pelos faciais ou no corpo), hipertireoidismo, resistência androgênica, entre outras.				
Hipertrofias mamárias femininas	Hipertrofia mamária em paciente com 18 anos ou mais, não tabagista, com IMC ≤ 30 com alterações funcionais como (ter no mínimo 2 critérios):	Descrição da lesão Descrição de comorbidades associadas e medicação de uso diário e atual		Acompanhamento concomitante pela AB até alta da Cirurgia Plástica.

	-dor recorrente nas costas, pescoço ou ombros; -intertrigo crônico ou dermatite recorrente nas mamas ou no tórax; -sulco de pressão da alça do sutiã nos ombros devido ao peso do tecido mamário; -sintomas neurológicos associados à compressão do plexo braquial dos membros superiores; -prejuízo psicossocial e baixa auto-estima associada ao tamanho das mamas.			
- Lesões com necessidade de tratamento cirúrgico já definido em localizações difíceis ou áreas especiais (face, nariz, orelhas, articulações), quando não abordadas por dermatologista; -Lesões extensas ou profundas, com alta probabilidade de necessitar de retalho ou enxerto.	Biópsias excisionais ou incisionais Lesões de pele com indicação de exérese	Descrição da lesão, tempo de surgimento. Descrição de comorbidades associadas e medicação de uso diário e atual	Suspeita de malignidade	Acompanhamento concomitante pela AB até alta da Cirurgia Plástica.
Úlceras por pressão não infectadas.	Necessidade de enxertia e/ou desbridamento	Descrição da lesão, tempo de surgimento, evolução e histórico de infecções. Descrição de comorbidades associadas e medicação de uso diário e atual Descrever resultado de Hemog., Glicemia, Coag. e Creat.	Todos os casos	Acompanhamento concomitante pela AB até alta da Cirurgia Plástica.

Deformidades em Orelha	-Orelhas proeminentes (em abano) -Fenda em lóbulo da orelha por uso de brinco ou trauma -Amputação parcial pós-traumática -Lesões de pavilhão auricular (queloide, tumorações)	Descrição da lesão. Se bilateral.	Comprometimento estético e Social importante.	Alta pela cirurgia plástica

Cirurgia Vascular Pé diabético				
Motivo de encaminhamento	**Condições que justificam o encaminhamento**	**Descritivo mínimo na guia de referência**	**Condições com maior prioridade**	**Contra Referência**
Pé diabético	Risco 2 e 3 com úlcera abaixo de joelho (Vide fluxo de encaminhamento)	Descrição da história clínica, tempo de evolução. Comorbidades associadas. Medicação de uso diário e atual. Exames laboratoriais: Hemograma. Glicemia, coagulograma, creatinina, duplex scan arterial de membros inferiores (se realizado)	Todos os casos	Acompanhamento permanente na atenção básica e na especialidade.

Postectomia				
Motivo de encaminhamento	**Condições que justificam o encaminhamento**	**Descritivo mínimo na guia de referência**	**Condições com maior prioridade**	**Contra Referência**
Fimose	Presença de estreitamento prepucial	Descrição da história clínica Descrição da lesão	Fimose associada à ITU de repetição e/ou balanopostite e/ou comprometimento da atividade sexual	Alta pela Cirurgia.
Encurtamento de frênulo	Presença de encurtamento de frênulo prepucial identificada ao exame físico	Descrição da história clínica Descrição da lesão	Comprometimento da atividade sexual Lacerações recorrentes	Alta pela Cirurgia

Cirurgia de cabeça e pescoço				
Motivo de encaminhamento	**Condições que justificam o encaminhamento**	**Descritivo mínimo na guia de referência**	**Condições com maior prioridade**	**Contra Referência**
Bócio tireoidiano	Bócio tireoidiano associado a sintomas compressivos ou do tipo mergulhante em paciente com função tireoidiana normal (bócio atóxico – TSH e T4 livre dentro dos limites de referência)	Descrição da história clínica, tempo de evolução. Comorbidades associadas. Medicação de uso diário e atual. Resultado de TSH e ultrassom da Tireóide.	Todos os casos	Deverá ser acompanhado concomitante até receber alta do Cirurgião Cabeça e Pescoço.
Nódulos cervicais e ou linfadenomegalia cervical.	Nódulo e/ou linfonodomegalia cervical com suspeição de malignidade e indicação de biopsia, descartadas causas clínicas - infecciosas.	Descrição da história clínica, tempo de evolução, características da lesão (tamanho, consistência e aderência) Comorbidades associadas. Medicação de uso diário e atual.	Todos os casos serão priorizados pelo risco de malignidade.	Deverá ser acompanhado concomitante até receber alta do Cirurgião Cabeça e Pescoço.
Doença de glândulas salivares	Sialolitíase, ou Tumores de glândulas salivares, ou Fístula de glândulas salivares	Descrição da lesão Descrição de comorbidades associadas e medicação de uso diário e atual Descrição do resultado do Ultrassom de glândulas salivares.	Suspeita de malignidade	Deverá ser acompanhado concomitante até receber alta do Cirurgião Cabeça e Pescoço.

Cirurgia Pediátrica				
Motivo de encaminhamento	**Condições que justificam o encaminhamento**	**Descritivo mínimo na guia de referência**	**Condições com maior prioridade**	**Contra Referência**
Criptorquidia	Identificação ao exame físico na criança, da ausência do testículo uni ou bilateralmente no saco escrotal.	Descrição da história clínica Descrição da lesão	Crianças acima de 01 ano de idade pelo risco de dano testicular permanente.	Alta pelo cirurgião Infantil.
Hérnias inguinal e umbilical	Identificação ao exame físico na criança de massa palpável na região inguinal. Mãe refere protrusão quando do choro forte.	Descrição da história clínica Descrição da lesão	Hérnia inguinal pelo risco de encarceramento.	Alta pelo cirurgião Infantil.
Sindactilia	Identificação da	Descrição	Anatomia que	Alta pelo cirurgião

Polidactilia	anomalia ao exame físico.	da história clínica. Se portador de outras patologias. Descrição da lesão	comprometa o desenvolvimento motor da criança.	Infantil.
Hipospádia **Epispádia**	Identificação da anomalia ao exame físico	Descrição da história clínica Descrição da lesão	Entre 2 e 3 anos de idade,pelo maior desenvolvimento do pênis após os 5 anos e danos psicológicos que ocorrem principalmente se não operados até o período escolar.	Alta pelo cirurgião Infantil.
Cisto tireoglosso	Identificação de tumoração cística na linha média do pescoço	Descrição da história clínica Descrição da lesão	Sempre que identificada a lesão pelo risco de infecções locais repetidas. Fistulização	Alta pelo cirurgião Infantil.
Molusco contagioso disseminado	Identificação das lesões ao exame físico	Descrição da história clínica Descrição da lesão	Todos os casos.	Alta pelo cirurgião Infantil. Acompanhamento de rotina na APS
Hidrocele	Identificação de aumento testicular de consistência macia geralmente unilateral ao exame físico.	Descrição da história clínica. Resultado de US se realizado.	Hidrocele volumosa.	Alta pelo cirurgião Infantil.
Fimose em menores de 13 anos	Presença da lesão ao exame físico.	Descrição da história clínica. Se ocorrência de quadro de parafimose. Descrição da lesão	Casos que não respondam ao tratamento conservador com pomada de corticóide e exercícios de alongamento prepucial. Balanopostites de repetição	Alta pelo cirurgião Infantil.
Condições que devem ser encaminhadas à Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): Anciloglossia (língua presa) **Condições que devem ser encaminhadas à Belo Horizonte via CEAPS -** fenda palatina e/ou lábio leporino(emitir solicitação de consulta especializada em guia de referência e contra referência especificando no campo especialidade " Deformidades crânio facial/fenda palatina e/ou lábio leporino"				

3. ENDOCRINOLOGIA

Condições que devem manejadas na AB:

- Pacientes com sobrepeso, obesidade grau I e Obesidade grau II sem comorbidades (**MANEJO EXCLUSIVO PELA EQUIPE AB/NASF**)

- Pacientes com:
  - IMC entre 35 kg/m2 e 40 kg/m2 com alguma comorbidade ou
  - IMC entre 40 kg/m2 e 49 kg/m2 com ou sem comorbidades

ATÉ completaram dois anos de acompanhamento na AB/NASF
QUANDO DEVEM SER encaminhados ao AMBULATÓRIO DE OBESIDADE GRAVE/BH[5])

Condições que devem ser encaminhadas à cirurgia de cabeça e pescoço:

- Bócio tireoidiano associado a sintomas compressivos ou do tipo mergulhante em paciente **com função tireoidiana normal** (bócio atóxico – TSH e T4 livre dentro dos limites de referência)
- Linfonodomegalia cervical com suspeição de malignidade e indicação de biópsia

Endocrinologia Adulto				
Motivo de encaminhamento	**Condições que justificam o encaminhamento**	**Descritivo mínimo na guia de referência**	**Condições com maior prioridade**	**Contra referência**
Nódulo tireoidiano /Bócio Multinodular	-TSH diminuído; -Nódulo com indicação de PAAF; -Bócio com sintomas compressivos atribuíveis ao bócio ou suspeita de malignidade com alteração de função tireoidiana	Sinais e sintomas (sintomas sugestivos de compressão, perda de peso), comorbidades, história familiar de câncer de tireóide. Achados relevantes ao exame físico. Resultado do TSH e da ecografia de tireóide, com descrição do tamanho, característica dos nódulos e volume do bócio, com data;	-Bócio com sintomas sugestivos de compressão (disfagia, disfonia, desconforto ou sensação de peso na região cervical, tosse e dispnéia (menos comum) com alteração na função tireoidiana (TSH suprimido) -Bócio mergulhante com alteração na função tireoidiana (TSH suprimido)	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência (plano de cuidados)
Diabetes Mellitus	-Difícil controle glicêmico utilizando mais de	Descrever quadro clínico, comorbidades e	-Difícil controle glicêmico em pacientes com	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser

	1 UI/kg/d de insulina. -DM tipo 1 ou com idade inferior a 40 anos que utiliza insulina como medicação principal e mantém descompensação glicêmica -DM com lesão em órgão alvo (neuropatia, retinopatia, insuficiência arterial periférica, DRC)	lesões em órgão-alvo, medicamentos em uso (dose e posologia) achados relevantes ao exame físico, Descrever glicemia e jejum e HA1C (com data), creatinina, RAC, TFG estimada.	lesão em órgão-alvo -Difícil controle glicêmico em pacientes do tipo 1 -Egresso de internação recente (menos de 3 meses) com descompensação da diabetes.	encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência (plano de cuidados)
Recomendação: Se TFG ≤ 30 ml/min deve-se suspender metformina e manter insulino-terapia exclusiva até a consulta com endocrinologista				
Hipertireoidismo	Todos os pacientes.	Sinais e sintomas, medicamentos em uso, como metimazol ou propiltiouracil (dose e posologia) achados relevantes ao exame físico, Descrever resultado de TSH e T4 livre com data.	Todos os casos	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência (plano de cuidados)
Hipotireoidismo	-Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo); ou -Hipotireoidismo descompensado mesmo em uso de mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina (após avaliação da adesão)	Sinais e sintomas, dose de levotiroxina e outros medicamentos em uso(dose e posologia) achados relevantes ao exame físico, Descrever resultado de TSH e T4 livre com data.		Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência (plano de cuidados)

Obesidade	Pacientes com diagnóstico de **OBESIDADE SECUNDÁRIA** provocada por patologia endocrinológica	Sinais e sintomas, comorbidades, descrição breve do acompanhamento com equipe multidisciplinar na AB e medicamentos em uso (dose e posologia) Achados relevantes ao exame físico, peso, altura e IMC; Descrever resultado da glicemia de jejum, HA1C, lipidograma, TSH e cortisol basal.	-Síndrome de Cushing - pletórica facial, estrias violáceas no abdômen, face "em lua cheia", pescoço em ogiva, petéquias, fragilidade capilar -Acromegalia - aspecto facial característico com o prognatismo e feições rudes, mãos grandes e com aumento dos tecidos moles.	Pacientes QUE PREENCHEM critérios para cirurgia bariátrica devem ser referenciados para AMBULATÓRIO DE GRANDES OBESOS/BH. Demais casos, dependendo da avaliação, poderão ser encaminhados à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência (plano de cuidados)
Doenças endócrinas de menor prevalência	Hiperprolactinemia: galactorreia, amenorreia, prolactina elevada. -Diabetes insipidus: poliúria (mais de 3L/24hs). -Insuficiência adrenal (doença de Addison): hipotensão arterial, perda de peso, hiperpigmentação. Hiperparatireoidismo primária: litíase renal recorrente e/ou comprometimento ósseo, contudo maioria dos casos é assintomática, associados a elevação do cálcio sérico e do PTH	Descrever quadro clínico e achados ao exame físico que corroborem a hipótese diagnóstica Descrever propedêutica realizada de acordo com a hipótese diagnóstica.	Todos os casos	Controle na Atenção especializada com acompanhamento concomitante na UBS, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf

Telessaúde RS-UFRGS. Protocolo de encaminhamento para endocrinologia adulto, 2018 Porto Alegre – RS https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_endocrinologia_revisado_TSRS_SES04jan.pdf

ANEXO

Quadro 1- Exames laboratoriais da função tireoidiana (na ausência de valores de referência estabelecidos pelo laboratório)

Exame	Valor de referência
TSH	0,4 a 4,12 mcUI/ml
T4 total	6,09 a 12,23 mcg/dl
T4 livre	0,58 a 1,64 ng/dl
T3 total	87 a 178 ng/dl

Fonte: WALLACH (2013), GARBER (2012) e ROSS (2016).

Quadro 2- Nódulo de tireóide com indicação de PAAF

Tipo	Característica
Nódulo sólido	Isoecoico ou hiperecoico ≥ 1,5 cm; ou
	hipoecoico ≥ 1 cm; ou
Nódulo sólido-cístico	≥1,5 cm independente de suas características; ou
	≥ 1,0 cm e uma das seguintes características: hipoecoico, microcalcificações, margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal; ou
Nódulo espongiforme ≥ 2 cm	Recomendação fraca, evidência de qualidade moderada
Nódulo < 1 cm em paciente de alto risco de malignidade*;	*Pacientes de alto risco de malignidade são: pacientes com história pessoal ou em familiares de primeiro grau de câncer de tireóide, radioterapia da linha média ou exposição à radiação ionizante na infância ou adolescência, captação de glicose em PET-TC, mutação em genes associados a câncer medular familiar.
Nódulo <1 cm com características ecográficassuspeitas e com linfonodo cervical aumentado*** **	**São características ecográficas de maior risco de malignidade: nódulo hipoecoico, com microcalcificações, com vascularização aumentada (central principalmente), margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal. Nenhum achado isolado é diagnóstico de malignidade, mas sua associação aumenta a probabilidade de neoplasia. ***Nos casos de linfonodomegalia cervical suspeita, existe indicação de realizar biopsia do linfonodo. Esse encaminhamento deve ser realizado para cirurgia de cabeça e pescoço

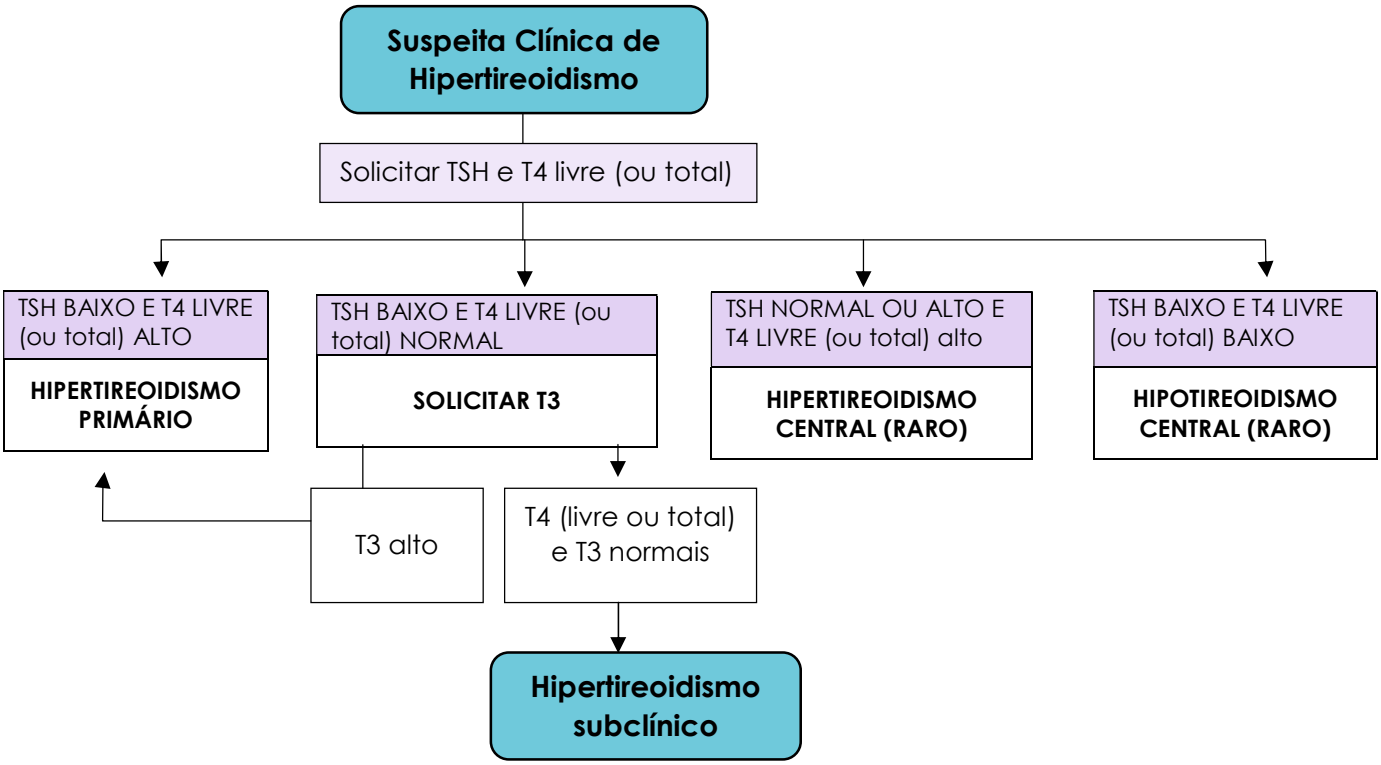
Fonte: HAUGEN (2015).

Quadro 3- Sintomas compressivos ou de malignidade atribuíveis ao bócio ou nódulo

Ortopneia (piora da compressão traqueal ao decúbito dorsal)
Disfagia alta
Rouquidão
Sinais de compressão na radiografia cervical/torácica
Bócio com crescimento rápido
Linfonodos cervicais palpáveis, endurecidos e aderidos.

