



Prefeitura Municipal da Estância Turística de Batatais – SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça Cônego Joaquim Alves, 167 – Fone: (16) 3761-7433 Cx. Postal 58
e-mail: semusabatatais@gmail.com



“PROTÓCOLOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA ESPECIALIDADES”

2022



Elaboradora

Maristela de Sousa

Colaboradores

Adalto Evangelista Filho	Marcos Antonio Leal de Lira
Alexandre Pinheiro Gomide Marques	Lucas Queiroz Carvalho
Gustavo Pinheiro Machado Arantes	Renan Augusto Felipe
Ana Paula Ghedini Lopes	Jivago Jorge Scandiuzzi
Kamila Elizeu Valente	Jose Otacilio Denadai
Epaminondas Gotardo Rocha Junior	Lecio Rodrigues Ferreira
Carolina de Castro Castrighini	Diego de Castro Mendonça Furtado
Marcelo Engracia Garcia	Gabriel Salim Casseb
Camila Viana Duarte	Rosilene Silva Mazarao Zanon
Gabriela Rodrigues Lobato Muller	Elisa Maria Rinhel Oliveira
Rosa Maria de Abreu	Gislene Meirelles
Marcelo Nascimento Gomes Pinho	Giovanna Ap. Tobias Oliveira

Revisão

Jaqueline Batistuta

Aprovação

Bruna Franciele Toneti



Sumário

PROTOCOLOS PARA ENCAMINHAMENTOS DE ESPECIALIDADES DA REDE MUNICIPAL	4
CARDIOLOGIA.....	4
CIRURGIA AMBULATORIAL.....	5
DERMATOLOGIA.....	6
GASTROENTEROLOGIA.....	8
GASTROCIRURGIA E CIRURGIA GERAL	10
INFECTOLOGIA	13
OFTALMOLOGIA.....	14
ORTOPEDIA GERAL.....	15
OTORRINOLARINGOLOGIA.....	17
NEUROLOGIA.....	18
NEFROLOGIA	19
PLANEJAMENTO FAMILIAR - SEV	20
PNEUMOLOGIA	25
PSICOLOGIA na Atenção Básica (UBS/PSF).....	26
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I).....	28
REUMATOLOGIA	31
UROLOGIA.....	33
VASCULAR	34
PROTOCOLOS PARA ENCAMINHAMENTOS DE OBSTETRICIA REFERENCIADOS.....	35
Especialidade CROSS: OBSTETRÍCIA – BAIXO PESO – PREMATURIDADE ESPONTÂNEA.....	35
Especialidade CROSS: OBSTETRÍCIA - DIABETES.....	36
Especialidade CROSS: OBSTETRÍCIA – DST/HIV NA GESTAÇÃO.....	39
Especialidade CROSS: OBSTETRÍCIA – HIPERTENSÃO.....	40
Especialidade CROSS: OBSTETRÍCIA – MEDICINA FETAL.....	42
EXAMES DE IMAGEM DISPONIBILIZADOS PELA SMS	44
MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO	44
DENSITOMETRIA ÓSSEA (OMS).....	44
RELAÇÃO DE ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES:	45
EXAMES LABORATORIAIS DISPONIBILIZADOS PELA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA E SEUS CRITÉRIOS E DIRETRIZES CLINICAS.....	48
Referências Bibliográficas:	60



PROTOSCOLOS PARA ENCAMINHAMENTOS DE ESPECIALIDADES DA REDE MUNICIPAL

CARDIOLOGIA

Principais motivos do encaminhamento:

1. Avaliações cardiológicas pré-operatórias;
2. Pacientes portadores de fatores de risco associado a infarto;
3. História familiar de cardiopatia em familiar de primeiro grau;
4. Síndrome metabólica (**passível de ser tratada na Atenção Básica**);
5. Hipertensão arterial estágio III;
6. Hipertensão arterial refratária a tratamento (**após otimização terapêutica**);
7. Doença arterial coronariana;
8. Arritmia cardíaca;
9. Insuficiência cardíaca (desde grau I, NYHA – New York Heart Association);
10. Todas as doenças valvares;
11. Todas as cardiomiopatias;
12. Doença das aortas Torácicas e Abdominais;
13. Cardiopatias Congênitas.

Informações necessárias para encaminhamento:

1. História clínica sucinta, informando localização, características, frequência, evolução, antecedentes e patologias associadas.
2. Exame físico: relatar os achados importantes,
3. **OBRIGATÓRIO** os seguintes exames complementares:
 - I. ECG
 - II. RX Tórax (**LAUDO ANEXADO** no encaminhamento, para pacientes com idade acima de 60 anos ou com comorbidades (ICC, HÁ, DM, ICO, AVC prévio.))
 - III. Bioquímica (Glicemia, Colesterol Total, HDL, LDL, Triglicérides, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio)
 - IV. Hemograma
 - V. **Coagulograma (TS e TC) SE:**
 - a. Avaliação pré-anestésica
 - b. Uso de anticoagulantes



CIRURGIA AMBULATORIAL

Principais motivos do encaminhamento:

Todo tipo de lesão que necessita realizar exérese/biopsia:

1. Cistos sebáceos
2. Lipoma (**Comprovado por Ultrassom com laudo em anexo ao encaminhamento**)
3. Nevos
4. Verrugas vulgares
5. Verrugas plantares
6. Carcinoma basocelulares e espinocelulares
7. Hemangiomas
8. Unha encravada
9. Biopsia cutânea para diagnósticos

Informações necessárias para encaminhamento:

1. História clínica sucinta: descrever as características das lesões, principalmente quanto a tamanho e localização; se há sinais de malignidade ou não; tempo de evolução.
2. Exame físico: descrição da lesão tamanho e localização.
3. Exames complementares – nos casos pertinentes.
4. Hipóteses diagnósticas – enumerar.
5. Tratamento: citar os tratamentos empregados previamente.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

1. Cisto sinovial
2. Xantelasma
3. Cisto palpebral
4. Cisto pilonidal
5. Lipomas de grande volume
6. Crianças menores de 10 anos
7. Verrugas e/ou lesões em região perianal ou órgãos sexuais.



DERMATOLOGIA

Principais motivos do encaminhamento:

Prioridades

1. Suspeita de Melanoma
2. Suspeita de CEC (Carcinoma Espinocelular) se a dermatologista não realiza procedimentos, é indicado que tais casos sejam encaminhados para Oncocirurgia;
3. Infecções/Infestações com complicação:
 - a. Escabiose (com infecção secundária recorrente);
 - b. Exantemas virais (de evolução desfavorável ou sem sinais de melhora);
 - c. Herpes Zoster (apenas em casos de acometimento de áreas nobres ou ocorrência de neuralgia pós herpética de difícil manejo);
 - d. Lesão infecciosa aguda e imunocomprometida (sem sinais sistêmicos)
4. Lesões inflamatórias/auto-imunes
 - a. Lesões vesico-bolhosas
 - b. Eczemas agudos acometendo grande superfície corpórea
 - c. Reações de fotossensibilidade agudas

Rotina

1. Suspeita ou caso de Hanseníase (o manual do Ministério da Saúde considera que esta condição pode ser tratada e acompanhada na Atenção Básica, devendo ser encaminhados apenas casos de reações adversas a poliquimioterapia), Micobacteriose, Leishmaniose ou Micoses profundas;
2. Suspeita de CBC (Carcinoma Basocelular) se a dermatologista não realiza procedimentos, é indicado que tais casos sejam encaminhados para Oncocirurgia;
3. Eczemas e pruridos crônicos;
4. Avaliação de nevus sem mudança recente (sugerimos encaminhar a Cirurgia Ambulatorial);
5. Ceratoses, micoses crônicas ou recidivantes, alopecia, quelóides em evolução;
6. Outras dermatites de curso crônico;
7. Acne de qualquer intensidade.

Critérios ao encaminhar:

1. Queixas subjetivas de queda de cabelo
 - a. Encaminhar apenas casos de alopecia objetiva: teste de tração positivo ou observação da área de alopecia
2. Molusco contagioso em crianças
 - a. Encaminhar apenas casos especiais, crônicos que se recusem a extração.
3. Micoses superficiais
 - a. Encaminhar apenas casos crônicos (> 3 meses) e que não responderam ao tratamento específico



4. Cosmiatria

- a. **APENAS** encaminhar casos de melasma, rugas, fot envelhecimento, estrias e cicatrizes hipertróficas com acometimento **ESTÉTICO E PSICOSSOCIAL RELEVANTES**.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

1. Farmacodermias graves
 - a. Complexo Síndrome de Stevens-Johnson
 - b. Necrólise Epidérmica Tóxica
 - c. Farmacodermias com sinais sistêmicos: DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms)
2. Grandes queimados
3. Picadas de animais peçonhentos



GASTROENTEROLOGIA

Principais motivos do encaminhamento:

1. **Sintomas dispépticos** (apenas em casos refratários a tratamento, não encaminhar gastrite bacteriana por H. Pylori sem tratamento)
 - a. Pirose;
 - b. Azia;
 - c. Regurgitações amargas ou ácidas;
 - d. Epigastralgia;
 - e. Plenitude pós-prandial, saciedade precoce, empachamento e distensão abdominal associada à alimentação.
2. **Alterações do hábito intestinal**
 - a. Diarréia crônica (Acima de 21 dias de evolução);
 - b. Constipação intestinal refrataria a mudança comportamental e tratamento medicamentoso;
 - c. Alternância entre períodos de diarréia e constipação intestinal.
3. **Sangramentos digestivos aparente**
 - a. Melena
 - b. Hematêmese
 - c. Enterorragia
4. **Doenças Pancreáticas**
 - a. Pancreatite crônica
 - b. Pancreatite aguda após compensação clínica
5. **Suspeita de Neoplasia** (Fígado, Pâncreas), Síndrome consuptiva (emagrecimento, queda do estado geral etc) associada a sintomas tais como:
 - a. Icterícia flutuante ou súbita
 - b. Massa abdominal palpável
6. **Hepatologia** (anexar resultado de exames no pedido)
 - a. Alteração de enzimas hepáticas (TGO, TGP, GGT E FA)
 - b. Icterícia associada à alteração de enzimas hepáticas
 - c. Sorologias positivas para Hepatites virais B e C
 - d. Suspeita clínica ou diagnóstico de Cirrose hepática (encaminhar ambulatório HCFMRP)
 - e. Esteatose hepática associada à alteração de enzimas hepáticas
 - f. Nódulos de etiologia a esclarecer.

Informações necessárias para encaminhamento:

1. História clínica com descrição do tratamento em uso e/ou já realizado (não farmacológico e medicamento utilizado com dose e posologia, inclusive outros medicamentos em uso).
2. Exame físico: relatar os achados importantes
3. Exames complementares: Àqueles necessários para comprovação da Hipótese Diagnóstica.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO



Prefeitura Municipal da Estância Turística de Batatais – SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça Cônego Joaquim Alves, 167 – Fone: (16) 3761-7433 Cx. Postal 58
e-mail: semusabatatais@gmail.com



1. Pacientes em faixa etária pediátrica (Abaixo de 13 anos de idade);
2. Doenças orificiais (Hemorróidas, Fissuras, Fístula anal etc);
3. Hérnias abdominais ou inguinais;
4. Litíase biliar;
5. Exame de sangue oculto positivo nas fezes sem outras alterações tais como anemia ou modificação do hábito intestinal;
6. Dor abdominal inespecífica sem relação com trato digestivo (alimentação ou evacuação);
7. Cefaléia atribuída a “problema no estômago”;
8. Pacientes em síndrome de abstinência alcoólica;
9. Para tratar parasitose intestinal.

Obs: Não encaminhar os pacientes apenas para realização de Endoscopia Digestiva Alta ou Colonoscopia.



GASTROCIRURGIA E CIRURGIA GERAL

(CID's Compatíveis: K458, K801, K802, K805, K808, K820, K821, K824, R104, K402, K409, K429, K439)

➤ COLELITÍASE (Pedra na Vesícula)

- Idade entre 15 e 80 anos – Sim ()
- ASA (American Society of Anesthesiologists) 1 ou 2 - Sim ()
- IMC (Índice de Massa Corporal) < 40 Kg/m² – Sim ()

São elegíveis para colecistectomia vídeo-laparoscópica os pacientes que:

- a. Apresentarem o diagnóstico colelitíase através de ultrassom de abdome **(Obs - Levar o laudo e as fotografias do exame no dia da consulta)**;
- b. Não apresentaram sinais de complicação: pancreatite, colecistite aguda ou coledocolitíase;
- c. Desejarem tratamento cirúrgico;

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- a. Icterícia em qualquer fase da doença;
- b. Alteração nos exames de fosfatase alcalina, gamaGT ou bilirrubinas;
- c. Sinais clínicos ou ultrassonográficos de colecistite aguda;
- d. Achado ultrassonográfico de dilatação das vias biliares;
- e. Tabagismo nos últimos 30 dias;
- f. Não desejarem tratamento cirúrgico.

Exames pré-operatórios específicos (levar resultados no dia da consulta)

- Bilirrubinas, fosfatase alcalina e Gama GT
- Ultrassom de abdome superior.

➤ HÉRNIAS DE PAREDE (UMBILICAL, INGUINOCRURIAIS, EPIGÁSTRICA, INCISIONAL)

- Idade entre 15 e 80 anos – Sim ()
- ASA (American Society of Anesthesiologists) 1 ou 2 - Sim ()
- IMC (Índice de Massa Corporal) < 35 Kg/m² – Sim ()
- Colo herniário < 10cm () Sim

São elegíveis para hernioplastia/herniorrafia os pacientes que:

- a. Apresentem diagnóstico clínico ou radiológico de Hérnia Primária ou recidivada com colo herniário menor que 10 cm no maior diâmetro;
- b. Índice de Massa Corporal < 35 Kg/m² e > 18 Kg/m², sendo IMC= Peso (kg)/ altura(metros) x altura(metros);
- c. Desejarem tratamento cirúrgico.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- a. Sinais de infecção de tela ou fístula digestiva;
- b. Sinais de obstrução intestinal ou peritonite;
- c. Quadro infeccioso vigente (pneumonia, ITU, etc);
- d. Hérnia encarcerada ou estrangulada;



- e. Portadores de DPOC, hiperplasia prostática e constipação intestinal não tratadas ou compensadas;
- f. Tabagismo nos últimos 30 dias.

➤ **Exames pré-operatórios específicos (levar resultados no dia da consulta)**

Obs: Exames específicos conforme idade e doenças associadas:

- 1. Paciente sadio, sem comorbidades (ASA -1), idade < 50 anos**
 - Nenhum exame complementar
- 2. Paciente sadio, sem comorbidades (ASA -1), idade > 50anos**
 - Eletrocardiograma
 - Hemograma completo
- 3. Paciente hipertenso**
 - Eletrocardiograma
 - Creatinina
- 4. Paciente diabético**
 - Eletrocardiograma
 - Glicemia de jejum
 - Creatinina
- 5. Paciente com suspeita de distúrbio de coagulação ou uso de medicação anticoagulante, incluindo a aspirina**
 - Testes de coagulação (INR/TP, TTPA)
 - Hemograma completo
- 6. Paciente com suspeita de doença cardiovascular ou diagnóstico de cardiopatia prévia**
 - Eletrocardiograma
 - Teste de esforço
 - Risco cardiológico pré-operatório
- 7. Paciente em uso de diuréticos**
 - Creatinina
 - Sódio e potássio
- 8. Paciente mulher, com suspeita de gravidez (atraso menstrual)**
 - Beta HCG sanguíneo
- 9. Paciente a ser submetido a procedimento cirúrgico no trato genito-urinário**
 - Urina rotina
- 10. Paciente com nefropatia (para confecção de fístula artériovenosa)**
 - Creatinina
 - Sódio e potássio
 - Testes de coagulação (INR/TP, TTPA)
- 11. Paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia recente, sintomas respiratórios recentes**
 - Radiografia de tórax (incidências PA e Perfil)



INFECTOLOGIA

ENCAMINHAR:

- Idade maior que 14 anos;
- Infecção pelo HIV ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA);
- Doença sexualmente transmissível (DST) refratária ao tratamento;
- Candidíase oral ou esofágica não associada a tratamento oncológico.
- Doença de Chagas - **(Formas digestivas ou cardíacas - encaminhar para as respectivas especialidades).**
- Esquistossomose;
- Leishmaniose cutânea (LTA);
- Filariose;
- Criptococose;
- Esporotricose;
- Histoplasmose;
- Paracoccidiodomicose (Pb-micose);
- Tuberculose - **(A investigação inicial deverá ser realizada na atenção básica. Encaminhar obrigatoriamente resultados de todos os exames com data de até 30 dias de antecedência, tais como radiografia de tórax e pesquisa de BAAR no escarro, ou outra informação laboratorial relevante);**
- Toxoplasmose aguda - **(Para o diagnóstico de toxoplasmose aguda em pacientes imunocompetentes é necessário sorologia com IgM e IgG reagentes).**
- Suspeita clínica de Coqueluche;
- Herpes Zoster;
- Linfadenomegalia à esclarecer, de provável causa infecciosa;
- Hepatoesplenomegalia à esclarecer, de provável causa infecciosa.

OBSERVAÇÃO: encaminhamentos deverão ser feitos através de guia de referência, com história da moléstia, dados da investigação, suspeita ou diagnóstico, tratamento e exames realizados (anexados). Entrar em contato via telefone com ambulatório para agendamento.

NOTIFICAÇÃO: deverá ser realizada pela própria unidade e anotada no encaminhamento.

NÃO ENCAMINHAR:

- Hepatites virais - O tratamento das hepatites B ou C são realizados no ambulatório de Hepatites Virais do HCFMRP, devendo ser encaminhados diretamente da unidade pelos médicos.
- Malária (suspeita clínica): dever ser encaminhados para Ribeirão Preto. Fazer contato com a equipe de Infectologia do HCFMRP para regular o caso.
- Não encaminhar paciente com provável esteato-hepatite e sorologias negativas para Hepatite B e Hepatite C.
- Não encaminhar paciente com ITU de repetição, sem avaliação estrutural das vias urinárias e/ou urodinâmica.
- Pacientes do sexo feminino com lesões em trato genital. Encaminhar ao GO.
- Sífilis em gestante e criança. Sífilis em adulto não previamente tratado na unidade. Somente deverão ser encaminhados casos de sífilis em adulto após discussão do caso com equipe do Ambulatório de Infectologia.



OFTALMOLOGIA

Principais motivos do encaminhamento:

1. Baixa acuidade visual
2. Conjuntivites
3. Retinopatias hipertensiva e diabética
4. Pterígio
5. Suspeita de catarata
6. Dor ocular
7. Cefaléia*

Informações necessárias para encaminhamento:

1. História clínica sucinta: citar outras patologias (em especial diabetes e hipertensão), tempo de evolução, complicações, história familiar (em Especial de glaucoma).
2. Exame físico: relatar os achados importantes.
3. Exames complementares – se pertinentes
4. Hipóteses diagnósticas - enumerar
5. Tratamento: relatar os medicamentos em uso no momento.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

1. Trauma ocular
2. Corpo estranho
3. Perda súbita da visão

* **Cefaléia:** quando ocasionada por problemas oftalmológicos, localiza-se em geral, na região frontal, ocorrendo geralmente após o período escolar ou após esforços visuais. Cefaléia matinal ou no meio da noite não está relacionada a problema ocular. Em caso de cefaléia frontal, deve-se fazer diagnóstico diferencial com sinusite, solicitando estudo radiográfico, a critério clínico.



ORTOPEDIA GERAL

Principais motivos do encaminhamento e Respektivos Exames Obrigatórios que devem ser incluídos no pedido (ANEXAR CÓPIA DO LAUDO):

1. Dor na coluna vertebral (cervicalgia, dorsalgia e lombalgia)
 - Radiografia do segmento referente à queixa do paciente.
2. Deformidades dos membros superiores e inferiores
 - Radiografia **BILATERAL** (Comparativa) do segmento referente à queixa do paciente.
3. Deformidades na coluna vertebral (escoliose e acentuação da cifose e lordose)
 - Radiografia **PANORÂMICA** da coluna vertebral com as incidências **ÂNTERO POSTERIOR E PERFIL**.
4. Dor articular:
 - Ombro
 - Radiografia
 - Ultrassom
 - Cotovelo
 - Radiografia
 - Ultrassom
 - Punho
 - Radiografia
 - Ultrassom (Na suspeita de SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO).
 - Mão
 - Radiografia
 - Ultrassom
 - Quadril
 - Radiografia com incidências **ÂNTERO POSTERIOR DA BACIA E PERFIL BILATERAL (COMPARATIVO)** do Quadril;
 - Ultrassom na suspeita de **BURSOPATIA TROCANTÉRICA**.
 - Joelho
 - Radiografia com as incidências **ÂNTERO POSTERIOR E PERFIL BILATERAL COM CARGA**
 - Tornozelo
 - Radiografia
 - Ultrassom na suspeita de Tendinopatia
 - Pé
 - Radiografia
 - Ultrassom



5. Doenças de etiologia neuromuscular
 - Não há necessidade de anexar exames de imagem.
6. Deformidades congênitas
 - Radiografia BILATERAL (Comparativa) – Demais deformidades
 - Ultrassom de **QUADRIL BILATERAL - Na suspeita de displasia do desenvolvimento do Quadril (DDQ)**
7. Cistos sinoviais
 - Ultrassom
8. Afecções de músculos e tendões
 - Ultrassom
9. Tumores ósseos
 - Radiografia do segmento afetado **BILATERAL (COMPARATIVA)**
10. Osteoporose
 - Densitometria óssea

Informações necessárias para encaminhamento:

1. História clínica sucinta, constando, queixa, localização, irradiação, início, duração e evolução dos sinais e sintomas.
2. Exame físico: relatar os achados importantes, presença de sinais flogísticos e dor ou limitação à movimentação.

OBSERVAÇÃO: Pacientes crônicos, avaliados, com diagnóstico e tratamentos estabelecidos e que fazem uso de medicamentos contínuo, deverão trocar a receita com o Clínico Geral.

NÃO ENCAMINHAR: Traumas (fraturas, entorses, luxação) até 30 dias com sintomas.



OTORRINOLARINGOLOGIA

Principais motivos do encaminhamento:

1. Hipoacusia
2. Disfonia
3. Sinusopatias refratárias ao tratamento
4. Otite média de repetição
5. Hipertrofia de adenóide
6. Desvio de septo
7. Rolha de cerume
8. Amigdalite de repetição
9. Rinite alérgica refratária ao tratamento
10. Epistaxe de repetição
11. Vertigens e tonturas
12. Zumbidos

Informações necessárias para encaminhamento:

1. História clínica sucinta, relatos de alergias, frequência das crises.
2. Exame físico: descrever dados importantes.
3. Exames complementares: Se sinusopatias refratárias ao tratamento descrever resultado de RX de seios da face, se hipertrofia de adenóide, descrever RX de cavum. (Anexar laudo raio-x no encaminhamento)
4. Hipótese diagnóstica – enumerar
5. Tratamento: relatar os tratamentos empregados previamente e a medicação em uso atual.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

1. Pacientes com TRAUMA em FACE (Fratura)
2. Corpo estranho em nariz, ouvido e garganta
3. Epistaxe ativa
4. Miíase em nariz, ouvido e garganta

Obs: Esses casos não são ambulatoriais, necessitam atendimento na (Urgência/Emergência) UPA – HC.



NEUROLOGIA

Principais motivos do encaminhamento:

1. Cefaléia
2. Epilepsias, convulsões e “desmaios”
3. Distúrbios de aprendizagem e Rdnpm com avaliação psicóloga, fonoaudióloga e pedagógica.
4. Distúrbios de memória, síndrome demêncial em idoso a partir de 60 anos.
5. Tremores.
6. Síndromes extrapiramidais
7. Doenças vasculares cerebrais
8. Quadro agudo de visão dupla, desequilíbrio corporal e coordenação motora.

Informações necessárias para encaminhamento:

1. História clínica sucinta, informando localização, características, frequência, evolução, antecedentes e patologias associadas.
2. Exame físico: relatar os achados importantes, informar a pressão arterial, exame neurológico básico e descrever características dismorfológicas (se houver).
3. Exames complementares: enviar resultado de exames já realizados
4. Hipótese diagnóstica – enumerar
5. Tratamento: relatar os tratamentos empregados previamente e a medicação em uso atual.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

1. Casos de psiquiatria (Depressão, Ansiedade, Pânico, Psicose, Transtorno de personalidade, Dependência química)
2. Insônia em pacientes psiquiátricos.
3. Bebês que não dormem, Bebês agitados
4. Alteração de perímetro cefálico em crianças, sem as medidas no gráfico.
5. Crianças com dificuldade escolar, sem avaliação da psicóloga e da FONO e sem relatório pedagógico.
6. Tonturas e Zumbido – Só serão aceitos se encaminhados pelo OTORRINO
7. Queixas de esquecimento em pacientes abaixo de 60 anos
8. Queixas vagas, tais como: cabeça ruim, “cabeça vazia”, “cabeça oca”, formigamentos e dormências sem topografia definida.
9. Pacientes que estejam fazendo uso de medicações de controle especial, prescritos por outras especialidades, com a finalidade de viabilizar a receita na farmácia central municipal
10. Dores de cabeça ocasionais e com baixo grau de incômodo
11. Desmaios após “crise nervosa”
12. Pacientes que desejam realizar exames especializados (EEG, CT, RNM)
13. Síncopes sem avaliação cardiológica
14. Pacientes com queixas ortopédicas (doenças de coluna, dor articular, Hérnias de disco, dores na coluna vertebral, túnel do carpo)
15. Pacientes acamados sequelados, para avaliação de rotina
16. Idosos institucionalizados com déficit cognitivo
17. Traumatismo craniano leve
18. Tremores em pessoas ansiosas.



NEFROLOGIA

UNIDADE DE TERAPIA RENAL “ABELARDO PIMENTA DE CASTRO” SANTA CASA DE BATATAIS

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

1. Todos os pacientes com creatinina alterada, ou seja, maior ou igual a 1,4;
2. Valor alterado de proteinúria ou microalbuminúria;
3. Pacientes homens com mais de 60 anos, deverão realizar ultrassom de rins e vias urinárias antes de serem encaminhados, e caso haja alteração da próstata encaminhar o paciente ao UROLOGISTA primeiramente.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA ENCAMINHAMENTO:

1. Histórico clínico detalhado que justifique o encaminhamento;
2. Cópias de exames realizados em anexo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

1. Cálculo renal;
2. ITU e/ou ITU de repetição.



PLANEJAMENTO FAMILIAR - SEV **(SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA)**

O Planejamento Familiar é um direito de todo cidadão e está preconizado pela Lei nº 9263 de 12/01/1996.

É um conjunto de ações de regulação de fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

O **SEV** – Serviço de Esterilização Voluntária é uma das ações que compõe o Planejamento Familiar.

1. Local de execução:

- Centro de Saúde I – Dr. José de Mello e Silva – Praça Anita Garibaldi, s/nº - Centro – Fone 16 37613039 ou 37612177.

2. Podem realizar a esterilização cirúrgica voluntariamente de acordo com a legislação:

- Homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos com dois filhos vivos;
- Homens e mulheres com deficiência de acordo com o preconizado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência e Normatizado pela NT – MS nº 071/2016;
- Quando há risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

3. É condição para que se realize a esterilização voluntária:

- O prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação do interesse e a realização do ato cirúrgico;
- O aconselhamento por equipe multidisciplinar visando: desencorajar a esterilização precoce, informações sobre métodos e técnicas de contracepção cientificamente aceitos, os riscos das cirurgias para esterilização (Laqueadura tubária e Vasectomia), possíveis efeitos colaterais e dificuldades de sua reversão, garantindo a total liberdade de escolha e decisão;
- O acesso a métodos contraceptivos reversíveis;
- O registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado;
- O consentimento expresso de ambos os cônjuges.

4. É vedada a esterilização cirúrgica:

- Em mulheres durante o período de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

5. Fluxo para o atendimento:

- Agendamento espontâneo realizado pela pessoa interessada, no Centro de Saúde I Dr. Jose de Mello e Silva;
- Quando se tratar de Laqueadura eletiva, a pessoa interessada deverá apresentar cópias de exame citológico com data inferior a 01 (um) ano e hemograma recente (exigência do protocolo para referência à Mater);
- Consulta médica para a pessoa interessada e cônjuge se houver (a manifestação do interesse preconizada pela legislação se inicia na data do comparecimento à consulta);



- Atendimento de Enfermagem realizado em grupo, para a pessoa interessada e cônjuge se houver, sobre métodos contraceptivos reversíveis e sobre as cirurgias para esterilização;
- Atendimento domiciliar realizado pelo Serviço Social com avaliação documental;
- Atendimento Psicológico para a pessoa interessada e cônjuge se houver;
- Consulta médica para a pessoa interessada para a conclusão do processo, avaliação de exames caso tenham sido solicitados e referência ao Serviço de Saúde que executará o ato cirúrgico;
- No caso em que a pessoa interessada estiver grávida, os documentos de conclusão dos atendimentos e a referência serão fornecidos para serem apresentados ao Serviço de Obstetrícia;
- No caso em que a cirurgia para esterilização for eletiva, os documentos serão enviados à Secretaria Municipal de Saúde após a sua digitação;
- A realização do ato cirúrgico para esterilização somente poderá ser realizada 60 (sessenta) dias após a manifestação de interesse, conforme preconizado em lei. Em um dos documentos realizados para a conclusão do processo estará expressa a data da manifestação de interesse. Caberá ao Serviço de Saúde que executará o ato cirúrgico a avaliação do prazo legal;
- Somente serão concluídos os processos em que todos os atendimentos foram realizados e com a apresentação dos exames solicitados.

6. Anexos:



ANEXO I

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Ao Serviço de Referência

Prezado (a) Senhor (a): _____.

Comunicamos que o (a) Senhor (a) _____,
após os atendimentos de orientação para Planejamento Familiar, realizados por equipe multidisciplinar a
partir do dia __/__/__, decidiu voluntariamente pelo método:

LAQUEADURA TUBÁRIA

VASECTOMIA

Batatais, ____ de _____ de _____.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR



ANEXO II

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA PLANEJAMENTO FAMILIAR

SOLICITAÇÃO DE MÉTODO DE ANTICONCEPÇÃO DEFINITIVO
De acordo com Lei Federal de nº 9263 de 12 de janeiro de 1996

Eu, _____,

RG nº _____ e CPF nº _____,

Residente _____,

Batatais – SP, após ter recebido orientações sobre métodos contraceptivos decidi por escolher o método:

LAQUEADURA TUBÁRIA

VASECTOMIA

Por esse documento, manifesto a minha vontade.

Batatais, _____ de _____ de _____.



ANEXO III

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA PLANEJAMENTO FAMILIAR**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ após participar de atividades de orientação para Planejamento Familiar onde tive conhecimento sobre as opções de métodos contraceptivos reversíveis, sobre os riscos e efeitos colaterais do procedimento de esterilização, sobre a eventual possibilidade de falha em todos os métodos para contracepção, manifesto de maneira livre a minha vontade em realizar o procedimento abaixo descrito e assinalado, pois considero que seja o mais adequado:

LAQUEADURA TUBÁRIA

VASECTOMIA

Estou ciente de que poderei recusar-me a realiza-lo a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos.

Batatais, ____ de _____ de _____.

Nome do Candidato: _____

RG nº _____ e CPF nº _____

Nome Cônjuge (se houver): _____

RG nº _____ e CPF nº _____

Assinatura Candidato (a)

Assinatura Cônjuge



PNEUMOLOGIA

Principais motivos do encaminhamento:

1. Tosse crônica refratária a tratamento e sem etiologia determinada;
2. Dispnéia após descartar causas cardiológicas;
3. Asma com história clínica e exame físico compatíveis ou diagnóstico prévio sem tratamento atual;
4. DPOC com história clínica e exame físico e/ou radiológico compatíveis ou diagnóstico prévio sem tratamento atual;
5. Suspeita de neoplasia e nódulos pulmonares confirmados com exames complementares.

Informações necessárias para encaminhamento:

1. História clínica sucinta, informando localização, características, frequência, evolução, antecedentes e patologias associadas;
2. Exame físico: relatar os achados importantes;
3. Tratamentos prévio e atual;
4. **OBRIGATÓRIO** os seguintes exames complementares:
 - Raio-x com laudo anexado em encaminhamento.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

1. Crianças menores de 3 anos;
2. Suspeita de Tuberculose.



PSICOLOGIA na Atenção Básica (UBS/PSF)

O serviço de Psicologia na Atenção Básica de Batatais atende demanda da atenção primária: que são transtornos mentais leves, com enfoque preventivo. Os casos de transtornos mentais moderados, graves e crônicos devem ser atendidos pelo **Caps I**, conforme Protocolo do serviço em vigência. O paciente deverá ser encaminhado através da guia de referência devidamente e adequadamente preenchida pelo profissional médico, justificando a solicitação do atendimento psicológico. Todos os encaminhamentos deverão ser cadastrados na **Regulação**, sendo que as guias de referência dos pacientes maiores de 18 anos deverão ser colocadas na pasta da Psicologia de cada unidade (**após cadastramento RKM, Especialidade: PSICOLOGIA**), e aquelas guias de pacientes maiores de 5 anos a menores de 18 anos, deverão ser encaminhadas para a Secretaria de Saúde protocoladas (**após cadastramento RKM, Especialidade: PSICOLOGIA INFANTIL**).

Tipos de Atendimento:

1. Psicoterapia Individual Breve

- Consiste em atendimentos pontuais, com foco específico e com duração dos atendimentos de no máximo de 12 sessões.

2. Orientação Familiar

- Consiste no atendimento familiar com foco na organização ou reorganização dos relacionamentos no máximo de 12 sessões.

3. Psicoterapia de Grupo ou Terapia Comunitária

- Consiste nos atendimentos em grupo com patologias similares ou grupos de informação/orientação.

4. Ações de Articulação de Rede Intra e Intersetoriais

- Discutir junto a rede de atendimento o caso do Paciente.

Principais motivos do encaminhamento médico:

1. Indivíduos em sofrimento psicológico leve;
2. Quadros que exijam **suporte psicológico** de outras clínicas: depressões situacionais, obesidade, reumatologia, cirurgia bariátrica (exclui-se avaliação e/ou laudo para indicação de realização da cirurgia);
3. Crianças ou adolescentes com Transtornos de Aprendizagem: **nas queixas de dificuldade de aprendizagem, serão tratados apenas os aspectos emocionais expressos através de sintomas psicopatológicos. Para o encaminhamento com esta queixa, deverá vir acompanhado de relatório psicopedagógico e psicológico descartando queixas de transtornos de aprendizagem e esclarecendo sintomas psicopatológicos.**

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

1. **Crianças menores de 5 anos;**
2. Crianças ou adolescentes com Transtornos de Aprendizagem: **Aqueles que não se enquadrem nos critérios de inclusão acima descritos;**
3. Quadros com sintomas psicóticos (alucinações, delírios e/ou comportamento desorganizado)
4. Quadros psiquiátricos que necessitem de esclarecimento diagnóstico;



5. Ideação suicida e/ou tentativa de suicídio;
6. Comportamento agressivo permanente, freqüente, duradouro e grave;
7. Demência já diagnosticada e tratada com sintomas psiquiátricos de difícil controle (como agressividade e psicose);
8. Transtorno de ansiedade com sintomas intensos, com sofrimento e prejuízo funcional e difícil tratamento;
9. Transtornos depressivos moderados a grave e/ou recorrentes com prejuízo no desempenho do trabalho e dia-a-dia;
10. Esquizofrenia;
11. Casos de emergência e urgência psiquiátricos;
12. Transtornos de Personalidade grave;
13. Transtornos devido ao uso e dependência de substâncias químicas (álcool e drogas);
14. Transtorno de somatização grave, desde que excluída condição médica geral;
15. Crianças e adolescentes com dificuldades psicológicas graves, de natureza aguda ou crônica, ou seja, diagnosticadas com sofrimento (quadros psicóticos, esquizofrenia, doença bipolar, depressões e neuroses graves);
16. Crianças e adolescentes com problemas situacionais e familiares graves (dificuldades de elaboração de perdas, acidentes (TEPT), dependência química de familiares, e etc) , depressão reativa com sintomas ansiosos, fóbicos e outros com prejuízo das atividades de vida diária e prática;

Observações: Pedidos de laudos e avaliações por parte de instituições, não será fornecido declarações para admissão para trabalho, processo para adoção e etc, não serão realizados psicodiagnósticos.



CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I)

De acordo com o que é preconizado pelo SUS, o CAPS presta assistência às pessoas com transtornos mentais e dependência química que em geral causam incapacidade grave. Ou seja, são **centros especializados**, que atendem à demanda de **média complexidade**. Portanto, os pacientes a serem atendidos nesta especialidade de saúde mental são aqueles que em qualquer faixa etária apresentam sofrimento psicológico mais grave, de natureza aguda ou crônica e que **já houve início de tratamento inicial por no mínimo 6 meses.**

O atendimento se caracteriza pela atenção multidisciplinar, globalizada, preferencialmente em grupo e em rede com outros setores e serviços. Assim, segue uma relação de casos que são elegíveis para o CAPS I após acompanhamento na UBS sem resolutividade e com duração dos sinais ou sintomas de pelos menos 6 (seis) meses:

CASOS ELEGÍVEIS PARA O CAPS

- Quadros com sintomas psicóticos (alucinações, delírios e/ou comportamento desorganizado); CIDs: F20; F25; F29
- Ideação suicida; (relato claro do paciente com propósito e/ou plano específico)
- Comportamento agressivo permanente, frequente, duradouro e grave;
- Demência já diagnosticada e tratada pelo neurologista após um (1) ano, no mínimo, com sintomas psiquiátricos de difícil controle (como agressividade e psicose);
- Transtorno de ansiedade com sintomas intensos, com sofrimento e prejuízo funcional e difícil tratamento; CIDs: F41; F42
- Transtornos depressivos moderados a grave e/ou recorrentes e Transtorno Afetivo Bipolar com prejuízo no desempenho nas AVD e AVP (atividades de vida diária e prática); CIDs: F31; F32; F33
- Esquizofrenia; CIDs: F20
- Transtornos de Personalidade grave; CIDs: F60
- Transtornos devido ao uso de substâncias químicas e dependência; CIDs: F10; F14; F19
- Transtorno de somatização grave desde que devidamente excluída condição médica geral; CIDs: F45; F44
- Crianças e adolescentes com dificuldades psicológicas mais graves, de natureza aguda ou crônica, ou seja, diagnosticadas com sofrimento (quadros psicóticos, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, depressões e neuroses graves);
- Crianças diagnosticadas ou com suspeita de algum dos quadros de Transtorno de Conduta e Transtorno Hiperkinético; CIDs: F90 e F91
- Crianças e adolescentes com problemas situacionais graves (dificuldades de elaborações de perdas, acidentes, dependência química de familiares, etc.), inclusive familiares, reativos com sintomas ansiosos, depressivos, fóbicos e outros com prejuízo das atividades de vida diária e prática (AVD e AVP).

CASOS NÃO ELEGÍVEIS, OU SEJA, NÃO É PARA O CAPS

- Casos cuja queixa principal tenha sido ocasionada por episódio de violência doméstica. Há serviços específicos no município e região para esse tipo de situação;
- Crianças ou adolescentes com dificuldades de aprendizagem, inclusive Dislexia, Discalculia. Não existe neste serviço o psicopedagogo, nem tampouco profissionais/materiais especializados para aplicação de testes de aprendizagem;



- Deficiência mental. Deverá ser encaminhado para serviços da rede municipal ou regional especializados que são conveniados para a assistência a essa população;
- Quadros considerados “leves” ou que exijam suporte intensivo de outras clínicas ou que não caracterizam atenção especializada de média complexidade como distúrbios neurológicos, cirurgia bariátrica, tabagistas, depressões situacionais (luto, divórcio), obesidade, reumatologia, dermatologia etc.;
- Casos exclusivos de avaliação para auxiliar equipe técnica do Judiciário e outras equipes, perícia judicial de qualquer espécie. Para essa finalidade é exigido por lei de cada categoria profissional a habilitação específica de peritagem;
- Casos que configurem urgência e emergência, risco de vida e/ou social grave, uma vez que se faz necessária equipe própria treinada com espaço físico e materiais adequados para este tipo de intervenção imediata. As urgências e emergências devem ser atendidas inicialmente pela UPA e outros serviços de pronto atendimento para controle dos sintomas de crise aguda. Após estabilização do quadro, o paciente deverá ser avaliado pela equipe da Atenção Primária e encaminhado ao CAPS para avaliação e seguimento se necessário;
- Casos para simples troca de receita, (manutenção de medicação), quadros leves e/ou estabilizados mesmo com diagnóstico psiquiátrico. Nos casos em que o paciente voltar a apresentar sintomas psiquiátricos mais acentuados a unidade de referência deverá entrar em contato direto com o CAPS (via telefone, e-mail, o que for mais fácil para cada setor) para possível MATRICIAMENTO E ORIENTAÇÃO DE CONDOTA o mais breve possível evitando assim que seja gerado novo encaminhamento e fila de espera de atendimento para o paciente. Nos casos em que mesmo após o matriciamento houver piora da condição psiquiátrica o paciente deverá ser reencaminhado para o CAPS para novo seguimento;
- Quadros em que se considerar tratar-se de somatização ou transtorno conversivo, fazer investigação clínica completa e assegurar-se de que não se trata de condição médica geral antes de encaminhar. Uma vez que, trata-se de diagnóstico de exclusão com grande prejuízo para o paciente se forem erroneamente tratados como quadros psiquiátricos

ACESSO AO CAPS **REDE MUNICIPAL DE SAÚDE**

O paciente terá acesso ao CAPS através de encaminhamento específico, isto é, **guia de referência** fornecida por médico da rede pública de saúde devidamente preenchida.

O paciente deverá ser encaminhado **para o CAPS** e não direcionado a uma especialidade, como psiquiatria ou psicologia. O CAPS, de acordo com sua forma de atendimento determinará o seguimento dos usuários no serviço de acordo com a construção do **Projeto Terapêutico Singular**.

As especialidades e urgência/emergência de maneira geral deverão seguir o fluxo de encaminhamento inicial para a Atenção Primária para avaliação e seguimento inicial (6 meses).

Os casos de **tentativa de suicídio encaminhados pela UPA** após estabilização e alta médica terão entrada direta para o CAPS.

NÃO SERÃO ACEITAS guias de referência ilegíveis, incompletas, sem hipótese diagnóstica.

OUTRAS SECRETARIAS E SERVIÇOS

Deverão preencher o **modelo próprio de encaminhamento para o CAPS** e anexados à uma avaliação clínica recente do caso.



Prefeitura Municipal da Estância Turística de Batatais – SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça Cônego Joaquim Alves, 167 – Fone: (16) 3761-7433 Cx. Postal 58
e-mail: semusabatatais@gmail.com



Em todos os encaminhamentos, deverá constar o **motivo que justifique o atendimento especializado**, composto pela **descrição dos sintomas e quadro clínico, tentativas de tratamentos anteriores ou atuais além do motivo último para o encaminhamento atual.**

Obs: Casos que não se enquadrem ao Protocolo de Atendimento do CAPS serão devolvidos/reencaminhados aos setores solicitantes com orientações necessárias para o devido seguimento de conduta.

NÃO SERÃO ACEITOS encaminhamentos sem descrição do quadro clínico e justificativa clara para o atendimento especializado.



REUMATOLOGIA

Principais motivos do encaminhamento:

1. Artrose (sem urgência);
2. Fibromialgia (sem urgência);
3. Artrite reumatóide;
4. Lupus eritematoso sistêmico;
5. Síndrome Sjögren;
6. Esclerose sistêmica;
7. Polimialgia reumática;
8. Vasculites sistêmicas;
9. SAAF;
10. Miopatias inflamatórias;
11. Gota, casos refratários ao tratamento (sem urgência).

Principais sinais e sintomas:

1. Dor articular com ou sem artrite de pequenas e/ou grande articulações > (maior) que 6 semanas;
2. Lombalgia com características inflamatórias;
3. Dores musculoesqueléticas crônicas.

Informações necessárias para encaminhamento:

1. História clínica sucinta, informando tipo de dor, evolução, presença de edema articular e doenças associadas.
2. Exame físico: relatar os achados importantes, em especial SE presença de sinais flogísticos articulares.
3. Exames complementares: Hemograma, VHS, TSH, PCR, Dosagem de ácido úrico, Alfa-ácido glicoproteína1 e Glicemia

***** Em casos de suspeita clínica de artrose e/ou artrite reumatoide é OBRIGATÓRIO a descrição do RX das articulações acometidas. (LAUDO EM ANEXO AO ENCAMINHAMENTO)**

4. Hipótese diagnóstica – enumerar
5. Tratamento: relatar os tratamentos empregados previamente e a medicação em uso atual.

Prioridades no atendimento:

1. Pacientes com suspeita de doenças reumáticas auto-imune com sintomas de artrite (Observar locais, quantas e quais articulações com artrite=edema, calor e dor) e de sintomas sistêmicos (febre, emagrecimento) com exames complementares alterados (PCR, VHS, Alfa-ácido glicoproteína1 e Hemograma)
2. Pacientes com diagnóstico de doença reumática prévia que apresente piora aguda do quadro clínico.

RESSALVAS:

1. NÃO se enquadra pacientes que necessitem de atendimento de URGÊNCIA e possível Internação.
2. Pacientes com FIBROMIALGIA (diagnóstico clínico) somente deverão ser encaminhados quando apresentarem QUADROS REFRACTÁRIOS ao tratamento convencional realizado pelo clínico geral. NÃO há URGÊNCIA no encaminhamento.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

1. Queixas ortopédicas/traumas
2. Casos dermatológicos
3. Distúrbios Psiquiátricos
4. Casos agudos que necessitem de internação.

OBSERVAÇÃO: Pacientes crônicos, avaliados, com diagnóstico e tratamentos estabelecidos e que fazem uso de medicamentos contínuo, deverão trocar a receita com o Clínico Geral.



UROLOGIA

Principais motivos do encaminhamento:

1. Hiperplasia Prostática Benigna: doença renal crônica associada à obstrução prostática; ou HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência); ou HPB e infecção urinária recorrente; ou sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) ou PSA total maior que 1,4 ng/ml em uso concomitante de inibidor da 5-alfa redutase (finasterida 5mg/dia) por pelo menos 6 meses).
2. Suspeita ou confirmação de neoplasia prostática;
3. Patologias escrotais benignas, como hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo;
4. Incontinência urinária;
5. Disfunção sexual masculina;
6. Litíase renal: cálculo ureteral maior que 10 mm; ou cálculo ureteral maior que 4 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico; ou cálculo vesical; ou cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção trato urinário); ou cálculo renal assintomático maior que 10 mm.
7. Condiloma acuminado/verrugas virais: homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Informações necessárias para encaminhamento:

1. Sinais e/ou sintomas (tempo de início, histórico de retenção urinária, descrição de toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
2. Tratamento em uso ou já realizado para sintomas urinários (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
3. Resultado do exame de PSA total, com data;
4. Resultado de exame de creatinina sérica, com data, quando realizado;
5. Resultado de ecografia abdominal ou vias urinárias ou próstata, com data, quando realizada.



VASCULAR

Principais motivos do encaminhamento:

1. Paciente com queixas de edema vespertino em MMII (descartadas causas cardiológicas);
2. Sensação de peso e cansaço nos MMII;
3. Presença de úlceras dos MMII de origem vascular (Flebopática, arterial e por Diabetes Mellitus);
4. História de claudicação intermitente em pacientes tabagistas, diabéticos e dislipidêmicos;
5. Aneurisma de aorta abdominal e de outras artérias;
6. Pós AVC isquêmico para investigar carótidas;

Informações necessárias para encaminhamento:

1. História clínica sucinta, informando localização, características, frequência, evolução, antecedentes e patologias associadas;
2. Exame físico: relatar os achados importantes;
3. Tratamentos prévios e atual.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

1. Lesões de pressão (úlceras de decúbito);
2. Queixa de parestesia (dormência);
3. Lesões produzidas por desicências de suturas em pós-operatório;
4. Dores dos MMII não condizentes com as características acima citadas e que não tiveram outras causas investigadas;
5. Suspeita de TVP em pacientes de risco (gestante, usando anticoncepcional e reposição hormonal na mulher e no homem (critério de encaminhamento para UPA).

Obs: Não prescrever paciente encaminhado para VASCULAR até definição da Hipótese Diagnóstica.



PROTOSCOLOS PARA ENCAMINHAMENTOS DE OBSTETRICIA REFERENCIADOS

Especialidade CROSS: OBSTETRÍCIA – BAIXO PESO – PREMATURIDADE ESPONTÂNEA

Especialidade HC: AMBULATÓRIO DE PREMATURIDADE (PREM)

1. Hipóteses diagnósticas que devem ser encaminhadas para este ambulatório

- a. Trabalho de parto pré-termo inibido (TPPT): encaminhar se idade gestacional < 34 semanas. (Após esta idade gestacional, manter seguimento em serviço de origem)
- b. Seguimento ambulatorial (conduta domiciliar) pós-diagnóstico de Corioamniorrexe Prematura Pré-Termo.
- c. Pacientes consideradas de risco para TPPT pela história pessoal ou passado obstétrico:
 - Parto pré-termo espontâneo anterior < 34 semanas
 - Pacientes com colo curto (≤ 25 mm) ao USTV até 24 semanas
 - Anomalias Mullerianas
 - Passado de conização a frio ou com CAF
 - Insuficiência cervical (duas ou mais perdas fetais compatíveis com aborto tardio ou parto pré-termo extremo)
- d. Gestantes com leiomiomas intramurais > 5 cm, submucosos de qualquer tamanho e subserosos > 10 cm.
- e. Abortamentos de repetição cuja idade gestacional atual seja < 20 semanas.
- f. Gestantes com cirurgias uterinas prévias (por exemplo, retirada de leiomioma)
- g. Gestação pós-cirurgia bariátrica
- h. Gestantes com anemia falciforme, talassemias ou anemia sem causa definida cuja hemoglobina for < 8,0 g/dl
- i. Gestantes com duas ou mais cesáreas prévias com ultrassonografia demonstrando placenta anterior.
 - Estas pacientes realizarão exame ultrassonográfico no HCFMRP-USP: na AUSÊNCIA DE SINAIS DE ACRETISMO a paciente será contra-referenciada para o serviço de origem.
- j. Pneumopatias graves (Asma brônquica grave ou sem controle pós-tratamento adequado)
- k. Obesidade mórbida (IMC pré-gestacional > 40) com colesterol total ou triglicérides > 300 mg/dL e idade gestacional inferior a 28 semanas
- l. Polihidrânio ou oligohidrânio sem causa diagnosticada

2. Procedimentos realizados no ambulatório:

- a. Consulta com obstetra, ultrassonografista, pediatra, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social
- b. Realização de cardiotocografia, ultrassonografia obstétrica e morfológica, perfil biofísico fetal e ultrassonografia com Doppler.
- c. Punções de líquido amniótico: amniocentese

14/02/2017



Especialidade CROSS: OBSTETRÍCIA - DIABETES

Especialidade HC: AMBULATÓRIO DE ENDOCRINOLOGIA OBSTÉTRICA – ENDOB

1. Hipóteses diagnósticas que devem ser encaminhadas para este ambulatório

1. Diabetes *Mellitus*

- Tipo 1,
- Tipo 2,
- Gestacional (DMG): com indicação de administração de insulina
- Outros tipos específicos de diabetes,

2. Disfunção tireoidiana (apenas os casos de difícil controle/ repercussões materno-fetais)

- Hipertireoidismo (Doença de Graves e outros)
- Hipotireoidismo (Hashimoto)
-

3. Outras patologias endócrinas após contato telefônico com a equipe para discussão da necessidade de encaminhamento

2. Procedimentos realizados no ambulatório:

- Consultas com equipe multiprofissional: obstetra, ultrassonografista, endocrinologista, psicóloga, nutricionista, assistente social e equipe de enfermagem.
- Medidas de glicemia (em jejum e pós prandiais) com oferecimento de dieta balanceada.
- Realização de cardiotocografia, ultrassonografia obstétrica e morfológica, perfil biofísico fetal e ultrassonografia com Doppler.
- Grupo de apoio multidisciplinar.

3. Diagnóstico de *Diabetes Mellitus* previamente à gestação:

- Diagnóstico e seguimento clínico prévios à gestação

4. Diagnóstico de *Diabetes Mellitus* durante a gestação

- Glicemia de jejum ≥ 126 mg %; **OU**
 - Avaliar se o jejum foi realizado de maneira adequada: Em caso de dúvida, reorientar a paciente da necessidade do jejum e de como o fazer e repetir a glicemia em outra amostra de sangue em jejum, se persistir glicemia ≥ 126 mg % está confirmado o diagnóstico de *Diabetes Mellitus*)
- Glicemia ao acaso ≥ 200 mg% associado a sintomas sugestivos de *Diabetes Mellitus* (confirmado por glicemia de jejum ou hemoglobina glicosilada alteradas); **OU**
- Glicemia ≥ 200 mg% após duas horas de sobrecarga de 75g de glicose durante o TOTG 75g (2ª hora do TOTG ≥ 200 mg%); **OU**
- Hemoglobina glicosilada $\geq 6,5\%$.

a) Diagnóstico de *Diabetes mellitus gestacional* (DMG):

- Glicemia de jejum ≥ 92 mg % (mesmo que seja na glicemia de jejum realizada em idade gestacional inferior a 24 semanas)
- TOTG 75g: será realizado entre 24 e 28 semanas de idade gestacional com dosagem da glicemia em **TRÊS MOMENTOS (critérios gestacionais)**:
 - Jejum: ≥ 92 mg%
 - Uma hora após sobrecarga de 75g de glicose: ≥ 180 mg%
 - Duas horas após sobrecarga de 75g de glicose: ≥ 153 mg%



- Para fechar o diagnóstico de DMG são necessários UM OU MAIS VALORES ALTERADOS.

5. Pré-requisitos para encaminhamento de Diabetes *Mellitus* na Gravidez

a) Seguimento de pacientes com diagnóstico de **Diabetes mellitus gestacional** em serviço de origem:

- As pacientes deverão receber, **em serviço de origem**, orientação de dieta balanceada, com total de calorias variando entre 1800 kcal a 3000 Kcal, definido pela seguinte fórmula: Total de calorias = Peso* x 30 (*considerar peso atual no momento da prescrição);
- A composição ideal da dieta deverá respeitar as seguintes proporções:
 - 40% a 45% de carboidratos;
 - 15% a 20% de proteínas (no mínimo 1,1 g/kg/dia);
 - 30% a 40% de gorduras (10% saturadas)
- Prescrever a dieta em seis refeições: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche noturno (22 horas).
- Após uma a duas semanas da prescrição dietética, realizar a avaliação de perfil glicêmico (dosagem glicêmica em horários pré- determinados em relação à dieta).

o Controle glicêmico é considerado adequado se:

- Glicemia de jejum < 95 mg/dl;
- Glicemia uma hora pós-prandial < 140 mg/dl;
- Glicemia duas horas pós-prandial < 120 mg/dl.
- Avaliação fetal é considerada adequada se:
 - Peso fetal estimado abaixo do percentil 70 para idade gestacional
 - Líquido amniótico em valores normais para idade gestacional
 - Pacientes com controle glicêmico e avaliação fetal adequadas:
 - **Manterão seguimento em unidade secundária de atenção à saúde e/ou no serviço de origem.**

b) Critérios de encaminhamento

- Gestantes com diagnóstico de **Diabetes *Mellitus* pré-gestacional**:
 - As pacientes devem ser encaminhadas ao diagnosticar gravidez.
 - Realizar avaliação clínica e encaminhamento descrevendo o tempo de diagnóstico e tratamento vigente
- Gestantes com diagnóstico de **Diabetes mellitus gestacional**: encaminhar apenas as pacientes que apresentam **necessidade de insulinoterapia ou complicações materno-fetais** (definida segundo critérios a seguir):
 - Se os níveis glicêmicos permanecerem elevados após orientação dietética e de atividade física (mais que 30% de valores alterados):
 - Glicemia de jejum \geq 95 mg/dl;
 - Glicemia uma hora pós-prandial \geq 140 mg/dl;
 - Glicemia duas horas pós-prandial \geq 120 mg/dl.
- Crescimento fetal excessivo: medida da circunferência abdominal fetal ou peso fetal estimado maior ou igual ao percentil 70 para idade gestacional (ecografia entre a 29ª e a 33ª semana)
- Polihidrâmnio

c) Exames necessários para o encaminhamento:

- Gestantes com Diabetes *Mellitus* diagnosticado antes da gestação: não há necessidade de outros exames para encaminhamento (encaminhar resultados de exames do momento de diagnóstico ou relatório médico). Encaminhar os exames de rotina de pré-natal já realizados e o cartão próprio.



- Gestantes com Diabetes Mellitus diagnosticado na gravidez: encaminhar os resultados das medidas de glicemias (jejum e/ou TOTG 75g). Encaminhar os exames de rotina de pré-natal já realizados e o cartão próprio.

6. Pré-requisitos para encaminhamento de Tireoideopatias na Gravidez

a) Exames necessários para o encaminhamento:

- As pacientes com suspeita clínica de hipotireoidismo ou hipertireoidismo (descompensado e de difícil controle) deverão realizar dosagens hormonais (TSH ultrasensível e T4 livre) para o diagnóstico e depois serem encaminhadas com os resultados obtidos, além dos exames próprios do pré-natal.
- As pacientes com diagnóstico prévio de hipertireoidismo e em uso de medicamentos deverão ser encaminhadas com os exames disponíveis no momento, além dos exames próprios do pré-natal.

b) Situações especiais:

- Pacientes com **hipotireoidismo ou hipertireoidismo** em tratamento com controle adequado: **manterão seguimento no serviço de origem.**
- Pacientes com **hipotireoidismo subclínico** (TSH ultrasensível aumentado e T4 livre normal): **manterão seguimento no serviço de origem.**
- Pacientes **sem história prévia à gestação de hipertireoidismo**, assintomática, com TSH ultrasensível diminuído (coleta entre 9 e 13 semanas) e T4 livre normal: repetir TSH ultrasensível e T4 livre após a 18ª semana de idade gestacional para confirmar diagnóstico, devido à possibilidade de atuação do hormônio gonodotrofina coriônica humana sobre o receptor de TSH na tireoide.

14/02/2017



Especialidade CROSS: OBSTETRÍCIA – DST/HIV NA GESTAÇÃO

Especialidade HC: AMBULATÓRIO DE MOLÉSTIAS INFECTOCONTAGIOSAS EM OBSTETRÍCIA (MIGO)

Atenção: Encaminhar somente gestantes para este ambulatório

1. Hipóteses diagnósticas que devem ser encaminhadas para este ambulatório

- a) Infecção pelo HIV: a paciente deve ter realizado o diagnóstico da infecção, em duas amostras sanguíneas distintas.
 - b) Infecção pelo HBV (vírus da Hepatite B): encaminhar com resultado **positivo** do HBsAg
 - c) Infecção pelo HCV (vírus da Hepatite C): encaminhar com sorologia anti HCV positiva
 - d) Exame parasitológico de fezes evidenciando ovos de *Schistosoma mansoni*
 - e) Infecção aguda pelo *Toxoplasma gondii* diagnosticada na gravidez em curso
 - IgM reagente:
- o Se IgG for negativo ou duvidoso o profissional do serviço de origem deve iniciar a medicação (espiramicina 3g/dia) e repetir a sorologia em 7 a 14 dias. Se IgG permanecer negativa NÃO é toxoplasmose aguda:
- NÃO necessita ser encaminhada para o AMIGO
 - Pode suspender a espiramicina.
- o Se IgG for reagente (juntamente com IgM reagente), solicitar avidéz e encaminhar para o AMIGO com a gestante já utilizando espiramicina
- f) Grávidas vitimizadas sexualmente na gestação em curso 1g) Infecção pelo HPV
 - Alteração citológica: células atípicas de significado indeterminado que não exclui lesão de alto grau (ASC-H), atípias glandulares, NIC 2 ou 3 (LIEAG), microinvasão ou invasão e adenocarcinoma.
 - Condiloma genital em grande número e/ou volume com idade gestacional até a 34 semanas

OBSERVAÇÃO: NÃO DEVEM SER ENCAMINHADAS AO AMIGO:

- Resultados de colpocitologia evidenciando células atípicas de significado indeterminado que sugere reparação (ASCUS) e NIC 1: manter seguimento no serviço de origem e repetir a colpocitologia pelo menos 12 semanas pós-parto. Encaminhar se a alteração citológica for mantida.
- Condiloma genital em paciente com idade gestacional > 34 semanas

Outras doenças infecciosas após contato telefônico com a equipe para discussão da necessidade de encaminhamento, a exemplo de dengue, influenza H1N1, tuberculose, hanseníase, úlceras genitais, citomegalovírus, parvovírus

2. Procedimentos realizados no ambulatório:

- a) Consultas com equipe: obstetra, infectologista, assistente social e psicóloga
- b) Realização de cardiotocografia, ultrassonografia obstétrica e morfológica, perfil biofísico fetal e ultrassonografia com Doppler.
- c) Punções de líquido amniótico: amniocentese
- d) Vídeocolposcopia, biópsia, cirurgia de alta frequência e terapia com laser CO2 das lesões clínicas HPV induzidas

14/02/2017



Especialidade CROSS: OBSTETRÍCIA – HIPERTENSÃO

Especialidade HC: AMBULATÓRIO DE HIPERTENSÃO GESTACIONAL (HIG)

1. Hipóteses diagnósticas que devem ser encaminhadas para este ambulatório

a) Síndromes Hipertensivas da Gestação

- Hipertensão Arterial Crônica (vide critérios)
- Pré-Eclâmpsia
- Hipertensão Gestacional
- Hipertensão Arterial Crônica com Pré-Eclâmpsia Sobreposta.

b) Cardiopatas

c) Nefropatias com diagnóstico estabelecido com alteração de função renal

d) Colagenoses (Lupus Eritematoso Sistêmico, Artrite Reumatóide, entre outras)

e) Trombofilias (Síndrome dos Anticorpos Antifosfolípedes ou hereditárias)

OBS: As pacientes com HAC serão avaliadas na TRIAGEM e, se necessário, após discussão com a equipe do ambulatório serão contra-referenciadas às Unidades de Saúde para seguimento pré-natal, mantendo a disponibilidade de nova referência caso necessário.

2. Procedimentos realizados no ambulatório:

2a) Consultas com equipe: obstetra, cardiologista, reumatologista, assistente social

2b) Cardiocografia, ultrassonografia obstétrica, perfil biofísico fetal e ultrassonografia obstétrica com Doppler.

3. Exames necessários para encaminhamento

- Síndromes Hipertensivas da Gestação: vide critérios de encaminhamento nos casos de Hipertensão Crônica. Formas gestacionais, exames serão colhidos no HCRP.
- Cardiopatas: diagnóstico da cardiopatia. Se não tem diagnóstico e apenas suspeita na disponibilidade realizar eletrocardiografia e ecocardiografia antes de encaminhar.
- Nefropatas: pacientes com diagnóstico de nefropatias. Exames que demonstrem alteração da função renal.
- Colagenoses (Lupus Eritematoso Sistêmico, Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide, Artrite Reumatóide): exames confirmatórios do diagnóstico.

4. Critérios para diagnóstico e introdução de medicação em Gestantes Hipertensas

- Diagnóstico: Pressão Sistólica \geq 140mmHg e/ou Diastólica \geq 90mmHg em pelo menos 2 aferições diferentes, com intervalo entre as medidas de no mínimo 4 horas, usando manguito adequado à circunferência do braço da gestante em posição sentada.
- Introdução de tratamento: Pressão Sistólica $>$ 160mmHg e/ou Diastólica $>$ 105mmHg
- Reajuste de doses: meta de tratamento será de PAS entre 120 e 160mmHg e PAD entre 80 e 105mmHg

5. Critérios para encaminhamento de gestantes hipertensas

- Encaminhar todas as formas que surgem na gestação para avaliação no serviço, já providenciando investigação laboratorial básica com Hemograma, Uréia, Creatinina, Eletrólitos. TGO, TGP, Bilirrubinas e Proteinúria 24 horas (ou pelo menos Urina Tipo I)
- Hipertensas Crônicas com idade gestacional $<$ 32 semanas com necessidade de introdução de segunda medicação



Prefeitura Municipal da Estância Turística de Batatais – SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça Cônego Joaquim Alves, 167 – Fone: (16) 3761-7433 Cx. Postal 58
e-mail: semusabatatais@gmail.com



- Hipertensas Crônicas em monoterapia com idade gestacional >32 semanas
- Hipertensas Crônicas com ou sem terapia com evidência de alterações laboratoriais relacionadas ao quadro ou com repercussão fetal.

14/02/2017

HC – Campus Universitário
Monte Alegre 14048-900
Ribeirão Preto – SP

Serviço de Atendimento Ambulatorial e Internação
Informações - Fone: (16) 3602-2342/ 3602-2345
Agendamento 3602-2000 siclp-hc@hcrp.fmrp.usp.br



Especialidade CROSS: OBSTETRÍCIA – MEDICINA FETAL

Especialidade HC: AMBULATÓRIO DE MEDICINA FETAL (MEFE)

1. Hipóteses diagnósticas que devem ser encaminhadas para este ambulatório

- a. Gravidez Múltipla
- b. Malformações Fetais
- c. Aloimunização
- d. Anomalias da forma e localização da placenta
- e. Tumores Placentários
- f. Fetos com outros achados ultrassonográficos e sugestivos de cromossomopatias
- g. Pacientes com risco aumentado para doença genética fetal (história familiar ou antecedente obstétrico)
- h. Doenças neurológicas maternas (neuromuscular/epilepsia com seguimento prévio no HCFMRP – USP)
- i. Restrição do crescimento fetal, sem doença materna.

2. Procedimentos realizados no ambulatório:

- a. Consultas com equipe: obstetra, cirurgião pediátrico, neurocirurgião, psicóloga, pediatras e geneticistas
- b. Realização de cardiotocografia, ultrassonografia obstétrica e orfológica, perfil biofísico fetal e ultrassonografia com Doppler.
- c. Punções de líquido amniótico: amniocentese

3. Exames necessários para encaminhamento

- a. Ultrassonografia comprovando a existência de gestação múltipla ou alterações fetais – anexiais, relatório da doença neurológica materna e relatórios/exames que comprovem o risco aumentado de doença genética fetal.

14/02/2017



**PROTÓCOLO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA/ PUERPERAL
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO- DRS XIII**

CRISE HIPERTENSIVA SEM SINTOMAS* PA \geq 160X110mmHg (reavaliada após 15 min sentada)

TRATAMENTO DE 1ª ESCOLHA:

HIDRALAZINA EV (1 ampola= 1ml = 20mg)

Diluir 1 ampola (1ml) em 19ml de AD ou SF 0,9%

Fazer 5ml EV dose ataque em 2 min.

Repetir 5ml a cada 20 min até redução da PA de 20% da pressão de chegada.

Dose máxima: 20mg

Caso não tenha redução de PA – Iniciar Sulfato de Magnésio.

***Gestante com diagnóstico de Pré-Eclâmpsia:**

Iniciar Sulfato de Magnésio.

PRÉ-ECLÂMPسيا/ECLÂMPسيا/CRISE HIPERTENSIVA COM SINTOMAS PA \geq 160X110mmHg

cefaléia, tontura, visão turva, escotomas, confusão mental, náusea, vômito, dor epigástrica e no hipocôndrio D, CONVULSÃO:

TRATAMENTO DE ESCOLHA:

SULFATO DE MAGNÉSIO : MgSO4 10%= 1 ampolas = 10ml = 1g (Esquema de Zuspan)

Dose Ataque: 4g = 4 ampolas MgSO4 10% (40ml) EV em bolus - infundir em 20 minutos.

Dose de manutenção (1g)/hora: diluir 5 ampolas MgSO4 10% em 450ml de SG5% e infundir EV em BIC 100ml/1g/1h.

Durante a infusão do Sulfato de Magnésio monitorar rigorosamente a cada 5 minutos, os seguintes parâmetros: diurese \geq 25 ml/h; reflexo patelar presente; FR \geq 12 rpm; sinais vitais (PA, FC e consciência). Qualquer alteração desses parâmetros, utilizar o antagonista (**GLUCONATO DE CÁLCIO 10%**): 1 amp + 10ml de AD, infusão lenta entre 2 a 5 minutos.

Durante a dose de ataque o médico deve estar presente. Deve-se priorizar a transferência da gestante para a referência em alto risco. Ao iniciar dose de manutenção a paciente deve ser sondada e mantida em ambiente com pouco estímulo sonoro e luminoso.

APÓS ESTAS MEDIDAS, ENCAMINHAR PARA HOSPITAL VIA REGULÇÃO COM UNIDADE SUPORTE AVANÇADO OU COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO MONITORADO

Contraindicados na gestação: inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueador receptor da angiotensina II (BRA II) e inibidores diretos da renina (D)

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO:

História clínica pouco sugestiva: disúria ocasional, sensação de plenitude vesical, urgência miccional, polaciúria: prescrever sintomáticos e coletar urina (rotina e urocultura). Resultado na Unidade de Saúde onde faz pré natal, através de contrarreferência.

História clínica muito sugestiva: Disúria intensa e contínua, hematúria, polaciúria, urgência miccional e sensação de plenitude vesical: coletar urinas (**rotina e urocultura**) e iniciar tratamento. Resultado na Unidade de Saúde onde faz pré natal através de contrarreferência.

SUSPEITA DE PIELONEFRITE: Sintomas: Febre alta, calafrio, *Giordano* positivo, queda do estado geral. Conduta: Acesso venoso, baixar temperatura (dipirona EV 1 amp), glicoteste e corrigir hipoglicemia quando necessário, e prescrever hidratação. **Se houver disponibilidade, iniciar antibiótico EV e transferir para a maternidade de referência.**

Segue lista abaixo com ANTIBIOTICOTERAPIA de escolha a critério médico. Verificar e atualizar a padronização de medicamentos em seu município.

VIA ORAL:

Cefuroxima 250mg cp VO 12/12h por 7 dias (Classe B - FDA)

Amoxicilina+ácido clavulânico: 500 mg cp VO 8/8h por 7 dias (Classe B - FDA)

Norfloxacina 400 mg cp VO de 12/12h por 7 dias (Classe C-FDA)

Nitrofurantoina* 100 mg cp VO 6/6h por 7 a 10 dias (Classe B - FDA) •Não utilizar após IG 37 semanas, risco de kernicterus no feto.

Cefalexina 500 mg cp VO 6/6h por 7 dias (Classe B- FDA). Nunca utilizar se não for baseado em antibiograma.

Ampicilina 500mg cp VO 6/6h por 7 dias (classe B-FDA). Nunca utilizar se não for baseado em antibiograma.

VIA ENDOVENOSA:

Cefuroxima: 750mg EV de 8/8h até 48h, após melhora clínica, transicionar para cefuroxima VO até completar o tempo escolhido para o tratamento (Classe B - FDA).

Ceftriaxona: 1g EV de 12/12h por 7 a 14 dias (Classe B - FDA)

Gentamicina: 120 a 160 mg EV 7-10 dias (Classe C/D – FDA)

!!! TODAS AS INTERCORRÊNCIAS DEVEM SER ANOTADAS NO CARTÃO DE PRÉ-NATAL E REALIZAR A CONTRARREFERÊNCIA À UBS DE ORIGEM !!!

Protocolo revisado em março/2021

Principais Referências: Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG), 2020; Arq Bras Cardiol (SBC/SBH) 2020; SBI, DUARTE, G, et al, 2008.



EXAMES DE IMAGEM DISPONIBILIZADOS PELA SMS

MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO

O Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomenda que todas as mulheres com idade entre 50 e 69 anos realizem mamografia com intervalos de 2 anos visando a detecção precoce do Câncer de mama. Para mulheres pertencentes a grupos com risco aumentado para desenvolvimento de Câncer de mama, recomenda-se mamografia anual a partir dos 35 anos de idade. São considerados grupos de risco:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

Conforme comunicado interno n 04/2022 – A Secretaria Municipal de Saúde de Batatais homologa as RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE QUANTO ÀS INTERVENÇÕES AVALIADAS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA (anexo).

Referência:

https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Diretrizes_Nacionais_para_a_Deteccao_Precoce_do_Cancer_de_Mama.pdf, disponível em 24/08/2022.

DENSITOMETRIA ÓSSEA (OMS)

Critérios de Inclusão:

- Mulheres a partir de 65 anos e homens a partir de 70 anos;
- Uso crônico de corticoide ou outros medicamentos que possam estar relacionados à perda de massa óssea;
- Para avaliação da possibilidade de suspensão da terapia de reposição hormonal em mulheres e em menopausa;
- Evidência de osteoporose em radiografia simples.



RELAÇÃO DE ACESSO A EXAMES COMPLEMENTARES

1. ATENÇÃO BÁSICA

EXAME	
AUDIOLOGIA	
(A+I) AUDIOMETRIA+IMITANCIOMETRIA	
COLONOSCOPIA	0209010029
DENSITOMETRIA ÓSSEA	0204060028
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	0209010037
ENEMA OPACO	0204050014
IDADE ÓSSEA	
MAMOGRAFIA UNILATERAL	0204030030
MAMOGRAFIA BILATERAL	0204030030
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	0204030188
REED-RAD. ESÔFAGO,ESTÔMAGO E DUOD.	0204020146
RAD. INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	0204050154
US. ABDOMEM SUPERIOR	0205020038
US. ABDOMEM TOTAL	0205020046
US. PARTES MOLES	0205020062
US. BOLSA ESCROTAL	0205020070
US. CERVICAL	0205020062
US. MAMA	0205020097
US. 1º E 2º TRIMESTRE	0205020143
US. OBSTÉTRICO	0205020143
US. PÉLVICO	0205020160
US. PRÓSTATA (ABDOMINAL)	0205020100
US PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	0205020119
US. TIREÓIDE	0205020127
US. TORAX	0205020135
US. TRANSVAGINAL	0202020186
US. TRANSFONTANELA	0205020178
US. ARTICULAÇÃO	0205020062
US. VIAS URINÁRIAS	0205020051

1. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

EXAME	
BERA	
BIÓPSIA DE PRÓSTATA	0201010542
CAMPIMETRIA	0211060038
CAPSULOTOMIA A YAG LASER	0405050020
CINTILOGRAFIA MIOCARDIO	0208010025
(COLOCAR OS 2 CÓDIGOS)	0208010033
CINTILOGRAFIA ÓSSEA	0208050035
CINTILOGRAFIA RENAL (DMSA)	0208040056



ESTUDO RENAL DINÂMICO (DTPA)	0208040102
CINTILOGRAFIA TIREOIDE	0208030026
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	0205010032
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	0205010024
ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	0205010016
ELETOENCEFALOGRAMA SEM SEDAÇÃO	
ELETOENCEFALOGRAMA COM SEDAÇÃO	
ESCANOMETRIA	0204060036
ESPIROMETRIA	0211080055
FISTULOGRAFIA	0204050057
HEMODINÂMICA (CATETERISMO)	0211020010
HOLTER 24 HORAS	0211020044
MAPA	0211020052
NASOFIBROSCOPIA	0209040041
PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	0205020020
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA*	
TESTE ERGOMÉTRICO	0211020060
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA*	
US. GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	0205020089
US. DOPPLER VASOS	0205010040
URETROCISTOGRAFIA	0204050170
UROGRAFIA EXCRETORA	0204050189

<u>COLUNA LOMBAR</u>	<u>0206010010</u>
<u>COLUNA DORSAL</u>	<u>0206010010</u>
<u>COLUNA CERVICAL C/ OU S/CONTRASTE</u>	<u>0206010010</u>
<u>COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE</u>	<u>0200010023</u>
<u>CRÂNIO</u>	<u>0206010079</u>
<u>TÓRAX</u>	<u>0206020031</u>
<u>COLUNA TORÁCICA C/ OU S/CONTRASTE</u>	<u>0206010036</u>
<u>ABDOMEN SUPERIOR</u>	<u>0206030010</u>
<u>ABDOMEN INFERIOR</u>	<u>0206030037</u>
<u>PELVE/BACIA</u>	<u>0206010044</u>
<u>SEIOS DA FACE E FACE</u>	<u>0206010044</u>
<u>MASTOIDES, OUVIDOS E MANDÍBULAS</u>	<u>0206010044</u>
<u>PESCOÇO E PARTES MOLES</u>	<u>0206010052</u>
<u>SELA TURCICA</u>	<u>0206010060</u>
<u>COXA, PERNA, CALCÂNEO, TORNOZELO</u>	<u>0206020023</u>
<u>TORNOZELO E PÉ UNILATERAL</u>	<u>0206020023</u>
<u>CLAVÍCULA, OMBROS, BRAÇOS, AXILAS</u>	<u>0206020015</u>
<u>MÃO UNILATERAL</u>	<u>0206020015</u>
<u>PUNHO UNILATERAL</u>	<u>0206020015</u>



CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DOS EXAMES COMPLEMENTARES

<u>TOMOGRAFIA</u>	<u>CRITÉRIOS</u>	<u>ESPECIALISTA</u>
<u>Abdomen e Pelve</u>	<u>Ultrassom</u>	<u>Cirurgião Geral, Gastro, Urologista e Ginecologista</u>
<u>Articulações esterno-clavicular</u>	<u>RX</u>	<u>Ortopedista</u>
<u>Coluna cervical-dorsal-lombar</u>	<u>RX</u>	<u>Ortopedista e Neurologista</u>
<u>Crânio</u>	<u>Critério clínico</u>	<u>Neurologista</u>
<u>Face ou seios da face ou articulações têmporo-mandibular</u>		<u>Otorrino, Neurologista</u>
<u>Joelhos</u>	<u>RX</u>	<u>Ortopedista</u>
<u>Ombros, cotovelos, punhos, sacro-ilíaco, coxo-femorais</u>	<u>RX</u>	<u>Ortopedista</u>
<u>Bacia</u>	<u>RX</u>	<u>Ortopedista</u>
<u>Segmentos apendiculares (braços, antebraços, coxas, pernas, mãos, pés)</u>	<u>RX</u>	<u>Ortopedista</u>
<u>Tórax</u>	<u>RX – Tórax, PA e perfil atualizado e RX Tórax</u>	<u>Pneumologista</u>

<u>RESSONÂNCIA</u>	<u>CRITÉRIOS</u>	<u>ESPECIALISTA</u>
<u>Abdômen e pelve</u>	<u>Tomografia e/ou Ultrassom ou biópsia (câncer)</u>	<u>Cirurgião Geral, Gastro, Urologista e Ginecologista</u>
<u>Articulações esterno-clavicular</u>	<u>RX e/ou Tomografia</u>	<u>Ortopedista</u>
<u>Coluna cervical-dorsal-lombar</u>	<u>RX e/ou Tomografia</u>	<u>Ortopedista e Neurologista</u>
<u>Crânio</u>	<u>Tomografia</u>	<u>Neurologista</u>
<u>Face ou seios da face ou articulações têmporo-mandibular</u>		<u>Otorrino, Neurologista</u>
<u>Joelhos</u>	<u>RX</u>	<u>Ortopedista</u>
<u>Ombros, cotovelos, punhos, sacro-ilíaco, coxo-femorais</u>	<u>RX e/ou Tomografia</u>	<u>Ortopedista</u>
<u>Pelve ou bacia</u>	<u>RX e/ou Tomografia</u>	<u>Ortopedista</u>
<u>Segmentos apendiculares (braços, antebraços, coxas, pernas, mãos, pés)</u>	<u>RX e/ou Tomografia</u>	<u>Ortopedista</u>
<u>Tórax</u>	<u>Tomografia e/ou RX-tórax, PA e perfil atualizado</u>	<u>Pneumologista</u>



EXAMES LABORATORIAIS DISPONIBILIZADOS PELA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA E SEUS CRITÉRIOS E DIRETRIZES CLÍNICAS

NOMENCLATURA RKM		LOCAL DE REALIZAÇÃO	DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO/CRITÉRIOS (Requer autorização prévia pelo Setor de Regulação)
020-205-001-7	ANALISE DE CARACTERES FÍSICOS ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-203-000-0	ANCA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-208-001-3	ANTIBIOGRAMA	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-025-5	ANTICORPO ANTI-TPO (PEROXIDASE)	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-208-005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	LABORATÓRIO	SOMENTE NA DÚVIDA APÓS REALIZAÇÃO DO EXAME DERMATONEUROLÓGICO OU RESISTÊNCIA POR PARTE DO PACIENTE EM ACEITAR O DIAGNÓSTICO
020-208-004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (CONTROLE)	ADOLFO LUTZ	NÃO SE APLICA
020-208-004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-205-000-0	CÁLCIO URINÁRIO (MAT URINA 24H)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA

020-205-002-5	CLEARANCE DE CREATININA	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-027-9	COLESTEROL VLDL	LABORATORIO	NÃO SE APLICA
020-202-003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-208-008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-208-008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	ADOLFO LUTZ	NÃO SE APLICA
020-208-008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-208-008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO CORT (3 DOSAGENS)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-203-007-5	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	LABORATORIO	NÃO SE APLICA
020-206-001-2	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-202-007-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	LABORATORIO	NÃO SE APLICA
020-202-009-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	LABORATORIO	NÃO SE APLICA
020-202-013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMB PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA

020-202-014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-202-015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-212-002-3	DETERMINAÇÃO DO GRUPO ABO / FATOR RH	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-206-004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-201-076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	TERCEIRIZADO	PARA PACIENTES COM QUADRO DE RAQUITISMO OU OSTEOMALÁCIA, PORTADORES DE OSTEOPOROSE, IDOSOS COM HISTÓRIA DE QUEDAS EFRATURAS, OBESOS, GRÁVIDAS E LACTENTES, PACIENTES COM SÍNDROMES DE MÁ-ABSORÇÃO (FIBROSE CÍSTICA, DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL, DOENÇA DE CROHN, CIRURGIA BARIÁTRICA), INSUFICIÊNCIA RENAL OU HEPÁTICA, HIPERPARATIROIDISMO, MEDICAÇÕES QUE INTERFERAM NO METABOLISMO DA VITAMINA D (ANTICONVULSIVANTES, GLICOCORTICOIDES, ANTIFÚNGICOS, ANTIRRETROVIRAIS, COLESTIRAMINA, ORLISTAT), DOENÇAS GRANULOMATOSAS E LINFOMAS.
020-201-011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-207-005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-201-016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-203-009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-207-008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO

			ESPECIALIZADA
020-201-018-0	DOSAGEM DE AMILASE	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-206-011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-203-118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOM HUMANO IGA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-203-010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-207-012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-201-020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-201-020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-201-020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-201-021-0	DOSAGEM DE CALCIO	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-207-015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-207-017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-205-008-4	DOSAGEM DE CITRATO	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-207-019-0	DOSAGEM DE COBRE	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

020-201-027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-201-028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	LABORATORIO	NÃO SE APLICA
020-201-029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-206-013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-031-7	DOSAGEM DE CREATININA	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-201-032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	LABORATORIO	NÃO SE APLICA
020-201-033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-206-014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-201-036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-206-015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-206-016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-211-004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-207-022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-201-038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-201-039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	LABORATORIO	NÃO SE APLICA

020-201-040-6	DOSAGEM DE FOLATO	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-201-043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-201-047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-201-047-3	DOSAGEM DE GLICOSE (PÓS PRANDIAL)	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-201-048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-206-021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-201-050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINAGLICOSILADA	LABORATÓRIO	<p>NO MUNICÍPIO DE BATATAIS, RECOMENDA-SE QUE O EXAME NÃO SEJA USADO COMO ROTINA DE RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO, E SIM, COMO UM EXAME DE ACOMPANHAMENTO DO CONTROLE METABÓLICO, PARA AQUELES PACIENTES QUE FORAM ELENCADOS NA CONDIÇÃO DE SAÚDE COMO DIABETICOS NO PRONTUÁRIO ELETRONICO, SENDO PADRONIZADO</p> <p>1 EXAME A CADA 6 MESES</p> <p>PARA DETERMINAR O DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS, O EXAME DEVE OCORRER POR MÉTODO PADRONIZADO E O LABORATÓRIO DEVE SER CERTIFICADO PELO NATIONAL GLYCOHEMOGLOBIN</p> <p>STANDARDIZATION PROGRAM.</p>
020-206-022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO

			ESPECIALIZADA
020-206-023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-206-024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-206-025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	TERCEIRIZADO	<p>PARA PACIENTES COM SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DE: HIPO OU HIPERTIREOIDISMO; PRESENÇA DE BÓCIO (DIFUSO OU NODULAR);</p> <p>DOENÇA DE GRAVES PREVIA; PRESENÇA DE ALTERAÇÕES OCULARES SUGESTIVAS DE OFTALMOPATIA DE GRAVES (PROPTOSE OCULAR, RETRAÇÃO PALPEBRAL);</p> <p>HISTÓRIA DE RADIOTERAPIA EXTERNA DA REGIÃO CERVICAL; HISTÓRIA DE TIREOIDECTOMIA OU OUTRA CIRURGIA DO PESCOÇO TERAPIA PRÉVIA COM IODO RADIOATIVO;</p> <p>DOENÇA AUTOIMUNE TIREOIDIANA OU EXTRA-TIREOIDIANA (VITILIGO, ANEMIA PERNICIOSA, INSUFICIÊNCIA ADRENAL, DIABETES MELLITUS TIPO 1, FALÊNCIA OVARIANA PRECOCE, DOENÇA CELÍACA, SÍNDROME SJOGRËN);</p> <p>HISTÓRIA FAMILIAR DE DOENÇA TIREOIDIANA AUTOIMUNE USO DE DROGAS (LÍTIO, AMIODARONA, INTERFERON,</p> <p>FÓRMULAS PARA EMAGRECER, CONTRASTE IODADO, ESTAVUDINA, AMINOGLUTETIMIDA, CONTRASTES RADIOLÓGICOS IODADOS, INIBIDORES DOS RECEPTORES DE TIROSINA QUINASE).</p> <p>HIPERCOLESTEROLEMIA PERSISTENTE; HIPERPROLACTINEMIA; ELEVAÇÃO DE ENZIMAS HEPÁTICAS OU DE CPK DE ETIOLOGIA NÃO ESCLARECIDA; GINECOMASTIA; OSTEOPOROSE; CARDIOPATIA (INSUFICIÊNCIA</p>

			CARDÍACA, DERRAME PERICÁRDICO,ARRITMIA CARDÍACA); SÍNDROME DOWN; SÍNDROMETURNER; HIPERTENSÃO PULMONARPRIMÁRIA; ESCLEROSE MÚLTIPLA; IRREGULARIDADE MENSTRUAL SEM CAUSA DEFINIDA; INFERTILIDADE; GESTAÇÃO E PERÍODO PÓS-PARTO DE MULHERES COM FATORES DE RISCO AUMENTADO PARA DISFUNÇÃOTIREOIDIANA.
020-206-026-8	DOSAGEM DE INSULINA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-201-055-4	DOSAGEM DE LIPASE	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-207-025-5	DOSAGEM DE LITIO	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-201-056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-207-026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-205-009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-205-009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-205-010-6	DOSAGEM DE OXALATO	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-206-027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-201-060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-206-029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

020-206-030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	TERCEIRIZADO	PARA PACIENTES COM HISTÓRIA DE AMENORREIA OU DE CICLOS MENSTRUAIS IRREGULARES ASSOCIADOS OU NÃO À GALACTORREIA.
020-203-020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-205-011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-205-011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	LABORATORIO	NÃO SE APLICA
020-201-062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-201-063-5	DOSAGEM DE SODIO	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-206-034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-206-035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-206-036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-206-037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-206-038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-201-065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA

	(TGP)		
020-201-066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-206-039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-069-4	DOSAGEM DE UREIA	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-201-070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-207-035-2	DOSAGEM DE ZINCO	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-203-121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENOCA 125	TERCEIRIZADO	LIBERADO PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E PARA PACIENTES EM SEGUIMENTO/ACOMPANHAMENTO ONCOLÓGICO COM G.O. DA ATENÇÃO BÁSICA.
020-202-035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-201-072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-202-038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-203-097-0	PESQUISA DE ANT DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-203-080-6	PESQUISA DE ANTIC IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-203-091-1	PESQUISA DE ANTIC IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

020-203-027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-203-047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-203-030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-203-055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-203-059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-203-036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-203-062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-203-064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANT E VIRUS DAHE B (ANTI-HBE)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANT VIRUS DA HEP B (ANTI-HBS)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATI C (ANTI-HCV)	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃOESPECIALIZADA
020-203-073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA VIRUS EPSTEIN-BARR	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG		

	ANTICITOMEGALOVIRUS	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG/IGM CONTRA ANT (ANTI-HBC-TOTAL)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANT CENTRAL (ANTI-HBC-IGM)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-203-096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-202-041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
020-205-026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃO

			ESPECIALIZADA
020-204-012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-204-012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS - 2 amostra	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-204-012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS - 3 amostra	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-204-014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-208-023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-203-104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-209-028-0	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	TERCEIRIZADO	<p>HOMENS OU PARCEIROS QUE SE ENQUADREM NO PROTOCOLO DO AMBULATÓRIO DE INFERTILIDADE DOHC-FMRP: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO INDIVÍDUOS DO SEXO MASCULINO OU FEMININO COM DESEJO DE TER FILHOS E COM DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE (IMPOSSIBILIDADE DE CONCEBER ESPONTANEAMENTE OU AUSÊNCIA DE GRAVIDEZ APÓS 12 MESES DE ATIVIDADE SEXUAL REGULAR SEM USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS), CASAIS HOMOAFETIVOS FEMININOS E MASCULINOS, HOMENS SOLTEIROS E MULHERES SOLTEIRAS, DESDE QUE NÃO APRESENTEM OS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO ABAIXO DESCRITOS. CASAIS COM ANTECEDENTES DE PELO MENOS DOIS (2) ABORTOS ESPONTÂNEOS COM MENOS DE 22 SEMANAS E QUE DESEJEM NOVA GESTAÇÃO.</p> <p>MÁ HISTÓRIA OBSTÉTRICA: ANTECEDENTE GESTACIONAL DE PELO MENOS UM NASCIMENTO PRÉ-TERMO OU ÓBITO GESTACIONAL MENOR OU IGUAL A 34 SEMANAS ASSOCIADO A</p>

			<p>ECLAMPSIA, PRÉ- ECLÂMPZIA SEVERA E/OU INSUFICIÊNCIA PLACENTÁRIA. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</p> <p>IDADE FEMININA MENOR DE 18 ANOS OU IGUAL OU ACIMA DE 38 ANOS. ESSE CRITÉRIO SE APLICA APENAS AO ITEM 1 DE INCLUSÃO. MULHERES COM TRÊS (3) OU MAIS CESÁREAS PREGRESSAS. PATOLOGIAS CRÔNICAS DA MULHERQUE SE ASSOCIEM A UM ALTO RISCOGESTACIONAL E/OU PERINATAL CONFORME PARECER ESPECIALIZADO: DIABETES MELITUS DESCOMPENSADO, HIPERTENSÃO GRAVE, CARDIOPATIA MODERADA OU SEVERA, DISCRASIAS SANGUÍNEAS GRAVES, INSUFICIÊNCIAHEPÁTICA OU RENAL, NEOPLASIAS AVANÇADAS, SIDA ESTADIOS 3 OU 4, LUPUS ERITEMATOSO DESCOMPENSADO, EPILEPSIA DESCONTROLADA.</p> <p>DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS QUECOMPROMETAM ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO FILHO.</p> <p>AUSÊNCIA DE ACORDO COMUM DOSCÔNJUGES QUANTO AO DESEJO DE GRAVIDEZ.</p> <p>CONDIÇÕES SÓCIO ECONÔMICAS QUE POSSAM COMPROMETER O BEMESTAR DA POSSÍVEL CRIANÇA A NASCER.</p> <p>CASAIS COM SOROLOGIAS POSITIVASOU DISCORDANTES (HBSAG, ANTI- HCV, ANTI-HIV 1 E/OU 2, ANTIHTLV1 E/OU 2).CASOS DE PRESERVAÇÃO DEFERTILIDADE POR RAZÕES ONCOLÓGICAS DEVIDO A FILA DE ESPERA.</p>
020-201-062-7	RELAÇÃO A/G	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-206-000-1	SHBG - GLOBULINA LIGADORA DE HORMONIOS SEXUAIS	TERCEIRIZADO	LIBERADO SOMENTE PARA ATENÇÃOESPECIALIZADA
020-203-112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA

020-203-113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-212-009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	LABORATÓRIO	NÃO SE APLICA
020-203-111-0	TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECAO DE SIFILIS	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
021-401-006-6	TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ	LABORATORIO	NÃO SE APLICA
021-401-012-0	TESTE RÁPIDO PARA DENGUE IGG/IGM	ADOLFO LUTZ	NÃO SE APLICA
021-401-016-3	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID- 2	LABORATORIO	NÃO SE APLICA
020-203-109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	TERCEIRIZADO	PARA DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR E LARÍNGEA EM ADULTOS E ADOLESCENTES
020-208-004-8	TMR - TESTE MOLECULAR RAPIDO DETECCAO TUBERCULOSE	HCRP	NÃO SE APLICA
020-206-000-0	TRAB (ANTIRECEPTOR DE TSH)	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-000-0	VITAMINA A	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-000-1	VITAMINA B1	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-000-2	VITAMINA E	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA
020-201-000-3	VITAMINA K	TERCEIRIZADO	NÃO SE APLICA



Referências Bibliográficas:

- 1) Harmonizing Hemoglobin A1c Testing: A better A1c test means better diabetes care. NGPS Home, 2022. Disponível em: <<http://www.ngsp.org/>>. Acesso em: 11 de maio de 2022.
- 2) Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2022.
- 3) Hipogonadismo Masculino Tardio ou Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM): Diagnóstico. Associação Médica Brasileira, 2017. Disponível em: <<https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/09/HIPOGONADISMO-TARDIO-OU-DEFICIENCIA-ANDROGENICA-FINAL-2017.pdf>>. Acesso em: 11 de maio de 2022.
- 4) Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Portal de Boas Práticas da Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/04/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2022.
- 5) Protocolo de investigação e tratamento das endocrinopatias na Atenção Básica: hipotireoidismo e hipertireoidismo. Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/pe-hipotiroidismo-hipertiroidismo2014.pdf>>. Acesso em: 11 de maio de 2022.
- 6) É necessário mensurar os níveis de vitamina D na população? Biblioteca Virtual em Saúde da Atenção Primária em Saúde, 2018. Disponível em: <<https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-os-fatores-que-levam-a-reducao-dos-niveis-de-vitamina-d-no-sangue-de-pessoas-que-moram-na-regiao-nordeste/>>. Acesso em: 11 de maio de 2022.
- 7) Guia prático sobre a Hanseníase. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hansenise.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2022.