SUS

Secretaria de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM

Protocolo de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada

Volume II

6. Pneumologia Adulto e Pediátrica
7. Cardiologia
8. Neurologia
9. Ortopedia
10. Pré-natal de Alto Risco (PNAR)

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 II.** 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 ferramentas, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modulam 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
6.PNEUMOLOGIA 6
7.CARDIOLOGIA 15
8.NEUROLOGIA 23
9.ORTOPEDIA 37
10.PRE-NATAL DE ALTO RISCO 47

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 II, abordaremos os critérios de acesso para 5 especialidades:

6. Pneumologia Adulto e Pediátrica
7. Cardiologia
8. Neurologia
9. Ortopedia
10. Pré-natal de Alto Risco (PNAR)

6. PNEUMOLOGIA

Condições que devem ser encaminhadas à Oncologia: alterações em exame de imagem com alta suspeição de malignidade.

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

ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	Exame de média complexidade solicitado no formulário de "**REQUISIÇÃO DE EXAMES" por Generalista de PSF, Clínico Geral, Pediatra**, Alergista, Pneumologista, Médico do trabalho.

PNEUMOLOGIA ADULTO				
Motivo de encaminhamento	**Condições clínicas que justificam o encaminhamento**	**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter**	**Prioridade da Regulação**	**Contra-Referência**
Asma	Paciente em estágio 5 para tratamento da asma (altas doses de corticóide e/ou mais de duas drogas profiláticas associadas) Paciente em estágio 4 por mais de 6 meses (corticóide inalatório em dose moderada), sem controle dos sintomas; ou Pacientes com indicadores de risco de fatalidade; ou asma lábil (crises que iniciam abruptamente e de forma grave, principalmente quando o paciente não consegue reconhecer sintomas iniciais da crise).	Sinais e sintomas, frequência das crises diurnas e noturnas, limitação física, frequência de uso do β2 de curta duração, comorbidades e hábitos de vida, atividade laboral, histórico de atendimentos de urgência/interna-ções, tratamento medicamentoso prescrito (dose e posologia) Achados relevantes do exame físico. Resultado de RX de tórax (PA e perfil) e da espirometria com prova broncodiladora (se realizada)	Asma não controlada associada histórico de internações recorrentes e/ou histórico de crise potencialmente fatal.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados)

Dor torácica.	Dor torácica a esclarecer (após avaliação na Atenção básica e exclusão das causas de origem cardíaca, osteomuscular, traumática e/ou infecciosa).	Sinais e sintomas, comorbidades, hábitos de vida, atividade laboral, medicamentos em uso (dose e posologia) Achados relevantes do exame físico. Resultado de RX de tórax PA e perfil	Dor torácica persistente e refratária ao tratamento associada a sintomas constitucionais (como perda de peso, astenia e febre de origem indeterminada).	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados)
Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS).	Todos os casos com suspeita clínica, excluindo aqueles secundários a obstrução de vias aéreas superiores (que devem ser referenciados à otorrinolaringolo-gia)	Sinais e sintomas, comorbidades, hábitos de vida, atividade laboral, medicamentos em uso (dose e posologia) Achados relevantes do exame físico e, caso paciente já tenha realizado, descrever resultado da polissonografia.	Casos de apneia SAHOS associada a obesidade grau III	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados)
Tosse crônica e/ou dispnéia	Tosse crônica, após investigação inconclusiva na APS e ausência de resposta ao tratamento empírico para as causas mais comuns (síndrome da tosse de vias aéreas superiores, asma, doença do refluxo gastresofágico, DPOC); ou Dispnéia crônica de provável etiologia pulmonar, após investigação inconclusiva na APS.	Sinais e sintomas, comorbidades, hábitos de vida, atividade laboral, medicamentos em uso (dose e posologia) Achados relevantes do exame físico. Resultado de RX de tórax PA e perfil, espirometria com prova broncodilatadora e BAAR de escarro	tosse persistente de causa desconhecida associada a sintomas constitucionais (como perda de peso, astenia e febre de origem indeterminada) e/ou dispnéia.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados)
Nódulo pulmonar* (Lesões com alta suspeição de malignidade seguem fluxo para oncologia)	RX de tórax (ou outros exames de imagem realizados) evidenciado nódulo pulmonar a esclarecer.	Sinais e sintomas, comorbidades, hábitos de vida, atividade laboral e medicamentos em uso (dose e posologia) Achados relevantes do exame físico. Resultado de RX de tórax PA e perfil	Nódulo pulmonar solitário	Permanecer no nível especializado, até esclarecimento diagnóstico.

Doença pulmonar obstrutiva crônica	VEF1 menor do que 30% do previsto; ou Persistência de sintomas na vigência de adesão a tratamento clínico otimizado; ou Suspeita de cor pulmonale; ou Saturação de oxigênio ≤ 92% em repouso no ar ambiente e fora de crise; ou Histórico de internações recorrentes em decorrência de DPOC descompensada.	Sinais e sintomas, limitação física, frequência das descompensações, histórico de atendimentos de urgência/internações, comorbidades e hábitos de vida, atividade laboral, tratamento medicamentoso prescrito (dose e posologia) Achados relevantes do exame físico. Resultado de RX de tórax (PA e perfil), da espirometria com prova broncodilatadora e da gasometria arterial[5]	DPOC grave (VEF1 menor do que 30% do previsto); ou Associação cor pulmonale; ou Saturação de oxigênio ≤ 92% em repouso no ar ambiente e fora de crise; ou Internação recente em decorrência de DPOC descompensada.	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 PNEUMOLOGIA ADULTO, 2018 Porto Alegre – RS

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

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA				
Motivo de encaminhamento	**Condições clínicas que justificam o encaminhamento**	**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter**	**Prioridade da Regulação**	**Contra-Referência**
Lactente com sibilância.	Lactente com 3 ou mais episódios de chiado no peito no último ano ou chiado no peito que dura pelo menos 1 mês.	Sinais e sintomas: descrever características das crises, necessidade de atendimento de urgência/internação, medicamentos em uso e/ou já utilizados para controle dos sintomas, comorbidades associadas (como atopia) e história familiar de asma Achados relevantes ao exame físico Resultado do RX de tórax PA e perfil, dosagem de IgE total e hemograma	Histórico de crise grave com necessidade de internação e comprometi-mento do desenvolvi-mento.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra-referência (plano de cuidados
Lactente broncodisplásico.	Lactentes com diagnóstico de broncodisplasia pulmonar, ou Egressos de unidades de terapia intensiva com relato de uso de O2 por mais de 28 dias.	Descrever quadro clínico atual, informações relevantes do relatório de alta da maternidade, medicamentos em uso, comorbidades e se há comprometimento do desenvolvimento. Achados relevantes ao exame físico Resultado do RX de tórax PA e perfil (apenas para casos moderados a graves)	Todos os casos	Atendimento compartilhado com pediatra, clínico da ESF e pneumologista pediátrico
Pneumonias graves e/ou recorrente	Comprometimento pulmonar após pneumonia aguda grave (histórico de ventilação mecânica prolongada?), ou Pneumonias associada a derrame pleural, pneumatocele ou pneumotórax, ou Pneumonia	Descrever informações relevantes do relatório de alta hospitalar, quadro clínico atual e comorbidades Achados relevantes ao exame físico Resultado do hemograma e RX de tórax (PA e perfil).	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

	recorrente (duas ou mais pneumonias no último ano)			
Asma Brônquica	Asma de difícil controle (asma que necessita doses altas de corticóide inalado; asma que necessita mais de uma classe de medicamento controlador ou profilático. Diagnóstico duvidoso. Asma não controlada.	Sinais e sintomas: descrever características das crises, necessidade de atendimento de urgência/interna-ção, medicamentos em uso e/ou já utilizados para controle dos sintomas, presença de sintomas Intercrise, comprometimento da qualidade de vida, comorbidades associadas. Achados relevantes ao exame físico Resultado do RX de tórax PA e perfil, dosagem de IgE total e hemograma. Resultado da espirometria (se realizada, apenas em maiores de 5 anos)	Histórico de crise grave com necessidade de internação e/ou comprometi-mento do desenvolvi-mento.	Atendimento compartilhado com pediatra, clínico da ESF e pneumologista pediátrico
Fibrose cística.	Criança com teste do pezinho alterado para fibrose cística **sem acompanhamento especializado até o momento**, ou Teste do suor alterado em crianças em criança de qualquer idade com história de infecção pulmonar recorrente.	Sinais e sintomas: descrever quadro clínico atual (sintomas respiratórios agudos ou persistentes), histórico de íleo meconial e/ou obstrução intestinal, histórico de atendimentos de urgência/interna-ção, histórico de pneumonias recorrente, esteatorreia, desnutrição, baixo crescimento físico e medicamentos em uso. Achados relevantes ao exame físico Resultado do RX de tórax PA e perfil, IRT neonatal (realizado na triagem neonatal), teste do	Todos os casos.	Atendimento compartilhado com pediatra, clínico da ESF e pneumologista pediátrico

		suor, dosagem de IgE total e hemograma.		
Malformação pulmonar.	Suspeita de malformação pulmonar mediante identificação de massa ou cisto pulmonar com histórico de dificuldade respiratória e/ou pneumonia recorrente	Sinais e sintomas: descrever quadro clínico atual, histórico de atendimentos de urgência/interna-ção, medicamentos em uso, comprometimento do desenvolvimento e comorbidades Achados relevantes ao exame físico Resultado do RX de tórax PA e perfil	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
Tosse Crônica	Tosse persistente há mais de 3 semanas sem esclarecimento diagnóstico após avaliação pelo pediatra da Atenção Básica	Sinais e sintomas: descrever tempo de evolução, histórico de infecções de vias aéreas anteriores, medicamentos em uso, comorbidades e comprometimento do desenvolvimento. Achados relevantes ao exame físico Resultado do RX de tórax PA e perfil, hemograma, VHS e PPD	Tosse persistente associada a comprometi-mento do desenvolvi-mento	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento de posse de 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

CONTAGEM. SMS. Secretaria de Atenção à Saúde. ASMA: Manual de Diagnóstico e Manejo dos pacientes na Atenção Básica, 2019.

ANEXOS

1. Alterações em exames de imagem com suspeita de neoplasia pulmonar

• Massa (lesão sólida circunscrita maior que 3 cm).
• Lesão sólida ou subsólida com alteração clínica/radiológica sugestiva de malignidade (hemoptise, perda ponderal, linfonodomegalia supraclavicular, cervical ou mediastinal, derrame pleural, nódulo com bordas irregulares, espiculadas ou lobuladas).
• Nódulo sólido maior ou igual a 8 mm, independente do risco pessoal para câncer de pulmão.
• Nódulo sólido entre 4 mm e 8 mm em pessoas com alto risco para câncer de pulmão*
• Nódulo com crescimento no seguimento do exame de imagem
• Nódulo subsólido
• Massa mediastinal ou alargamento no mediastino
• Linfonodomegalia mediastinal
• Atelectasia lobar e/ou segmentar
• Derrame pleural (sem etiologia definida)

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

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

2. Indicadores de risco de fatalidade em pacientes com asma

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

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

3. Suspeita de cor pulmonale

Evidência clínica de insuficiência cardíaca direita (hiperfonese de segunda bulha em foco pulmonar, turgência jugular, refluxo hepato-jugular).
Sinais de hipertensão pulmonar por exame complementar: Ecocardiograma (aumento de ventrículo direito, PsAP acima de 35mmHg ou outros achados eco cardiográficos); ou Raio-X de tórax (aumento de ventrículo direito, artérias pulmonares alargadas); ou eletrocardiograma (sobrecarga direita).