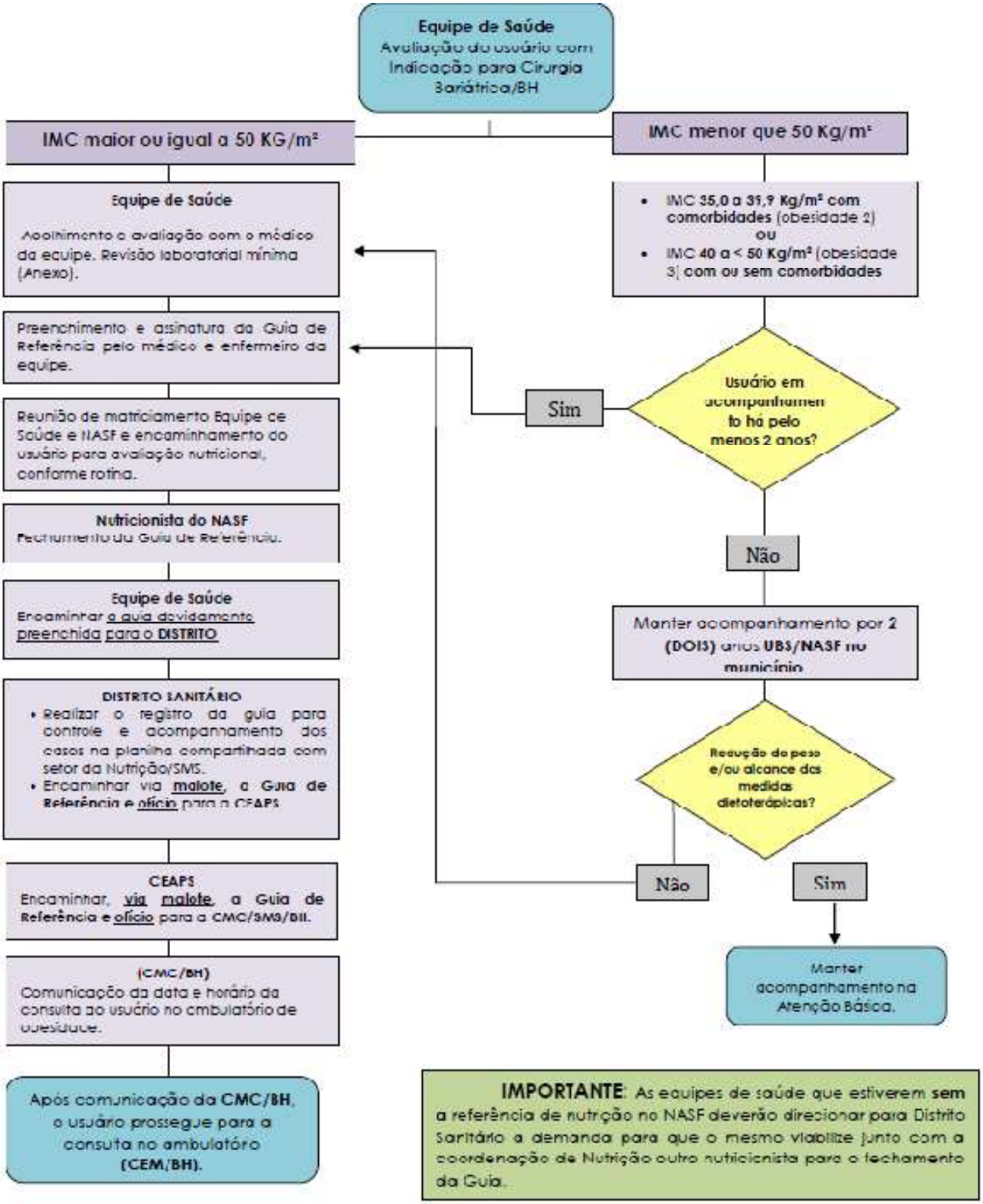
Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2018).

Fluxograma de avaliação diagnóstica mediante suspeita de hipertireoidismo



Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2017).

Fluxograma de encaminhamento para o centro de Especialidades Médicas (CEM/BH) – ambulatório de obesidade grave



4. HEMATOLOGIA

Condições que PODEM SER manejadas na AB: Anemia Ferropriva em qualquer idade: investigar causas clínicas de acordo com a faixa etária. Anemias de doenças crônicas (diabetes, doença renal, hepatopatias, colagenoses e endocrinopatias). Leucopenias ISOLADAS: neutrófilos acima de 1200/mm3 (afastar causas clínicas, tais como: leucopenia familiar, leucopenia racial, hepatite crônicas, alcóolicas, 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, se paciente assintomático. Hepatites crônicas, LES, HIV, uso de medicamento (anti-inflamatórios, antirireoidianos, anticonvulsivantes, quimioterápicos, hipoglicemiantes, diuréticos tiazídicos).

Condições que devem ser encaminhadas cirurgia ambulatorial: linfadenomegalia (exceto em região de cabeça e pescoço) com necessidade de biópsia para esclarecimento diagnóstico.

Condições de devem ser encaminhadas à cirurgia de cabeça e pescoço: linfadenomegalia em região de cabeça e pescoço com necessidade de biópsia para esclarecimento diagnóstico.

*__Condições que justificam encaminhamento para avaliação em serviço de pronto atendimento__: Linfonodomegalia com linfonodo (s) aderido (s) e/ou endurado e/ou >3 cm com sintomas constitucionais (febre, astenia, sudorese noturna e emagrecimento)

Pacientes com anemia falciforme (eletroforese com hemoglobina SS ou SC) – enviar e-mail para hbh.cadastropacientes@hemominas.mg.gov.br com foto da guia de referência, do resultado da eletroforese de hemoglobina, nome completo do paciente e de sua mãe, data de nascimento, CNS, RG, CPF, endereço e contato telefônico (do paciente).

HEMATOLOGIA				
Motivo de encaminhamento	**Condições clínicas que justificam o encaminhamento**	**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter**	**Prioridade da Regulação**	**Contra-Referência**
Citopenias: **bicitopenia ou pancitopenia**	Citopenias, **sem critérios de gravidade***, após exclusão de causas secundárias comuns na APS	Sinais e sintomas: descrever sintomas constitucionais, medicamentos em uso, comorbidades e **atividade laboral**; Achados relevantes ao exame físico, como visceromegalia e/ou linfonodomegalias Resultado do hemograma, número de	Pancitopenia Bicitopenia associada a sintomas constitucionais.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados)

		plaquetas (2 resultados com intervalo de 1 mês entre eles), anti-HCV, anti-HIV, HbsAg, TGO/ TGP, albumina, GGT, TP/ KTTP, FAN, TSH e vitamina B12 e ultrassonografia abdominal (se realizado).		
Anemia	suspeita ou diagnóstico de talassemia; ou suspeita ou diagnóstico de outras anemias hemolíticas; ou anemia por causa desconhecida após investigação inconclusiva na APS.	Sinais e sintomas: descrever sintomas constitucionais, medicamentos em uso, tratamento prévio e atual para anemia (dose e posologia) comorbidades (como doença renal crônica, hepatopatias, HIV, hepatite C) e **atividade laboral**; Achados relevantes ao exame físico, Resultado do hemograma, número de plaquetas, resultado da eletroforese de hemoglobina se suspeita de HEMOGLOBINOPATIA, dentre outros exames realizados na APS para investigação de anemia conforme VCM	Dosagem de hemoglobina menor que 8 g/dl. Histórico de hemotransfusão recente.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados
Policitemia	Suspeita de policitemia vera: Hb > 16,0g/dL em mulheres e > 18,5g/dL em homens persistentes após exclusão de causas secundárias (DPOC, tabagismo, hepatocarcinoma, carcinoma renal) na APS.	Sinais e sintomas relevantes, principalmente tabagismo. Achados relevantes ao exame físico, Resultado do hemograma, número de plaquetas (2 resultados com intervalo de 1 mês entre eles), raio-X de tórax e ultrassonografia abdominal (se	policitemia associada a prurido após o banho, gota eritromelalgia, trombose prévia, sangramento, esplenomegalia;	Controle na Atenção especializada com acompanhamento concomitante na UBS, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)

		realizado), dentre outros exames relevantes realizados.		
Trombocitopenia	Trombocitopenia com contagem plaquetária <50.000 células/mm3 em pacientes assintomáticos, sem necessidade de repetir hemograma; ou trombocitopenia persistente (com contagem plaquetária >50.000 células/mm3 e < 100.000 células/mm3) após exclusão de pseudoplaquetopenia e causas secundárias na APS, ou trombocitopenia persistente (com contagem plaquetária >100.000 células/mm3 e < 150.000 células/mm3) **em pacientes sintomáticos**, após exclusão de causas secundárias na APS	Sinais e sintomas: descrever sintomas constitucionais, manifestações hemorrágicas atuais e prévias, medicamentos em uso e comorbidades; Achados relevantes ao exame físico, como visceromegalia e/ou linfonodomegalias Resultado do hemograma, número de plaquetas (2 resultados com intervalo de 1 mês entre eles), anti-HCV, HbsAg, anti-HIV, TGO/TGP, albumina, GGT, TP/KTTP, FAN, vitamina B12 e ultrassonografia abdominal (se realizado).	Trombocitopenia com contagem plaquetária <50.000 células/mm3.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados
Trombocitose	Trombocitose associada a leucocitose ou Trombocitose associada a policitemia; ou Trombocitose persistente (dois hemogramas com valores abaixo de 1 milhão/mm3 com diferença de pelo menos um mês entre eles) após exclusão de causas secundárias (quadro	Sinais e sintomas: descrever sintomas constitucionais, manifestações hemorrágicas atuais e prévias, sintomas vasomotores e histórico de trombose, histórico de trauma/cirurgia recente, histórico de esplenectomia, medicamentos em uso e comorbidades Achados relevantes ao exame físico, como	Trombocitose com plaquetas superiores a 1 milhão/mm3 Trombocitose com histórico de trombose ou sangramento	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados

	infeccioso atual, anemia ferropriva, esplenectomia/asplenia, trauma/cirurgia recente) na APS. Trombocitose acima de 1 milhão/mm3 em qualquer situação	visceromegalia e/ou linfonodomegalias Resultado do hemograma, número de plaquetas (2 resultados com intervalo de 1 mês entre eles). Se anemia concomitante, descreva resultado de ferritina.		
Leucopenia	Leucopenia persistente (leucócitos < 3.000 cél/mm³) após exclusão de causas secundárias na APS.	Sinais e sintomas: descrever sintomas constitucionais, medicamentos em uso e comorbidades e atividade laboral Achados relevantes ao exame físico, como visceromegalia e/ou linfonodomegalias Resultado do hemograma, número de plaquetas (2 resultados com intervalo de 1 mês entre eles), anti-HCV, HbsAg, anti-HIV, FAN e vitamina B12 e ultrassonografia abdominal (se realizado).	Leucopenia persistente com leucócitos < 1.500 cél/mm³ em pacientes clinicamente estáveis.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados
Leucocitose	Leucocitose acima de 15.000 com alteração na linhagem das células (células imaturas) com dois exames com intervalo mínimo de 30 dias após exclusão de causas secundárias (quadros infecciosos e medicamentos como lítio, carbamazepina, beta agonistas) na APS.	Sinais e sintomas: descrever sintomas constitucionais, eventos hemorrágicos ou trombóticos, medicamentos em uso e comorbidades Achados relevantes ao exame físico, como visceromegalia e/ou linfonodomegalias Resultado do hemograma, número de plaquetas (2	Leucocitose maciça (acima de 30 mil/mm3).	Controle na Atenção especializada com acompanhamento concomitante na UBS, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)

	Leucocitose acima de 20.000, repetido em segundo exame.	resultados com intervalo de 1 mês entre eles, **com exceção de leucocitose maciça ou outros sinais de gravidade**).		
Distúrbios hemorrágicos (coagulopatias)	História de sangramentos de repetição na suspeita de doença hematológica **e com** uma ou mais características de maior gravidade: Necessidade de transfusão de hemocomponentes; sangramento excessivo após pequenos cortes ou procedimentos; hemartrose; ou história familiar de distúrbio hemorrágico em parente de primeiro grau; Tempo de Protrombina (TP) e/ou Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) acima dos valores de valores de normalidade após exclusão de causas secundárias na APS (como doença hepática, síndrome nefrótica e uso de anticoagulantes).	Sinais e sintomas: descrever histórico de manifestações hemorrágicas (presença de menorragia, melena/hematême se, equimose, petéquias), com frequência e situações desencadeantes, medicamentos em uso, comorbidades e histórico familiar de distúrbios hemorrágicos. Achados relevantes ao exame físico, Resultado dois exames de TP e TTPA (repetir o exame alterado), hemograma, plaquetas, TGO, TGP, albumina, GGT, creatinina e urina rotina e ultrassonografia abdominal (se realizado).	História de sangramentos com necessidade de atendimento de urgência/hospitalar	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados
Trombofilias	Episódio confirmado de tromboembolismo venoso (TEV) idiopático em pessoa que possua uma ou mais das seguintes características: TEV ocorreu antes dos 45 anos; ou história de TEV	Descrever sobre eventos tromboembólicos, histórico de cirurgia recente, imobilização, neoplasia, histórico familiar de TEV, histórico gestacional (caso abortamento recorrente) e, se		Controle na Atenção especializada com acompanhamento concomitante na UBS, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)

	antes dos 45 anos em familiar de primeiro grau TEV em sítio incomum (veia mesentérica, portal, hepática ou cerebral); ou TEV recorrente; ou pacientes com história três ou mais abortos consecutivos antes da 20º semana gestacional, excluídas causas ginecológicas.	estiver em anticoagulação, descrever com qual medicamento (dose e posologia) Resultado de exames diagnósticos do fenômeno tromboembólico, hemograma e número de plaquetas. Se estiver em uso de varfarina descrever último RNI (com data)		
Linfonodomegalia / Esplenomegalia	Linfonodomegalia e/ou esplenomegalia associada a alterações hematológicas ou Llinfonodomegalia com esplenomegalia não associada a quadro infeccioso agudo; ou Linfonodomegalia com linfonodo (s) aderido (s) e/ou endurado e/ou >3 cm com sintomas constitucionais (febre, astenia, sudorese noturna e emagrecimento) – neste caso seria melhor avaliar internação hospitalar para diagnostico do que encaminhar para ambulatório*; ou Esplenomegalia isolada **não** associada à hepatopatia crônica ou quadro infeccioso agudo.	Sinais e sintomas: tempo de evolução do quadro, presença de sintomas constitucionais, medicamentos em uso e comorbidades Achados relevantes ao exame físico, como características do(s) linfonodo(s) (tamanho, localização, consistência, fixação a planos profundos Resultado do hemograma, número de plaquetas, resultado dos exames complementares na investigação de linfonodomegalia periférica[5]; se esplenomegalia isolada descreva exames para avaliação hepática (TGO/TGP, TP/KTTP, albumina, GGT)	Linfadenomegalia e/ou esplenomegalia associado a: Crescimento progressivo e/ou Febre, astenia, sudorese noturna e emagrecimento e/ou Linfonodo (s) aderido (s) e/ou endurecido (s) e/ou >3 cm	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados

ANEXOS

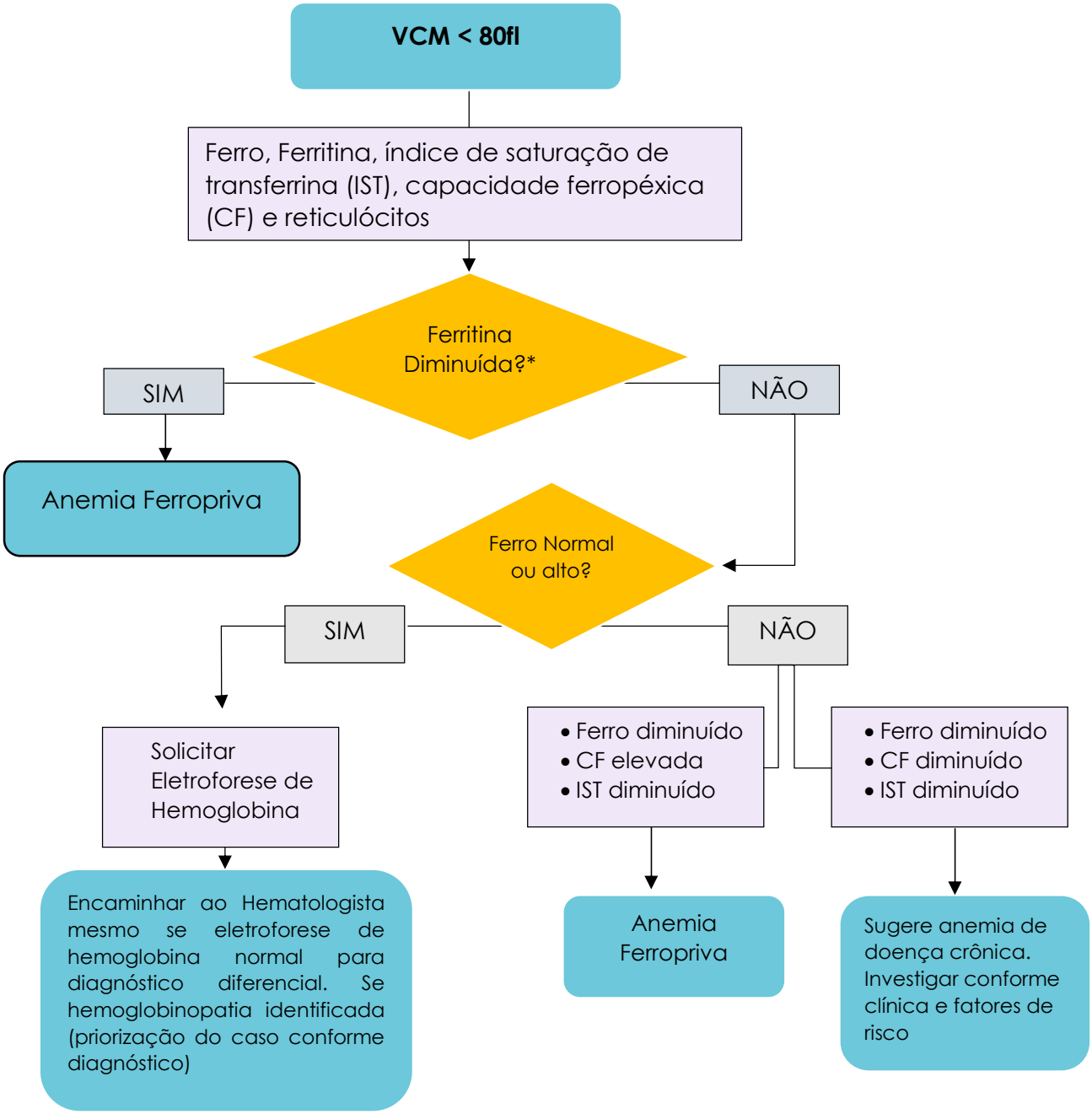
Quadro 1- Causas e investigação de trombocitopenias secundárias

Causas	Investigação
Infecções (como rubéola, varicela, parvovirus, Epstein-barr, citomegalovírus, leptospirose, Hepatite C, HIV e tuberculose)	Na ausência de suspeita clínica específica solicitar anti-HCV e anti-HIV.
Doença hepática crônica	Avaliar história de consumo abusivo de álcool e manifestações clínicas de doença hepática crônica ou hepatoesplenomegalia Complementar investigação com: Anti-HCV, HbsAg, TGO/ TGP, albumina, GGT, TP/ KTTP e ecografia abdominal.
Doenças reumatológicas (como Lúpus e Artrite Reumatóide)	Avaliar outros sintomas clínicos que orientem a suspeita clínica. Na ausência de suspeita clínica específica solicitar FAN.
Deficiência de nutrientes	Avaliar ingesta alimentar (história de veganismo, desnutrição) e história de cirurgia bariátrica. Na ausência de suspeita clínica/laboratorial específica, solicitar vitamina B12.
Medicamentos	Investigar uso de medicamentos como: antibióticos betalactâmicos (penicilina, cefalosporinas), sulfametoxazol-trimetoprima, carbamazepina, fenitoína, ácido valpróico, haloperidol, heparina, ibuprofeno, entre outros

Quadro2- Causas e investigação de leucopenia secundária

Causas	Investigação
Infecções (como rubéola, varicela, parvovirus, Epstein-barr, citomegalovírus, leptospirose, Hepatite C, HIV e tuberculose)	Manifestações clínicas diversas, investigação conforme suspeita. Na ausência de suspeita clínica específica solicitar anti-HCV e anti-HIV.
Hiperesplenismo	Avaliar demais linhagens séricas (costuma ocorrer também anemia e trombocitopenia). Solicitar ecografia abdominal. Sugere-se que pacientes com neutropenia e esplenomegalia, não associada a quadro infeccioso, sejam avaliados inicialmente em serviço de emergência com hematologista.
Doenças reumatológicas (como Lúpus e Artrite Reumatóide) Deficiência de nutrientes	Avaliar outros sintomas clínicos que orientem a suspeita clínica para solicitar FAN e/ou FR. Avaliar ingesta alimentar (história de veganismo, desnutrição) e história de cirurgia bariátrica. Na ausência de suspeita clínica/laboratorial específica, solicitar vitamina B12.
Medicamentos	investigar uso de medicamentos como: metimazol, propiltiouracil, AIDS, dipirona, IECA, anti-arrítmicos, digoxina, tiazídicos, furosemida metotrexato, hidroxicloroquina, clozapina, antidepressivo tricíclico, carbamazepina, ácido valpróico, entre outros.

Fluxograma de Investigação de Anemia Microcítica

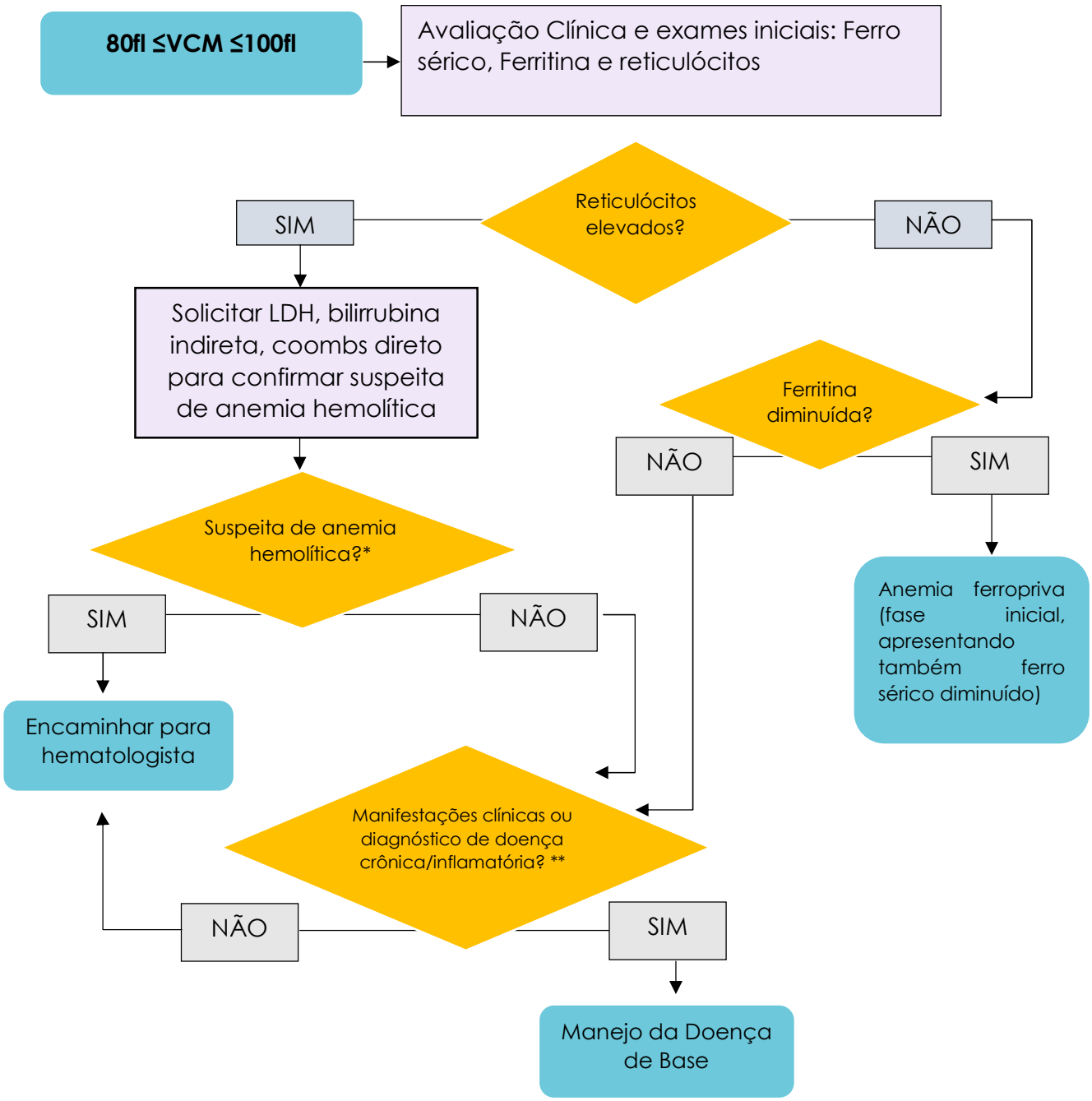


***Valores de Referência:**

- Hemoglobina <12g/dL em mulheres
- Hemoglobina <13 g/dL em homens

Causas: deficiência de ferro, hemoglobinopatias, anemia da doença crônica.
Exames iniciais na investigação de microcitose: ferro, ferritina, índice de saturação de transferrina, capacidade ferropéxica e reticulócitos
Exame complementar se Ferritina elevada e Ferro sérico normal ou alto: eletroforese de hemoglobina

Fluxograma de Investigação de Anemia Normocítica

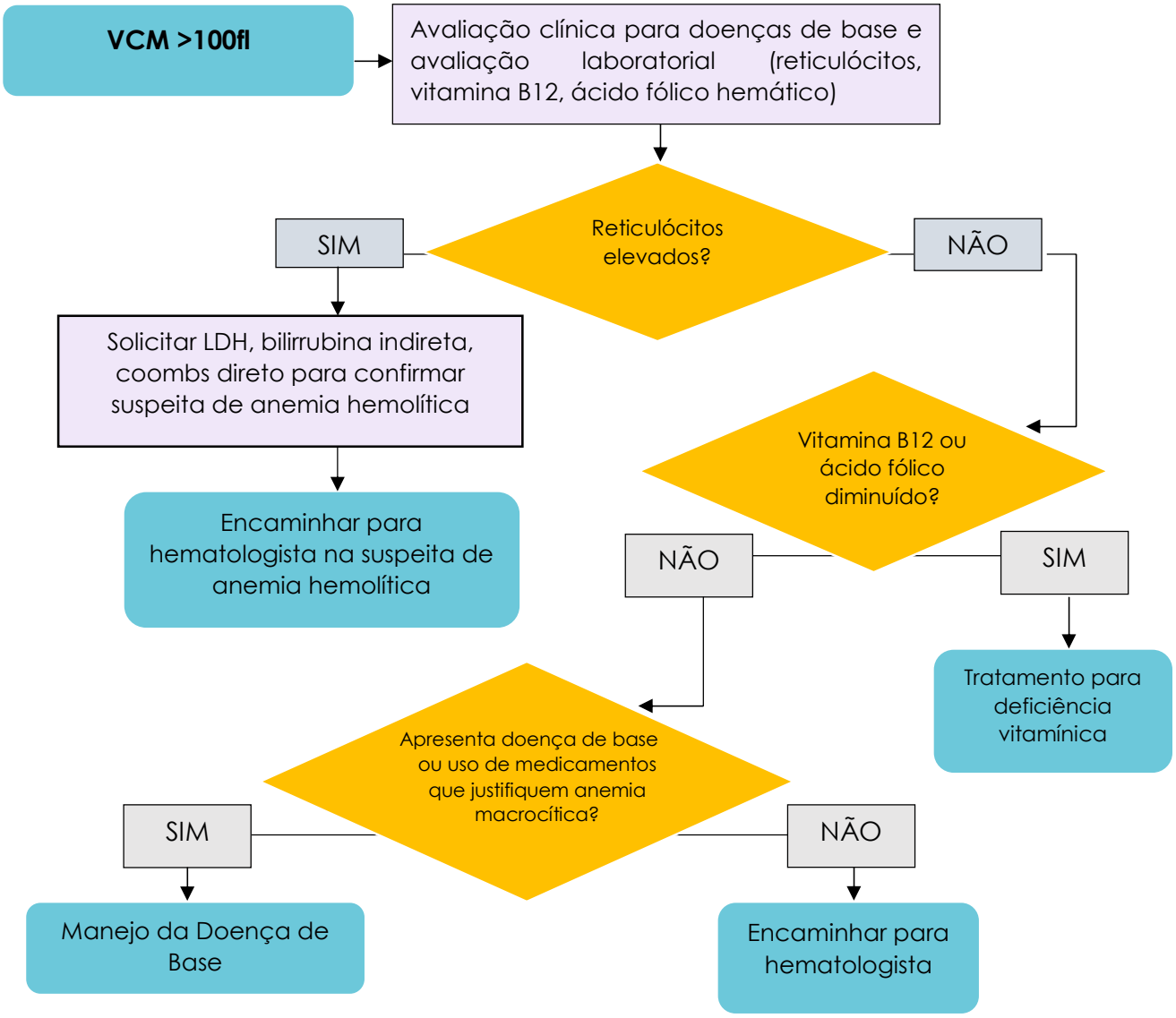


* reticulocitose, LHD elevado, bilirrubina indireta elevada

** Neoplasias, Doenças Reumatológicas, Doença Renal Crônica, Endocrinopatias (Hipotireoidismo, Diabetes)

Causas: Deficiência de ferro (início), anemia da doença crônica, anemia associada a neoplasias, hemólise
Exames iniciais na investigação de normocitose: ferritina, ferro sérico e reticulócitos.
Exame complementar se reticulócitos elevado (avaliação de hemólise): LDH, bilirrubina indireta e Coombs direto.
Exame complementar se ferritina elevada: índice de saturação de transferrina capacidade ferropéxica.

Fluxograma de Investigação de Anemia Macrocítica

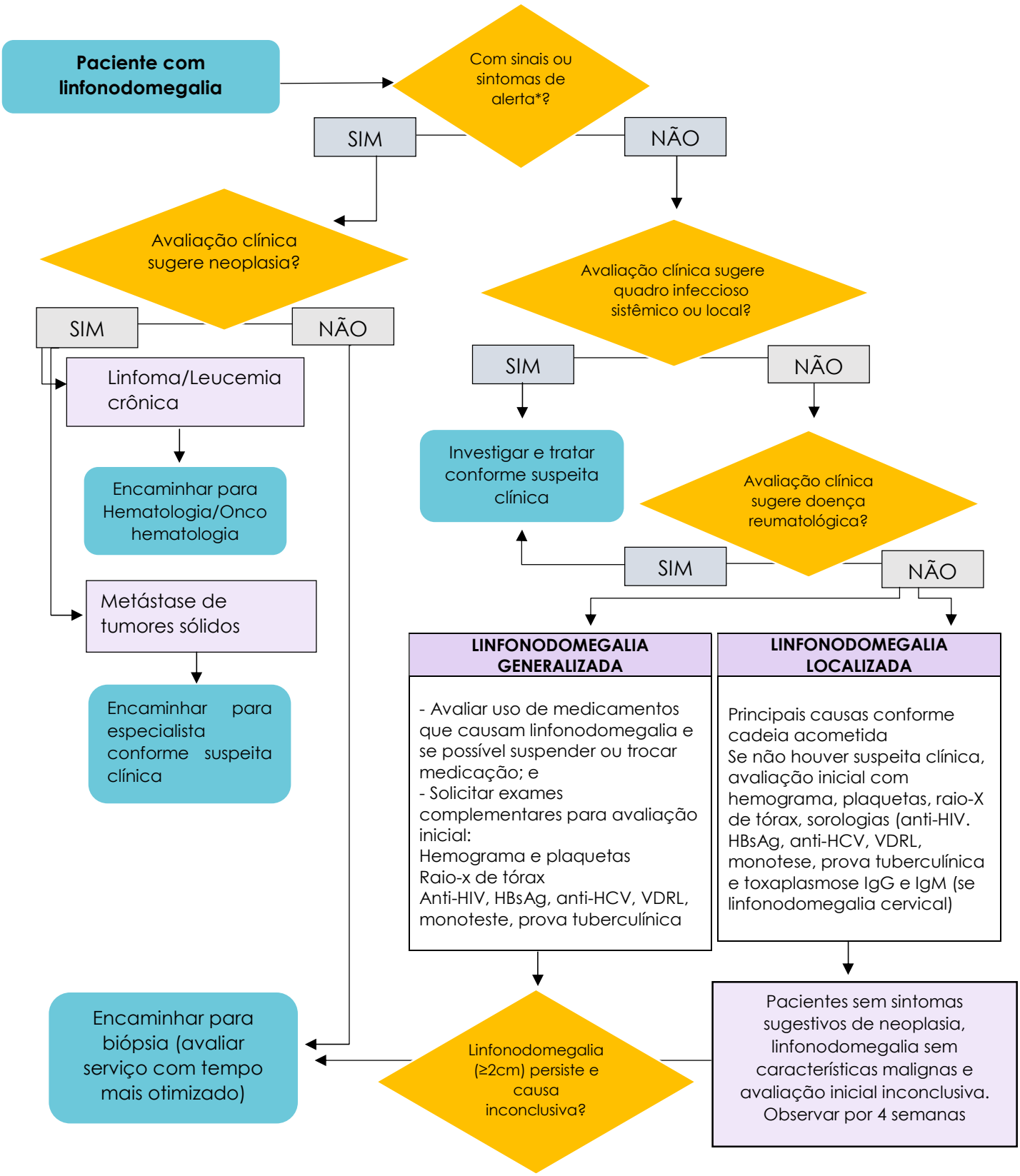


Causas: Deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico, uso crônico de álcool e hepatopatias, síndrome mielodisplásica, medicamentos (como terapia antirretroviral), hipotireoidismo, hemólise.
Exames iniciais na investigação de macrocitose: reticulócitos, vitamina b12, ácido fólico (hemático)
Exame complementar se reticulócitos elevado (avaliação de hemólise): LDH, bilirrubina indireta e Coombs direto.

Quadro 3- Possíveis perfis hemoglobínicos encontrados em teste de eletroforese de hemoglobina

	Eletroforese de hemoglobina - alterações		
Hb A	Perfil de normalidade = 96 a 98 %		
HB A2	Perfil de normalidade = 2,5 a 3,5%		
	3,5 a 7%		Talassemia beta menor/traço talassêmico beta
Hb S	30 a 45%		Traço falciforme (heterozigoto)
	75 a 95%		Anemia falciforme (homozigoto)
	60 a 85%		Hb S/Talassemia beta mais (β^+)
	70 a 90%		Hb S/Talassemia beta zero (β^0)
Hb F	Perfil de normalidade = 0 a 1,0%		
	15 a 30%		Persistência hereditária da Hb fetal
	10 a 50%, podendo chegar a 100%		Talassemia beta intermediária
	60 a 98%		Talassemia beta maior
Hb C	30 a 40%		Traço HbC
	95%		Hemoglobinopatia C
Hb C +	45 a 50% + 50 a 55%		Hemoglobinopatia SC
Hb S	(respectivamente)		
Hb H	5 a 30% na vida adulta		Doença da Hemoglobina H (talassemia alfa)
	5 a 10%		Traço talassêmico alfa

Fluxograma de investigação de linfonodomegalia periférica



***Sinais de Alerta:**

- Linfonodomegalia e sintomas (febre, sudorese noturna, emagrecimento involuntário); ou
- Linfonodomegalia e esplenomegalia não associada a quadro infeccioso; ou
- Linfonodo endurecido, aderido a planos profundos, indolor ou massa de Linfonodos fusionados; ou
- Linfonodomegalia em paciente com história de neoplasia prévia ou outros sintomas que sugiram origem para a neoplasia metastática.

Investigação de linfonodomegalia periférica

Avaliação clínica inicial:

- Evolução dos sintomas no tempo e características do linfonodo (tamanho, consistência, mobilidade e cadeias acometidas),
- Presença de sintomas b (perda de peso involuntária, sudorese noturna, febre),
- Suspeita de infecção local ou sistêmica (faringite, toxoplasmose, mononucleose, ulceração cutânea),
- Exame físico com evidência de esplenomegalia
- Fatores de risco para hiv, sífilis, hepatites
- História de neoplasia prévia ou outros sinais e sintomas que sugiram neoplasia atual,
- História epidemiológica local (áreas endêmicas para doenças como leishmaniose),
- Uso de medicamentos (como alopurinol, atenolol, captopril, carbamazepina, cefalosporinas, hidralazina, penicilina, fenitoína, primidona, pirimetamina).

Principais causas de linfonodomegalia periférica localizada conforme cadeia acometida:

- Cervical (drena couro cabeludo, cavidade oral, laringe e pescoço): infecções cutâneas, abcesso dentário, citomegalovírus, mononucleose, tuberculose, toxoplasmose, neoplasias (hematológicas, tumor metastático de tireóide, cabeça e pescoço)
- Supraclavicular (drena trato gastrointestinal, genitourinário e pulmões): neoplasia maligna metastática ou hematológica.
- Axilar (drena membros superiores, mama e tórax): doença da arranhadura do gato, infecções cutâneas, carcinoma de mama metastático, melanoma metastático
- Epitroclear (drena ulna, antebraço e mão): mononucleose, infecções cutâneas, sarcoidose, sífilis, HIV, neoplasia hematológica.
- Inguinal (drena abdome inferior, genitália externa/pele, canal anal, membros inferiores): celulite, DST, neoplasia (hematológicas e metastática região perianal e vulva)
- Propedêutica
- Linfonodo com características de malignidade: investigar conforme cadeia acometida.
- Linfonodo sem características de malignidade: Investigação básica se não houver suspeita clínica após anamnese e exame físico hemograma e plaquetas, raio-x de tórax,sorologias: anti-HIV, HBsAg, anti-HCV, VDRL, monoteste, prova tuberculínica. Se linfonodomegalia cervical realizar também toxoplasmose IgG e IgM e citomegalovírus IgG e IgM.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf

Telessaúde RS-UFRGS. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA HEMATOLOGIA ADULTO, 2016 Porto Alegre – RS

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_hematologia_20161108.pdf

5. OTORRINOLARINGOLOGIA

Condições que devem manejadas na AB: Hipoacusia condutiva secundária a rolha de cerume obstrutiva, exceto para casos em que não haja segurança para realização do procedimento, como pacientes agitados e crianças muito pequenas.

Condições que devem ser encaminhadas à pneumologia: Casos de Apneia do Sono não associados a fator obstrutivo de vias aéreas superiores

Condições que devem ser encaminhadas ao CER IV/Junta reguladora de Reabilitação Auditiva (saúde auditiva):

- Perda auditiva neurossensorial evidenciada pela audiometria. Casos de hipoacusia com otoscopia normal na **IMPOSSIBILIDADE TOTAL** de realizar audiometria na AB por questões relacionadas ao usuário, como deficiência intelectual e criança muito pequenas que não conseguem realizar o exame (**informação deve ser descrita na guia de referência**).
- Usuários que fazem uso do Aparelho Auditivo, e que apresentam queixa de adaptação, manutenção, higienização referenciar para o **Centro Especializado em Reabilitação IV (CER IV) / Junta Reguladora de Reabilitação Auditiva.**

Condições que devem ser encaminhadas ao Centro de Especialidades Odontológicas (estomatologia): Lesão de boca a esclarecer[6] **(fluxo em anexo)**

Quadro 1- Propedêutica autorizada para solicitação na Atenção Básica, se respeitados os critérios de elegibilidade:

VIDEOLARINGOSCOPIA	Exames de média complexidade solicitados em **LAUDO DE ALTO CUSTO** por Otorrinolaringologista, Cirurgião de Cabeça e Pescoço, **Generalista do PSF, Clínicos, Pediatras**, Pneumologistas e Gastroenterologistas.
FIBRONASOLARINGOSCOPIA DIRETA	

OTORRINOLARINGOLOGIA GERAL				
Motivo de encaminhamento	**Condições clínicas que justificam o encaminhamento**	**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter**	**Prioridade da Regulação**	**Contra-referência**
Vertigem[1]	Suspeita de doença de Ménière Vertigem posicional paroxística benigna refratária ao tratamento na APS (reposicionamento otolítico), ou	Sinais e sintomas (duração, tempo de evolução e frequência dos episódios de vertigem; fatores desencadeantes; outros sintomas		Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-

	Neuronite vestibular (labirintite) com sintomas que não melhoram após 15 dias de tratamento conservador; ou Vertigem periférica com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS (como medicamentos, diabetes, hipertireoidismo ou hipotireoidismo descompensados).	associados; comorbidades, medicamentos em uso (dose e posologia) Tratamento realizado para vertigem (farmacológico e não farmacológico); Otoscopia e outros achados relevantes ao exame físico; Resultado de TSH, glicemia de jejum ou HBA1C, com data, dentre outros exames relevantes já realizados.		referência (plano de cuidados.
Obstrução crônica de vias aéreas superiores	Suspeita clínica ou diagnóstico firmado de Apnéia do Sono **secundária a fatores obstrutivos** de vias aéreas superiores; ou Desvio de septo; ou Hipertrofia de adenóide; ou Pólipo nasal (sintomas graves refratários ao tratamento conservador com corticóide intranasal); ou Obstrução nasal crônica de vias aéreas superiores sem etiologia definida após avaliação na APS.	Sinais e sintomas (início dos sintomas e duração, obstrução unilateral ou bilateral, presença de rinorréia, roncos, epistaxe, anosmia, deformidades faciais, entre outros achados relevantes) e tratamento farmacológico prescrito (dose, posologia e duração) Achados relevantes ao exame físico Resultado de nasofibrofaringolaringoscopia, com data, dentre outros exames relevantes já realizados.	Obstrução crônica de vias aéreas superiores levando a dispnéia/ apnéia	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados).
Rinossinusite crônica	Rinossinusite bacteriana recorrente (≥ 4 episódios ao ano); ou Associada a anormalidades estruturais (desvio de septo, pólipo, entre outros); ou Refratária ao tratamento clínico	Sinais e sintomas (características do quadro, alterações anatômicas, episódios recorrentes) e tratamento instituído na atenção básica (dose, posologia e duração)		Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados)

	otimizado por 3 meses;	Resultado da nasofibrofaringolaringoscopia, dentre outros relevantes já realizados		
Otite média crônica	Otite média crônica associada a: Efusão/otorreia que persiste por mais de 3 meses ou Alteração estrutural da membrana timpânica ou da orelha média; ou Presença de hipoacusia; Suspeita de colesteatoma (presença de acúmulo epitelial que pode estar associado à otorréia fétida persistente, hipoacusia, perda auditiva condutiva, cefaléia, vertigem).	Sinais e sintomas (detalhar tempo de evolução), tratamento instituído na Atenção Básica (dose, posologia e duração). Otoscopia e outros achados relevantes ao exame físico, como alterações anatômicas; Resultado de audiometriase queixa de hipoacusia	-Histórico de complicação por mastoidite. -Suspeita clínica de colesteatoma	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados)
Ruptura da membrana timpânica	Membrana timpânica perfurada persistente após 6 semanas do tratamento da otite média aguda;	Descrever tempo de evolução e achados clínicos relevantes. Descrever otoscopia Descrever resultado de audiometriase queixa de hipoacusia	-Ruptura de membrana timpânica associada a otorréia persistente.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados)
Hipoacusia	**Manejo na AB** – hipoacusia condutiva secundária a rolha de cerume obstrutiva, exceto nos casos em que não haja segurança para realização do procedimento, como pacientes agitados e crianças muito pequenas. **Referenciamento para o otorrino do Centro de Especialidades Médicas** – Perda auditiva condutiva ou mista com otoscopia normal.	Sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, presença de zumbido, plenitude auricular, vertigem, dificuldade de compreensão auditiva); Resultado de otoscopia; Resultado de audiometria.	Crianças Adultos e idosos que tenham outra deficiência associada	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados)

	Hipoacusia por cerume obstrutivo na IMPOSSIBILIDADE ABSOLUTA de realizar procedimento de lavagem auricular na AB (**descrever o motivo**) **Referenciamento para o otorrino do Centro Especializado em Reabilitação IV (CER IV) / Junta reguladora de Reabilitação Auditiva** Perda auditiva neurossensorial e/ou condutiva quando tratar-se de otoesclerose Hipoacusia com otoscopia normal caso não seja possível realizar audiometria (como deficiência intelectual e crianças muito pequenas).			
Disfonia*	Disfonia persistente (≥ 6 semanas) sem causa identificável após avaliação na Atenção Básica; Disfonia associada a procedimentos cirúrgicos de pescoço ou tórax.	Sinais e sintomas (descrever duração, presença de sintomas constitucionais (como perda de peso), fatores de risco (como tabagismo, etilismo e profissão) e se houve história recente de cirurgia de pescoço ou tórax; Achados relevantes ao exame físico (como resultado da palpação cervical), Resultado da videolaringoscopia , com data, dentre outros exames relevantes já realizados.	-	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados)

Recomendações: *<u>**Disfonia**</u> associada a sintomas como **perda de peso**, **disfagia orofaríngea e/ou odinofagia** em pessoas com alto risco de neoplasia (como tabagistas e/ou etilistas) justifica solicitação de videolaringoscopia[5] em caráter de prioridade, pois, em caso de biopsia positiva para neoplasia maligna os usuários devem ser encaminhados para oncologia, conforme fluxo municipal. <u>**Disfagia progressiva não associada à disfonia**</u> deve ser encaminhada para gastroenterologia com descrição da propedêutica realizada na AB (exceto pacientes cuja biopsia evidenciar neoplasia maligna, que devem ser encaminhados para oncologia, conforme fluxo municipal.				
Zumbidos**	-Zumbido crônico (> 3 meses), que atrapalha as atividades diárias e/ou sono, após descartar se há doença de base com controle inadequado que possa produzir zumbido (Ex: diabetes, hipertensão, hipotireoidismo).	Sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, desencadeantes e agravantes), comorbidades, medicamentos em uso; Resultado de exames laboratoriais; Resultado da otoscopia; Resultado de audiometria.		Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados)
** Pacientes com zumbido podem ser encaminhados para CER IV/Junta Reguladora da Saúde Auditiva caso tenham associado perda auditiva neurossensorial diagnosticada por meio de audiometria				
Epistaxe recorrente	Epistaxe recorrente com causa não identificada após avaliação na Atenção Básica.	Sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, desencadeantes e agravantes, histórico de atendimentos na urgência), comorbidades, tratamentos já realizados. achados relevantes ao exame físico Resultado da nasofibrofaringolaringoscopia, dentre outros exames relevantes já realizados.	Histórico de epistaxe recorrência com necessidade de atendimento em serviço de urgência.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados)
OBS: Lesões bucais com suspeita de malignidade ou necessidade de avaliação para biópsia devem ser encaminhadas para a Estomatologia no CEO (Centro de especialidades Odontológicas). (Anexo 6)				

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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

Telessaúde RS-UFRGS. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA OTORRINOLARINGOLOGIA ADULTO, 2018 Porto Alegre – RS https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/otorrinolaringologia.pdf

ANEXO

1. Suspeita de vertigem central e periférica

Vertigem central: • Nistagmo vertical (altamente sugestivo) ou outras apresentações (horizontal, rotatório ou multidirecional). Nistagmo de origem central não costuma ter latência (e se presente, dura até 5 segundos), não é fatigável (pode durar semanas a meses) e não é inibido com a fixação do olhar; • Grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé; • Presença de outros sinais e/ ou sintomas neurológicos focais (cefaléia, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria); • Surdez súbita unilateral; • Vertigem e nistagmo menos intensos, raramente associados a zumbido ou hipoacusia;
Vertigem periférica: • Nistagmo horizontal ou horizonto-rotatório. Geralmente desencadeado após teste provocativo (como Manobra de Dix-Hallpike[3]), com tempo de latência em torno de 20 segundos após manobra. O nistagmo é inibido após fixação do olhar e é fatigável; • Desequilíbrio leve a moderado (geralmente para o lado do labirinto comprometido), porém consegue caminhar; comumente associada a sintomas auditivos (zumbido, hipoacusia, plenitude aural); vertigem e nistagmo pronunciados, associado à náusea e ao vômito.

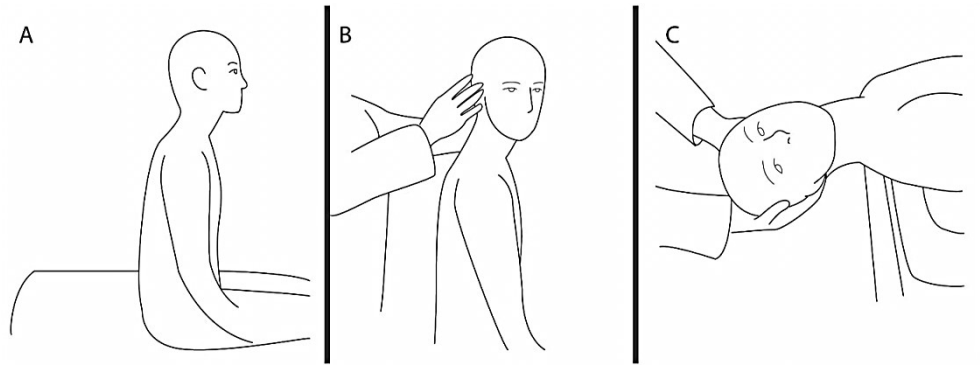
Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2018) adaptado de Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Labuguen (2006).

2. Características das causas mais comuns de vertigem periférica

Vertigem Paroxística Posicional Benigna (VPPB) • Sensação rotatória que geralmente dura menos que 1 minuto e é desencadeada por movimentação da cabeça (como sair da cama, inclinar-se para frente ou para trás); • Vertigem costuma ser intensa e associada à náusea; • Presença de nistagmo (horizontal ou rotatório) desencadeado por manobras como Dix-Hallpike[3]. • O nistagmo apresenta período de latência (inicia 5 a 20 segundos após manobra), é fatigável e inibido após fixação do olhar.
Neurite vestibular aguda (neuronite/labirintite) • Sensação rotatória sustentável (não-posicional) unidirecional, geralmente de início abrupto, com melhora progressiva durante semanas; • Associada à náusea e ao vômito, porém sem outros sintomas, como zumbido, ou sintomas neurológicos focais; nistagmo (horizontal ou rotatório) é inibido após a fixação do olhar; • Apresenta teste do impulso cefálico[5] positivo (sacada para manter o alvo visual) quando cabeça é movimentada para o lado afetado.
Doença de Meniére • Crises recorrentes de vertigem com sintomas cocleares (hipoacusia, zumbido e plenitude aural); • Crise inicia com os sintomas cocleares, seguido pela vertigem, que tem pico de intensidade rápido e dura cerca de 20 minutos a horas, porém não costuma durar mais que 24 horas; • Pacientes costumam apresentar perda auditiva neurosensorial unilateral ou assimétrica.

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2018) adaptado de Duncan et al. (20[1]3), Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Harcourt, Barraclough e Bronstein (2017).

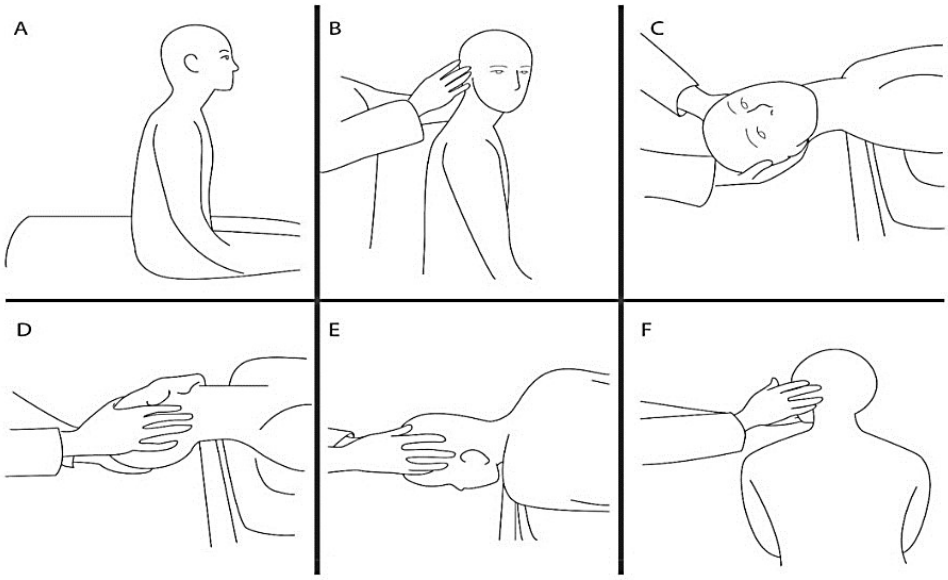
3. Manobra de Dix-Hallpike



Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2018) adaptado de Labuguen (2006), Kim e Zee (2014).

- Explique a manobra ao paciente e informe que pode provocar vertigem.
  - ✓ Posicione o paciente sentado a uma altura que, quando deitado, sua cabeça permaneça fora da maca.
  - ✓ Vire a cabeça do paciente 45 graus para o lado a ser avaliado e solicite que o mesmo mantenha os olhos abertos e focados nos olhos ou na cabeça do examinador.
  - ✓ Segure a cabeça e deite rapidamente o paciente, mantendo a cabeça pendente em um ângulo de 20 graus por até 20 segundos (período de latência para surgimento do nistagmo).
  - ✓ Observe novamente a presença de nistagmo ao levantar o paciente para a posição sentada. O nistagmo costuma modificar sua direção e dura cerca de 20 a 40 segundos.
- Solicite ao paciente para que fixe o olhar, identificando se o nistagmo é fatigável.

4. Manobra de Epley – reposicionamento otolítico



Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2018) adaptado de Kim e Zee (2014).

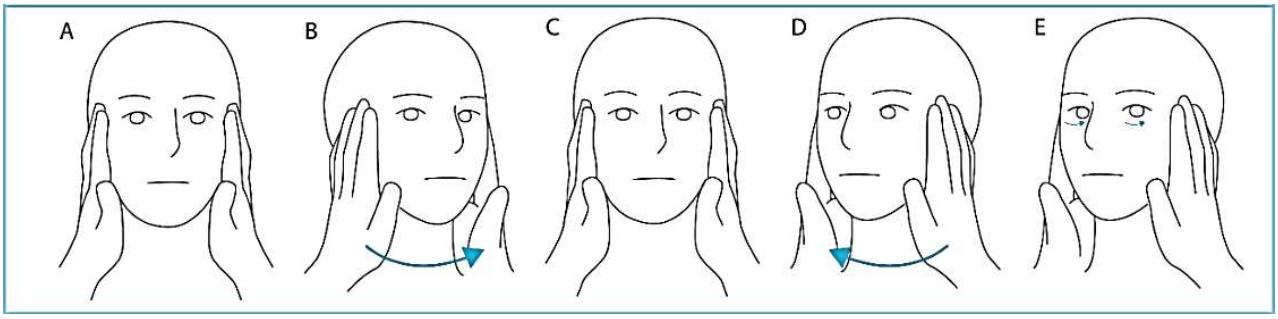
Explique a manobra ao paciente e informe que podem induzir vertigem ou nistagmo.

- ✓ Primeiramente, realize a manobra de Dix-Hallpike (A, B e C – deite rapidamente o paciente com a cabeça virada em ângulo de 45 graus – figura 1).
- ✓ Vire a cabeça do paciente em ângulo de 90 graus (figura D) para o lado não afetado.
- ✓ Vire novamente a cabeça do paciente em ângulo de 90 graus (figura E). Nessa posição o paciente está com a face virada para o chão e o tronco está virado em 90 graus.
- ✓ Mova o paciente para a posição sentada (figura F).
- ✓ Mantenha o paciente na posição até que o nistagmo ou vertigem resolvam, porém no mínimo por 30 segundos.

5. Teste do impulso cefálico

Teste que auxilia no diagnóstico de neuronite vestibular aguda. Trata-se de vertigem sustentada (não posicional) que apresenta nistagmo unidirecional, predominantemente horizontal, sem perda auditiva, zumbido ou manifestação neurológica.

- Estado Normal: o olhar se mantém fixo a um objeto quando se rotaciona a cabeça de maneira rápida. (A, B)
- Teste do impulso cefálico positivo: Ao rotacionar a cabeça de maneira rápida, o olhar não é mantido e o paciente faz uma sacada (rápido movimento corretivo) para refixar o olhar no objetivo. (C, D,E)



Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2018) adaptado de Furman (2018).

6. Lesão bucal com alta suspeita de malignidade

Suspeita Clínica	Descrição da Lesão
Carcinoma Espinocelular	**Lesão ulcerada:** (a) com bordas elevadas e/ou endurecidas e que, após remoção de possíveis fatores traumáticos (próteses fraturadas/desadaptadas, dentes fraturados mordiscamento), não cicatriza no período de 14 dias; (b) úlceras com mais do que um cm de diâmetro, independente do tempo de duração; ou **Lesão Nodular**: nódulo de superfície irregular ou lobulada, principalmente quando apresentar base endurecida à palpação.
Melanoma	Mancha acastanhada, azul-acinzentada ou negra, assimétrica, com bordos irregulares, com crescimento e mudança de cor.

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2018).

SUS

Secretaria de
Saúde

PER POPULUM OMNIS POTESTAS A DEO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM