



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



**PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ**

**Ji-Paraná, 2013.**



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



**Adaptado por:**

Assistente Administrativo - Andréia Cristina Pereira

Enfermeira - Franciany Chagas Ribeiro Brasil

Médico Regulador – Dr. Marcos Henrique Bitencourt Rodrigues

**Revisado por:**

Secretário Municipal de Saúde – Renato Antonio Fuverki

**PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO MUNICIPIO DE JI-PARANÁ**

**Ji-Paraná, 2013.**



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



## **SUMÁRIO**

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>03</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>04</b>
<b>PROTOCOLO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA.....</b>	<b>05</b>
<b>PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM CARDIOLOGISTA INFANTIL</b>	<b>13</b>
<b>PROTOCOLO PARA CONSULTA EM NEUROLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>PROTOCOLO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
<b>PROTOCOLO PARA CONSULTA EM RISCO CIRURGICO .....</b>	<b>26</b>
<b>PROTOCOLO PARA CONSULTA EM UROLOGIA ADULTO E INFANTIL .....</b>	<b>32</b>
<b>PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA .....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



## **APRESENTAÇÃO**

O protocolo de Regulação do Complexo Regulador do município de Ji-Paraná visa subsidiar os profissionais do Sistema Único de Saúde, envolvidos direta e indiretamente com o processo de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, otimizando o acesso do usuário aos serviços de saúde nos três níveis de atenção, da atenção primária a alta complexidade.

Este protocolo descreve as diretrizes para operacionalização dos Complexos Reguladores Municipal, considerando o papel do estado nas ações da regulação da atenção à saúde, visando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda, o mais próximo possível das necessidades reais.

Este documento foi baseado no protocolo já estabelecido pelo Estado, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, e adaptado à realidade do nosso Município.



## **INTRODUÇÃO**

A Política de Regulação da Atenção à Saúde deve ter como objetivo programar uma gama de ações que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações. Deve, portanto articular e integrar mecanismos que permitam aos gestores, regular as ações e serviços de saúde, tais como: fazer os contratos, pactos entre gestores e prestadores; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção à saúde; desenvolver os protocolos de regulação e implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores.

De acordo com as diretrizes do Pacto pela Saúde (2006), especialmente no seu componente Pacto de Gestão, a regulação da Atenção à Saúde tem como objeto à produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigidas aos prestadores de serviços públicos e privados de saúde.

A padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos clínicos e de regulação são estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, nos processos de trabalho.

Os protocolos de regulação são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamento, que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente, entre os níveis de complexidade da atenção. Diferem dos protocolos clínicos, e também não devem ser confundidos com roteiros de solicitação.

Os protocolos clínicos descrevem a prática da medicina baseada em evidências, para subsidiar as decisões terapêuticas. Os protocolos de regulação orientam quanto à competência dos níveis de atenção, observando o grau de complexidade e resolutividade de cada um deles.



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



O protocolo de regulação apresentado limita-se a orientar condutas e procedimentos referentes aos fluxos das consultas especializadas e exames de média e alta complexidade.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM CARDIOLOGISTA**

**Motivos para encaminhamento:**

1. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de difícil controle
2. Avaliação cardiológica para populações acima de 45 anos (sexo masculino) e 50 anos (sexo feminino).
3. Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)
4. Insuficiência Coronariana
5. Dor Torácica/Precordialgia
6. Sopros/ Valvulopatias estabelecidas
7. Parecer Cardiológico – Pré-Operatório
8. Miocardiopatias.
9. Avaliação para atividade física
10. Arritmias

**OBS:** Todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que encaminhou e a ele deve voltar.

**1. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle**

**HDA:** Encaminhar os pacientes com HAS moderada ou severa, sem controle clínico, associado com a presença de alterações em órgão-alvo ou aqueles com co-morbidades, devendo o médico que solicitar a avaliação, justificar com clareza o que deseja do encaminhamento.

Encaminhar os pacientes hipertensos acima de 60 anos independente de complicações pelo menos duas consultas anuais.



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



**OBS.:** Pacientes com HAS de diagnóstico recente, leve, sem complicações ou doenças associadas, deverão ser acompanhados pelo clínico ou generalista em Unidade Básica de Saúde.

**Exame físico:** Medida da pressão arterial + relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias, etc.)

**Exames complementares necessários:**

- |                                  |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| I. Hemograma com plaquetas;      | V. Ácido úrico, Sumário de          |
| II. Glicemia de jejum;           | urina, Uréia, sódio e potássio;     |
| III. Colesterol total e frações; | VI. Eletrocardiograma (ECG) e RX de |
| IV. Triglicerídeos e creatinina; | tórax.                              |

**OBS.:** Caso tenha feito outros exames, ex: Ecocardiograma (ECO), espirometria, ultra-sonografia de abdômen, orientar o paciente a levar para a consulta.

**Prioridade para a regulação:** HAS severa com sinais de doenças associadas descompensada (ICC, diabetes mellitus (DM), doenças vascular periférica, doenças cérebro vascular (acidente isquêmico e hemorrágico.), coronariopatas (pós-cirurgia cardíaca), Insuficiência Renal Crônica (IRC)).

## **2. AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA PARA PESSOAS ACIMA DE 45 ANOS (SEXO MASCULINO) E 50 ANOS (SEXO FEMININO).**

**HDA:** Encaminhar os pacientes com idade  $\geq 45$  anos para os homens e 50 anos para as mulheres, com ou sem fator de risco para doença cardiovascular.

**Exame físico:** Medida da pressão arterial + relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias, etc.).

**Exames complementares necessários:**

- |                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| I. Hemograma com plaquetas, | III. Colesterol total e frações, |
| II. Glicemia de jejum,      | IV. Triglicerídeos e creatinina, |



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



V. Ácido úrico, sumário de urina, uréia e potássio.

**OBS.:** Caso tenha feito outros exames, ex: eletrocardiograma (ECG), Ecocardiograma (ECO), raios-X de tórax, espirometria, ultra-sonografia de abdômen, orientar o paciente a levar para a consulta. O usuário deve levar a primeira consulta do especialista o ECG e RX.

**Prioridade para a regulação:** Paciente com história de Diabetes Mellitus (DM) e/ou dois fatores de risco maiores para Doença Arterial Coronariana (DAC).

### **3. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA**

**HDA:** Encaminhar todos os pacientes de ICC. Especificar os motivos de encaminhamento ao especialista, descrevendo os sinais e sintomas que justifiquem o encaminhamento.

**Exame físico:** Medida da pressão arterial + relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória. Descrever a presença de dispnéia, visceromegalias e edema de MMII.

**Exames complementares necessários:**

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| I. Hemograma com plaquetas,                         | IV. creatinina, uréia e potássio |
| II. Glicemia de Jejum,                              | V. raios-X e ECG.                |
| III. Colesterol Total e frações,<br>triglicerídeos, |                                  |

**OBS.:** Caso tenha feito outros exames, tais como ECO, ergométrico, cateterismo, orientar o paciente a levar ao especialista.

**Prioridade para a regulação:** ICC de difícil controle e/ou presença de doenças associadas com sinais de descompensação (HAS, DM, IRC).

**Contra- referência:** Retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS (com relatório do especialista).





#### **4. INSUFICIÊNCIA CORONARIANA**

**HDA:** Doenças Coronarianas (DC) estabelecida (pós-Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), pós-revascularização do miocárdio, pós-angioplastia).

**Prioridades para regulação:** Dor torácica de início recente (em esforço ou repouso)

**Exame físico:** Medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença visceromegalias importantes.

**Exames complementares necessários:**

- |                                  |                               |
|----------------------------------|-------------------------------|
| I. Hemograma com Plaquetas;      | V. Creatinina, uréia, sódio e |
| II. Glicemia de Jejum;           | potássio;                     |
| III. Colesterol Total e frações; | VI. Rx de tórax;e.            |
| IV. Triglicerídeos;              | VII. ECG.                     |

**OBS.:**Caso tenha feito outros exames tais como, ECO, Ergométrico, Dosagem de Enzimas Cardíacas ou Cateterismo, orientar o paciente a levar ao especialista.

**Prioridade para a regulação:** Pacientes pós-infarto, pós-revascularização e pós-angioplastia. **Angina estável OBS:** Angina Instável e Insuficiência Coronária Aguda (ICO), com suspeita de IAM, são situações que requerem avaliação de urgência em serviço de cardiologia.



## **5. DOR TORÁCICA E PRECORDIALGIA**

**HDA:** Caracterizar a Dor Precordial se típica ou atípica, de acordo com os sintomas descritos pelo paciente. Descrever a presença ou não de Diabetes Mellitus, Insuficiência Renal, Pneumopatias, obesidade, dislipidemias e tabagismo.

**Exame físico:** Medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença de dispnéia, visceromegalias importantes e edema de MMII.

**Exames complementares necessários:**

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| I. Hemograma com Plaquetas;      | V. Creatinina, uréia e potássio; |
| II. Glicemia de Jejum;           | VI. RX de tórax e;               |
| III. Colesterol Total e frações; | VII. ECG.                        |
| IV. Triglicerídeos;              |                                  |

**OBS.:** Caso tenha feito outros exames tais como, ECO, Ergométrico, Dosagem de Enzimas Cardíacas ou Cateterismo, orientar o paciente a levar ao especialista.

**Prioridade para a regulação:** Dor torácica com características de Angina estável.

**OBS:** Angina Instável Insuficiência Coronária Aguda (ICA), com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), são situações que requerem avaliação de urgência em serviço de cardiologia.

## **6. SOPROS/VALVULOPATIAS ESTABELECIDAS**

**HDA:** Encaminha os pacientes com alterações de ausculta, excluindo causas clínicas como anemia. Encaminhar os pacientes com diagnóstico de valvulopatia pré-estabelecida.

**Exame físico:** Medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença de dispnéia, cianose e visceromegalias importantes. Informar as características do sopro.



**OBS:** em crianças, se o sopro for observado durante episódio febril, reavaliar após febre.

**Exames complementares necessários:** Caso tenha feito exames tais como, RX de Tórax, ECG, ECO, orientar o paciente a levar ao especialista.

**Prioridade para a regulação:** Pacientes com sinais de descompensação cardíaca.

## **7. PARECER CARDIOLÓGICO – PRÉ-OPERATÓRIO / AVALIAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO.**

Paciente com indicação cirúrgica já confirmada será avaliado pelo cardiologista, para realização do parecer.

### **Exames complementares necessários:**

- |                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| I. Hemograma;           | V. TGO e TGP,         |
| II. Coagulograma;       | VI. ECG, e;           |
| III. Glicemia de jejum; | VII. Raio X de tórax. |
| IV. Uréia e creatinina, |                       |

**OBS.:** Se existirem outros exames específicos realizados (ECO, Cateterismo), orientar ao paciente a levar ao especialista.

**Prioridade para a regulação:** Pacientes com indicação cirúrgica eletiva e de grande porte.

## **8. MIOCARDIOPATIAS**

**HDA:** Informar a procedência do paciente e os antecedentes mórbidos importantes e o tratamento realizado. Encaminhar os pacientes para esclarecimento diagnóstico, ou aqueles com sinais de descompensação cardíaca.



**Exame físico:** Medida da pressão arterial + relatos importantes, e visceromegalias importantes. Informar as características da ausculta cardíaca.

**Exames complementares:** Caso tenha feito exames tais como, raios-x de tórax, hemograma, ASLO, ECG, ECO, uréia e creatinina e potássio, sorologia para chagas, orientar o paciente a levar ao especialista.

**Prioridade para a regulação:** Pacientes estáveis, sem sinais clínicos de descompensação cardíaca.

**OBS:** O paciente com sinais de descompensação cardíaca grave deve ser encaminhado para o serviço de Emergência Cardiológica.

## **9. AVALIAÇÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA**

**HDA:** Encaminhar os pacientes que iniciarão ou que já praticam atividade física para a avaliação cardiológica uma vez por ano.

**Exame físico:** Medida da pressão arterial + relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias, etc.)

**Exames complementares necessários:**

- |   |  |
|---|--|
| <b>I.</b> Hemograma com plaquetas;      | <b>V.</b> Creatinina, ácido úrico, sumário |
| <b>II.</b> Glicemia de jejum;           | de urina, uréia, sódio e                   |
| <b>III.</b> Colesterol total e frações; | potássio.                                  |
| <b>IV.</b> Triglicerídeos;              |  |

**OBS.:** Caso tenha feito outros exames, ex: eletrocardiograma (ECG), Ecocardiograma (ECO), raios-x de tórax, espirometria, ultra-sonografia de abdômen, orientar o paciente a levar para a consulta. O usuário deve levar a primeira consulta do especialista o ECG e RX.



**Prioridade para a regulação:** Pacientes com história de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus ou idade  $\geq 45$  anos para homens e/ ou  $\geq 50$  anos para mulher.

## **10.ARRITMIAS**

**HDA** – Encaminhar os pacientes com diagnostico estabelecido de arritmia cardíaca, síncope ou pré-síncope, história de marca-passo permanente.

**Exame físico:** Medida da pressão arterial + relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias, etc.)

### **Exames complementares necessários:**

- |   |  |
|---|--|
| <b>I.</b> Hemograma com plaquetas;      | <b>V.</b> creatinina, ácido úrico, sumário |
| <b>II.</b> glicemia de jejum;           | de urina, uréia, sódio e                   |
| <b>III.</b> colesterol total e frações; | potássio.                                  |
| <b>IV.</b> triglicerídeos;              |  |

**OBS.:**Caso tenha feito outros exames, ex: Eletrocardiograma (ECG), Ecocardiograma (ECO), raios-x de tórax, espirometria, ultra-sonografia de abdômen, orientar o paciente a levar para a consulta. O usuário deve levar a primeira consulta do especialista o ECG e RX.

**Prioridade para a regulação:** Pacientes com diagnostico de Insuficiência Cardíaca ou Insuficiência Coronariana associada.



## **PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM CARDIOLOGISTA INFANTIL**

### **Motivos para encaminhamento:**

1. Arritmias Cardíacas;
2. Cardiopatias Congênitas
3. Sintomas Cardiovasculares que necessitam de esclarecimento, diagnóstico especializado;
4. Sopro cardíaco.

**OBS:** Todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que encaminhou e a ele deve voltar.

### **Exames complementares:**

- I. ECG;
- II. Raios-X de tórax;
- III. Hemograma;
- IV. Urina I;
- V. TGO;
- VI. TGP;
- VII. Creatinina.



## **PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM NEUROLOGISTA**

### **MOTIVOS PARA O ENCAMINHAMENTO:**

1. Cefaléia;
2. Epilepsia, convulsões e desmaios;
3. Distúrbio de aprendizagem e retardo psicomotor;
4. Macrocrania e Microcrania;
5. Déficit mental;
6. Distúrbios de comportamento;
7. Suspeita/confirmação de erros inatos do metabolismo;
8. Sequelas de AVC;
9. Tonturas, desmaios, confusão mental;
10. Dormência, parestesias, perda de força e paralisia de membros superiores e inferiores;
11. Suspeita diagnóstica de doenças neurodegenerativas;

### **1. CEFALÉIA**

Encaminhar os casos de cefaléia com relato sucinto do quadro clínico, informando localização, característica, periodicidade, evolução, medicamentos em uso (dosagem e quantidade) e se há patologia associada;

#### **Afastar os casos de:**

- Hipertensão arterial sistêmica;
- Alteração da acuidade visual;
- Sinusites;

**OBS.:** Encaminhar casos de cefaléia de início abrupto e cefaléia crônica com características enxaquecosas.



**Exames complementares:**

- Raios x de crânio e seios da face (se houver); No exame físico relatar achados importantes e informar a pressão arterial;
- Se realizar exame de fundo de olho e constatar edema de papila, encaminhar sem exames para avaliação neurológica de urgência;
- Atenção especial aos casos de cefaléia de difícil controle, associada a distúrbio de comportamento, convulsões, agravamento progressivo ou instalação súbita e constante, encaminhar para avaliação neurológica de urgência.

## **2. EPILEPSIA, CONVULSÕES E DESMAIOS**

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, informando sintomatologia, evolução, medicamentos em uso (dosagem e quantidade) e há patologia associada (em especial diabetes) e possível hipoglicemia; Encaminhar após primeira crise, afastar a possibilidade de crise por processo infeccioso febril, que deve ser tratado, para posterior encaminhamento ao neurologista;

**Exames complementares:** Eletro encefalograma; Se houver outros exames tais como: Radiografias (crânio e seios da face); Tomografia e outros; Levar na consulta com neurologista com laudo. A contra referência para a UBS/UBSF será efetuada através de relatório do neurologista com prescrição e o prazo para retorno. Neste período até o retorno o acompanhamento será na UBS/UBSF.

**OBS:** A data de retorno ao neurologista dependerá do quadro do paciente, para os casos de crise de epilepsia controladas com anticonvulsivantes é quadrimestral ou semestral e as crises de epilepsia não controladas o retorno é quinzenal ou mensal





### **3. DISTÚRPIO DE APRENDIZAGEM E RETARDO PSICOMOTOR**

Encaminhar com história sucinta especificando qual o atraso do desenvolvimento neuropsicomotor foi observado, qual o distúrbio do comportamento foi observado, o tempo de evolução, tratamentos efetuados, uso de medicações; Informar dados sobre o primeiro ano de vida; Observar alterações associadas tais como: alteração da acuidade visual e/ou auditiva; Verificar a existência de laudo psicológico e/ou psicopedagógico e avaliação com fonoaudiólogo.

**Exames complementares:** Eletrocardiograma; Outros exames se houver levar na consulta com especialista.

**OBS:** Os casos de retardo de desenvolvimento agudo são de indicação para neurologista, já os casos de retardo crônico, em geral são problemas psicopedagógico. Adulto com distúrbio ou quadro de retardo e distúrbios de comportamento deve ser encaminhado para psiquiatria e/ou escolas pedagógicas

### **4. MACROCRANIA E MICROCRANIA**

#### **A- MACROCRANIA**

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, déficit neurológico, formato do crânio, evolução, tratamentos realizados e medicamentos em uso; Curva do perímetro cefálico superior a 98 percentil.

**Exames complementares (se houver):** Tomografia computadorizada; Ressonância nuclear magnética de crânio (diagnóstico diferencial com patologia neurocirúrgica \_ hidrocefalia hipertensiva ou tumores);



## **B- MICROCRANIA**

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, déficit neurológico, formato do crânio, evolução e tratamentos realizados; Curva do perímetro cefálico inferior a 2,5 percentil.

**Exames complementares (se houver):** Raios x de crânio; USG transfontanela para menores de 08 meses de idade; Tomografia computadorizada de crânio, para maiores de 08 meses de idade;

**OBS:** Meningomielocele e hidrocefalia com diagnóstico confirmado, encaminhar para neurocirurgia.

## **5. DÉFICIT MENTAL**

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, evolução, tratamento efetuados, medicamentos em uso; Encaminhar com laudo psicológico; Geralmente crianças;

**Exames complementares:** Eletroencefalografia (se houver);

## **6. DISTÚRBIOS DE COMPORTAMENTO**

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, evolução, tratamentos efetuados; Encaminhar com laudo psicológico; Geralmente crianças; Incluir as crianças com queixa de “nervosismo”;  
Exames complementares não exigidos;

**OBS:** “nervosismo” em adulto, para encaminhar ao neurologista, dever haver sinais ou sintomas de lesão orgânica do sistema nervoso central (snc). Não havendo



sinais ou sintomas de lesão orgânica do snc, encaminhar para saúde mental (psiquiatria).

## **7. SUSPEITA/CONFIRMAÇÃO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO E OUTRAS DOENÇAS METABÓLICAS**

Encaminhar através do pediatra; Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, sintomatologia, tratamentos realizados e medicações em uso e outras informações pertinentes;

**SUSPEITAR** de patologia de erro inato do metabolismo, quando houver:

- Desaceleração e parada de desenvolvimento psicomotor;
- Presença de sinais neurológicos anormais (ataxia, espasticidade, convulsão);
- Progressão de piora inexorável;

**Exames complementares:** Exames relacionados à hipótese diagnóstica (se houver);

**As patologias mais comuns são as diagnosticadas através do teste de triagem neonatal:**

- Fenilcetonúria;
- Hipotireoidismo congênito;
- Hemoglobinopatias;
- Fibrose cística;

**Outras patologias:** Galactosemia; Leucinose; Deficiência de biotinidase; Deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase; Defeitos da beta-oxidação mitocondrial dos ácidos graxos;

**A- DISTONIAS:** Espasmos musculares involuntários que produzem movimentos e posturas anormais freqüentemente dolorosos:



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



blefaroespasma, distonia cervical, distonia de membro, distonia oro – mandibular, distonia laríngea, espasmo hemifacial.

**B- ESPASTICIDADES:** Hiperatividade disfuncional muscular que limita a amplitude de movimentos articulares, causando incapacidade e dor, sendo um distúrbio freqüente nas lesões congênitas ou adquiridas do SNC: hemiplegia espástica, esclerose múltipla, paraplegia espástica, seqüelas de doenças cerebrovasculares, seqüelas de TCE e traumas raquimedulares, hipertonia espástica em grupos musculares ou músculos localizados.

**C- FALHAS – DOS MÉTODOS CONSERVADORES**(exercícios, órteses de posicionamento e medicação antiespástica) na manutenção da amplitude de movimento com risco de deformidade.

**D- EFEITOS ADVERSOS, FALHA OU CONTRA-INDICAÇÃO DA MEDICAÇÃO ORAL NO CONTROLE DA ESPASTICIDADE.**

**CONTRA-INDICAÇÕES:**

**A- ABSOLUTAS:** Alergia conhecida ao medicamento, infecção no local e gravidez, hiperatividade muscular sem que se espere recuperação (estado vegetativo-acamado crônico), fatores exacerbadores de tônus não controlados (itu, escara, orteses mal adaptada), calcificação heterotópica (miositeossificante) produzindo anquilose, lesão medular completa e espasticidade abaixo da lesão.

**B- RELATIVAS:** Doença neuro-muscular associada (miastenia gravis, doenças do neurônio motor), coagulopatias, falta de colaboração do paciente, contraturas fixas, lactação, uso de aminoglicosídeos (potencializador);

**Exames complementares:** Sem necessidade

## **8. SEQUELA DE AVC**

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, presença de patologias associadas, tratamentos efetuados e medicações em uso; Encaminhar para



avaliação e prescrição de reabilitação fisioterápica (após avaliação neurológica especializada);

**exames complementares (se houver):** Ressonância, nuclear magnética encefálica; Angioressonância encefálica; Eletro encefalograma;

## **9. TONTURAS, DESMAIOS, DIFICULDADE DE MEMORIZAÇÃO, CONFUSÃO MENTAL**

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, evolução, patologias associadas, medicações em uso, tratamentos efetuados e medicações em uso; Afastar doenças não neurológicas.

### **Exames complementares (se houver):**

- I. Ressonância nuclear magnética encefálica;
- II. Angioressonância encefálica;
- III. Hemograma;
- IV. Glicemia de jejum;

## **10. DORMÊNCIA, PARESTESIAS, PERDA DE FORÇA E “PARALISIA” DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES**

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, evolução, patologias associadas, tratamentos efetuados, medicações em uso;

### **Exames complementares (se houver):**

1. Ressonância nuclear magnética de coluna vertebral;
2. Ressonância nuclear magnética de encéfalo;
3. Eletroneuromiografia de membros inferiores e superiores;
4. Raios x de coluna vertebral;



**5. Raios x de crânio;**

## **11.SUSPEITA DIAGNÓSTICA DE DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS**

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, evolução, tratamentos efetuados, medicamentos em uso.

### **Encaminhar com queixas de:**

- I.** Amnésia;
- II.** Fraqueza muscular e de extremidades;
- III.** Dificuldade para andar;
- IV.** Rigidez muscular, alteração de equilíbrio e incardenação motora;
- V.** Distúrbio visual;
- VI.** Alteração de sensibilidade, formigamentos;
- VII.** Alteração do ato cognitivo.

**Exames complementares (se houver):** Ressonância magnética do segmento afetado



## **PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA**

### **MOTIVOS PARA O ENCAMINHAMENTO:**

1. Déficit Visual;
2. Cefaléia;
3. Retinopatia Diabética / Hipertensiva;
4. Inflamação Ocular;
5. Catarata;
6. Glaucoma
7. Estrabismo infantil

**OBS:** Todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que encaminhou e a ele deve voltar.

### **1. DÉFICIT VISUAL**

**HDA:** Encaminhar os pacientes com relato de: Déficit Visual ou queixas oculares: prurido, lacrimejamento. Encaminhar com história sucinta, citando presença de outras patologias (diabetes e hipertensão).

**OBS:** Os pacientes com queixa de déficit visual devem ser submetidos pelo médico clínico ou outro profissional habilitado ao teste de Snellern.

**Exame físico:** Citar os achados significativos.

**Prioridade para regulação:** Priorizar pacientes entre 0 a 9 anos e com mais de 40 anos para consultas de 1ª. Vez.

**Contra- referência:** Retorno à UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



## **2. CEFALÉIA**

**HDA** – Encaminhar os pacientes com cefaléia persistente, frontal (após período escolar ou após esforços visuais), sem outras causas aparentes (ex: sinusite, inflamações dentárias e enxaquecas).

**OBS.:** Cefaléia Matinal ou no meio da noite não está relacionada a problemas oculares. Pacientes com queixas agudas, de forte intensidade com sintomas associados, deverão ser sempre encaminhados às urgências clínicas para avaliação inicial. Em caso suspeito de meningite realizar a notificação compulsória.

**Exame físico:** Aferição da Pressão Arterial.

**Prioridade para regulação:** Priorizar pacientes entre 0 a 7 anos e com mais de 40 anos para consultas de 1ª. Vez.

## **3. RETINOPATIA DIABÉTICA /HIPERTENSIVA**

**HDA** – descrever história clínica, tempo de evolução e complicações.

**Exame físico:** Relatar os achados importantes. Informar o valor da pressão arterial.

**Exames complementares:** Diabetes: glicemia, triglicerídeos e colesterol (até 30 dias). Para Diabetes e Hipertensão, o paciente deve levar ao especialista os exames e relatórios oftalmológicos prévios.

**Prioridade para regulação:** Paciente diabético juvenil e outros com doença acima de 3 anos de duração.





**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



#### **4. INFLAMAÇÃO OCULAR**

**HDA:** Encaminhar os pacientes com relato de ardor ou dor, secreção, hiperemia ocular, diplopia.

**Exame físico:** Citar os achados significativos.

**Prioridade para regulação:** Pacientes com dor e maior tempo de evolução.

#### **5. CATARATA**

**HDA –** Encaminhar os pacientes com faixa etária > 50 anos com queixa de baixa progressiva da visão, vista enevoada, embaçada, com piora da acuidade para longe e melhora para perto. Também estão incluídos cataratas traumáticas e de origem metabólica e Leucoria (pupila esbranquiçada), independente da idade.

**Exame físico:** Citar os achados significativos e relatar a presença ou não de leucoria.

**Prioridade para regulação:** Paciente de olho único, com insucesso no uso de lentes corretivas.

#### **6. GLAUCOMA**

**HDA:** Encaminhar os pacientes com história familiar de glaucoma.

**Exame físico:** Citar os achados significativos.

**Prioridade para regulação:** Pacientes com história familiar, mesmo que assintomático, acima de 35 anos.



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



## **7. ESTRABISMO**

**HDA** – Encaminhar pacientes com desvio ocular e compensação do estrabismo pela posição de cabeça (diagnóstico diferencial do torcicolo congênito).

**Exame físico:** Citar os achados significativos.

**Prioridade para regulação:** Menores de 7 anos.



## **PROTOCOLO SUGERIDO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO**

### **1. AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO**

O propósito da avaliação pré operatória é verificar o estado clínico do paciente, gerando recomendações sobre a avaliação, manuseio e risco de problemas em todo o período per-operatório e definir o risco cirúrgico que o paciente, o anestesista, o assistente e o cirurgião podem usar para tomar decisões que beneficiem o paciente a curto e longo prazo. Deve-se definir os exames mais apropriados e estratégias de tratamento para otimizar o cuidado do paciente, evitando-se exames desnecessários e permitindo o acompanhamento a curto e longo prazo. É fundamental reduzir-se o risco do paciente. Vários trabalhos mostram que o manuseio per-operatório é importante nos resultados obtidos e que o stress cirúrgico interfere na evolução pós operatória, morbidade e duração da hospitalização.

### **2. AVALIAÇÃO PRÉ OPERATÓRIA**

Durante a consulta devem ser avaliados os fatores intrínsecos do paciente que aumentam o risco cirúrgico e o procedimento a ser realizado. Em idosos, é muito importante conhecer os reais benefícios da indicação cirúrgica. O procedimento deve considerar o pré, o per e o pós-operatório, com ênfase no desempenho funcional do paciente.

***Identificação dos fatores de risco do paciente que interferem no risco cirúrgico: anamnese, exame físico e exames laboratoriais.***

A anamnese e o exame físico bem feitos ainda são a melhor forma de se fazer o screening das doenças. O diagnóstico clínico e os resultados laboratoriais são a base para a mudança nos planos operatórios. Durante o stress per operatório o aparelho cardiovascular é o mais sobrecarregado e deve ter prioridade na



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



avaliação. Sabe-se que “pacotes” de exames laboratoriais padronizados não são bons instrumentos de screening de doenças, além de gerarem gastos elevados e desnecessários.

Representam também um risco potencial para os pacientes e risco médico-legal para o assistente. 1 a cada 300 pacientes assintomáticos fica alarmado em função de exames alterados (mesmo sem significar doença) e apenas 1 a cada 1746 se beneficia com tal descoberta. O exame pré-operatório útil é aquele que sugere uma mudança na conduta durante o cuidado com o paciente. Além disso, se um exame gera um novo problema para o paciente ou atrasa seu procedimento este exame traz prejuízo para o paciente. Sendo assim, muitos exames têm uma relação custo/benefício desfavorável.

Os exames laboratoriais são interessantes para garantir que a condição pré operatória é satisfatória quando se suspeita ou diagnostica-se uma doença durante a avaliação clínica. Eles não servem para screening de doenças não suspeitadas. Sabemos que eles falham em descobrir patologias assintomáticas. Além disso, “descobrir” problemas que não interferem na conduta a ser tomada acaba não beneficiando o paciente. Em pacientes assintomáticos a detecção de anormalidades laboratoriais acaba não justificando avanços na propedêutica porque na maioria das vezes não representam a existência de doenças. Sabe-se que os resultados laboratoriais obedecem uma distribuição Gaussiana , e sendo assim, 5% de todos 66 os exames laboratoriais em pessoas hígdas são considerados “anormais” ( $2,5 > P > 97,5$ ). Assim, quanto maior o número de exames solicitados, maior a chance de encontrarem-se anormalidades (que não representam doenças). Até mesmo em idosos o screening laboratorial é questionável. Outro dado interessante é que 30 a 95% dos exames pré operatórios alterados (em screening de assintomáticos) não são notados na propedêutica per operatória.



**Os pacientes assintomáticos ASA I (tabela 02) com idade até 40 anos não se beneficiam com a realização de exames laboratoriais. Não está definido se os pacientes assintomáticos ASA I com idade acima de 40 anos se beneficiam.**

Os pacientes que se beneficiam dos exames laboratoriais são aqueles que têm fatores de risco, sintomas ou dados na história que tornam os exames necessários por ter sido levantada alguma hipótese diagnóstica.

Os exames pré operatórios anormais em pacientes assintomáticos possuem, portanto um baixo valor preditivo (que depende da probabilidade da doença na população), ou seja, a porcentagem de pacientes assintomáticos que apresentam exames alterados e estão realmente doentes é pequena.

Os requisitos que tornam o exame pré - operatório útil são os seguintes:

- A.** Deve indicar um grande risco de morbidade per operatória que pode ser reduzida pelo tratamento pré - operatório.
- B.** As alterações não são detectáveis pela anamnese e exame físico.
- C.** A patologia investigada tem prevalência suficiente na população para justificar o risco do screening.
- D.** Deve ter boa sensibilidade e especificidade para proporcionar boa relação custo / benefício.

**O que realmente importa é a existência de critérios para a seleção dos exames a serem realizados e a interpretação criteriosa dos resultados.**

Antes de optar-se pela não realização de exames pré operatórios é importante lembrar que a detecção de condições subclínicas em grupos de alto risco e otimização da terapia pode resultar em menor morbidade per operatória, menor número de mudanças nos planos per operatórios e melhores discussões dos riscos com os pacientes.



### **3. A INFLUÊNCIA DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM SI NA AVALIAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO**

De acordo principalmente com o grau de agressão, trauma tecidual e perdas sanguíneas, os procedimentos cirúrgicos são distribuídos nas seguintes categorias:

<b>TIPOS DE PROCEDIMENTOS</b>
A – Procedimento minimamente invasivo, Baixo potencial para causar alterações da fisiologia normal Raramente relacionado com morbidade ligada ao procedimento anestésico Raramente requer hemotransfusões, monitorização invasiva ou CTI no pós-operatório.
B – Procedimento moderadamente invasivo, Moderado potencial para alterar a fisiologia normal, Pode requerer hemotransfusão, monitorização invasiva ou CTI no pós-operatório.
C – Procedimento altamente invasivo, Tipicamente produz alteração da fisiologia normal, Quase sempre requer hemotransfusão, monitorização invasiva CTI no pós-operatório.

Tabela 1 – Classificação dos procedimentos de acordo com a complexidade

**Encaminhar com:** Histórico clínico; Diagnóstico; Medicamentos em uso, com dosagens; Exames complementares atualizados referentes às patologias pré existentes (RX de Tórax, ECG, hemograma completo, urina tipo I, Coagulograma, etc.).

#### **Classificação da ASA**

A ASA sugere o uso de um algoritmo na avaliação do risco cirúrgico, considerando o risco para o paciente, tendo como principais componentes a natureza da condição clínica pré-operatória do paciente e a natureza do procedimento em si. A classificação da ASA é baseada na análise da mortalidade.



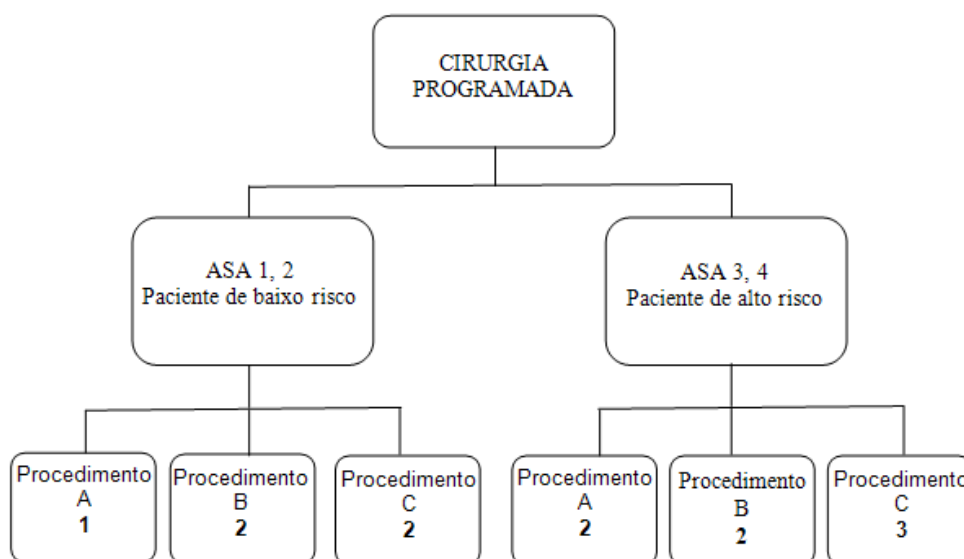
**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A ASA	
Classe	Descrição
ASA 1	Sem distúrbios fisiológicos, bioquímicos ou psiquiátricos
ASA 2	Leve a moderado distúrbio fisiológico, controlado. Sem comprometimento da atividade normal. A condição pode afetar a cirurgia ou anestesia
ASA 3	Distúrbio sistêmico importante, de difícil controle, com comprometimento da atividade normal e com impacto sobre a anestesia e cirurgia
ASA 4	Desordem sistêmica severa, potencialmente letal, com grande impacto sobre a anestesia e cirurgia
ASA 5	Moribundo. A cirurgia é a única esperança para salvar a vida.
ASA 6	Paciente doador de órgãos.

Tabela 2– Classificação dos pacientes segundo a ASA

O risco pode também ser definido como baixo, médio ou elevado. Tal avaliação é feita após a análise do fluxograma proposto:



- 1- O paciente pode ser avaliado no próprio dia da cirurgia, baseado nos dados pré operatórios disponíveis.
- 2- Paciente geralmente se beneficia da avaliação pré operatória, dependendo da condição de base e do procedimento proposto.



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



**3- Paciente que deve passar por avaliação pré operatória.**

**ÍNDICE DE GOLDMAN:** O Índice de Goldman objetiva determinar classificação funcional do paciente, e risco de complicações cardiovasculares, em especial IAM e ICC.

CRITÉRIOS	PONTOS
1. História	
a. Idade > 70 anos	5
b. IAM < 6 meses	10
2. Exame físico	
a. B <sub>3</sub> ou turgência jugular	11
b. Estenose Aórtica importante	3
3. ECG	
a. Ritmo não sinusal ou contrações atriais prematuras	7
b. > 5 Contrações ventriculares prematuras	7
4. Estado geral	
PO <sub>2</sub> < 60 mmHg ou PCO <sub>2</sub> > 50 mmHg, K < 3,0 mmol/l ou	3
HCO <sub>3</sub> < 20 mmol/l, uréia > 50 mg/dl ou Cr > 3 mg/dl, TGO	
Anormal, sinais de doença hepática crônica ou paciente acamado	
por causas não cardíacas	
5. Cirurgia	
a. Intra-peritoneal intratorácica ou cirurgia aórtica	3
b. Cirurgia de emergência	4
Total	53





**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



TOTAL DE PONTOS	
Grupo I – risco baixo	0 - 5
Grupo II – risco intermediário	6 – 12
Grupo III – risco alto	13 – 25
Grupo IV – risco muito alto	26 - 53



**PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM UROLOGIA ADULTO E  
INFANTIL**

**Motivos de encaminhamentos:**

1. Alterações no exame de urina (urinálise);
2. Infecção urinária de repetição;
3. Nefrolitíase;
4. Doenças prostáticas;
5. Tumor renal e vesical.
6. Uretrites;
7. Disfunção erétil;
8. Ejaculação precoce;
9. Esterilidade conjugal;
10. Procedimentos cirúrgicos urológicos.

**1. ALTERAÇÕES NO EXAME DE URINA (urinálise)**

Encaminhar com relato do tipo de alteração no exame de urina (hematúria, proteinúria), frequência e intensidade; Encaminhar os casos já avaliados e que estejam afastadas causas clínicas para o quadro urinário; Informar doenças associadas, e medicamentos em uso, (principalmente hipertensão arterial e diabetes mellitus).

**Exames complementares:**

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>I.</b> Urina I;      | <b>IV.</b> USG de rins e vias urinárias (se |
| <b>II.</b> Uréia;       | houver);                                    |
| <b>III.</b> Creatinina; |   |



## **2. INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO**

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, evolução, tratamentos efetuados, medicação em uso, e patologias associadas se houver; Encaminhar os pacientes com antecedentes de 03 ou mais episódios de infecção do trato urinário nos últimos 12 meses e refratária ao tratamento;

### **Exames complementares:**

- |   |  |
|---|--|
| <b>I.</b> Urina I;                      | <b>III.</b> Glicemia de jejum;           |
| <b>II.</b> Urocultura com antibiograma; | <b>IV.</b> USG de rins e vias urinárias; |

**OBS:** Paciente com queixa de infecção aguda, com febre, calafrios, dor lombar moderada e disúria, encaminhar para serviço de urgência em urologia ou pronto atendimento.

## **3. NEFROLITÍASE**

Encaminhar os pacientes com relato sucinto do quadro clínico, presença ou não de dor, sua localização e se há irradiação, evolução e sinais e sintomas que sugiram o diagnóstico, tais como a hematúria sem sinais de infecção associada; Informar tratamento realizado e medicações em uso.

### **Exames complementares:**

- I.** Urina I;
- II.** Raios x de abdômen em pé;
- III.** USG de rins e vias urinárias;
- IV.** Urografia excretora;

**OBS:** Paciente com queixa aguda de cólica renal deve ser encaminhado para serviço de urgência em urologia ou pronto atendimento.

**OBS:** havendo presença de dor, não aguda, o médico da USB/ UBSF, deve fazer diagnóstico diferencial com dor de origem osteo-muscular.



#### **4. DOENÇAS PROSTÁTICAS (PROSTATISMO/HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA/TUMOR DE PRÓSTATA)**

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico (retenção urinária, noctúria, jato urinário fraco), tratamentos realizados e medicamentos em uso; Encaminhar paciente com hematúria sem sinal de infecção, PSA alterado sem queixa clínica;

##### **Exames complementares:**

- I. Urina I;
- II. PSA;
- III. USG de rins e vias urinárias;
- IV. USG de próstata;

#### **5. TUMOR RENAL E VESICAL**

Encaminhar com relato sucinto de quadro clínico, caracterizado por dor localizada, presença de massa palpável ao exame físico, associada ou não com visceromegalia regional e hematúria.

##### **Exames complementares:**

- I. Urina I;
- II. USG de rins e vias urinárias;
- III. USG de abdômen total;
- IV. Urografia excretora;

#### **6. DISFUNÇÃO ERÉTIL**

Encaminhar com relato sucinto de quadro clínico, evolução, tratamentos efetuados, medicação em uso, presença patológicas associadas tais como:

- Hipertensão arterial;
- Diabetes;
- Patologias crônicas e degenerativas e outras de fundo emocional;



**Exames complementares:** sem necessidade de exames específicos.

## **7. EJACULAÇÃO PRECOCE**

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, evolução, tratamentos efetuados, medicamentos em uso, presença de patologias associadas, principalmente de fundo emocional;

**Exames complementares:** sem necessidade de exames específicos;

**OBS:** indicar a necessidade de avaliação com profissional de saúde mental (psiquiatra, psicólogo).

## **8. ESTERILIDADE CONJUGAL (PRIMÁRIA E/OU SECUNDÁRIA)**

Encaminhar com relato sucinto da queixa do paciente, tratamentos efetuados, medicamentos em uso e patologias associadas agudas ou crônicas principalmente viroses e/ou doenças crônico-degenerativas e cirurgias urológicas;

**Exames complementares:** Espermograma completo.

## **9. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS UROLÓGICOS**

**A- HIDROCELE:** Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo evolução e se houver patologia herniária associada; **Exames complementares:** USG de bolsa escrotal (se houver);



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



- B- VARICOCELE:** Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo evolução, associação em adulto com esterilidade conjugal. **Exame complementar:** USG de bolsa escrotal; Doppler Testicular.
- C- TUMOR TESTICULAR:** Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, tratamentos (clínicos e ou cirúrgicos) efetuados e medicamentos em uso. **Exames complementares:** Ultrassonografia de bolsa escrotal. **OBS:** torção testicular (dor súbita, aguda com aumento de volume e de temperatura da bolsa escrotal) encaminhar para serviço de urgência urológica hospitalar;
- D- ORQUITE E EPIDIDIMITE**(dor em bolsa escrotal, com febre, dor inguinal associada e aumento de volume e temperatura da bolsa escrotal): encaminhar para serviço de urgência urológica hospitalar.
- E- PROSTECTOMIA :** Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico queixa e outras informações pertinente. Exames complementares sem necessidade.



## **PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA**

### **1. TOMOGRAFIA DE MEDIASTINO E PULMÃO: Código SIA/SUS – 02.06.02.004-0**

#### **Indicações:**

- Alargamento do mediastino,
- Dissecção de aneurisma,
- Síndrome da compressão de veia cava superior,
- Suspeita de mediastinite,
- Alterações endócrinas ou metabólicas de origem mediastinal,
- Estudar transição cérvico - torácica ou toraco- abdominal,
- Estadiamento dos tumores do esôfago e pulmão,
- Rouquidão por lesão do laríngeo recorrente,
- Pesquisa de adenomegalia,
- Diferenciar abscesso de empiema,
- Pesquisa de metástases pulmonares,
- Pesquisa de foco de infecção e neoplasias,
- Avaliação de enfisema pulmonar para avaliação de cirurgia redutora de pulmão,
- Hemoptise,
- Bronquiectasias.

#### **Pré-requisitos:**

- Historia Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples com laudo.

#### **Profissionais solicitantes:**

- Oncologista,
- Infectologista,
- Pneumologista,
- Cirurgião torácico
- Cirurgião cardiovascular
- Hematologista,



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



- Reumatologista.

**2. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E SELA TURCICA: Código SIA/SUS –**  
**02.06.01.007-9 / 02.06.01.006-0**

**Indicações:**

- Traumatismo,
- Hemorragias,
- Tumores (diagnostico e estadiamento),
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Processos Expansivos,
- AVC s
- Doenças Degenerativas do Encéfalo,
- Aneurismas,
- Convulsões recentes a esclarecer,
- Cefaléia grave a esclarecer,
- Hidrocefalia,
- Distúrbio do comportamento\*,
- Estudo da hipófise\*

**Pré-requisitos:**

- Historia Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples com laudo,
- Exame do Líquor (se doença infecciosa).

**Profissionais solicitantes:**

- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Ortopedista,
- Oncologista,
- Infectologista,
- Cirurgião Cabeça e Pescoço,
- Endocrinologista \*,
- Psiquiatra\*,
- Geriatria\*,
- Dermatologista.

**Prioridades:**

- Pesquisa de metástase cerebral;
- Crise convulsiva a esclarecer de origem recente.





### **3. TOMOGRAFIA DE TÓRAX: Código SIA/SUS – 02.06.02.003-1**

#### **Indicações:**

- Traumatismo,
- Sangramentos (vias aéreas),
- Tumores (diagnostico e estadiamento),
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Nódulos não-neoplásicos (avaliação e acompanhamento),
- Pneumopatias Intersticiais,
- Mediastino, Hilos, Pleura (avaliação),
- Bronquiectasias (acompanhamento),
- Síndrome de compressão da veia cava superior.
- Doenças da aorta (aneurisma/dissecção)
- Tromboembolismo pulmonar
- Investigar comprometimento de órgãos devido: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses.
- Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural

#### **Pré-requisitos:**

- Historia Clínica,
- Exame Físico,
- RX do tórax PA/Perfil (com laudo).

#### **Profissionais solicitantes:**

- Pneumologista,
- Oncologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião torácico,
- Cardiologista,
- Cirurgião cardíaco,
- Dermatologista,
- Ortopedista.

#### **Prioridades:**



- Traumatismo,
- Sangramento (vias aéreas).

**4. TOMOGRAFIA DE COLUNA: Código SIA/SUS: LOMBO-SACRA  
02.06.01.002-8; CERVICAL 02.06.01.001-0; TORÁCICA 02.06.003-6**

**Indicações:**

- Fratura (suspeita),
- Estenose do Canal Medular (suspeita),
- Tumores (diagnostico e estadiamento),
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Processos Expansivos,
- Hérnia Discal,
- Má formação congênita (hemi-vértebras).

**Pré-requisitos:**

- Historia Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples de coluna (com laudo).

**Profissionais solicitantes:**

- Ortopedista,
- Neurocirurgião,
- Neurologista,
- Oncologista,
- Reumatologista,
- Mastologista

**Prioridades:**

- Processo expansivo,
- Estenose de canal medular (suspeita).

**5. TOMOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE: Código SIA/SUS –02.06.01.004-4**

**Indicações:**



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



- Sinusopatia crônica,
- Trauma facial,
- Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face,
- Tumores.

**Pré-requisitos:**

- Historia Clínica,
- Exame Físico,
- RX dos Seios da Face com Laudo.

**Profissionais solicitantes:**

- Otorrinolaringologista,
- Oncologista.
- Cirurgião de cabeça e pescoço.

**6. TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR: CÓDIGO SIA/SUS –**  
**02.06.03.001-0**

**Indicações:**

- Abscessos,
- Traumatismos,
- Tumores (diagnostico e estadiamento),
- Processos expansivos,
- Ruptura de órgãos (suspeita),
- Metástases,
- Aneurismas,
- Pancreatites,
- Hemorragias pós-cirurgia, pós-cateterismo, pós-tratamento anticoagulante.
- Investigar comprometimento de órgãos: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses.
- Linfonodomegalia
- Calculo renal

**Pré-requisitos:**

- Historia Clínica,
- Exame Físico,



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



- RX simples de abdome (de pé ou deitado),
- USG se houver.

**Profissionais solicitantes:**

- Geral,
- Cirurgião vascular,
- Cirurgião pediátrico,
- Gastroenterologista,
- Oncologista,
- Endocrinologista,
- Proctologista,
- Nefrologista,
- Urologista,
- Dermatologista,
- Hematologista.

**Prioridade:**

- Aneurisma
- Pancreatite necro-hemorrágica
- Tumor renal/cálculo renal em rim único.

**7. TOMOGRAFIA DA PELVE: CÓDIGO SIA/SUS – 02.06.03.003-7**

**Indicações:**

- Traumatismos,
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Processos expansivos,
- Metástases (detecção e acompanhamento).

**Contra-indicação:**

- Gravidez.

**Pré-requisitos:**

- História Clínica,
- Exame Físico,



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



- USG de pelve.

**Profissionais solicitantes:**

- Cirurgião Geral,
- Oncologista,
- Ginecologista.

**8. TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES: PROCEDIMENTOS SIA/SUS:**

**-Articulações Esterno-Claviculares**

**- Articulações dos Ombros**

**- Articulações dos Cotovelos**

**- Articulações dos Punhos**

**- Articulações Sacro-Iliacas**

**- Articulações Coxo-Femorais**

**- Articulações dos Joelhos**

**- Articulação dos tornozelos**

**- Lombo-sacra**

**Indicações:**

- Traumatismos,
- Tumores (diagnostico e estadiamento),
- Processos expansivos,
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Fraturas (cominutivas)

**Pré-requisitos:**

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX da Articulação com Laudo,
- USG Articular.



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



**Profissionais solicitantes:**

- Ortopedista,
- Oncologista,
- Reumatologista.

**Prioridades:**

- Processo expansivo,
- Fraturas (cominutivas),
- Má formação congênita.

**9. ANGIOTOMOGRAFIA: CÓDIGO SIA/SUS:**

**Indicações:**

- Trombose Pulmonar (suspeita),
- Dilatação, dissecção, fistulas e sub oclusão de Aorta, Ilíacas, Carótidas e Vasos Supra-Aórticos,
- Doenças da Aorta.

**Pré-requisitos:**

- Historia Clínica,
- Exame Físico,
- RX (Patologias pulmonares),
- DOPPLER do Vaso (se houver).

**Profissionais solicitantes:**

- Cardiologista
- Pneumologista,
- Angiologista,
- Cirurgião Vascular.

**Prioridades:**

- Pacientes internados em unidades em Unidades Hospitalares,



**ESTADO DE RONDÔNIA**  
**Município de Ji-Paraná**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA**  
**Central de Regulação**



- Pacientes acima de 60 anos.