Fonte: Telessaude RS-UFRGS (2018).

Quadro 1- Tratamento farmacológico para DPOC conforme a classificação GOLD ABCD

Sintomas/Risco	**Baixo risco** 0 ou 1 exacerbação, sem internação hospitalar	**Alto Risco** ≥ 2 exacerbações ou ≥ 1 hospitalização
Pouco sintomático mMRC ≤ 1	Grupo A Primeira linha: SABA e/ou SAMA	Grupo C Primeira linha: LAMA+SABA e/ou SAMA (se necessário)
Muito sintomático mMRC ≥ 2	Grupo B Primeira linha: LABA ou LAMA+SABA e/ou SAMA (se necessário)	Grupo D Primeira linha: LABA+LAMA+SABA e/ou SAMA se necessário
SABA (Short-acting beta2-agonists) - broncodilatador adrenérgico de curta ação (ex: salbutamol e fenoterol) SAMA (Short-actingantimuscarinics) - broncodilatador anticolinérgico de curta ação (ex: ipatrópio) LABA (Long-Acting Beta2-Agonists) - broncodilatador adrenérgico de longa ação (ex: formoterol, salmeterol, indacaterol, olodaterol) LAMA (Long-acting antimuscarinics) - broncodilatador anticolinérgico de longa ação (ex: tiotrópio, umeclidínio, glicopirrônio)		

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

4. Questionários para avaliação do grau de controle da asma em:

CRIANÇAS <6 ANOS

Nas últimas 04 semanas, a criança apresentou		Bem controlado	Parcialmente controlado	Sem controle
Sintomas diários de asma por mais de alguns minutos, mais de uma vez por semana?	**Sim** ☐ **Não** ☐	**Nenhum desses**	**1-2 desses critérios**	**3-4 desses critérios**
Despertar noturno ou tosse noturna devido sintomas de asma?	**Sim** ☐ **Não** ☐			
Medicação de Alívio para asma mais de1 vez por semana?	**Sim** ☐ **Não** ☐			
Alguma limitação de atividade, devido sintomas de asma? (corre ou brinca menos com outras crianças, falta de ar quando anda ou corre)	**Sim** ☐ **Não** ☐			

CRIANÇAS DE 6-11 ANOS, ADOLESCENTES E ADULTOS

Nas últimas 04 semanas, o paciente apresentou		Bem controlado	Parcialmente controlado	Sem controle
Sintomas diários de asma mais do que 2 vezes por semana?	**Sim** ☐	**Nenhum desses**	**1-2 desses critérios**	**3-4 desses critérios**
	Não ☐			
Despertar noturno, devido sintomas de asma?	**Sim** ☐			
	Não ☐			
Medicação de Alívio para asma mais do que 2 vezes por semana	**Sim** ☐			
	Não ☐			
Alguma limitação de atividade, devido sintomas de asma?	**Sim** ☐			
	Não ☐			

FONTE: Adaptado do GINA- 2018

7. CARDIOLOGIA

CARDIOLOGIA ADULTO				
Havendo necessidade de consulta cardiológica para risco cirúrgico especificar no campo especialidade solicitada: **"RISCO CIRÚRGICO"**				
Motivo de encaminhamento	**Condições que justificam o encaminhamento**	**Descritivo mínimo na guia de referência**	**Condições com maior prioridade**	**Contra Referência**
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	HAS associada à lesão em órgãos-alvo (renal, miocárdico, cerebrovascular, dentre outros): ou HAS refratária (uso de pelo menos 3 drogas anti-hipertensivas em dose plena, após avaliar adesão, mantendo PA fora da meta); ou Suspeita de HAS secundária.	Sinais e sintomas, comorbidades (como tabagismo, obesidade e diabetes) medicamentos em uso (dose e posologia); Medida da pressão arterial (2 medidas em dias diferentes) dentre outros achados relevantes no exame físico; Resultado de hemograma, glicemia, lipidograma, creatinina, ácido úrico, sódio, potássio, EAS, relação albuminúria/ creatinúria (RAC) e ECG, dentre outros exames relevantes.	HAS refratária associada a lesão em órgão-alvo e/ou histórico recente de internação/atendimento de urgência por complicações como ICC ou síndrome coronariana aguda HAS secundária	Caso seja atingida a meta de tratamento e o paciente não apresentar lesão em órgão-alvo, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar tratamento, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)
CARDIOPATIA ISQUÊMICA (INSUFICIÊNCIA CORONARIANA)	Cardiopatia isquêmica já estabelecida Paciente com suspeita de cardiopatia isquêmica, se impossibilidade de investigação na Atenção Básica (AB).	Sinais e sintomas, comorbidades (como tabagismo HAS, obesidade e diabetes), histórico de internações/ atendimentos na urgência e medicamentos em uso (dose e posologia). Achados relevantes do exame físico. Resultado de Hemograma, glicose, lipidograma, creatinina, sódio,	Histórico recente de internação ou atendimento na urgência devido síndrome coronariana aguda Pós-operatório recente de revascularização miocárdica ou angioplastia. Histórico de IAM no último ano Coronariopatia já estabelecida em pacientes de alto risco cardiovascular.	Controle na Atenção especializada com acompanhamento concomitante na UBS, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)

		potássio, RX de tórax, ECG. Resultado de ecocardiograma e teste ergométrico (se já realizados), dentre outros exames que sejam relevantes.		
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência: suspeita ou diagnóstico de síndrome coronariana aguda.				
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	IC Classe funcional (NYHA) III e IV[3] mesmo em uso de tratamento medicamentoso otimizado (IECA, β-bloqueador e diurético, na ausência de intolerância) Histórico de internação hospitalar no último ano devido IC descompensada Suspeita de insuficiência cardíaca sem possibilidade de investigação com ecocardiografia	Sinais e sintomas, classe funcional da IC, comorbidades (como tabagismo, HAS, obesidade e diabetes), histórico de internações/ atendimentos na urgência e medicamentos em uso (dose e posologia). Achados relevantes do exame físico. Resultado de Hemograma, glicose, lipidograma, creatinina, ácido úrico, sódio, potássio, RX de tórax, ECG. Resultado de ecocardiograma e teste ergométrico (se já realizados), dentre outros exames que sejam relevantes.	Paciente em tratamento otimizado mantendo quadro clínico descompensado Histórico recente de internação por IC descompensada	Controle na Atenção especializada com acompanhamento concomitante na UBS, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência: pacientes com insuficiência cardíaca com sinais de hipoperfusão, síncope ou com sinais de congestão pulmonar.				
ARRITMIAS	Bradicardia sinusal sintomática ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45 bpm (após avaliação em serviço de emergência) Bloqueio bifascicular	Sinais e sintomas, comorbidades (como tabagismo, obesidade, HAS, hipertireoidismo e diabetes), histórico de internações/ atendimentos na urgência e medicamentos em uso (dose e posologia).	Arritmia sintomática com potencial de gravidade Histórico de internação recente devido arritmia	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência, de posse do

	(bloqueio completo de ramo esquerdo; bloqueio completo de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo ou associado a hemibloqueio posterior esquerdo); Fibrilação atrial; Taquicardia supraventricular sintomática ou recorrente, sem resposta ao tratamento Taquiarritmias ou alterações na condução cardíaca potencialmente graves (considerar sempre necessidade de encaminhar para serviço de emergência) Palpitação recorrente de causa não identificada após avaliação na AB.	Achados relevantes do exame físico. Resultado de Hemograma, glicose, lipidograma, creatinina, ácido úrico, sódio, potássio, TSH, RX de tórax, ECG. Resultado de ecocardiograma e teste ergométrico (se já realizados), dentre outros exames que sejam relevantes.		relatório de contra referência (plano de cuidados)
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência: arritmia em paciente com sinais de hipoperfusão, síncope, dispnéia, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações de risco em eletrocardiograma (Quadro 4) entre outras.				
SÍNCOPE OU PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA	Síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispnéia, hipotensão, dor torácica, sopro, episódio que ocorre durante o exercício) com ou sem	Sinais e sintomas, comorbidades (como tabagismo, obesidade, HAS e diabetes), histórico de internações/ atendimentos na urgência e medicamentos em uso (dose e posologia).	Todos os casos	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência, de posse do

	alterações no ECG com ou sem diagnóstico de cardiopatia já estabelecida; Síncope em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos; Síncope/pré-síncope de origem indeterminada	Achados relevantes do exame físico. Resultado de ECG		relatório de contra referência (plano de cuidados)
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência: episódio de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações de risco em eletrocardiograma (Quadro 4), história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos, entre outras.				
SOPROS CARDÍACOS/VALVOPATIA	Paciente com sopro cardíaco a esclarecer, na impossibilidade de avaliação diagnóstica na atenção básica Valvulopatia já estabelecida	Sinais e sintomas, comorbidades (como tabagismo, obesidade, HAS e diabetes), histórico de internações/ atendimentos na urgência e medicamentos em uso (dose e posologia). Achados relevantes do exame físico. Resultado de ECG, RX de tórax e ecocardiograma (se já realizado)	Valvulopatia ou sopros à esclarecer em paciente sintomáticos Pós-operatório recente de Valvuloplastia	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência, 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.

Secretaria Estadual de Saúde de Natal - Rio Grande do Norte. Protocolo de Regulação do Complexo Regulador, 2014.

Prefeitura Municipal de Nova Lima/Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo para encaminhamento e priorização das Especialidades Médicas Ambulatoriais. 3ª edição. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada, 2016. 23 p. v. 2

ANEXOS

Quadro 1 - Características que sugerem hipertensão secundaria

SUSPEITA CLÍNICA	ALTERAÇÃO
Hipertensão grave ou com lesão em órgão alvo de evolução rápida ou resistente ao tratamento (mal controle pressórico a despeito de uso adequado de três medicamentos anti-hipertensivos de classes diferentes, incluindo uso de diurético).	
Elevação súbita persistente da pressão em pessoas com idade superior a 50 anos.	
Início antes dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco (obesidade, história familiar).	
Doença renovascular	Sopro abdominal, alteração da função renal por medicamentos que bloqueiam o sistema renina-angiotensina (inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor da angiotensina). Suspeita-se quando houver diminuição de 30% da taxa de filtração glomerular após iniciar a medicação ou incremento na creatinina basal em 0,5 a 1 mg/dL.
Doença do parênquima renal	Elevação da creatinina, uréia, proteinúria, hematúria
Coarctação da aorta	Pulsos femorais reduzidos ou retardados, pressão sistólica em membros superiores pelo menos 10 mmHg maior que nos membros inferiores, sopro sistólico interescapular ou sopro sistólico amplo em crescendo-decrescendo em toda parede torácica.
Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono	Ronco, sonolência diurna, apneia noturna.
Hipertireoidismo	Intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, hipertensão sistólica, exoftalmia, tremores, taquicardia
Hiperparatireoidismo	Litíase urinária, osteoporose, depressão, letargia, fraqueza muscular.
Hiperaldosteronismo	Hipocalemia e/ou com nódulo adrenal
Feocromocitoma	Hipertensão paroxística com cefaléia, sudorese e palpitações.
Síndrome de Cushing	Face em "lua cheia", "corcova" dorsal, estrias purpúricas, obesidade central.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

ATENÇÃO:
Na ausência de suspeita clara de hipertensão secundária, deve-se avaliar:

- Medida inadequada da pressão arterial;
- Hipertensão do avental branco;
- Tratamento inadequado;
- Não adesão ao tratamento;
- Progressão das lesões nos órgãos-alvo da hipertensão;
- Presença de comorbidades;
- Interação com medicamentos.

1. **Propedêutica autorizada para solicitação na Atenção Básica, se respeitados os critérios de elegibilidade e pré-requisitos clínicos:**

a. TESTE ERGOMÉTRICO / TESTE DE ESFORÇO: Solicitado em Laudo Médico de Alto Custo por **Generalistas do PSF, Clínicos, Cardiologistas**. É necessária a apresentação do ECG (com o limite máximo de três meses da sua realização).

Quadro 2 - Classificação da Angina Estável (Sociedade de Cardiologia Canadense - CCS) - avaliação da probabilidade pré-teste

	Dor não anginosa		Angina atípica		Angina típica	
Idade (anos)	**Homens**	**Mulheres**	**Homens**	**Mulheres**	**Homens**	**Mulheres**
30 a 39	4	2	34	12	76	26
40 a 49	13	3	51	22	87	55
50 a 59	20	7	65	31	93	73
60 a 69	27	14	72	51	94	86

- A presença de fatores de risco para doença arterial coronariana (diabetes, tabagismo, hipertensão e dislipidemia) aumenta em 2 a 3 vezes a estimativa acima.
- **Não está indicado realizar ergometria em pacientes com probabilidade pré-teste baixa (dor não anginosa e sem fatores de risco para doença arterial coronariana) na investigação de cardiopatia isquêmica.**
- Classifica-se a probabilidade pré-teste para cardiopatia isquêmica em baixa, intermediaria e alta, respectivamente, para valores <10%, 10-90% e >90%.

Fonte: DUNCAN (2013) adaptada de dados combinados de Diamond/Forrester e Registro CASS.

b. ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO: Solicitado em Laudo Médico de Alto Custo por **Generalista do PSF, Clínico,** Cardiologista, Pneumologista, **Pediatra,** Cirurgião Cardiovascular, Reumatologista, Neurologista. É necessária a apresentação de RX de Tórax e ECG com no máximo três meses de sua realização.

2. **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ecocardiografia:**

- Suspeita de insuficiência cardíaca, com raio-X de tórax ou eletrocardiograma com alterações compatíveis;
- Suspeita de insuficiência cardíaca, com raio-X de tórax e eletrocardiograma normais, após investigação de outras causas alternativas;
- Avaliação de paciente com insuficiência cardíaca e mudança no quadro clínico - piora de classe funcional (NYHA) ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia).

ATENÇÃO:
Não está indicado solicitar ecocardiografia para acompanhamento de paciente com insuficiência cardíaca controlada.

Quadro 3 - Classificação funcional da New York Heart Association (NYHA)

Classe I	**Sem limitações. A atividade física rotineira não causa fadiga exagerada, dispnéia, palpitações ou angina.**
Classe II	Pequena limitação na atividade física; esses pacientes permanecem confortáveis em repouso. A atividade física rotineira resulta em fadiga, palpitações, dispnéia
Classe III	Limitação importante na atividade física. Atividades menores do que as rotineiras produzem sintomas; pacientes permanecem confortáveis em
Classe IV	Incapacidade de desempenhar qualquer atividade física sem desconforto. Sintomas de insuficiência cardíaca ou angina presentes mesmo em repouso.Agravamento do desconforto com qualquer atividade física.

Quadro 4 - Alterações de risco em eletrocardiograma

• Taquicardia Ventricular
• Taquicardia supraventricular paroxística rápida
• Taquicardia ventricular polimórfica não-sustentada/Intervalos de QT curto e longo
• Disfunção de marca-passo ou cardio-desfibrilador implantável
• Bradicardia sinusal persistente com frequência cardíaca inferior a 45 bpm
• Síndrome de Brugada
• BAV 2 º grau Mobitz II ou BAV 3º grau
• Bloqueio sinoatrial repetitivo ou pausas significantes maiores que 3 segundos.

Fonte: NICE Quality Standard 71 (2014)

8. NEUROLOGIA

Condições que devem ser encaminhadas à Oncologia: Presença de Lesão Expansiva do Sistema Nervoso Central não vascular (mesmo que suspeita benigna);

- **Condições que devem ser encaminhadas ao CER IV(atendimento multidisciplinar) (Anexo):** Paralisia Cerebral /Deficiência Intelectual, Autismo, Deficiência Física;

- **Condições que devem ser encaminhadas à Referência em Saúde Mental:** Deficiência Intelectual/Transtorno de Déficit de Atenção que apresentem: auto/heteroagressividade, agitação psicomotora ou sintomas psicóticos (delírios ou alucinações).

- **Condições que devem ser encaminhadas à neurocirurgia:** Aneurisma cerebral ou Malformação vascular, Hidrocefalia, malformação de Chiari. Ao encaminhar, relatar história clínica, evolução, cirurgias prévias, uso de medicamentos, resultados de exames de imagem com data.

Neurologia				
Motivo de encaminhamento	**Condições clínicas que justificam o encaminhamento**	**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter**	**Prioridade da Regulação**	**Contra-Referência**
CEFALÉIA	1. Migrânea (enxaqueca) ou cefaléia tipo tensional refratária ao manejo profilático na APS (tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento diferentes para migrânea (enxaqueca) ou com tricíclico para cefaléia tipo tensional, por um período mínimo de 3 meses); 2. Outras cefaléias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou tipo tensional. 3. Cefaléia em pacientes com histórico familiar de	1. Descrever o tipo de cefaléia; 2. Sinais e sintomas (descrever idade de início da cefaléia, tempo de evolução, características da dor, frequência das crises, mudança no padrão, exame neurológico, outros sinais e sintomas associados); presença de comorbidades, histórico de atendimento em urgência. 3. Tratamentos em uso ou já realizados para cefaléia (medicamentos utilizados com dose e posologia); 4. Resultado de exames já realizados (com data)	-Cefaléia com indicação de investigação com exame de neuroimagem	Permanecer no nível especializado até atingir meta de tratamento. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento de posse do relatório de contra-referência

	aneurisma roto em parentes de primeiro grau. 4. Paciente com necessidade de investigação com exame de imagem (ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada de crânio), quando esse não for disponível na APS: padrão novo ou mudança recente no padrão da cefaléia; ou início da cefaléia em pessoa com mais de 50 anos; ou evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucas semanas ou meses; ou dor que acorda durante o sono; ou dor desencadeada pelo esforço, coito, tosse, atividade física ou manobra de Valsalva.			
SINAIS DE ALERTA EM PACIENTES COM CEFALÉIA QUE SUGEREM MANEJO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA (presença de pelo menos um): - aparecimento súbito e dor descrita como a pior sentida na vida; - evolução insidiosa e progressiva, com ápice há poucos dias; -iniciada após trauma de crânio recente; -sinais de doença sistêmica: febre, mialgias, petéquias, confusão mental, rigidez de nuca; -paciente SIDA/HIV com padrão novo de cefaléia ou alteração em exame de imagem ;-padrão novo de cefaléia em paciente com história recente/atual de neoplasia , uso de anticoagulantes ou com discrasias sanguíneas; -padrão novo de cefaléia iniciada em paciente com mais de 50 anos, com dor a palpação e edema da artéria temporal superficial, mialgias e/ou VSG elevado; edema de papila; -sinais neurológicos focais; -crise hipertensiva e confusão mental; -suspeita de glaucoma (pupila fixa com midríase média / olho vermelho).				
EPILEPSIA	-Pelo menos um episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva (QUADRO 1), sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS. -Diagnóstico prévio de epilepsia com controle	1. sinais e sintomas (descrever as características e a frequência das crises convulsivas, idade de início, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas fora	-Paciente com crises recorrentes mesmo em uso de 2 a 3 drogas de forma aderente (confirmada por dosagem sérica do anticonvulsi-	Permanecer no nível especializado até atingir meta de tratamento. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à

	inadequado das crises com tratamento otimizado e descartada má adesão. -Paciente com epilepsia controlada há pelo menos 2 anos que deseja avaliação para retirada da medicação. - Mulheres com epilepsia que estão gestantes ou que desejam planejar gravidez. - Dúvida diagnóstica sobre a natureza das convulsões; - Paciente com epilepsia e efeitos adversos intoleráveis da medicação	das crises convulsivas); 2. História prévia de epilepsia (sim ou não). Se sim, descreva o tipo; 3. Tratamentos em uso ou já realizados para epilepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia); 4. Medicamentos em uso que interferem no limiar convulsivo (sim ou não). Se sim, quais; 5. Avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não); 6. Resultados de exames: Exames laboratoriais (Dosagem sérica do anticonvulsivante e outros exames a critério clínico) / Eletroencefalograma (EEG), dentre outros exames relevantes já realizados.	vante). -Mulheres com epilepsia que estão gestantes -Primeiro episódio de crise convulsiva após os 50 anos	unidade de origem para continuar o tratamento de posse do relatório de contra-referência (plano de cuidados)
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a EMERGÊNCIA: Suspeita de: estado de mal epiléptico/ eclâmpsia/ infecção do sistema nervoso central/ acidente vascular cerebral agudo/ distúrbios hidroeletrolíticos graves/suspeita de abstinência alcoólica.				
SÍNCOPE OU PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA	- Episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva (ver QUADRO 1) - Síncope de origem vascular **Atenção:** Paciente com síncope vasovagal usualmente não necessita avaliação em serviço especializado. As características comuns da síncope vasovagal são: síncope desencadeada por postura ortostática prolongada; ou	1. sinais e sintomas (descrever episódio com sua frequência e duração, associação com outros sintomas de provável origem cardiológica (palpitação, dispnéia, desconforto precordial), relação com exercício ou outros fatores desencadeantes e exame físico neurológico e cardiológico); 2. presença de cardiopatia (sim ou não). Se sim, qual;	- Síncope em pacientes com alto risco cardiovascular, histórico de TCE, AVE (já avaliados em serviço de urgência). -Alteração de consciência sugestiva de crise convulsiva	Permanecer no nível especializado até atingir meta de tratamento. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento de posse do relatório de contra-referência

	síncope situacional, desencadeada por fatores definidos (dor, medo, fobia de sangue ou procedimentos médicos) ou situações específicas (tosse, espirro, estimulação gastrintestinal, pós-miccional); ou o que apresenta sintomas prodrômicos típicos como sudorese, calor e escurecimento da visão.	3.Comorbidades 4. História familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco; 5. Resultado de exames: Exames laboratoriais (à critério clínico) Eletroencefalograma (EEG) Eletrocardiograma Doppler de carótidas e vertebrais. 6. Medicamentos que podem causar síncope (antiarrítmicos, anti-hipertensivos) (sim/não). Se sim, descreva.		
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a URGÊNCIA: episódio de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações de risco em eletrocardiograma (ver quadro 4 no anexo) ou história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos, entre outras. **Condições que devem ser encaminhadas à CARDIOLOGIA:** Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia (sempre avaliar necessidade de encaminhar primeiramente para serviço de emergência): síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispnéia, hipotensão, dor torácica, sopro, episódio que ocorre durante o exercício); ou síncope em paciente com alteração compatível no eletrocardiograma (ver QUADRO 2 no anexo); ou síncope em paciente com cardiopatia estabelecida (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, valvulopatia, miocardiopatia dilatada, doenças cardíacas congênitas); ou síncope em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos; ou síncope/pré-síncope de origem indeterminada.				
VERTIGEM	-Vertigem com suspeita de origem central já avaliada em serviço de emergência. (QUADRO 3 DO ANEXO)	1. Sinais e sintomas (duração, tempo de evolução e frequência dos episódios de vertigem; fatores desencadeantes; outros sintomas associados, exame físico neurológico e otoscopia); 2. Tratamento em uso ou já realizados para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação); 3. Resultado de TSH e glicemia de jejum ou	-Vertigem com suspeita de origem central.	Permanecer no nível especializado até esclareci-mento diagnóstico e/ou controle clínico. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento de posse do

		hemoglobina glicada, com data; 4. Medicamentos que cursam com vertigem; 5. Comorbidades		relatório de contra-referência (plano de cuidados)
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para URGÊNCIA: vertigem com suspeita de origem central (QUADRO 3) e sinais de gravidade: sintomas ou sinais neurológicos focais (como cefaléia, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria, ataxia); ou novo tipo de cefaléia (especialmente occipital); ou surdez aguda unilateral; ou nistagmo vertical. **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para OTORRINOLARINGOLOGIA:** Suspeita de vertigem periférica				
TREMOR E SÍNDROMES PARKINSONIANAS	-Suspeita de doença de Parkinson (quadro 5) sem uso de medicamentos potencialmente indutores(quadro 6); -Suspeita de tremor essencial (quadro 5) sem resposta ao tratamento clínico otimizado.	1. Sinais e sintomas (descrever idade de início e tempo de evolução dos sintomas, características do tremor, bradicinesia, rigidez muscular do tipo plástica, alteração da marcha, instabilidade postural e demais exames neurológicos); 2. Tratamentos em uso ou já realizados para tremor e/ou síndrome parkinsoniana (medicamentos utilizados com dose e duração do tratamento); 3. Outros medicamentos em uso (com dose e posologia);	-Doença de Parkinson com grande comprometimento funcional -Parkinsonismo rapidamente progressivo.	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento de posse do relatório de contra-referência.
DISTURBIOS DE MOVIMENTO (ATAXIAS E CORÉIAS)	-Suspeita ou diagnóstico de ataxia (quadro 7) ou coréia (quadro 8). -Suspeita ou diagnóstico de distonia (quadro 9) ou espasmo hemifacial.	1. Sinais e sintomas; 2. Início do quadro; 3. Comorbidades; 4. História familiar de ataxia ou coréia hereditária (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco; 5. História de consangüinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco.	Todos os casos.	Permanecer no nível especializado.
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência: episódio agudo de ataxia em adultos (principais causas: acidente vascular cerebral, infecção, medicamentos, entre outras). **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para genética:** suspeita ou diagnóstico de ataxia (quadro 7) de provável origem genética, após avaliação com neurologista; ou suspeita ou diagnóstico de coréia (quadro 7) de provável origem genética, após avaliação com neurologista.				

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	-AVC hemorrágico sem etiologia definida; -AVC isquêmico em paciente com menos de 45 anos; -AVC isquêmico com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (Ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma);- -AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50 a 69%. - Estenose de carótida assintomática maior que 70%	1. Descrição do tipo de AVC (hemorrágico ou isquêmico), data do evento e etiologia, quando conhecida/seqüelas; 2. Resultado de exame de imagem (TC de crânio) com data (se realizado); 3. Descrever propedêutica realizada para identificação da causa de base (ecocardiograma e doppler de carótida 4. Comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais;	- Egresso Hospitalar - AVE ou AIT de repetição.	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento de posse do relatório de contra-referência.
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência: suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Isquêmico Transitório (AIT) em fase aguda. **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia vascular ou neurocirurgia:** AVC isquêmico ou AIT em paciente com estenose de carótida, ipsilateral à lesão cerebral,maior ou igual a 70%, que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico; estenose de carótida assintomática maior que 70%, com indicação de intervenção após avaliação de riscos e benefícios com neurologista.				
POLINEURO-PATIAS	**Polineuropatias:** Encaminhar pacientes ao neurologista que apresentam: sintomas atípicos (Sintomas graves ou rapidamente progressivos, Sintomas assimétricos ou não comprimento dependente, Sintomas predominantemente motores, Sintomas com início agudo, Predomínio de manifestações clínicas autonômicas, Causa etiológica não definida.); sintomas progressivos; sintomas refratários a tratamento clínico otimizado (tratamento da causa base e uso de medicamentos como tricíclicos ou gabapentina)ou sem	1. Sinais e sintomas (evolução dos sintomas no tempo, características dos sintomas sensitivos, motores, reflexos miotáticos profundos, entre outros); 2. Resultado de eletroneuromiografia, com data (se realizado); 3. Descrever resultado de exames realizados na investigação, com data; 4. Paciente tem outras comorbidades? (sim ou não) Se sim, quais? 5. Tratamento em uso ou já realizado para polineuropatia (descreva medicamento e posologia); 6. Outros medicamentos em uso;	-Suspeita de PNP com sintomas atípicos e rapidamente progressivos -Pacientes com polineuropatia com quadro álgico moderado/intenso refratário a tratamento clínico otimizado.	Permanecer no nível especializado até esclareci-mento diagnóstico e/ou controle clínico. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento de posse do relatório de contra-referência (plano de cuidados)

	etiologia definida após investigação inicial na APS. **OBS:** Pacientes com sintomas de polineuropatia com características típicas e etiologia definida (como DM, abuso de álcool, quimioterapia, entre outros) devem inicialmente ser manejados na APS. Encaminhar pacientes ao neurologista que apresentam sintomas atípicos, refratários ou sem etiologia definida	7. História familiar de neuropatia hereditária (sim ou não)? Se sim, descreva a doença e grau de parentesco; Vide Quadro 9: Avaliação laboratorial na suspeita de Polineuropatia		
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência: suspeita de polineuropatia aguda (como Guillain-Barré).				
DEMÊNCIA	- Declínio cognitivo rapidamente progressivo (limitação funcional, cognitiva, comportamental ou motora significativas com evolução menor que dois anos) (QUADRO 10 – Mini Exame do Estado Mental); - Declínio cognitivo em que foram excluídas causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados. **OBS: Suspeita de demência em pessoas com 60 anos ou mais devem ser encaminhadas inicialmente à especialidade de GERIATRIA (posteriormente se houver necessidade o geriatra pode solicitar interconsulta com a neurologia).**	1. Sinais e sintomas (descrever idade e modo de início, tempo de evolução, situações e tarefas que o paciente apresenta prejuízo, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados); 2. Pontuação no mini exame do estado mental e escolaridade (anos concluídos de educação formal); 3. Sintomas depressivos (sim ou não). Se sim, qual o tratamento em uso e resposta; 4. Resultado dos exames: TSH, vitamina B12, FTA-abs e VDRL (com data); 5. Resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado);	-Todos os casos de incapacidade cognitiva em menores de 60 anos.	Permanecer no nível especializado até esclareci-mento diagnóstico e/ou controle clínico. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento de posse do relatório de contra-referência (plano de cuidados)
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para GERIATRIA: Suspeita de demência em pessoas com 60 anos ou mais (posteriormente se houver necessidade o geriatra pode solicitar interconsulta com a neurologia).				

REFERÊNCIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Telessaúde RS (Telessaúde RS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de encaminhamento para neurologia adulto. rev. e atual. Porto Alegre: Telessaúde RS-UFRGS, 29 abr. 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_neurologia.pdf Acesso em: 01/06/2020.

ANEXO

Quadro 1- Sinais sugestivos de crise convulsiva em paciente com episódio de alteração da consciência:

Língua mordida;
Posturas não usuais de tronco ou membros durante a crise;
Desvio cefálico lateral persistente durante a crise;
Contração muscular prolongada de membros (atentar para o fato de que pacientes com síncope podem apresentar abalos musculares não prolongados);
Confusão mental prolongada após a crise.
Não lembrar de comportamentos anormais testemunhados por outra pessoa e que aconteceram antes ou depois da alteração de consciência

Fonte: Telesaúde RS-UFRGS (2020) adaptado de National Institute for Health and Clinical Excellence (2014a).

Quadro 2- Alterações eletrocardiográficas compatíveis com episódio de síncope que sugerem avaliação em serviço de emergência:

Taquicardia ventricular;
Taquicardia supraventricular paroxística rápida;
Taquicardia ventricular polimórfica não-sustentada/intervalos de QT curto e longo;
Disfunção de marca-passo ou cardio-desfibrilador implantável;
Bradicardia sinusal persistente com frequência cardíaca inferior a 40 bpm;
Síndrome de Brugada;
BAV 2 º grau Mobitz II ou BAV 3º grau;
Bloqueio sinoatrial repetitivo ou pausas significantes maiores que 3 segundos.

Fonte: Telesaúde RS-UFRGS (2018) adaptado de NICE Quality Standard 71 (2014).

Quadro 3 – 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 – figura 1), 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 a náusea e vômito.

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

Quadro 4 - Tremor e síndromes parkinsonianas

Tremor essencial:	É a causa mais comum de tremor patológico e sua prevalência aumenta com o envelhecimento. Caracteriza-se como um tremor simétrico, bilateral, usualmente com evolução progressiva e insidiosa e de característica predominantemente postural; contudo, tremor cinético, ou mesmo em repouso, pode ser identificado em alguns casos. Geralmente acomete braços e mãos, mas pode afetar cabeça e voz. Importante diferenciar da síndrome parkinsoniana (associada à bradicinesia, tremor de repouso, rigidez plástica e instabilidade postural), pois os pacientes com tremor essencial não costumam apresentar outras alterações no exame neurológico.
Síndromes parkinsonianas:	Geralmente associada a pelo menos dois sintomas cardinais (tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e instabilidade postural). Os principais diagnósticos diferencias são: doença de Parkinson, Parkinsonismo atípico, induzido por medicamentos, sequela de evento cerebrovascular ou encefalite. A **Doença de Parkinson, forma** mais comum de parkinsonismo, caracteriza-se pela presença de **bradicinesia e de, pelo menos, tremor de repouso ou rigidez.** O início dos sintomas é tipicamente assimétrico, embora não unilateral. Além dos sintomas cardinais, diversas manifestações clínicas estão associadas, como alterações cognitivas e comportamentais, depressão, anosmia, distúrbios do sono e disfunção autonômica. Muitos pacientes podem apresentar voz com baixo volume (hipofonia) e pouco modulada, "fácies de máscara" (face imóvel) e micrografia (caligrafia pequena, trêmula e pouco legível).
Tremor fisiológico exacerbado	Tremor fisiológico tem baixa amplitude e alta frequência. Pode estar presente em pessoas saudáveis e geralmente não é perceptível. Pode ser exacerbado por situações como ansiedade, estresse, uso excessivo de cafeína, medicamentos e outras doenças metabólicas, como hipertireoidismo.

Quadro 5 – Medicamentos indutores de parkinsonismo:

- Antipsicóticos (tanto os típicos quanto os atípicos);
- Antieméticos (metoclopramida e bromoprida);
- Antivertiginosos (flunarizina e cinarizina);
- Anti-hipertensivos bloqueadores do canal de cálcio (anlodipino, nifedipina, verapamil, diltiazem);
- Metildopa;
- Lítio;
- Amiodarona;
- Ácido valpróico.

Fonte: Chou (2017).

Quadro 6 – Avaliação de ataxia

Definição: incoordenação motora que não é resultada de fraqueza muscular. Pode afetar movimento ocular, fala (disartria), membros, tronco, postura e marcha.

Quadro clínico:

- Presença de hipotonia.
- Marcha desequilibrada, tende a quedas quando reduz a base de apoio (na

avaliação do equilíbrio parado com os pés juntos).

- Presença de dismetria (incapacidade de atingir um alvo como identificado pela manobra index-nariz, calcanhar-joelho).
- Presença de disdiadococinesia (identificada pela incapacidade de realizar movimentos rápidos intercalados como pronação e supinação sobre a coxa).
- Presença de tremor de intenção (aumenta ao aproximar do alvo).

Causas:

Agudas: Vascular (AVC/AIT), medicamentoso, infecioso/pós-infeccioso.
Subagudas: Infecções atípicas, autoimunes, neoplásico, paraneoplásico, álcool/deficiências nutricionais, doenças sistêmicas.
Crônicas: Genéticas, degenerativas, congênitas (geralmente não progressivas).
Medicações: Antiepilépticos, álcool, amiodarona, barbitúricos, alguns quimioterápicos, lítio, metronidazol, zidovudine.

Avaliação na APS:

- Evolução da doença e sintomas associados
- História familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças associadas à ataxia
- Questionar medicamentos recentemente introduzidos ou possíveis de causa ataxia e avaliar possibilidade de substituição.
- Avaliação laboratorial conforme outras doenças crônicas ou sintomas que norteiam hipótese diagnóstica para causas secundárias, incluindo avaliação para sífilis e HIV.

Fonte: Telesaúde RS-UFRGS (2018) adaptado de Opal e Zoghbi (2017).

Quadro 7 – Avaliação de coréia

Quadro Clínico:

- Movimentos rápidos e irregulares que ocorrem de maneira involuntária e de forma imprevisível em diferentes partes do corpo.
- Pode estar associado à marcha irregular e instável, paciente inclinando-se e abaixando-se de um lado para o outro.
- Geralmente a força muscular é preservada, mas pode haver dificuldade para manter contração muscular como no aperto de mão.
- Desaparece durante o sono e não é suprimida por controle voluntário.

Causas:

- Doenças hereditárias raras (como doença de Huntington, e outras neurodegenerativas);
- Medicamentos e toxinas: dopaminérgicos, anticolinérgicos, tricíclicos, contraceptivos orais, antipsicóticos, lítio, fenitoína, anfetaminas, intoxicação e abstinência alcóolica;
- Doenças metabólicas e endocrinológicas: hipernatremia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipertireoidismo, hipoparatireoidismo, nutricionais (deficiência de vitamina B12, pelagra, Beriberi), Doença de Wilson.
- Doenças autoimunes: lúpus, purpura Henoch-Scholein;
- HIV/AIDS;
- Coreia de Sydeham (por infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo A).
- Gravidez (corea gravídica).

Avaliação na APS (conforme disponibilidade local):

- Avaliar história familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças raras hereditárias,
- Questionar medicamentos recentemente introduzidos e avaliar possibilidade de substituição,

- Avaliação laboratorial varia conforme suspeita clínica. Na ausência de suspeita solicitar: anti-HIV, Sódio, Potássio, Magnésio, Cálcio, TSH, Vitamina B12, FAN, glicemia, Beta-HCG (para mulher em idade fértil).
- RMN ou TC com contraste de crânio.

Fonte: Telesaúde RS-UFRGS (2018) adaptado de Greenberg (2005) e Rowland (2010).

Quadro 8 – Avaliação de distonia

Quadro clínico:
● Contração muscular involuntária que ocasiona postura anormal, torção e movimentos repetitivos de uma parte do corpo.
● A postura anormal pode ser dolorosa.
● Se exacerbam em períodos de estresse e tensão, diminuem no relaxamento e desaparecem no sono.
● Podem melhorar com um gesto antagonista ou com truque sensorial como toque do local acometido.
● Podem ser focais (ex: blefaroespasmo, distonia cervical, cãibra do escrivão), segmentares, multifocais ou generalizadas.
Causas:
● Hereditárias como distonias por mutações DYT.
● Adquiridas: Encefalopatia anoxica perinatal, doenças cerebrovasculares, lesão traumática craniana, medicamentos (ex: levodopa, bloqueadores de canal de cálcio, agonistas dopaminérgicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, metoclopramida), neoplasia de sistema nervoso central, infecções de sistema nervoso central e transtornos psicogênicos.
Avaliação na APS (conforme disponibilidade local):
● Avaliar história familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças raras hereditárias.
● Questionar medicamentos recentemente introduzidos e avaliar possibilidade de substituição.
● Avaliação laboratorial conforme suspeita clínica. Na ausência de suspeita específica solicitar: hemograma, sódio, potássio, magnésio, cálcio, TGO, TGP, creatinina, uréia, FAN, VSG, VDRL. RMN ou TC com contraste de crânio.

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2018), adaptado de Chaves (2009) e Comella (2018).

Quadro 9 – Avaliação laboratorial na suspeita de polineuropatia (PNP)

Quadro clínico
Varia conforme as fibras acometidas, podendo ter sintomas sensitivos, motores, autonômicos ou mistos:
- Sintomas sensitivos: hipoestesia, parestesia, disestesia, ataxia sensitiva, etc.
- Sintomas motores: fraqueza atrofia e hipotonia muscular, hipo ou arreflexia, fasciculações, etc.
- Sintomas autonômicos: anidrose, hipotensão ortostática, arritmias, hipossecreção salivar ou lacrimal, etc.

Causas
- PNP por condições clínicas gerais (mais comum): diabetes mellitus, uso abusivo de álcool, hipotireoidismo, doença hepática crônica, doença renal crônica (estágios graves ou dialíticos), neoplasias (como leucemias, linfomas, metástase de tumores sólidos), paraproteinemias (presença de proteínas monoclonais), lúpus, artrite reumatóide.
- PNP inflamatória ou infecciosas: Síndrome de Guillain-Barré (emergência médica), neuropatia motora multifocal (sintomas motores com punho caído unilateral seguido por pé caído) PNP associada ao HIV ou hanseníase.

- PNP metabólicas ou tóxicas: deficiências nutricionais (tiamina, vitamina B12), tóxica (álcool, chumbo, mercúrio, arsênio, solventes), medicamentos (quimioterápicos, colchicina, amiodarona, nitrofurantoína, isoniazida, etc.).
- PNP hereditárias: Charcot-Marie-Tooth (perda de força distal, arreflexias, perda de sensibilidade).

Avaliação laboratorial

Pacientes que apresentam polineuropatia leve por provável condição tratável na APS (como diabetes, alcoolismo, uso de medicamentos, hipotireoidismo, entre outros) não necessitam avaliação extensa laboratorial no início do quadro, devendo-se tratar a causa base da PNP. Porém sugerimos investigação precoce com eletroneuromiografia se paciente apresenta comorbidades de maior potencial de gravidade (como HIV, lúpus, artrite reumatóide, etc) ou se o paciente apresenta sintomas graves, progressivos, atípicos. Nesses casos, o padrão eletroneuromiográfico (desmielinizante versus axonal) irá nortear a sequência de investigação.

Em localidades onde o estudo eletroneuromiográfico não pode ser realizado, sugere-se a seguinte investigação mínima, se disponível:

- Glicose
- Vitamina B12
- TSH
- Eletroforese de proteínas
- VSG
- Hemograma
- Painel metabólico (creatinina, sódio, potássio, cálcio, TGO, TGP, GGT, Fosfatase Alcalina)
- Anti-HIV.

Fonte: Telesaúde RS-UFRGS (2018) adaptado de Callaghan (2015) e Rutkove (2017).

Quadro 10 – mini exame do estado mental

Nome: _____ Data: / /

Idade: _____ Escolaridade: _____

ORIENTAÇÃO (1 ponto para cada resposta correta):

Temporal - qual é o:		Espacial - onde estamos:	
Ano:		País:	
Estação:		Estado:	
Dia da semana:		Cidade:	
Dia do mês:		Rua/local:	
Mês:		Andar:	
		Pontos (0 a 10):	

REGISTRO (1 ponto por palavra lembrada na primeira vez)

* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL.

Solicitar ao paciente que preste atenção pois terá que repetir as palavras mais tarde. Peça para repetir as 3 palavras depois de você dizê-las. Se necessário, repita até 5 vezes para aprender as palavras, porém a pontuação é referente a primeira tentativa de repetição.

Pontos (0 a 3): _____

ATENÇÃO E CÁLCULO

Peça que o paciente faça subtrações seriadas. Se errar na primeira ou na segunda tentativa, peça para soletrar.

Subtrair: 100-7		ou	**Soletrar:** mundo de trás para frente
(93)		(O)	
(86)		(D)	
(79)		(N)	
(72)		(U)	
(65)		(M)	

Pontos (0 a 5): _____

Referências: Teresa à de PS/UFRGS (2016); adaptado de DUNCAN, B. B. et al (Org.). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EVOCAÇÃO (1 ponto por palavra lembrada)

* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (Pente, rua, azul).

Pontos (0 a 3): _____

LINGUAGEM

* Mostre um relógio e uma caneta e peça para nomear. (1 ponto por palavra). Pontos (0 a 2): _____

* Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá". Pontos (0 a 1): _____

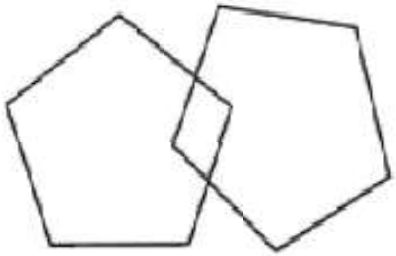
* Seguir o comando (falado) de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão". (1 ponto por comando realizado). Pontos (0 a 3): _____

* Escreva em um papel e peça para a pessoa executar: FECHE OS OLHOS. Pontos (0 a 1): _____

*Solicite que o paciente escreva uma frase (um pensamento, ideia completa). Pontos (0 a 1): _____

VISUOESPACIAL

* Copiar o desenho: Pontos (0 a 1): _____



Anos concluídos de educação formal	Pontuação
Analfabetos	≤ 21
1 a 5 anos de escolaridade	≤ 24
6 a 11 anos de escolaridade	≤ 26
12 anos de escolaridade ou mais	≤ 27

Total MEEM: _____

9. ORTOPEDIA

- Condições que indicam a necessidade de encaminhamento para a Medicina do Trabalhado ou Saúde do Trabalhador: Patologias ortopédicas com suspeita de associação com o trabalho.
- Condições que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia: Suspeita de: Patologias malignas ósseas e Tumores malignos de partes moles
- Condições que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia: Suspeita de patologia reumatológica como artrite reumatóide, artrite psoriática, Espondilite Anquilosante entre outras.
- Condições que indicam a necessidade de encaminhamento para o CER IV: Deficiência Física
- Condições que indicam a necessidade de discussão com a fisioterapia do NASF: Pacientes com indicação de avaliação e acompanhamento fisioterápico.

TRATAMENTO CLÍNICO OTIMIZADO ENTENDE-SE COMO: tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Ortopedia				
Motivo de encaminhamento	**Condições clínicas que justificam o encaminhamento**	**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter**	**Prioridade da Regulação**	**Contra-Referência**
Dor lombar associada ao não a alterações em exame de imagem da coluna lombar	Síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou Diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica); ou Diagnóstico de espondilolistese; ou Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial (Quadro 1); ou Dor lombar crônica inespecífica (após propedêutica mínima para esclarecimento diagnóstico na Atenção Básica) sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, na ausência de serviço	Sinais e sintomas: descrever características da dor, presença ou não de ciatalgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio; Descrever tratamento em uso ou já realizado para dor lombar (farmacológico e não farmacológico). Descrever comorbidades e atividade laboral; Achados relevantes ao exame físico (como resultado do Teste de Lasègue) Resultado de RX, dentre outros já realizados.	Síndrome radicular com sinais de comprometimento funcional Suspeita de estenose de canal lombar Espondilo-listese	Conforme avaliação do especialista, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)

	especializado para tratamento de dor crônica.			
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência: suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (Quadro 2) ; ou perda de força progressiva medida de maneira objetiva; ou dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado; ou diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral; ou suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas); ou suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.				
Dor cervical associada ao não a alterações em exame de imagem da coluna cervical	Diagnóstico ou suspeita de estenose de canal cervical; ou Diagnóstico de mielopatia que não foi abordada em caráter de urgência; ou Dor cervical associada a sintomas de radiculopatia, sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou Dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial; ou Dor cervical crônica inespecífica (após propedêutica mínima para esclarecimento diagnóstico na Atenção Básica) sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.	Sinais e sintomas: descrever tempo de início e duração dos sintomas, características da dor, se há irradiação para os braços, fraqueza, parestesia, fatores desencadeantes e de alívio; Descrever tratamento em uso ou já realizado para cervicalgia (não-farmacológico tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia). Descrever comorbidades e atividade laboral; Achados relevantes ao exame físico (como resultado do Teste de Spurling) Resultado de RX, dentre outros já realizados.	Síndrome radicular com sinais de comprometimento funcional Suspeita de estenose de canal cervical Espondilo-listese	Conforme avaliação do especialista, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência: suspeita de síndrome de compressão medular (ver quadro 2 no anexo); ou exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia; ou suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas); ou suspeita de fratura vertebral, luxação ou lesão medular associada a traumatismo recente; ou diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral.				

Osteoartrite (artrose) de quadril, joelho ou ombro	Osteoartrite (artrose) de quadril, joelho ou ombro associada a dor refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou com importante prejuízo para as atividades de vida diária (potencial indicação de cirurgia), ou Osteoartrite (artrose) em mãos associada a deformidades que comprometem a funcionalidade.	Manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico: dor, edema, eritema, rigidez matinal, deformidade articular ou limitação funcional. Achados relevantes ao exame físico como tumefação articular, crepitações e restrição de amplitude de movimento (ADM) Resultado do RX, da velocidade de hemossedimentação (VSG/VHS) e do **hemograma**, com data dentre outros já realizados.	Paciente em tratamento otimizado com grave limitação funcional	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)
Bursite/tendinite	Bursite e/ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento farmacológico e não farmacológico (exercícios, acompanhamento fisioterápico) otimizado por um período de 6 meses.	Sinais e sintomas: descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio; presença de restrição de movimento/prejuízo funcional, comorbidades, atividade laboral, tratamento realizado (farmacológico e não farmacológico) Achados relevantes ao exame físico, como restrição de amplitude de movimento (ADM) Resultado de Rx e Ultrassonografia da região envolvida (quando realizado).	Diagnóstico ou suspeita clínica de capsulite adesiva.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)
Problemas de mão e punho	Ruptura tendínea (quando não operada em caráter emergencial); OU Cisto sinovial recorrente ou com dor persistente, ou que cause prejuízo funcional; ou Dedo em gatilho sem melhora com tratamento clínico otimizado; OU Tenossinovite De	Sinais e sintomas: descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio, prejuízo funcional, atividade laboral, tratamento realizado (farmacológico e não farmacológico); Achados relevantes ao exame físico	Diagnóstico de ruptura tendínea não tratada em caráter emergencial Paciente em tratamento otimizado com grave limitação funcional	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)

	Quervain sem melhora com tratamento clínico otimizado; OU Síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar; ou com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos); ou há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado.	(como resultado das manobras de Tinel e Phalen, quando indicado) Resultado de Ultrassonografia da região envolvida (quando indicado), com data. Resultado de ENM (indicada para pacientes com suspeita de comprometimento neuronal).		
Dor no Joelho (não associada à artrose)	Suspeita ou diagnóstico de lesão ligamentar; OU Suspeita ou diagnóstico de lesão de menisco; OU Subluxação patelar recorrente refratária ao tratamento conservador;	Sinais e sintomas: descrever presença de instabilidade, bloqueio articular, crepitação,tempo de evolução,manobras ortopédicas realizadas, prejuízo funcional, atividade laboral, tratamento realizado (farmacológico e não farmacológico); Achados relevantes ao exame físico (como resultado das manobras ortopédicas) Resultado de RX, dentre outros já realizados.	Paciente em tratamento otimizado com grave limitação funcional	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)
Dor no ombro (não associadaà artrose)	Ruptura total de tendão do manguito rotador evidenciada em exame de imagem; OU Ruptura parcial de tendão do manguito rotador em progressão OU com dor refratária ao tratamento clínico otimizado; ou Dor no ombro (após propedêutica mínima para esclarecimento	Sinais e sintomas: descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes (histórico de trauma? Histórico de luxação?) e de alívio, prejuízo funcional (restrição de ADM), atividade laboral, tratamento realizado (farmacológico e não farmacológico); Achados relevantes ao exame físico	Paciente em tratamento otimizado com grave limitação funcional	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)

	diagnóstico na Atenção Básica)refratária ao tratamento clínico otimizado por um período de 6 meses; OU Histórico luxação recorrente de ombro	Resultado de Rx e Ultrassonografia da região envolvida (quando realizado)		
Dor no quadril (não associada à artrose)	Dor no quadril (após propedêutica mínima para esclarecimento diagnóstico na Atenção Básica) refratária ao tratamento clínico otimizado por um período de 6 meses; OU Todos os casos de osteonecrose já diagnosticados (necrose avascular ou asséptica);	Sinais e sintomas: descrever características da dor, tempo de evolução, histórico de trauma, fatores desencadeantes e de alívio, prejuízo funcional (restrição de ADM), atividade laboral, tratamento realizado (farmacológico e não farmacológico); Achados relevantes ao exame físico Resultado de RX, dentre outros já realizados.	Paciente em tratamento otimizado com grave limitação funcional Diagnóstico de osteonecrose de quadril	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)
Patologias do tornozelo e pé	Ruptura tendínea (quando não operada em caráter emergencial); OU Hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado; OU Fascite plantar, patologias do coxim adiposo, síndrome do túnel do tarso ou metatarsalgia refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses.	Sinais e sintomas: descrever características da dor, tempo de evolução, histórico de trauma, fatores desencadeantes e de alívio, prejuízo funcional (restrição de ADM), atividade laboral, tratamento realizado (farmacológico e não farmacológico); Achados relevantes ao exame físico Resultado de RX, dentre outros já realizados.	Diagnóstico de ruptura tendínea não tratada em caráter emergência Paciente em tratamento otimizado com grave limitação funcional	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)

Fraturas e luxações	Histórico de fratura recente com indicação de controle ambulatorial com ortopedista (sequela com deformidade óssea? Limitação funcional refratária à reabilitação?) Histórico de fratura associada à dor persistente e refratária a tratamento otimizado (farmacológico e não farmacológico) com ou sem limitação funcional.	Informar localização da fratura e data; qual tratamento realizado para correção da lesão (imobilização, procedimento cirúrgico, tratamento fisioterápico); apresenta deformidade ou prejuízo funcional? Resultado de RX, dentre outros já realizados.	Histórico de trama recente e presença de seqüela. Paciente com grave limitação funcional	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse do relatório de contra referência (plano de cuidados)
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência: todas situações de suspeita ou diagnóstico de fratura ou luxação pós trauma; fratura ou luxação tratada com suspeita de síndrome compartimental.				
Escoliose idiopática Juvenil	Escoliose idiopática Juvenil	Achados clínicos relevantes RX da área afetada	Paciente com limitação funcional	Permanecer no nível especializado

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Reumatologia e Ortopedia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – versão preliminar – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 46 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 3)

ANEXO

QUADRO 1- Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, que indicam a necessidade de encaminhamento para exame de imagem (ressonância magnética nuclear – preferencialmente – ou tomografia computadorizada), se raio-X normal ou inconclusivo :

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

QUADRO 2 - Suspeita de síndrome de cauda equina, compressão de cone medular ou compressão medular

COMPRESSÃO MEDULAR (CERVICAL OU TORÁCICA)
Tetra – paraparesia;
Presença de nível sensitivo – hipo ou anestesia abaixo do provável nível da lesão;
Espasticidade; Presença de reflexos tendinosos profundos aumentados abaixo do nível da lesão;
Presença de sinais de liberação piramidal (sinais de Hoffmann, Trömner, Babinski, clônus); Presença do sinal de Lhermitte;
Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal;
Síndrome medular central (sintomas de hipo/atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos MMSS e, mais proeminentemente, mão).
COMPRESSÃO DE CONE MEDULAR OU CAUDA EQUINA (LOMBOSSACRA)
Perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica);
Anestesia em sela;
Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal.

QUADRO 3 – Sinais e sintomas comuns na Osteoartrite

Osteoartrite do joelho (critério clínico e radiológico):
Dor no joelho associada a osteófitos nas margens articulares na radiografia do joelho e mais um critério clínico: - idade superior a 40 anos; - rigidez matinal com duração inferior a 30 minutos; - crepitação da mobilização ativa da articulação.
Osteoartrite do quadril (critério clínico, radiológico e laboratorial):
Dor no quadril e pelo menos 2 critérios dos 3 critérios: - VHS < 20 mm/h/1º hora; - osteófitos femoral ou acetabular na radiografia de quadril; - diminuição do espaço interarticular (superior, axial e/ou medial) na radiografia de quadril.
Osteoartrite da mão (critério clínico):
Dor ou rigidez das mãos e pelo menos 3 dos 4 critérios: - alargamento ósseo de duas ou mais articulações definidas (2º e 3º interfalangeanas distais, 2º e 3º interfalangeanas proximais e 1º articulação carpometacarpal de ambas as mãos); - alargamento ósseo de duas ou mais articulações interfalangeanas distais; - menos de três articulações metacarpofalangeanas com edema; - deformidade de pelo menos 1 das 10 articulações definidas

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

Quadro 4 – Suspeita clínica de lesão meniscal no joelho

Sintomas que iniciaram após traumatismo (atividades esportivas)
Dificuldade para agachar ou ajoelhar
Bloqueio articular
Derrame articular
Dor a palpação da interlinha articular
Anormalidade na movimentação do joelho: diminuição de movimentos passivos ou incapacidade de estender completamente o joelho.
Teste de McMurray positivo

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2015).

Quadro 5 – Suspeita clínica de lesão ligamentar no joelho

Sintomas que iniciarem após traumatismo (atividade esportiva) especialmente se associado à derrame articular precoce (primeiros instantes após o trauma)
Sensação de instabilidade articular
Frouxidão ligamentar (maior amplitude de movimento)
Positividade em testes que avaliam a integridade ligamentar: - gaveta anterior (ver figura 2 no anexo) - Lachman (ver figura 3 no anexo) - Pivot-shift (ver figura 4 no anexo)

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2015).

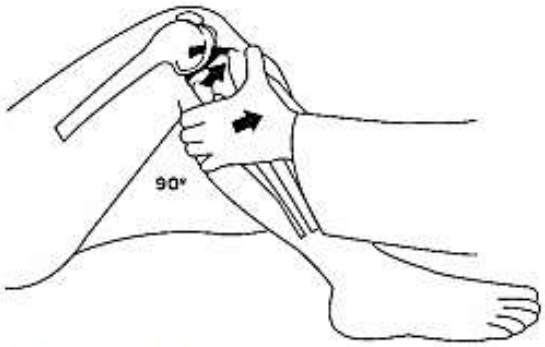
Figura 1- Teste de McMurray

Testar o menisco medial: o paciente deve permanecer em decúbito dorsal com joelho totalmente fletido. Segurar o pé e fazer rotação externa, simultaneamente aplica-se uma força em varo (para compressão do compartimento medial). Mantém-se os dedos da outra mão na linha articular medial e inicia movimento de extensão do joelho sentindo-se um estalo ou clique associado a dor.

Testar menisco lateral: com o joelho totalmente fletido, se segura o pé agora em rotação interna. Simultaneamente aplica-se uma força em valgo no joelho enquanto se estende a perna lentamente. Deve-se manter os dedos da outra mão na linha articular do joelho e atentar para um estalo ou clique associado a dor.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Figura 3 - Teste da gaveta anterior



Com o paciente em decúbito dorsal, flexionar o joelho examinado a 90°. O profissional apoia o pé do paciente, e com as mãos na região posterior da tíbia superior, empurra-a para anterior. Se comparativamente com o outro joelho há translação aumentada o teste é positivo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Figura 4 - Teste de Lachman

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

O teste de Lachman é realizado com o paciente em decúbito dorsal, flexão do joelho de 30°, estabiliza-se o fêmur distal com uma mão e com a outra se segura a tíbia proximal realizando um movimento antagônico entre eles. O teste é positivo quando a tíbia se desloca anteriormente.

Figura 5 - Teste de Pivot-shif

Paciente em decúbito dorsal e joelho em completa extensão. Realiza rotação interna da perna e estresse em valgo do joelho (empurrando a perna medialmente). Inicia-se um movimento de flexão e quando o teste é positivo observa-se uma translação da tíbia no fêmur (redução de uma subluxação anterior).

10. PRE-NATAL DE ALTO RISCO

Pré-Natal de Alto Risco				
Motivo de encaminhamento	**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento**	**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter**	**Prioridade da Regulação**	**Contra-Referência**
Dependência e/ou abuso de drogas lícitas ou ilícitas	Gestante com quadro de dependência química grave, relato de abuso de substâncias psicoativas e/ou álcool, relato de internação em UPA ou outro serviço de urgência e CAPS	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (listar todos os psicotrópicos - dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Histórico de internação em UPA, Hospital e/ou CAPS e CAPS A/D na gestação atual (data e dias de internação). Achados relevantes ao exame físico como PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do Hemograma, Gama GT , TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Amilase, Lipase, US obstétrico (se realizado), dentre outros exames relevantes ao caso	Egresso de Internação em UPA, Hospital e/ou CAPS e CAPS A/D na gestação atual	Se necessário fazer devolutiva para ATB (médico generalista e/ou GO) e encaminhar para CAPS AD
Obesidade grau III IMC > 40	Gestante com IMC > 40	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, além da PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do Lipidograma, TSH (acrescentar T4 livre se TSH alterado), Glicemia Jejum	Obesidade Grau III associada com outra comorbida de que eleve o risco gestacional	Encaminhar se necessário para Nutrição e Endocrinologia

		(acrescentar TTG de 1h e 2h se idade gestacional entre 24 e 28 semanas), US Obstétrico (se realizado)dentre outros exames relevantes ao caso		
Desnutrição IMC < 19	Gestante com IMC < 19 com ganho insuficiente de peso, evidência de crescimento fetal insuficiente (UF < para IG ou US que confirme)	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do Hemograma, Lipidograma, Albumina Sérica, Ferretina, Transferrina, TSH (acrescentar T4 livre se TSH alterado), Glicemia Jejum (acrescentar TTG de 1h e 2h se idade gestacional entre 24 e 28 semanas), US Obstétrico simples (se realizado) dentre outros exames relevantes ao caso.	Desnutrição grave associada com outra comorbida de e/ou Evidência de CIUR	Se necessário fazer devolutiva para ATB (médico generalista e/ou GO) e Nutrição
Transtorno alimentar anorexia/bulimia	Gestante com histórico/relato de transtorno alimentar grave evoluindo com ganho de peso e crescimento uterino insatisfatório	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, além da PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do Lipidograma, TSH (acrescentar T4 livre se TSH alterado), Glicemia Jejum (acrescentar TTG de	IMC < 19, relato de internação em UPA, hospital e Maternida-de	Se necessário devolutiva para ATB, NASF: psiquiatra, psicólogo e nutrição

		1h e 2h se idade gestacional entre 24 e 28 semanas), US Obstétrico (se realizado)dentre outros exames relevantes ao caso		
Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outros transtornos graves	Gestante com histórico/relatado de transtorno psiquiátrico grave, em uso de polifarmácia, relato de internações psiquiátricas.	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (listar psicotrópicos com dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico, idade gestacional e histórico de internações/atendimentos no CAPS/tentativa de auto-extermínio; Achados relevantes ao exame físico como PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do Hemograma, Gama GT, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, Amilase, Lipase, US obstétrico (se realizado), dentre outros exames relevantes ao caso.	Gestante com relato de internação recente em serviço de urgência psiquiátrica, relato de tentativa de auto-extermínio	Atendimento compartilhado com equipe de saúde mental da ATB e intermediária
HAS crônica prévia a gestação ou diagnosticada antes de 20 semanas descompensada ou diagnosticada após 20 semanas sem proteinúria	Gestante com diagnóstico prévio ou recente (< 20 semanas)HAS grave e de difícil controle, que necessite de troca de medicação e/ou com alteração de exames, outras comorbidades ou mau passado obstétrico	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do Hemograma, Lipidograma, Creatinina, Potássio, proteinúria 24h OU relação Proteinúria/ Creatinúria (RAC), Ácido Úrico, EAS, Glicemia Jejum (acrescentar TTG de	Egresso de internação por descompensação pressórica e/ou presença de Oligo-idrâmnio e/ou dopller alterado (se realizado)	Se necessário fazer devolutiva para ATB (médico generalista e/ou GO)

		1h e 2h se idade gestacional entre 24 e 28 semanas), US Obstétrico simples (se realizado) dentre outros exames relevantes ao caso.		
Pré-eclâmpsia: hipertensão que ocorre após 20 semanas (ou antes, em caso de doença trofoblástica ou hidropsia fetal)	Gestante com diagnóstico de HAS em IG > 20 semanas, com proteinúria, sintomas de cefaléia, distúrbios visuais, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do Hemograma, Lipidograma, Creatinina, Potássio, Proteinúria 24h OU relação Proteinúria/Creatinúria (RAC), Ácido Úrico, TGO, TGP, Bilirrubinas, EAS, Glicemia Jejum (acrescentar TTG de 1h e 2h se idade gestacional entre 24 e 28 semanas), US Obstétrico simples (se realizado) dentre outros exames relevantes ao caso.	Egresso de internação por descompensação pressórica e/ou presença de Oligo-idrâmnio e/ou Dopller alterado (se realizado)	Se necessário devolutiva para APS
Antecedentes de tromboembolismo (TVP)	Gestante com histórico de TVP com uso de medicação anticoagulante	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (descrever se está em uso de anticoagulação com dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA , ALTURA UTERINA e BCF Resultado do Coagulograma, US	Egresso hospitalar de internação para tratamento de TVP na gestação atual	Angiologia

		obstétrico (se realizado), dentre outros exames relevantes ao caso.		
Cardiopatia: doença reumática, congênita, arritmias, valvulopatias, endocardite ou iam	Gestante com histórico de cardiopatia, em tratamento	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF, além de achados relevantes em ausculta cardíaca. Resultado do ECG e exames já realizados para doença de base que justificou encaminhamento (Ecocardiograma, Holter, dentre outros realizados anteriormente). Resultado do US Obstétrico (se realizado)	Egresso hospitalar em decorrên-cia de descompen sação da doença cardíaca de base	Cardiologia
Pneumopática grave	Gestante com ASMA persistente em uso de corticóide inalatório e/ou broncodilatador contínuo, DPOC grave, fibrose cística	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF, além de achados relevantes em ausculta pulmonar. Resultado de exames já realizados para doença de base que justificou encaminhamento (como RX de tórax anterior à gestação ou Espirometria). Resultado do US	Histórico de internação recente e/ou uso de Oxigênio domiciliar considerar prioridade 1	Pneumologia

		Obstétrico (se realizado).		
Endocrinopatia	Gestante com Hipertireoidismo	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do TSH, T4 livre e US Obstétrico (se realizado) dentre outros exames relevantes ao caso.	Não se aplica	Se necessário fazer devolutiva para APS (médico generalista e/ou GO) e Nutrição
Endocrinopatia	Gestante com Hipotireoidismo descompensado (**TSH e T4 alterados**)	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do TSH, T4 livre e US Obstétrico (se realizado) dentre outros exames relevantes ao caso.	TSH alterado + presença de sinais de sintomas característicos de hipotireoidismo + prescrição de levotiroxina 2,5mcg/kg/dia	Se necessário fazer devolutiva para APS (médico generalista e/ou GO) e Nutrição
Endocrinopatia	Gestante com diagnóstico prévio de Diabetes mellitus	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do Hemograma, Lipidograma, Creatinina, Potássio, relação Proteinúria / Creatinúria (RAC),	Não se aplica	Se necessário fazer devolutiva para APS (médico generalista e/ou GO) e Nutrição

		EAS, Glicemia Jejum, HBA1C (glicohemoglobina), US Obstétrico simples (se realizado) dentre outros exames relevantes ao caso.		
Doenças hematológicas	Gestante com Doença Falciforme (HGB SS ou SC)	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF; Resultado do Hemograma, Eletroforese de Hemoglobina e US Obstétrico (se realizado) dentre outros exames relevantes ao caso.	Não se aplica	Encaminhar concomitantemente para o HEMOMINAS: Enviar email para hbh.cadastropacientes@hemominas.mg.gov.br com foto da guia de encaminhamento, resultado de eletroforese, nome completo e nome da mãe, data de nascimento, CNS, RG ou CPF, endereço e contato telefone da paciente.
Doenças hematológicas	Gestante com diagnóstico de Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Coagulopatia, Talassemia (quando HgB A2 maior ou igual a 3,5%)	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF; Resultado do Hemograma, Eletroforese de Hemogologina e US Obstétrico (se realizado) dentre outros exames relevantes ao caso.	Histórico de internações e/ou hemotrans-fusão	Encaminhar para Hematologia

Ginecopatias	Gestante com útero bicorne, mioma intramural > 4 cm ou miomas múltiplos ou mioma submucoso.	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF; Resultado do Exame de Imagem que identificou a ginecopatia (US Transvaginal ou US Obstétrico, dentre outros exames relevantes ao caso.	Relato de sangramento no 2º/3º trimestre	Devolutiva para ATB
Doenças autoimunes	Gestante com diagnóstico prévio ou recente de Lúpus Eritematoso, Síndrome Anti-fosfolipídeos, Artrite Reumatóide, Esclerose múltipla, outras colagenoses.	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF; Resultado do Hemograma, Urina Rotina, Pesquisa de Anticorpo Fosfolípide, FAN, FR, PCR, VHS e US Obstétrico (se realizado), dentre outros exames relevantes ao caso.	Gestante com lúpus ou síndrome anti-fosfolipéde, além de todos os casos com agravamento da doença reumatoló-gica de base considerar prioridade ZERO	Se necessário encaminhar para Reumatologia
Doenças neurológicas	Gestante com diagnóstico de Epilepsia com relato de crises convulsivas recentes	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF, além de	Relato de crises convulsivas frequentes e/ou egressa de internação	Encaminhar para Neurologia

		alterações identificadas no exame neurológico; Resultado de exames relevantes ao caso. Gestantes em uso de anticonvulsivante descrever resultado do Hemograma, TGO, TGP e Nível Sérico do anticonvulsivante em uso.		
Transplantada	Gestante com histórico de transplante de órgãos em uso de medicação	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado de exames relevantes ao caso.	Relato de internação e/ou tratamento contra rejeição	Devolutiva para APS e Ginecologista da APS
Câncer	Gestante com diagnóstico de Câncer em tratamento de origem ginecológica ou não.	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado de exames relevantes ao caso.	Relato de agravo / Piora do quadro oncológico, reação adversa à quimioterapia considerar prioridade ZERO	Devolutiva para ATB

História reprodutiva / gestações anteriores com desfechos desfavoráveis	Gestante com histórico obstétrico de prematuridade extrema (IG< 28 semanas)morte perinatal inexplicada, Síndrome Hemorrágica ou Hipertensiva, HELLP, Histórico de Eclampsia, Parada Cardiorrespiratória ou admissão em UTI	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado de exames relevantes ao caso.	Gestação atual com sangramento 2º/3º trimestre OU associação de comorbi-dades	Devolutiva para ATB
Cirurgia Bariátrica	Gestante com Histórico de Cirurgia Bariátrica	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do Hemograma, Vitamina B12, Ferritina, Glicemia Jejum, US Obstétrico simples (se realizado), dentre outros exames relevantes ao caso.	Não se aplica	Devolutiva para ATB. Se necessário encaminhar para Gastro.
Abortos consecutivos	Gestante com Histórico de 3 ou mais abortos consecutivos ou 5 intercalados	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado de exames relevantes ao caso e US obstétrico (se realizado)	Gestação atual com sangramen-to 2º/3º trimestre considerar prioridade 1	Devolutiva para APS e Ginecologista da APS

Insuficiência Cervical	Gestante com IG > 12 semanas com histórico de insuficiência cervical, cerclagem ou relato de > 3 abortos consecutivos ou 5 intercalados	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado de exames relevantes ao caso e US Obstétrico (se realizado)	Gestação atual com sangramen-to 2º/3º trimestre	Se idade gestacional menor que 12 semanas encaminhar concomitante-mente ao Centro Materno Infantil para avaliação da indicação de cerclagem.
Isoimunização RH em gestação anterior	Gestante Rh negativo com COOMBS INDIRETO Positivo	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do COOMS indireto, grupo sanguíneo e RH da gestante, além do US obstétrico (se realizado)	Não se aplica	Encaminhar concomitante à medicina fetal via CEAPS (risco de eritroblastose fetal)
Alterações placentárias	Gestante com histórico obstétrico de acretismo placentário, acretismo placentário na gestação atual, placenta prévia total após 20ª semana de gestação.	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do US obstétrico	Histórico de sangramen-to vaginal nos 2º e 3º trimestre da gestação considerar prioridade 1	Acompanhar com APS

Gestação múltipla	Gestação atual gemelar	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do US Obstétrico	Gestante com evolução desfavorá-vel e/ou com comorbida-des e/ou com 20 semanas ou mais de gestação na época do encaminha mento	Acompanhar com APS
Endocrinopatia	Gestante com diagnóstico de Diabetes gestacional: glicemia de jejum ≥92 MG/dl (confirmada em segunda glicemia de jejum se realizado antes de 20 semanas de gestação). Entre 24 e 28 semanas qualquer valor alterado: jejum ≥92 MG/dl ou 1 hora pós 75 MG dextrosol ≥180 md/dl OU 2h 75 MG dextrosol ≥153 MG/dl já confirma diagnóstico	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do Hemograma, Creatinina, Relação Proteinúria/Creatinúr ia (RAC), EAS, Glicemia Jejum (acrescentar TTG de 1h e 2h se idade gestacional entre 24 e 28 semanas), US Obstétrico simples (se realizado) dentre outros exames relevantes ao caso.	Gestante com controle insatisfatório e/ou egressa de internação para controle glicêmico e/ou em uso de insulina	Acompanhar junto com Ginecologista da APS

Doenças infecciosas	Gestante com ZIkA, diagnóstico de Sífilis terciária resistente ao tratamento com Penicilina ou achados ecográficos suspeitos de Sífilis Congênita , Rubéola, Citomegalovírus, Tuberculose, Hanseníase, Hepatite com transaminases alteradas, HbeAg + ou alterações no USU; Gestante com HIV/AIDS Toxoplasmose: Ig > 16 semanas com IgM positivo e Ig < 16 semanas com IgM positivo **+** TESTE DE GRAVIDEZ ALTO OU INTERMEDIÁRIO)	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso(dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA , ALTURA UTERINA e BCF Resultado dos exames marcadores das doenças (que deram diagnóstico à doença que justificou o encaminhamento) + US obstétrico (se realizado)	Não se aplica	Acompanhar junto com infectologia. Gestante com HIV encaminhar concomitantemente para o SAE
Anemia	Gestante com HgB ≤ 8 MG/dl	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do Hemograma, Ferritina, Ferro Sérico, Capacidade Total de Ligação do Ferro e Índice de Saturação da Transferrina. US Obstétrico (se realizado) dentre outros exames relevantes ao caso.	Não se aplica	Anemia (Hemoglobina < 6 g/dl encaminhar para avaliação no Complexo Materno-infantil de Contagem.);

Plaquetopenia	Gestante com plaquetas ≤ 100.000 (confirmada em segundo Hemograma com intervalo de 30 dias, exceto para plaquetas < 50.000)	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do Hemograma (dois resultados com intervalo de 30 dias se plaquetas entre 50 e 100.000), FAN e US Obstétrico (se realizado), dentre outros exames relevantes ao caso.	Gestante com Plaquetas ≤50.000	Encaminhar para Maternidade se necessário
Desvio de crescimento uterino confirmado por ULTRASSOM	Gestante com Alterações de Útero Fita com CIUR OU Microssomia confirmado pelo US	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do US Obstétrico, dentre outros exames relevantes ao caso.	Não se aplica	Devolutiva para ATB
Desvio de volume de líquido amniótico	Gestante com Oligoidrâmnio ou polidrâmnio confirmado por US	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do US Obstétrico, dentre outros exames relevantes ao caso.	US confirmar sinas de sofrimento fetal crônico, como associação de crescimen-to intra-uterino restrito	Se avaliação clínica ou ultrassono-grafia com sinais de sofrimento fetal referenciar ao Complexo Materno-infantil de Contagem

Má formação fetal ou outras condições do feto	Gestante com US confirmando Má Formação Fetal, Arritmia Cardíaca	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do US Obstétrico, dentre outros exames relevantes ao caso.	US confirmar sinas de sofrimento fetal	Encaminhar concomitantemente para medicina fetal via CEAPS
Pielonefrite	Gestante com histórico ou diagnóstico recente de Pielonefrite	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, histórico de internações por Pielonefrite na gestação atual, medicamentos em uso (dose e posologia) (inclusive profilaxia para ITU), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado de Urina rotina, Urocultura, Uréia, Creatinina e US Obstétrico (se realizado), dentre outros exames relevantes ao caso.	Egresso hospitalar de segunda internação para tratamento de Pielonefrite na gestação atual considerar prioridade ZERO	Devolutiva para APS
Hemorragias do segundo e terceiro trimestre da gestação;	Gestante com relato de sangramento vaginal	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, histórico de atendimento na maternidade em decorrência de sangramento vaginal na gestação atual, medicamentos em uso (dose e posologia), comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional;	Egresso hospitalar	Se sangramento ativo referenciar para avaliação no Complexo Materno-infantil de Contagem.

		Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado do US Obstétrico.		
Colestase gestacional	Gestante com icterícia persistente, podendo estar ocasionando prurido intenso	Descrever quadro clínico que justificou o encaminhamento, medicamentos em uso, comorbidades, histórico obstétrico e idade gestacional; Achados relevantes ao exame físico como IMC, PA, ALTURA UTERINA e BCF Resultado de TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirrubina sérica direta e indireta e US Obstétrico (se realizado), dentre outros exames relevantes ao caso.	Não se aplica	Se indicado fazer devolutiva para APS (médico generalista e/ou GO) e/ou encaminhamento para o gastroenterologista (se necessário)

SUS

Secretaria de
Saúde

PER POPULUM OMNIS POTESTAS A DEO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM