



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 21, DE 05 DE MARÇO DE 2024

Aprova o Protocolo de Acesso a Consultas com Especialistas em Pediatria na Paraíba.

A **Comissão Intergestores Bipartite**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

A Portaria de nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, à proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

A Lei Complementar nº141, de 13 de Janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

A Portaria GM nº 3.992, de 28/12/2017, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28/09/2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços públicos do Sistema Único de Saúde; e,



A decisão da plenária da CIB-PB, na 2ª Reunião Ordinária, em 05 de março de 2024, realizada na Fundação Centro Integrada de Apoio à Pessoa com Deficiência (FUNAD), em João Pessoa/PB.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Protocolo de Acesso a Consultas com Especialistas em Pediatria na Paraíba, conforme anexo.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA
Presidente da CIB/PB

RAFAEL AIRES TENÓRIO
Sec. Municipal de Saúde de Mamanguape/PB
Diretoria do COSEMS/PB



ANEXO DA RESOLUÇÃO CIB Nº 21, DE 05 DE MARÇO DE 2024.

**PROTOCOLO DE ACESSO A CONSULTAS COM
ESPECIALISTAS EM PEDIATRIA DO ESTADO DA
PARAÍBA**

João Azevêdo Lins

Governador do Estado

Jhony Wesllys Bezerra Costa

Secretário de Estado da Saúde

Renata Valéria Nóbrega

Secretária Executiva de Estado da Saúde

Patrick Áureo Lacerda de Almeida Pinto

Secretário Executivo de Gestão da Rede de Unidades de Saúde

Soraya Galdino de Araújo Lucena

Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba

Gerentes

Atenção à Saúde

Maria Izabel Ferreira Sarmiento

Atenção Especializada

Vanessa Oliveira Costa Silva

Regulação, Controle e Avaliação da Assistência

Lidiane Nascimento Cassimiro

Equipe de elaboração

Maria Izabel Ferreira Sarmiento

Kamilla Hellen Kapistrano

Laís Paiva de Medeiros

Fernanda Lúcia da Silva

Artur Dantas Costa

Vivian Kelly Rezende Costa

Ana Maria Fernandes da Silva

Anna Katarina Galiza

Lucas Lima Rocha

Vanessa Monteiro Costa

Sumário

1	PROTOCOLO DA CARDIOLOGIA	7
1.1	PROTOCOLO DE ACESSO – CARDIOPATIAS CONGÊNITAS	7
1.2	PROTOCOLO DE ACESSO – SOPRO CARDÍACO	8
1.3	PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES DO RITMO CARDÍACO / SÍNCOPE.....	8
1.4	PROTOCOLO DE ACESSO – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA.....	9
1.5	PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS).....	9
1.6	PROTOCOLO DE ACESSO – MIOCARDIOPATIAS / MIOCARDITE.....	9
1.7	PROTOCOLO DE ACESSO – FEBRE REUMÁTICA.....	10
1.8	PROTOCOLO DE ACESSO – SUSPEITA DE SÍNDROME GENÉTICA.....	10
1.9	PROTOCOLO DE ACESSO – AVALIAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO OU PARA ESPORTE	10
1.10	PROTOCOLO DE ACESSO – AVALIAÇÃO PARA USO DE MEDICAÇÃO CARDIOTÓXICA	11
2	PROTOCOLO DA CIRURGIA GERAL EM PEDIATRIA	12
2.1	PROTOCOLO DE ACESSO – HÉRNIA INGUINAL / UMBILICAL / EPIGÁSTRICA	12
2.2	PROTOCOLO DE ACESSO – HIDROCELE	13
2.3	PROTOCOLO DE ACESSO – FIMOSE	13
2.4	PROTOCOLO DE ACESSO – CRIPTORQUIDIA / TESTÍCULO RETRÁTIL	13
2.5	PROTOCOLO DE ACESSO – COLETITÍASE	13
2.6	PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES DE VIAS BILIARES	14
2.7	PROTOCOLO DE ACESSO – MALFORMAÇÕES DO TUBO GASTROINTESTINAL E ANOMA- LIAS ANORRETAIS.....	14
2.8	PROTOCOLO DE ACESSO – CISTO TEREGLOSSO E CISTO BRANQUIAL	14
2.9	PROTOCOLO DE ACESSO – HEMANGIOMAS	15
2.10	PROTOCOLO DE ACESSO – NEVUS GIGANTES.....	15
2.11	PROTOCOLO DE ACESSO – QUEIMADURAS	15
3	Médicos da UBS e especialista	16
3.1	PROTOCOLO DE ACESSO – APÊNDICES AURICULAR.....	16
4	PROTOCOLO DE UROLOGIA PEDIÁTRICA	17
4.1	PROTOCOLO DE ACESSO – UROLITÍASE	17
4.2	PROTOCOLO DE ACESSO – HIDRONEFROSE.....	18
4.3	PROTOCOLO DE ACESSO –REFLUXO VESICO – URETERAL	18
4.4	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS URETER	18
4.5	PROTOCOLO DE ACESSO –LESÕES DE URETRA.....	19
4.6	PROTOCOLO DE ACESSO –CISTO DE EPIDÍDIMO	19
4.7	PROTOCOLO DE ACESSO –CISTO PARAURETRAL	20
4.8	PROTOCOLO DE ACESSO – CISTO DE CORDÃO ESPERMÁTICO	20
4.9	PROTOCOLO DE ACESSO – VARICOCELE.....	20
4.10	PROTOCOLO DE ACESSO – HIPOSPÁDIA / ESPISPÁDIA.....	20
4.11	PROTOCOLO DE ACESSO – INCONTINÊNCIA URINÁRIA	20
4.12	PROTOCOLO DE ACESSO – BEXIGA NEUROGÊNICA.....	21
4.13	PROTOCOLO DE ACESSO – ANOMALIAS GENITAIS.....	21
4.14	PROTOCOLO DE ACESSO –NEOPLASIA DOS RINS.....	22

4.15	PROCOLO DE ACESSO - ENEURESE NOTURNA.....	22
5	PROCOLO - OTORRINOLARINGOLOGIA	23
5.1	PROCOLO DE ACESSO – HIPERTROFIA DE TONSILAS E FARINGEAS E PALATINAS / RESPIRADOR BUCAL / RONCOS E OBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA / APNEIA E HIPOPNEIA DO SONO.....	23
5.2	PROCOLO DE ACESSO – EPISTAXE.....	24
5.3	PROCOLO DE DISFONIA/ESTRIDOR.....	25
5.4	PROCOLO DE ACESSO - OTITE MÉDIA SEROSA.....	25
5.5	PROCOLO DE ACESSO - OTITE MÉDIA CRÔNICA	26
5.6	PROCOLO DE ACESSO - PERDA AUDITIVA	27
5.7	PROCOLO DE ACESSO - TESTE DA ORELHINHA ALTERADO	27
6	PROCOLO DA ENDOCRINOLOGIA	28
6.1	DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DA GLICOSE	28
6.2	PROCOLO DE ACESSO – HIPOGLICEMIA NEONATAL	29
6.3	PROCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS TIREOIDIANOS	29
6.4	PROCOLO DE ACESSO – HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO.....	30
6.5	PROCOLO DE ACESSO – OBESIDADE	30
6.6	PROCOLO DE ACESSO – DISLIPIDEMIA	30
6.7	PROCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DO METABOLISMO ÓSSEO / CÁLCIO ...	31
6.8	PROCOLO DE ACESSO – ALTA / BAIXA ESTATURA	31
6.9	PROCOLO DE ACESSO – NEOPLASIAS	32
6.10	PROCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS SEXUAIS.....	32
6.11	PROCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DA PUBERDADE.....	32
6.12	PROCOLO DE ACESSO – GINECOMASTIA / HIPERPROLACTINEMIA.....	33
6.13	PROCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DA ADRENAL.....	33
7	PROCOLO - OTORRINOLARINGOLOGIA	34
7.1	PROCOLO DE ACESSO – HIPERTROFIA DE TONSILAS E FARINGEAS E PALATINAS / RESPIRADOR BUCAL / RONCOS E OBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA / APNEIA E HIPOPNEIA DO SONO.....	34
7.2	PROCOLO DE ACESSO – EPISTAXE.....	35
7.3	PROCOLO DE DISFONIA/ESTRIDOR.....	35
7.4	PROCOLO DE ACESSO - OTITE MÉDIA SEROSA.....	36
7.5	PROCOLO DE ACESSO - OTITE MÉDIA CRÔNICA	37
7.6	PROCOLO DE ACESSO - PERDA AUDITIVA	37
7.7	PROCOLO DE ACESSO - TESTE DA ORELHINHA ALTERADO	38
8	PROCOLO DA PNEUMOLOGIA INFANTIL	39
8.1	PROCOLO DE ACESSO – ASMA / BRONQUITE	39
8.2	PROCOLO DE ACESSO – LACTENTES SIBILANTE OU SIBILÂNCIA RECORRENTES DO LACTENTE E DO PRÉ-ESCOLAR.....	40
8.3	PROCOLO DE ACESSO – LACTENTE COM ESTRIDOR.....	41
8.4	PROCOLO DE ACESSO – LACTENTE BRONCO DISPLÁSICO.....	41
8.5	PROCOLO DE ACESSO – HISTÓRICO DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA GRAVE.....	42

8.6	PROTOCOLO DE ACESSO – PNEUMONIAS GRAVES OU DE REPETIÇÃO	42
8.7	PROTOCOLO DE ACESSO – TOSSE CRÔNICA	43
8.8	PROTOCOLO DE ACESSO – TUBERCULOSE	43
8.9	PROTOCOLO DE ACESSO – MAL FORMAÇÃO PULMONAR	44
8.10	PROTOCOLO DE ACESSO –DISTROFIA MUSCULAR	44
9	PROTOCOLO DA HEMATOLOGIA	45
9.1	PROTOCOLO DE ACESSO – ANEMIA	45
9.2	PROTOCOLO DE ACESSO – LEUCOPENIA	46
9.3	PROTOCOLO DE ACESSO – LEUCOCITOSE	46
9.4	PROTOCOLO DE ACESSO – TROMBOCITOPENIA / TROMBOCITOSE	47
9.5	PROTOCOLO DE ACESSO – PANCITOPENIA	47
9.6	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA HEMOLÍTICA	47
9.7	PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES NO CAGULOGRAMA	48
9.8	PROTOCOLO DE ACESSO – SÍNDROME HEMORRÁGIA AGUDA	48
9.9	PROTOCOLO DE ACESSO – ADENOMEGALIAS	48
9.10	PROTOCOLO DE ACESSO – ESPLENOMEGALIA	49
9.11	PROTOCOLO DE ACESSO – SOBRECARGA DE FERRO	49
10	PROTOCOLO DA GASTROENTEROLOGIA	50
10.1	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA DO REFLUXO GASTRESOFÁGICO / VÔMITOS RE- CORRENTES	50
10.2	PROTOCOLO DE ACESSO – GASTRITES / DISPEPSIAS / DOENÇA ULCEROSA PEPTICA .	51
10.3	PROTOCOLO DE ACESSO – DISFAGIA	51
10.4	PROTOCOLO DE ACESSO – ALERGIA A PROTEÍNA DO LEITE DE VACA	51
10.5	PROTOCOLO DE ACESSO – DOR ABDOMINAL RECORRENTE	52
10.6	PROTOCOLO DE ACESSO – MÁ ABSORÇÃO INTESTINAL / DIARREIA CRÔNICA	52
10.7	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII)	53
10.8	PROTOCOLO DE ACESSO – CONSTIPAÇÃO / INCONTINÊNCIA FECAL	54
10.9	PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DO CRESCIMENTO POR PROVAVEL DOENÇA GASTROINTESTINAL	54
10.10	PROTOCOLO DE ACESSO – SANGRAMENTO DIGESTIVO	55
10.11	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS DO PÂNCREAS	55
10.12	PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES HEPÁTICAS/ HEPATOPATIAS CRÔNICAS	55
10.13	PROTOCOLO DE ACESSO – COLESTASE NEONATAL	56
10.14	PROTOCOLO DE ACESSO COLESTEASE NA INFÂNCIA	57
11	PROTOCOLO - NEUROLOGIA PEDIATRIA	58
11.1	PROTOCOLO DE ACESSO – EPILEPSIAS	58
11.2	PROTOCOLO DE ACESSO – CEFALÉIA	59
11.3	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS NEUROMUSCULARES E MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS	60
11.4	PROTOCOLO DE ACESSO – SÍNDROME NEURO CUTÂNEAS	60
11.5	PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO	61
11.6	PROTOCOLO DE ACESSO – ENCEFALOPATIAS PROGRESSIVAS	61
11.7	PROTOCOLO DE ACESSO – ENCEFALOPATIAS CRÔNICAS ESTÁTICAS	62
11.8	PROTOCOLO DE ACESSO – AFECÇÕES NEUROVASCULARES	62

11.9	PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DO SONO.....	63
11.10	PROTOCOLO DE ACESSO – SUPEITA DE ERROS INATOS NO METABOLISMO	63
11.11	PROTOCOLO DE ACESSO – DEFICIÊNCIA DE APRENDIZAGEM ESCOLAR.....	64
11.12	PROTOCOLO DE ACESSO – SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) .	64
12	PROTOCOLO DE INFECTOLOGIA	66
12.1	PROTOCOLO DE ACESSO – INFECÇÕES CONGÊNITAS.....	66
12.2	PROTOCOLO DE ACESSO – INFECTADOS PELO HIV	67
12.3	PROTOCOLO DE ACESSO – FILHOS DE MÃE HIV POSITIVA.....	67
12.4	PROTOCOLO DE ACESSO – LINFONODOMEGALIAS AGUDAS	67
12.5	PROTOCOLO DE ACESSO – HEPATOSPLENOMEGALIA FEBRIL.....	68
12.6	PROTOCOLO DE ACESSO – HEPATITES VIRAIS AGUDAS E CRÔNICAS	68
12.7	PROTOCOLO DE ACESSO – FEBRE AMARELA.....	69
12.8	PROTOCOLO DE ACESSO – TUBERCULOSE	69
12.9	PROTOCOLO DE ACESSO – FEBRE PROLONGADA	69
12.10	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS CAUSADAS POR PROTOZOÁRIOS.....	70
12.11	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS CAUSADAS POR HELMINTOS	71
12.12	PROTOCOLO DE ACESSO – ACIDENTES COM MATERIAL PERFUROCORTEANTE..	71
12.13	PROTOCOLO DE ACESSO – REAÇÕES ADVERSAS A VACINAS.....	71
13	PROTOCOLO DE NUTROLOGIA PEDIÁTRICA	72
13.1	PROTOCOLO DE ACESSO - DESNUTRIÇÃO	72
13.2	PROTOCOLO DE ACESSO – BAIXO DO PESO PARA IDADE	73
13.3	PROTOCOLO DE ACESSO –SUPORTE NUTRICIONAL ENTERAL (GASTROSTOMIA, JEJU- NOSTOMIA, NASOENTERAL, NASOJEJUNAL).....	73
13.4	PROTOCOLO DE ACESSO –ENCEFALOPATIA NÃO PROGRESSIVA / PARALISIA CEREBRAL	73
13.5	PROTOCOLO DE ACESSO –DOENÇA CELÍACA.....	74
13.6	PROTOCOLO DE ACESSO –ALERGIAS ALIMENTARES	74
13.7	PROTOCOLO DE ACESSO –OBESIDADE	74
13.8	PROTOCOLO DE ACESSO - OBREPESO	75
13.9	PROTOCOLO DE ACESSO – DISLIPIDEMIA	75
14	REFERÊNCIAS	76

1 PROTOCOLO DA CARDIOLOGIA

DOENÇAS E/OU MOTIVOS PARA AGENDAMENTO DE CONSULTA

Todas as cardiopatias congênitas, abordadas ou não por cirurgia ou intervencionismo por técnicas hemodi- nâmicas;

- Sopros;
- Alterações do ritmo cardíaco;
- Síncope;
- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC);
- Hipertensão arterial sistêmica;
- Hipertensão arterial pulmonar;
- Miocardiopatias ou miocardite;
- Febre reumática;
- Suspeita de síndrome genética;
- Doenças sistêmicas que podem acometer o coração (colagenoses, fibrose cística, doença de Kawasaki, anemia falciforme, miopatias etc.);
- Avaliação para uso de medicação cardiotoxicidade;
- Avaliação de risco cirúrgico ou atividade física.

SITUAÇÕES QUE PODEM SER REMANEJADAS NA UBS

- Liberação para atividade física escolar em criança assintomática sem achados ao exame físico, como rotina;
- Arritmia sinusal;

ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A UMA EMERGÊNCIA HOSPITALAR:

- Insuficiência cardíaca ou respiratória descompensada;
- Quadro febril a esclarecer (mesmo com sopro ou cardiopatia prévia documentada);
- Suspeita de doença de Kawasaki;
- Taquicardia paroxística supraventricular;

1.1 PROTOCOLO DE ACESSO – CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Encaminhar todos os casos com cardiopatia congênita.
- Encaminhar casos suspeitos:
- Cianose;

- Dificuldade para mamar, com interrupção das mamadas;
- Sudorese profusa às mamadas e/ou noturna;
- Baixo ganho ponderal;
- Mães com infecções durante a gestação: rubéola, coxsackie, HIV ou uso de drogas (lícitas ou ilícitas) durante a gestação;
- Mãe com antecedente de diabetes gestacional;
- História de doença de Kawasaki;
- História familiar de cardiopatia congênita.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas, medicações em uso, dados de ausculta cardíaca.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): ecocardiograma, eletrocardiograma, Raio-x de tórax.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

1.2 PROTOCOLO DE ACESSO – SOPRO CARDÍACO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas, medicações em uso, dados de ausculta cardíaca;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma, ECG, RX tórax.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

1.3 PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES DO RITMO CARDÍACO / SÍNCOPE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Alteração do ritmo cardíaco que não arritmia sinusal (respiratória) documentada ao exame físico ou ECG ou relato que sugira forte suspeita de arritmia.
- Síncope que sugira etiologia cardíaca após exclusão de causas de origem não cardíaca.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas (palpitações, síncope), medicações em uso, dados de ausculta cardíaca;

- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma, ECG, RX tórax.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

1.4 PROTOCOLO DE ACESSO – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Encaminhar todos os casos.
- **OBS: Casos descompensados devem ser encaminhados a um serviço de emergência**

médica. CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas, medicações em uso, dados de ausculta cardíaca.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma, ECG e Raio-x de tórax.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

1.5 PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Encaminhar crianças com hipertensão arterial comprovada pelo pediatra após três medidas consecutivas em consultas distintas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas, medicações em uso, dados de ausculta cardíaca.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma, ECG, RX tórax, USG rins e vias urinárias, pesquisa de feocromocitoma.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

1.6 PROTOCOLO DE ACESSO – MIOCARDIOPATIAS / MIOCARDITE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas, medicações em uso, dados de ausculta cardíaca.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma, ECG e

Raio-x de tórax.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

1.7 PROTOCOLO DE ACESSO – FEBRE REUMÁTICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Crianças e adolescentes com febre reumática suspeita ou confirmada, com ou sem evidência de cardite.

OBS: Casos agudos com febre e sinais de alerta (artrite, artralguas, coréia, sopros, nódulos subcutâneos, rash cutâneo) devem ser encaminhados a um serviço de emergência.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas, medicações em uso, dados de ausculta cardíaca.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma. PCR, VHS, ASLO.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

1.8 PROTOCOLO DE ACESSO – SUSPEITA DE SÍNDROME GENÉTICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Encaminhar todos os casos de recém-nascido (RN) ou criança com dismorfismo facial e/ou malformações que sugiram hipótese de síndrome genética, com ou sem exame de cariótipo já realizado.
- Encaminhar todos os casos de Síndrome de Down, de Marfan, de Turner, de Noonan e de Williams.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas, medicações em uso, dados de ausculta cardíaca.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma, ECG, RX tórax.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

1.9 PROTOCOLO DE ACESSO – AVALIAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO OU PARA ES- PORTE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Crianças e adolescentes com cardiopatias que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos e/ou exames com sedação/anestesia.

- Crianças com sintomas cardiovasculares que necessitam de avaliação para esporte.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas ou doenças associadas, medicações em uso, dados de ausculta cardíaca.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma. ECG, RX tórax.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

1.10 PROTOCOLO DE ACESSO – AVALIAÇÃO PARA USO DE MEDICAÇÃO CARDIO- TÓXICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Crianças e adolescentes que farão ou fazem uso de medicação cardiotoxicas tais como quimioterapia, antiretrovirais, anticolinérgicos, neurolépticos e antidepressivos.
- Crianças com hemangioma com indicação de betabloqueador.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas, medicações em uso, dados de ausculta cardíaca.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma. ECG, RX tórax.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

2 PROTOCOLO DA CIRURGIA GERAL EM PEDIATRIA

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- Hérnia inguinal;
- Hérnia epigástrica;
- Hérnia umbilical;
- Hidrocele;
- Fimose;
- Criptorquidia/ testículo retrátil;
- Colelitíase;
- Malformações do trato gastrointestinal;
- Alterações de vias biliares, excluindo colelitíase;
- Anomalias anoretais;
- Cisto branquial;

- Cisto tireoglosso;
- Hemangiomas;
- Nevus gigantes;
- Queimaduras;
- Apendice auricular.
- Pectus excavatum em menores de 12 anos: TFD para fora do Estado.

2.1 PROTOCOLO DE ACESSO – HÉRNIA INGUINAL / UMBILICAL / EPIGÁSTRICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.
- **OBS: Priorizar casos de hérnia inguinal em menores de 1 ano pelo risco de**

encarceramento. SINAIS DE ALARME:

- Dor local; abaulamento irreduzível; encarceramento prévio.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas e manifestações de alarme supracitadas.
- Descrever laudo dos exames de USG se disponível.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

2.2 PROTOCOLO DE ACESSO – HIDROCELE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos acima de 1 ano de idade.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a suspeita diagnóstica;
- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG de bolsa escrotal.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

2.3 PROTOCOLO DE ACESSO – FIMOSE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos acima de 5 anos de idade.
- **OBS: Menores de 5 anos devem ser acompanhados nas Unidades Básicas de**

Saúde. CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e sintomas;

- Descrever exames complementares quando disponíveis: hemograma, coagulograma.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

2.4 PROTOCOLO DE ACESSO – CRIPTORQUIDIA / TESTÍCULO RETRÁTIL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e sintomas; Descrever exames complementares quando disponíveis: USG de bolsa escrotal.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

2.5 PROTOCOLO DE ACESSO – COLETITÍASE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos com diagnóstico há mais de 1 ano ou em crise de dor.

SINAIS DE ALARME

- Dor, náuseas e vômitos.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e sintomas;
- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG de abdômen.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

2.6 PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES DE VIAS BILIARES

DOENÇAS E MOTIVOS PARA ENCAMINHAR PARA CONSULTA

- Todos os casos (icterícia neonatal, cisto de colédoco, atresia de vias biliares).

SINAIS DE ALARME

- Dor, icterícia.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e sintomas;
- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG de abdômen, exames laboratoriais.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

2.7 PROTOCOLO DE ACESSO – MALFORMAÇÕES DO TUBO GASTROINTESTINAL E ANOMALIAS ANORRETAIS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Atresia de esôfago;
- Imperfuração anal;
- Fístulas perianais e/ou vaginais;
- Anus ectópico;
- Megacólon.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e sintomas;
- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG de abdomen.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

2.8 PROTOCOLO DE ACESSO – CISTO TERE OGLOSSO E CISTO BRANQUIAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e sintomas;
- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG cervical.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

2.9 PROTOCOLO DE ACESSO – HEMANGIOMAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

SINAIS DE ALARME

- Crescimento rápido em menores de 1 ano; sangramento; localizado em face ou região cervical.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, localização e tamanho da lesão;
- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

2.10 PROTOCOLO DE ACESSO – NEVUS GIGANTES

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, localização e tamanho da lesão;
- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

2.11 PROTOCOLO DE ACESSO – QUEIMADURAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, localização e tamanho da lesão bem como tempo de evolução;
- **OBS: Casos de queimaduras agudas devem ser encaminhadas à urgência.**

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da atenção básica da rede SUS PROTOCOLO DE ACESSO – APÊNDICES AURICULAR

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a história clínica;
- **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**
 - Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3 PROTOCOLO DE UROLOGIA PEDIÁTRICA

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- Urolitíase;
- Hidronefrose congênita;
- Refluxovesico-ureteral (RVU);
- Doenças do ureter (duplicidade pieloureteral, estenose da junção pieloureteral, megaureter, ureterocele);
- Lesões de uretra (trauma, estenose, válvula de uretra posterior);
- Cisto epidídimo;
- Cisto parauretral;
- Cisto de cordão espermático;
- Criptorquidia
- Fimose
- Varicocele;
- Hipospádia e Epispádia;
- Incontinência urinária;
- Bexiga neurogénica;
- Anomalias genitais;
- Enurese noturna;
- Neoplasia de rins;

3.1 PROTOCOLO DE ACESSO – UROLITÍASE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Urolitíase associada a cálculo coraliforme, hidronefrose, alteração em função renal ou obstrução de trato urinário comprovada em exame de imagem;
- Atentar para a presença dos seguintes sinais de alarme, que podem alterar a classificação de acordo paciente:
 - Crises recorrentes de cólica renal;
 - Infecção urinária recorrente;
 - Hidronefrose;
 - Estenose da junção pieloureteral;
 - História documentada de rimúnico;
 - Malformações renais.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever os sinais e sintomas, se presentes, incluindo os sinais de alarme apresentados abaixo;
- Resultado de EAS, urocultura com antibiograma, creatinina e ureia, com data;

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.2 PROTOCOLO DE ACESSO – HIDRONEFROSE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO Hidronefrose congênita;

- Atentar para a presença dos seguintes sinais de alarme, que podem alterar a classificação de risco do paciente:
 - Hidronefrose bilateral;
 - Rim único;
 - Oligoâmnio;
 - Histórico de intervenção intrauterina.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever os sinais de alarme apresentados abaixo, se presentes;
- Exames obrigatórios: Laudo completo de USG de vias urinárias pós-natal, contendo o grau da dilatação do trato urinário, com data.
- Caso possua outros exames complementares, é necessário descrever seus respectivos laudos (**uretrocistografia miccional, estudo renal dinâmico (cintilografia com DTPA com/sem diuretic) e cintilografia renal estática (cintilografia com DMSA)**)

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.3 PROTOCOLO DE ACESSO –REFLUXO VESICO – URETERAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Suspeita de refluxo vesico-ureteral;
- Suspeita de estenose da Junção ureteropélvica;
- Obs: Casos de refluxo vesico-ureteral acompanhados de alteração da função renal devem ser encaminhados à Nefrologia Pediátrica.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Relatar história de ITU de repetição, se presente;
- Resultado de EAS e urocultura com antibiograma, com data;
- Laudo completo de USG de vias urinárias, com data; **descrever se presente laudo dos seguintes exames:** uretrocistografia miccional, estudo renal dinâmico (cintilografia com DTPA com/sem diuretic) e cintilografia renal estática (cintilografia com DMSA)

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.4 PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS URETER

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Duplicidade pieloureteral;
- Estenose da junção uretero-piélica (JUP);
- Estenose da junção uretero-vesical (JUV);
- Ureterocele.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Relatar história de ITU de repetição, se presente;
- Resultado de EAS e uro cultura com antibiograma, com data;
- Laudo completo de USG de vias urinárias pós-natal, com data, **descrever se presente laudo dos seguintes exames: uretrocistografia miccional, estudo renal dinâmico (cintilografia com DTPA com/sem diuretic) e cintilografia renal estática (cintilografia com DMSA)**

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.5 PROTOCOLO DE ACESSO –LESÕES DE URETRA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Estenose de uretra ou meato uretral;
- Lesão, rotura ou estreitamento da uretra associada a trauma ou cirurgia prévia;
- Suspeita de válvula de uretra posterior;

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever os sinais e sintomas se presentes;
- Resultado de EAS euro cultura com antibiograma com data (este último, se disponível);
- Laudo completo de USG de vias urinárias, com data.
- **Descrever se presente laudo dos seguintes exames: uretrocistografia miccional.**

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.6 PROTOCOLO DE ACESSO –CISTO DE EPIDÍDIMO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Casos sintomáticos (dor, inchaço e/ou sensação de peso local);

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever os sinais e sintomas;

- Laudo completo de USG de bolsa escrotal, com data.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.7 PROTOCOLO DE ACESSO – CISTO PARAURETRAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO Todos os casos.
EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever os sinais e sintomas, se presentes;
- Laudo completo de USG de rins e vias urinarias com data.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.8 PROTOCOLO DE ACESSO – CISTO DE CORDÃO ESPERMÁTICO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO Todos os caso que não regredirem espontaneamente até os 2 anos de idade;

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever os sinais e sintomas, se presentes;
- Laudo completo de USG de bolsa escrotal, com data.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.9 PROTOCOLO DE ACESSO – VARICOCELE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Todos os casos;

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever os sintomas, se presentes, e exame físico da região genital detalhado;
- Laudo completo de USG de bolsa escrotal com Doppler, com data.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.10 PROTOCOLO DE ACESSO – HIPOSPÁDIA / ESPISPÁDIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Todos os casos, idealmente entre os 6 meses e 18 meses de idade.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

Descrever detalhadamente o exame físico da região genital, como tamanho de abertura, local e aspecto;

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.11 PROTOCOLO DE ACESSO – INCONTINÊNCIA URINÁRIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Casos de enurese noturna devem ser encaminhados, preferencialmente, à Nefrologia Pediátrica.
- Atentar para apresentados seguintes sinais de alarme que pode manter a classificação de risco do paciente:
 - ITU de repetição;
 - Hidronefrose;
 - Alt. de função renal;
 - Retenção urinária.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever a idade de início, tipo de incontinência (repouso, esforço), a presença ou não de sintomas (urgência, polaciúria, retenção urinária) e manifestações de alarme, comorbidades;
- Resultado de EAS euro cultura com antibiograma com data.
- Laudo completo de USG dinâmica de vias urinárias e uro fluxometria com data, se disponíveis.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.12 PROTOCOLO DE ACESSO – BEXIGA NEUROGÊNICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.
- Atentar para a presença dos seguintes sinais de alarme, que podem alterar a classificação de risco do paciente:
 - ITU de repetição;
 - Hidronefrose.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Resultado de EPU euro cultura com antibiograma, com data;
- Laudo completo de USG dinâmica de vias urinárias e **Estudo Uro dinâmico**, com data, se disponíveis,
- Descrever os sintomas, sinais e comorbidades

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.13 PROTOCOLO DE ACESSO – ANOMALIAS GENITAIS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Micropênis (comprimento peniano subtração está 2,5cm desvio padrão abaixo da média) – deverá ter avaliação da endocrinologia antes;
- Pênis embutido;
- Pênis encarcerado;
- Pênis em bandeira ou palmeado;
- Encurvamento peniano (**Penis Curvo Congênito**)
- Distúrbios de diferenciação sexual com impossibilidade de finito sexo;
- Aumento de pequenos lábios – adolescente encaminhar para Urologia Pediátrica ou Ginecologia– adoles- cente (deverá ter avaliação da endocrinologia antes).

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Obrigatório: Descrever detalhadamente o exame físico da região genital e a suspeita diagnóstica;
- Laudo completo de USG dinâmica de vias urinárias euro fluxometria, com data, se disponíveis.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.14 PROTOCOLO DE ACESSO –NEOPLASIA DOS RINS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos suspeitos;
- Massas sólidas ou cistos renais complexos contendo septações, calcificações, áreas hemorrágicas ou necróticas.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Descrever a presença ou não de sintomas (hematúria, dor abdominal ou lombar e massa palpável (TríadeClássica), associados à hipertensão arterial, hemorragia, síndrome para neoplásica e doença metastática);
- Resultado de EAS com pesquisa de sedimento (dismorfismo de hemácias), com data.
- Laudo completo de USG de vias urinárias ou TC de abdome e pelve sugestivo de lesão tumoral, com data.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

3.15 PROTOCOLO DE ACESSO - ENEURESE NOTURNA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO Todos os casos de incontinência urinária.
EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar a abordagem inicial do paciente a idade, tempo de evolução e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): parcial de urina, creatinina, USG rins.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

4 PROTOCOLO - OTORRINOLARINGOLOGIA

PATOLOGIAS ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO:

- Hipertrofia de tonsilas faríngeas e palatinas / Tonsilite crônica;
- Epistaxes;
- Disfonia;
- Otite média serosa;
- Otite média crônica;
- Perda auditiva;
- Teste da orelhinha alterado.

SINAIS E SINTOMAS DE DOENÇAS

- Respirador bucal;
- Roncos e apneia do sono;
- Sangramento nasal;
- Estridor;
- Obstrução nasal;
- Supuração crônica nos ouvidos.

4.1 PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERTROFIA DE TONSILAS E FARINGEAS E PALATI- NAS / RESPIRADOR BUCAL / RONCOS E OBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA / APNEIA E HIPOPNEIA DO SONO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com diagnóstico de hipertrofia de tonsilas faríngeas e palatinas sintomáticas ou com indicação cirúrgica;
- Roncos e apneia noturna;
- Malformações craniofaciais (ptose de língua/ micrognatia/ retrognatia);
- Respiração bucal de suplência;

- Convulsão febril;
- Tumores de cavidade oral;
- Halitose;
- Tonsilites relacionadas à endocardite, PFAPA (febres periódicas com estomatite aftosa, faringite e adenite glomerulonefrites, coreias), síndrome PANDAS (Distúrbios Neuropsiquiátricos Autoimunes Pediátricos Associados a Infecções Estreptocócicas), como focos de infecção à distância e autoimunes;
- Faringoamigdalites de repetição (7x ao ano com perda de peso e déficit de crescimento e 5x em 2 anos com febre alta e afastamento das atividades diárias, 3 em 3 anos com complicações graves como abscessos periamigalianos, etc);
- Rinossinusites de repetição.

SITUAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS PARA OUTRA ESPECIALIDADE

- Asma, doenças cardíacas e pulmonares prévias, baixa imunidade, déficit de crescimento desde a primeira infância, síndromes a esclarecer.

DESCRIPTIVO MÍNIMOS

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade o tempo de sintomas e a presença ou não de manifestações de alarme;
- Descrever exame físico;
- Descrever laudo de exames realizados com a data do exame:
- Exames laboratoriais, radiografias, tomografias e ressonâncias magnéticas, polissonografias.
- **PROFISSIONAL SOLICITANTE:**
- Médicos da atenção básica da rede SUS

4.2 PROTOCOLO DE ACESSO – EPISTAXE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com epistaxe recorrente sem melhora com o tratamento inicial;
- Pacientes com epistaxe associada ou não ao diagnóstico de lesões nasais/paranasais/traumas locais;
- Pacientes com epistaxe recorrente ou isolada com perda de grande volume de sangue, sem melhora com a abordagem inicial;
- Histórico familiar de sangramentos nasal, oral, pulmonar ou digestivo.

SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA UNIDADES DE EMERGÊNCIA

- Sangramento nasal uni ou bilateral que não cessa com tamponamento nasal;

SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA OUTRAS ESPECIALIDADES

- Epistaxes desencadeadas por fatores sistêmicos (caso avaliado individualmente pelo médico da

atenção básica que acompanha o paciente);

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente, a idade, tempo do aparecimento dos sintomas e a presença ou não de manifestações de alarme e descrever os episódios de epistaxe, tempo de evolução, volume dos episódios, uso de medicamentos.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame):
- Exame físico/ hemograma, coagulograma completo
- Nasofibroscopia - exame mais indicado para avaliar vias aéreas superiores
- Rx de seios da face e tórax, tomografia computadorizada de face e crânio, ressonância magnética de crânio;

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e Especialistas.

4.3 PROTOCOLO DE DISFONIA/ESTRIDOR

INDICAÇÕES

- Pacientes com diagnóstico de disfonia associada a estridor.

SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA UNIDADES DE EMERGÊNCIA

- Pacientes com diagnóstico de disfonia súbita, dispneia súbita, tosse metálica sem resposta ao tratamento clínico, insuficiência respiratória aguda, estridor bifásico ou inspiratório agudo.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Exame clínico: observar na área cervicais sinais de abalamento ou cicatrizes, ruído inspiratório ou bifásico na ausculta cervical e do tórax;
- Descrever laudo de exames e a data da realização do exame: Rx Cervical PA e perfil para avaliação de corpos estranhos em laringe, ou sinais de epiglotite;
- Videonasolaringoscopia para avaliação direta de vias aéreas superiores (se disponível).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médicos da atenção básica da rede SUS;

4.4 PROTOCOLO DE ACESSO - OTITE MÉDIA SEROSA

INDICAÇÕES

- Pacientes com diagnóstico de otite média serosa não responsiva ao tratamento inicial;
- Otites de repetição (5 ou mais OMA ao ano), otorreia ou otorragia;
- Hipoacusia uni ou bilateral;
- Déficit de atenção, hiperatividade, sinais de espectro autista
- Baixo rendimento escolar por dificuldade de atenção ou de seguir ordens verbais;

- Dificuldade de linguagem, dislalia e troca de fonemas;

SINAIS DE ALARME

- Déficit de atenção;
- Otites de repetição.

SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA UNIDADES DE EMERGÊNCIA

- Otolgia associada à febre alta, otorragia, otorreia persistente após tratamento clínico adequado, vertigens e nistagmo, edema e rubor de partes moles na área da mastoide.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de manifestações de alarme, como: Otolgia associada à febre alta, otorragia, otorreia persistente após tratamento clínico adequado, vertigens e nistagmo, edema e rubor de partes moles na área da mastoide;
- Exame clínico: aspecto das membranas timpânicas, e achados na otoscopia;
- Descrever laudo de exames e a data da realização do exame;
- Audiometria comportamental (até 3 anos), tonal e vocal (4 anos em diante);
- Imitanciometria;
- Nasofibroscoopia;
- Rx de cavum e mento naso na suspeita de corpos estranhos, tumores ósseos de face ou traumas faciais.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médicos da atenção básica da rede SUS;

4.5 PROTOCOLO DE ACESSO - OTITE MÉDIA CRÔNICA

INDICAÇÕES

- Pacientes com diagnóstico de otite crônica, não responsiva ao tratamento inicial;
- Otorreia fétida de caráter contínuo ou intermitente;
- Hipoacusia/ Surdez;
- Dor local e/ou cefaléia importante em região temporal;
- Paralisia facial;
- Vertigem e nistagmo, zumbidos uni ou bilateral.

SINAIS DE ALARME

- Abaulamento em região mastóidea;
- Febre alta;
- Paralisia Facial.

SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA EMERGÊNCIA

- Sinais de mastoidite aguda, como: Abaulamento em região mastóidea e/ou febre alta associada a otalgia, paralisia facial, oto mastoidite aguda;

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de manifestações de alarme;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame):
- Exame físico: presença de perfurações, retrações, abaulamentos ou tumorações na membrana timpânica ou conduto auditivo externo;
- TC dos ossos temporais (cortes axiais e temporais) crânio, para avaliação de complicações locais e intracranianas;
- Audiometria tonal e vocal, imitanciometria;
- BERA se tem perda auditiva neurosensorial associada ao quadro clínico;
- Nasofibrosopia para avaliação de vias aéreas superiores, tubas auditivas e outras alterações anatômicas ou patológicas;

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS;

4.6 PROTOCOLO DE ACESSO - PERDA AUDITIVA

INDICAÇÕES

- Pacientes com perda auditiva uni ou bilateral com otoscopia normal.

SINAIS DE ALARME

- Déficit de atenção e distúrbio da linguagem;

SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA EMERGÊNCIA

- Perda auditiva súbita, após trauma ou infecção de vias aéreas, associada a quedas ouvertigens/nistagmos, vômitos não controlados e sinais de hipertensão intracraniana;

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de manifestações de alarme;
- Exame físico: examinar o paciente e dependendo da idade, observar seu comportamento quanto a ruídos, ordens verbais ou sons agradáveis, tentar contato sem auxílio visual, para ver se o mesmo procura a fonte sonora. Fazer otoscopia, para afastar causas mecânicas como tampão de cerume, corpo estranho, infecção local.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame):
- Audiometria comportamental (>4 anos / tonal e vocal (<4 anos);
- Imitanciometria;
- Otoemissões acústicas / BERA.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS

4.7 PROTOCOLO DE ACESSO - TESTE DA ORELHINHA ALTERADO

INDICAÇÕES

- Pacientes com teste da orelhinha ausente de resposta após teste ou em criança com fator de risco para perda auditiva.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente os fatores de risco para deficiência auditiva neonatal.
- Descrever laudo de exames realizados com data, quando o paciente já realizou o exame: duas alterações no teste da orelhinha.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas

5 PROTOCOLO DA ENDOCRINOLOGIA

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA PATOLOGIAS:

- Distúrbios do metabolismo da glicose;
- Hipoglicemia neonatal;
- Distúrbios tireoidianos (Hipo ou Hipertireoidismo);
- Hipotireoidismo congênito;
- Dislipidemia;
- Obesidade;
- Distúrbios do Metabolismo Ósseo;
- Baixa/alta estatura;
- eoplasias;
- Distúrbios da diferenciação sexual;
- Distúrbios da puberdade;
- Ginecomastia;
- Hiperprolactinemia.

5.1 DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DA GLICOSE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Glicemia plasmática de jejum ≥ 126 mg/dl ou glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dl com sintomas

inequívocos de hiperglicemia;

- Casos confirmados de diabetes melitus (DM) tipo1 (todos) ou de tipo 2 necessitando de insulina;
- Hipoglicemia não relacionada ao diabetes;

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, tempo de diagnóstico e a presença ou não de comorbidades;
- Descrever insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia, outras medicações em uso; Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemoglobina glicosilada, glicemia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

5.2 PROTOCOLO DE ACESSO – HIPOGLICEMIA NEONATAL

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS HIPOGLICEMIAS NO PERÍODO NEONATAL:

- Hipoglicemia da prematuridade
- Hipoglicemia do pequeno para a idade gestacional (PIG)
- Hiperinsulinismo Transitório (filho de mãe diabética, asfixiado grave)
- Hiperinsulinismo Congênito Persistente
- Hipopituitarismo (deficiência de GH e ACTH)
- Hipocortisolismo primário
- Distúrbios da oxidação dos ácidos graxos
- Distúrbios do metabolismo dos aminoácidos
- Galactosemia
- Intolerância hereditária à frutose
- Glicogenoses

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Determinar a causa da hipoglicemia neonatal para encaminhamento e tratamento adequados, que não se enquadre no perfil de urgência clínica (alteração do estado mental, alterações graves sistêmicas)

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

5.3 PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS TIREOIDIANOS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Hipotireoidismo;

- Hipertireoidismo;
- Bócio;
- Nódulo tireoidiano.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sinais e sintomas, tratamentos realizados, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TSH, T4 livre, USG de tireoide.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

5.4 PROTOCOLO DE ACESSO – HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- RN com teste do pezinho alterado (TSH elevado ou T4 baixo);
- RN de mães com doença autoimune tireoideana na gestação.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TSH, T4 livre ou T4 total.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

5.5 PROTOCOLO DE ACESSO – OBESIDADE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- IMC maior que percentil 95 com comorbidades: dislipidemia, HAS ou resistência à insulina (diabetes, intolerância à glicose, esteatose hepática) ou história familiar de DM tipo 2 ou doença cardiovascular.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, peso, IMC;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): glicemia, hemoglobina glicosilada, colesterol, triglicérides, insulina, teste de tolerância à glicose.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

5.6 PROTOCOLO DE ACESSO – DISLIPIDEMIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Colesterol total >200 mg/dl;
- Colesterol total >170 mg/dl não responsivos à mudança de estilo de vida (atividade física e orientação alimentar);

- LDL > 160 mg/dl isolado;
- LDL > 130 mg/dl associado à doença cardiovascular ou diabetes mellitus;
- HDL < 40 mg/dl;
- Triglicerídeos > 140 mg/dl.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de comorbidades assim como o tempo de evolução;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame: perfil lipídico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

5.7 PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DO METABOLISMO ÓSSEO / CÁLCIO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Hipoparatiroidismo;
- Hiperparatiroidismo;
- Raquitismo;
- Hipocalcemia;
- Hipercalcemia;
- Tetania/ convulsões secundárias à alteração do cálcio
- Crescimento deficiente;
- Alterações esqueléticas;
- Fraturas de repetição.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame: PTH, cálcio, albumina, fósforo, magnésio, vitamina D.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

5.8 PROTOCOLO DE ACESSO – ALTA / BAIXA ESTATURA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Estatura abaixo do percentil 3 ou abaixo do alvo genético ou com desvio do canal do

crescimento;

- RN pequeno para a idade gestacional (PIG) sem recuperação do crescimento nos dois primeiros anos de vida;
- Estatura acima do percentil 97 ou com velocidade acima do esperado para a faixa etária.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, curva de crescimento;
- Descrever laudo de exames realizados com data do exame: RX para idade óssea.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

5.9 PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIAS NEUROENDÓCRINAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Tumores na região do hipotálamo/hipófise;
- Tumores neuroendócrinos;
- Câncer de tireoide

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, tempo de evolução;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

5.10 PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS SEXUAIS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Distúrbios da diferenciação sexual (ambiguidade sexual, 17 hidroxiprogesterona alterada no teste do pezinho);
- Micropênis.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, tempo de evolução;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

5.11 PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DA PUBERDADE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PUBERDADE PRECOCE

Meninas menores de oito anos com broto mamário, pelo pubiano;

- Meninos menores de nove anos com aumento testicular ou peniano, pelos pubianos ou axilares. **PUBERDADE ATRASADA** Meninas com ausência de desenvolvimento das mamas após 13 anos de idade;
- Meninos com ausência do aumento do volume testicular após 14 anos de idade.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, tempo de evolução;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

5.12 PROTOCOLO DE ACESSO – GINECOMASTIA / HIPERPROLACTINEMIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO Ginecomastia (hipertrofia do tecido glandular mamário em homens). Pode ser fisiológica (nas primeiras semanas de vida, na puberdade e no envelhecimento), pelo uso de certos medicamentos, por condições de saúde que afetam os níveis hormonais e idiopática.

- Sempre que a ginecomastia ocorrer fora do período considerado fisiológico é importante que seja investigada. Outras condições que requerem avaliação médica incluem: secreção nos mamilos, sinais inflamatórios (vermelhidão, calor), aumento muito rápido ou dor intensa nas mamas. Hiperprolactinemia (galactorreia, amenorreia, irregularidade menstrual).

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, tempo de evolução;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

5.13 PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DA ADRENAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Hiperplasia adrenal congênita;
- Síndrome de Cushing;
- Insuficiência adrenal.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou ausência de sinais e sintomas, tempo de evolução;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame:

USG ou TC, dosagens hormonais (FHS, LH (meninas), T4 livre.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

6 PROTOCOLO DA PNEUMOLOGIA INFANTIL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Asma moderada ou grave de difícil controle;
- Asma induzida por exercício;
- Lactente sibilante ou sibilância recorrente do pré-escolar e fenótipo persistente sem controle com o uso de corticoterapia inalatória em dose moderada ou alta;
- Lactente com estridor associado à sibilância (estridor congênito isolado deve ser avaliado pelo otorrino);
- Lactente com displasia broncopulmonar em uso de oxigenioterapia domiciliar ou portador de sibilância recorrente;
- Bronquiolite viral aguda com internação em UTI e/ou necessidade de oxigenioterapia;
- Pneumonias graves ou de repetição;
- Tosse crônica (descrever definição);
- Malformação pulmonar;
- Tuberculose pleural e hiper-reatividade brônquica pós-tuberculose pulmonar (tb);
- Distrofia muscular.

6.1 PROTOCOLO DE ACESSO – ASMA / BRONQUITE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com diagnóstico de asma persistente moderada a grave sem resposta ao uso de corticoterapia inalatória (CI) em dose moderada a alta associada ou não a beta agonista de ação prolongada (LABA) ou antileucotrieno.
- Paciente com diagnóstico de asma ou suspeita com internação prévia em UTI.
- Paciente com doença do refluxo gastroesofágico com sintomas respiratórios significativos podendo corresponder à asma associada.
- Paciente sem diagnóstico de asma, mas com sintomas respiratórios persistentes associados à IgE elevada (comprovação com exame IgE).
- Paciente sem diagnóstico que apresente crise sugestiva com registro de cianose, internação com oxigenioterapia prolongada ou dispneia aos pequenos esforços.
- Asma induzida por exercício.
- Paciente medicado se controlados devem seguir na unidade básica de saúde.

É IMPORTANTE AVALIAR NA ANAMNESE:

- EM LACTENTES (< 2ANOS), PERGUNTAR SOBRE:
 - Respiração ruidosa, tosse seca, vômitos associados à tosse.
 - Retrações (esforço respiratório).

- Dificuldade à alimentação (sucção deficiente ou recusa alimentar).
- Alterações da frequência respiratória e padrão respiratório (expiração prolongada, tiragens).
- **PARA OS MAIORES DE DOIS ANOS, PERGUNTAR SOBRE:**
- Respiração curta (diurna ou noturna).
- Fadiga, tosse seca após correr, rir muito ou chorar, ou após fazer algum esporte (cansa mais rápido em comparação com crianças da mesma faixa etária, maior irritabilidade).
- Queixas sobre “não se sentir bem, com falta de ar”.
- Desempenho escolar ruim ou absenteísmo.
- Menor frequência ou intensidade da atividade física, por exemplo, nos esportes, nas aulas de ginástica.
- Desencadeantes específicos: esportes, aulas de ginástica, exercício físico/atividades com esforço;
- Presença de fatores de risco ambientais, principalmente exposição a fumo passivo.
- Presença de comorbidades que possam mimetizar ou agravar o quadro de asma (como por exemplo: doença do refluxo gastroesofágico, hipertrofia de vias aéreas superiores).
- Descrição do exame físico.
- Descrição de exames solicitados na investigação (quando indicados): radiografia de tórax, laboratoriais (IgE), espirometria.
- Descrição das medicações em uso e a resposta à instituição do tratamento de manutenção (corticoide inalatório associado ou não a beta agonista de longa duração e antileucotrieno).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

6.2 PROTOCOLO DE ACESSO – LACTENTES SIBILANTE OU SIBILÂNCIA RECORRENTES DO LACTENTE E DO PRÉ-ESCOLAR

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Lactente sibilante (bebê chiador com três ou mais episódios de sibilância no período de um ano).
- Sibilância recorrente do pré-escolar.

Obs:

- A sibilância recorrente define-se como a existência 3 aos mais episódios de sibilância, em um período mínimo de 2 meses ou sibilância superior a um mês de duração; em criança menor de 2 ou 3 anos.
- Pesquisar antecedentes familiares de atopia, imunodeficiência e exposição ambiental a fumo de tabaco pré e pós-natal. Relativamente à história pessoal, identificar antecedentes de prematuridade, restrição de crescimento intrauterino, atopia (dermatite atópica, rinite ou alergia alimentar), infecções recorrentes, diarreia crônica ou má progressão estaturoponderal.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Anamnese completa atentando para: idade de início dos sintomas, passado de

prematuridade, quadro clínico (descrição das crises, frequência, gravidade, necessidade de uso de medicação, uso de oxigenioterapia, internação em uti), história familiar de doenças respiratórias e de atopias, história pessoal de quadros atópicos / alérgicos (rinite, dermatite atópica, aplv).

- Presença de fatores de risco ambientais, principalmente exposição a fumo passivo.
- Presença de comorbidades que possam gerar episódios de sibilância (como por exemplo: doença do refluxo gastroesofágico, hipertrofia de vias aéreas superiores).
- Descrição do exame físico.
- Descrição de exames solicitados na investigação (quando indicados): radiografia de tórax, laboratoriais, espirometria, radiografia de cavum.
- Descrição das medicações em uso e a resposta à instituição do tratamento.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

6.3 PROTOCOLO DE ACESSO – LACTENTE COM ESTRIDOR

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Lactentes com estridor e respiração ruidosa (dificuldade respiratória e tiragem de fúrcula), associado a sibilância ou congênito, depois de afastadas as causas infecciosas e de obstrução aguda das vias aéreas superiores. **Obs:** casos de estridor após evento agudo grave devem ser encaminhados ao serviço de otorrinolaringologia.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Anamnese completa atentando para: idade de início dos sintomas (congênito ou não), passado de prematuridade e ventilação mecânica, histórico de traqueostomia e intubação orotraqueal, quadro clínico detalhado (descrição se estridor contínuo ou intermitente, se início abrupto ou não, presença de sinais e sintomas que sugiram quadro infeccioso, necessidade de medicações, uso de oxigenioterapia, internação em uti), história familiar de doenças respiratórias e de atopias, história familiar de malformações, história pessoal de quadros atópicos/alérgicos (rinite, dermatite atópica, asma, sibilância, aplv).
- Presença de comorbidades que possam gerar episódios de estridor (por exemplo: doença do refluxo gastroesofágico).
- Descrição do exame físico.
- Descrição de exames solicitados na investigação (principalmente videolaringoscopia nos casos de estridor congênito).
- Informar se paciente já teve avaliação com Otorrinolaringologista infantil.
- Descrição das medicações em uso e a resposta à instituição do tratamento.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

6.4 PROTOCOLO DE ACESSO – LACTENTE BRONCO-DISPLÁSICO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Lactente broncodisplásico (lactentes com diagnóstico de broncodisplasia pulmonar, egressos de unidades de terapia intensiva ou ambulatório de follow-up de maternidades) em

uso de oxigenioterapia domiciliar ou portador de sibilância recorrente.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Anamnese completa atentando para idade gestacional ao nascimento, necessidade de ventilação me- cânica, tempo de suplementação com oxigênio, tempo de internação em uti neonatal, intercorrências neste período, alterações radiológicas compatíveis com broncodisplasia.
- Presença de comorbidades que possam piorar o quadro respiratório (cardiopatias, doença do refluxo gastroesofágico).
- Descrição detalhada do exame físico (incluindo frequência respiratória, presença de tiragens, sa- turação do O2 basal do paciente), atentando para os parâmetros de crescimento (ganho ponderal adequado ou abaixo do esperado).
- Descrição das medicações em uso bem como sobre a necessidade de O2 domiciliar.
- Informar se uso frequente de broncodilatadores e demais medicações para sibilância ou crise de asma, bem como necessidade de hospitalização frequente em decorrência do quadro respiratório.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

6.5 PROTOCOLO DE ACESSO – HISTÓRICO DE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA GRAVE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos de bronquiolite com necessidade de internação em uti;
- Bronquiolite viral aguda consiste em uma afecção viral que acomete lactentes com idade inferior a dois anos, sendo o pico de incidência abaixo de seis meses de vida.
 - * O quadro clínico consiste em sintomas de infecção de vias aéreas superiores, que evolui após dois a quatro dias com cansaço, dispneia, taquipneia, além de esforço respiratório. Febre e redução da aceitação da dieta também podem ocorrer. Apneia é relatada em casos graves ou em prematuros.
 - * O diagnóstico baseia-se na história clínica e no exame físico, sendo exames complementares reservados quando há suspeita de outros diagnósticos ou de complicações. O tratamento é suportivo, sendo a oxigenoterapia indicada para pacientes com queda de saturação. Atualmente, o corticoide oral não tem indicação no tratamento. Broncodilatadores não são indicados de rotina.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Anamnese completa se atendando para idade do paciente, evolução do quadro clínico, antecedente de prematuridade, necessidade de oxigenioterapia prolongada, internação em uti.
- Descrição detalhada do exame físico
- Descrição das medicações em uso bem como sobre a necessidade de O2 domiciliar.
 - * Informar sobre uso frequente de broncodilatadores e demais medicações para sibilância, bem como necessidade de hospitalização frequente em decorrência de quadro respiratório.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

6.6 PROTOCOLO DE ACESSO – PNEUMONIAS GRAVES OU DE REPETIÇÃO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Comprometimento pulmonar após pneumonia aguda grave (necessitou de terapia intensiva ou ventilação mecânica);
- Pneumonia com derrame pleural;
- Pneumatocele ou pneumotórax;
- Pneumonia de repetição (dois ou mais episódios no último ano).

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Anamnese completa (sintomatologia, evolução do quadro clínico, necessidade de ventilação mecânica, tempo de suplementação com oxigênio, tempo de internação em UTI)
- Descrição detalhada do exame físico (incluindo frequência respiratória, presença de tiragens, saturação do O₂ basal do paciente).
- Informar sobre comorbidade (asma, imunodeficiência, prematuridade, síndrome genética, distúrbios de deglutição).
- Informar sobre uso frequente de broncodilatadores e demais medicações para sibilância, bem como necessidade de hospitalização frequente em decorrência de quadro respiratório.
- Descrever exames complementares realizados: PPD, anti - HIV, Rx de tórax com laudo, tomografia de tórax com laudo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

6.7 PROTOCOLO DE ACESSO – TOSSE CRÔNICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Tosse crônica / persistente há mais de 8 semanas

Obs. Se suspeita de tuberculose pulmonar encaminhar ao serviço de infectologia pediátrica e ser realizado BAAR no paciente. Dois resultados negativos sem falha na coleta, configura como apto para ser direcionado para investigação da tosse crônica nesta especialidade.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Anamnese completa com (data do início dos sintomas, horários de piora da tosse, descrição das crises de tosse, presença de cianose, presença ou não de outros tossidores na família);
- Presença de fatores de risco ambientais (exposição ao fumo passivo);
- Presença de comorbidades que possam gerar episódios de tosse (asma, doença do refluxo gastroesofágico, tuberculose);
- Descrição de exames solicitados na investigação (quando indicados): radiografia de

- tórax, IgE, teste tuberculínico (PPD);
- Descrição das medicações em uso e a resposta á instituição do tratamento.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

6.8 PROTOCOLO DE ACESSO – TUBERCULOSE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Tuberculose pleural;
- Hiperreatividade brônquica pós-tuberculose;
- Suspeita TB multirresistente;

Obs: Tuberculose Pulmonar: encaminhar para o serviço de infectologia pediatria.

- A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), que afeta principalmente os pulmões, mas, também podem ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins, pleura e meninges.
- A tuberculose é transmitida por via aérea em praticamente a totalidade dos casos. A infecção ocorre a partir da inalação de gotículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente com tuberculose ativa de vias respiratórias.
- Caracteriza-se como tuberculose multirresistente (TBMR) a tuberculose resistente a pelo menos dois medicamentos anti- tuberculosos que são nucleares no seu tratamento - a isoniazida e a rifampicina. Algumas formas de TBMR são também resistentes a outros medicamentos anti-tuberculosos.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Anamnese completa com início dos sintomas, perda ponderal, história de familiares com tuberculose;
- Inserir esquema terapêutico já usado, e quanto tempo de uso;
- Resultado de exames que levaram ao diagnóstico (radiografiade tórax, ppd, lavado gástrico).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

6.9 PROTOCOLO DE ACESSO – MAL FORMAÇÃO PULMONAR

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Investigar malformações pulmonares (massa ou cisto pulmonar);

SINAIS DE ALARME

- Dificuldade respiratória;
- Pneumonias de repetição.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Anamnese completa com (data do início dos sintomas, sintomas no período neonatal,



- necessidade de internação hospitalar, infecções respiratórias de repetição)
- Descrição de exames solicitados na investigação (quando indicados): radiografia de tórax, tomografia de tórax, angiotomografia
- Descrição das medicações em uso e a resposta ao tratamento já instituído;
- Descrever exames complementares: Rx de tórax (obrigatório) e TC de tórax (se disponível).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

6.10 PROTOCOLO DE ACESSO –DISTROFIA MUSCULAR

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Seguimento de pacientes com distrofia muscular de DUCHENE.

SINAIS DE ALARME

- Dificuldade respiratória;
- Pneumonias de repetição.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Anamnese completa com (data do início dos sintomas, presença de distúrbios ventilatórios, infecções pulmonares de repetição);
- Descrição de exames solicitados na investigação (quando indicados): radiografia de tórax, espirometria;
- Descrição das medicações em uso e a resposta à instituição do tratamento;
- Descrever exames complementares quando disponíveis: Rx de tórax, TC de tórax e espirometria.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas

7 PROTOCOLO DA HEMATOLOGIA

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- Anemia;
- Leucopenia;
- Leucocitose;
- Trombocitopenia/ trombocitose;
- Pancitopenia;
- Doença hemolítica;
- Síndromes hemorrágicas agudas;
- Adenomegalias;
- Esplenomegalia;
- Sobrecarga de ferro.

SITUAÇÕES QUE PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:

- Anemia ferropriva responsiva ao tratamento.

ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A UMA UPA OU EMERGENCIA HOSPITALAR:

- Pancitopenia aguda;
- Anemia grave sintomática;
- Blastos no sangue periférico;
- m Leucocitose maior que 50.000/mm³;
- Leucopenia menor que 1000/mm³;
- Plaquetopenia com sangramento;
- Suspeita de tumores malignos;
- Eventos trombóticos;
- Síndrome hemorrágica aguda;

Hemofilia com hematoma/hemartrose.

ENCAMINHAR PARA INFECTOLOGIA: Adenomegalia aguda e/ou esplenomegalia febril a esclarecer;

Anemias ou outras alterações de hemograma secundárias à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e/ou tratamento antiretroviral sem resposta às reposições instituídas.

ENCAMINHAR PARA GASTRO PEDIATRIA:

- Hepatomegalia;
- Icterícia colestática.

7.1 PROTOCOLO DE ACESSO – ANEMIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Anemia por deficiência de ferro sem resposta ao tratamento de reposição com sulfato ferroso;
- Anemia hemolítica (p. ex: esferocitose hereditária, hemoglobinúria paroxística noturna, síndromes falcêmicas, autoimunes, microangiopáticas, secundárias a alterações em próteses valvares, hemoglobinopatias como talassemias);
- Anemias por deficiência de vitamina B12/ácido fólico (macrocíticas);
- Anemia aplásica;
- Anemias por síntese deficiente de eritropoietina (insuficiência renal crônica, doenças inflamatórias crônicas, anemia nas neoplasias);
- Pan/citopenias com anemia;
- Anemias de etiologia não esclarecida;
- Anemia com sangramentos, petéquias ou equimoses de etiologia não esclarecida e não relacionada a trauma.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas (cansaço, dispnéia), a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

7.2 PROTOCOLO DE ACESSO – LEUCOPENIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Leucócitos menor ou igual a 2.000/mm³ ou neutrófilos menor ou igual a 1.000/mm³ em pelo menos 2 exames. **CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO**
 - É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, hepatoesplenomegalia, a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
 - Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, sorologias para hepatite B e C, HIV, Epstein Baar (EBV).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

7.3 PROTOCOLO DE ACESSO – LEUCOCITOSE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Leucocitose maior que 50.000/mm³ com desvio à esquerda na ausência de infecção em dois hemogramas;
- Leucocitose já investigada e sem causa aparente.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, esplenomegalia, sinais de trombose, sangramentos, a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, sorologias para hepatite B e C, HIV, EBV.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médico especialista: Pneumologista.

7.4 PROTOCOLO DE ACESSO – TROMBOCITOPENIA / TROMBOCITOSE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm³ em pelo menos dois exames;
- Trombocitose isolada maior ou igual a 800.000/mm³ em 3 hemogramas, após excluídas infecção, neoplasia não hematológica e ferropenia.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, sangramentos, a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, sorologias para hepatite B e C, HIV, EBV.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

7.5 PROTOCOLO DE ACESSO – PANCITOPENIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Pancitopenia não associada a quadro infeccioso/inflamatório; Pancitopenia de etiologia não definida.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, sangramentos, a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, sorologias para hepatite B e C, HIV, EBV.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

7.6 PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA HEMOLÍTICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Anemia e icterícia por elevação de bilirrubina indireta, após exclusão de doença colestática.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, bilirrubinas, USG abdômen.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

7.7 PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES NO COAGULOGRAMA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Alterações no coagulograma em pelo menos dois exames, não associada a quadro infeccioso.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, sangramentos e história familiar de sangramento, a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, TAP, KPTT.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

7.8 PROTOCOLO DE ACESSO – SÍNDROME HEMORRÁGIA AGUDA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Síndromes hemorrágicas agudas não associadas a trauma;
- Casos de etiologia não definida;
- Púrpura trombocitopenia idiopática (PTI);
- Doença de VonWillebrand;
- Hemofilia;
- Deficiências transitórias dos fatores VIII e IX.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, coagulograma, tempo de protrombina

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médico especialista: Pneumologistas.

7.9 PROTOCOLO DE ACESSO – ADENOMEGALIAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda;
- Adenomegalia associada a alargamento do mediastino;
- Adenomegalia associada a sintomas sistêmicos (astenia, perda de peso).

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas (febre, sudorese, emagrecimento), linfonomegalias, a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, sorologias para EBV, citomegalovírus (CMV), HIV, sífilis, toxoplasmose, USG da localização da lesão

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

7.10 PROTOCOLO DE ACESSO – ESPLENOMEGALIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Esplenomegalia, afastada doença de etiologia não hematológica.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas (febre, sudorese, emagrecimento), a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;

- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, bioquímica, USG abdômen.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas

7.11 PROTOCOLO DE ACESSO – SOBRECARGA DE FERRO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Ferritina acima de 500 ng/ml não associada a quadro infeccioso/ inflamatório.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas (febre, sudorese, emagrecimento), a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, bioquímica, ferritina, disagem de ferro sérico

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

8 PROTOCOLO DA GASTROENTEROLOGIA

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- Doença do refluxo gastroesofágico (vômitos recorrentes);
- Gastrites e dispepsias não responsivas ao tratamento inicial;
- Alergia a proteína do leite de vaca;
- Disfagia;
- Dor abdominal recorrente;
- Má absorção intestinal (diarreias crônicas);
- Doença Inflamatória Intestinal; Constipação intestinal/ prolapso retal/ incontinência fecal;
- Distúrbios do crescimento por provável doença gastrointestinal;
- Sangramento digestivo;
- Doenças do pâncreas;
- Hepatopatias crônicas;
- Colestase neonatal;
- Colestase na infância.

8.1 PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA DO REFLUXO GASTRESOFÁGICO / VÔMITOS RECORRENTES

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com quadro de vômito ou regurgitações associados à presença de sintomas

ou de suas complicações. Seguir manejo inicial conforme videoaula disponível no site supracitado.

- Lactentes: vômito e regurgitação associados a irritabilidade, recusa alimentar, baixo ganho de peso. Manifestações extraesofágicas como apnéia e estridor.
- Informar ganho de peso do encaminhamento;
- Crianças maiores: manifestações semelhantes aos adultos como queimação retroesternal, epigastria, pirose. Nesses casos é possível iniciar inibidor de bomba de prótons 2mg/kg/dia por 2 a 4 semanas. Em caso de melhora, manter por 8 a 12 semanas e realizar retirada gradual. Caso retorno dos sintomas ou não melhora, encaminhar para avaliação.
- Na presença de disfagia encaminhar;
- Manifestações extraesofágicas: sintomas respiratórios altos e baixos como rouquidão, estridor, laringite, tosse, broncoespasmo, pneumonia, otite repetição, halitose, já tendo sido descartadas outras causas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Nos lactentes com baixo ganho de peso descartar outras causas através de investigação como baixa ingestão, quadro infeccioso;
- Avaliar coleta de hemograma, parcial de urina com urocultura, eletrólitos, ureia e creatinina; Conferir teste de triagem neonatal (Teste do Pezinho);
- Descartar estenose hipertrófica de piloro.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

8.2 PROTOCOLO DE ACESSO – GASTRITES / DISPEPSIAS / DOENÇA ULCE- ROSA PÉPTICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com quadro de dispepsia/gastrites associados à presença de sintomas e/ou de suas complicações, não responsivo ao tratamento inicial com inibidor de bomba de próton 2 mg/kg ou retorno dos sintomas após uso por 8 a 12 semanas e retirada gradual da medicação;
- Pacientes com quadro atual ou prévio de doença ulcerosa péptica com recidiva dos sintomas, não responsivo ao tratamento inicial.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de manifestações de alarme como dor severa, anemia, hemorragia digestiva, emagrecimento);
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina;
- Em caso de emagrecimento quantificar o mesmo;
- Descrever laudo de Endoscopia Digestiva Alta com data, incluindo a biópsia (se disponível).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

8.3 PROTOCOLO DE ACESSO – DISFAGIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Descrever a evolução da disfagia; No caso de disfagia orofaríngea encaminhar também para fonoaudiologia;
- Informar e descrever exames realizados como seriografia, videodeglutograma ou endoscopia digestiva alta;
- Em caso de emagrecimento quantificar o mesmo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

8.4 PROTOCOLO DE ACESSO – ALERGIA A PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Todos os casos suspeitos: diarreia com muco e sangue após introdução do leite de vaca na dieta, baixo peso, regurgitações com baixo ganho de peso;
- Todos os casos diagnosticados e em tratamento;
- Pacientes em dieta que necessitem de desencadeamento.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Após suspeita de alergia e iniciada dieta isenta de leite de vaca e soja, confirmado após introdução do leite de vaca, paciente apresenta sintomas;
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina;
- Em caso de emagrecimento quantificar o mesmo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

8.5 PROTOCOLO DE ACESSO – DOR ABDOMINAL RECORRENTE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Dor abdominal com duração superior a dois meses, mantida após ajuste de erros alimentares, bem como realizado tratamento com albendazol 400 mg/dia por 5 dias nas crianças maiores de 2 anos ou metronidazol 10 mg/kg dose de 8/8 horas por 5 a 10 dias em menores de 2 anos. Excluída colelitíase e doenças das vias biliares.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Dor localizada longe da região periumbilical;
- Dor que desperta à noite; Dor associada a alterações do hábito intestinal;
- Disúria, artrite e rash cutâneo; Sangramento oculto;

- Vômitos repetidos, especialmente biliosos;
- Sintomas constitucionais com febre, perda de apetite;
- Disfagia;
- Sintomas respiratórios;
- Perda de peso;
- Retardo do crescimento;
- Visceromegalias;
- Atraso puberal;
- Palidez;
- Hérnia da parede abdominal;
- Irradiação da dor para as costas, ombros, escápulas e extremidades inferiores;
- Incontinência fecal intermitente;
- Sonolência acompanhando os ataques de dor;
- História familiar de úlcera péptica, doença inflamatória intestinal; D
- escrever exames complementares quando disponíveis: Hemograma, VHS/PCR, glicemia, eletrólitos, transaminases, amilase, colesterol, função renal, PU, urocultura, parasitológico de fezes, Rx simples do abdome e US abdominal;
- Enviar gráfico de peso e estatura.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

8.6 PROTOCOLO DE ACESSO – MÁ ABSORÇÃO INTESTINAL / DIARREIA CRÔNICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Diarréia com duração superior a 30 dias ou 3 ou mais episódios de diarreia nos últimos 60 dias, que evoluam com ganho de peso inadequado ou perda de peso. Seguir investigação inicial da videoaula disponível no site supracitado;
- Doença celíaca;
- Intolerância a lactose.

SINAIS DE ALARME PARA MÁ ABSORÇÃO INTESTINAL

- Desnutrição;
- Perda de peso;
- Sangue nas fezes;
- Atraso puberal;
- Evacuações noturnas;
- Anemia;
- Edema.

DESCRITIVOS MÍNIMOS

- Descrever exames complementares quando disponíveis: anemia, hipoalbuminemia,

- anticorpo anti- transglutaminase ou antiendomísio IgA, EDA, colonoscopia;
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina;
- Enviar gráfico de peso e gráfico de estatura;
- Em caso de sangramento caracterizar o tipo do mesmo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

8.7 PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII)

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos;
- Seguir investigação inicial da videoaula disponível no site supracitado.

SINAIS DE ALARME PARA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

- Sangue nas fezes;
- Desnutrição;
- Perda de peso;
- Evacuações noturnas;
- Urgência evacuatória;
- Anemia;
- Hipoalbuminemia;
- Artralgia, artrite;
- Lesões cutâneas;

Lesão perianal, fístula. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG, TC, EDA, colonoscopia;
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina;
- Enviar gráfico de peso e gráfico de estatura;
- Em caso de sangramento caracterizar o tipo do mesmo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

8.8 PROTOCOLO DE ACESSO – CONSTIPAÇÃO / INCONTINÊNCIA FECAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Constipação não responsiva ao manejo por 2 meses conforme a videoaula disponível no sitesupracitado;

SINAIS DE ALARME PARA CONSTIPAÇÃO

- Atraso de eliminação mecônio - mais de 48 horas após nascimento;
- Alteração no exame físico da área lombo-sacra: alteração na marcha, assimetria ou achatamento da musculatura glútea, evidência de agenesia sacral, descoloração da pele, nevus, tufo piloso, escoliose.

Início precoce (< 1 ano). Comprometimento do ganho de peso/estatura.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG de abdome, parasitológico de fezes
- Enviar gráfico de peso e gráfico de estatura.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

8.9 PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DO CRESCIMENTO POR PROVÁVEL DOENÇA GASTROINTESTINAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com déficit pondero estatural com oferta calórica adequada ou crianças que apresentem desaceleração (velocidade de crescimento inferior a esperada) ou mudança no canal decrescimento;
- Seguir investigação inicial conforme a videoaula disponível no site supracitado.

SINAIS DE ALARME

- Desnutrição;
- Perda de peso;
- Diarreia;
- Atraso puberdade;
- Anemia;
- Hipoalbuminemia.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- Descrever exames complementares com data quando disponíveis: EDA, albumina, TSH, T4, anticorpo antitransglutaminase ou antiendomiso, IgA;
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina;
- Enviar gráfico de peso e gráfico de estatura.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

8.10 PROTOCOLO DE ACESSO – SANGRAMENTO DIGESTIVO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- História de sangramento digestivo alto ou baixo.

- OBS: Descartar uso de AINE. SINAIS DE ALARME PARA

SANGRAMENTO DIGESTIVO



- Sangramento volumoso: hematêmese, enterorragia (encaminhar ao Pronto Socorro mais próximo para avaliação);
- Anemia;
- Estigmas de doença hepática (ascite, ginecomastia, massas, telangiectasias, lesões de mucosa);
- Lactentes.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- Caracterizar o tipo de sangramento: hematêmese, hematoquezia, enterorragia, melena;
- Se sangramento baixo informar o resultado do exame proctológico realizado pelo médico solicitante;
- Descrever exames complementares com data quando disponíveis: EDA, colonoscopia;
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina;

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

8.11 PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS DO PÂNCREAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Alteração pancreática clínica, laboratorial e/ou ultrasonográfica.

SINAIS DE ALARME

- Pancreatite aguda recém-tratada; Elevação de enzimas pancreáticas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG de abdome, TC de abdome;
- Descrever os níveis das enzimas pancreáticas quando alteradas (amilase, lipase), colesterol total e frações e triglicerídeos, enzimas hepáticas (AST, ALT).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas

8.12 PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES HEPÁTICAS/ HEPATOPATIAS CRÔNICAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Alteração hepática clínica (como hepatoesplenomegalia, circulação colateral, ascite, telangiectasias), laboratorial e/ou ultrasonográfica.

SINAIS DE ALARME

- Icterícia;
- Hepatomegalia volumosa;
- Esplenomegalia;

- Elevação de enzimas hepáticas > 3 vezes;
- Cirrose;
- Hipertensão portal;
- Hematêse ou melena;
- RNI alargado;
- Plaquetopenia;
- Leucopenia;
- Hipoalbuminemia;
- Ascite.

* No caso de alteração neurológica, RNI alargado não responsivo a vitamina K entrar em contato via emergência com serviço de transplante hepático.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG, TC, EDA, sorologias;
- Descrever os níveis e evolução das enzimas hepáticas quando alteradas, descrever plaquetas, RNI e albumina.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

8.13 PROTOCOLO DE ACESSO – COLESTASE NEONATAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos de colestase, até 60 dias de vida;
- Icterícia em crianças com mais de 14 dias de vida;
- Diagnóstico confirmado de atresia de vias biliares.

ENCAMINHAR VIA EMERGÊNCIA OU SOBREAviso GASTROPEDIATRIA:

É necessário descartar atresia de vias biliares (AVB) antes dos 60 dias de vida.

SINAIS DE ALARME

- Icterícia com acolia fecal e colúria; Hepatomegalia volumosa;
- Esplenomegalia;
- Elevação de enzimas hepáticas > 3 vezes.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG, TC, EDA, sorologias;
- Descrever os níveis das enzimas hepáticas quando alteradas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas

8.14 PROTOCOLO DE ACESSO COLESTEASE NA INFÂNCIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

SINAIS DE ALARME

- Icterícia com predomínio de bilirrubina direta;
- Hepatomegalia volumosa;
- Esplenomegalia;
- Elevação de enzimas hepáticas > 3 vezes.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG, TC, EDA, sorologias; Descrever os níveis das enzimas hepáticas quando alteradas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

9 PROTOCOLO - NEUROLOGIA PEDIATRIA

PATOLOGIAS ELENCADAS PARA ENCAMINHAMENTO:

- Epilepsia/crises convulsivas;
- Cefaleias;
- Encefalopatias progressivas;
- Encefalopatias crônicas não progressivas sem definição etiológica;
- Distúrbios do movimento;
- Doenças neuromusculares;
- Síndromes neurocutâneas;
- Distúrbios do sono, relacionados aos distúrbios do movimento (Síndrome das Pernas Inquietas, Movimentos Periódicos Durante o Sono, Distúrbio Rítmico do Movimento), parassonias e casos de insônia;
- Afecções neurovasculares;
- Suspeita de erros inatos do metabolismo.

ENCAMINHAMENTOS EXCLUSIVOS PELOS MÉDICOS DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO, QUE POSSUEM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR (COMPOSTAS, POR EXEMPLO, POR PEDIATRAS, PSIQUIATRAS, PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA, NEUROPSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL):

- Transtorno do Espectro Autista (TEA);
- Deficiência de aprendizagem escolar com suspeita de condição neurológica determinando o quadro e sem fator psicológico ou socioambiental identificado
- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

DOENÇAS E/OU MOTIVOS QUE NÃO DEVEM SER ENCAMINHADOS À

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA:

- TDAH sem comorbidades neurológicas;
- Deficiência de aprendizagem escolar (dislexia, discalculia, dificuldades cognitivas globais).
- O TDAH afeta mais de 10% dos escolares e não devem ser encaminhados ao ambulatório de especialidades. A avaliação, diagnóstico e tratamento devem ser feitos nas UBS com o envolvimento da escola.
- **Casos extremos de TDAH de difícil tratamento devem ser encaminhados à psiquiatria e não à neurologia.**
- Emissão das receitas de medicamentos controlados por notificação. A emissão deve ser descentralizada e feita no município.

9.1 PROTOCOLO DE ACESSO – EPILEPSIAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Um ou mais episódios de crise convulsiva, exceto quadro de convulsão febril simples de característica benigna;
- Epilepsia sem investigação;
- Epilepsia em tratamento, não controlada;

SINAIS DE ALARME

- Crise convulsiva febril complexa (crises que duram mais de 15 minutos, se repetem mais de uma vez em 24 horas ou que tenham características focais ictais ou pós-ictais),
- Múltiplas crises e/ou crise prolongada em 24 horas;
- Crises farmacorresistentes e com sintomas e sinais associados (cefaleia, vômitos, transtornos visuais, alteração de comportamento pós-ictal, deterioração no desenvolvimento motor e/ou cognitivo, perda de força, afasias, apraxias e perda de marcos do desenvolvimento e habilidades adquiridas).
- *Crise com características focais: associadas a sinais de alarme sugestivos de hipertensão intracraniana ou sinais focais de instalação aguda e recente devem ser encaminhados diretamente ao pronto atendimento de um hospital terciário.
- *Os pacientes com crises epiléticas de difícil controle devem realizar consultas periódicas com a neurologia pediátrica. Os pacientes com epilepsias bem controladas podem ser avaliados anualmente e as prescrições podem ser feitas por médicos da APS.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- Descrição do quadro clínico do paciente: idade de início, frequência, duração das crises, sintomas associados, fatores precipitantes e inibitórios se existirem, existência de crises prolongadas;
- Informar quando existência de complicações pós-natais;
- Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;

- Fornecer laudos dos exames já realizados: EEG, TC ou RM de crânio.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

9.2 PROTOCOLO DE ACESSO – CEFALÉIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Cefaleia com sinais de alarme;
- Migrânea ou outras cefaleias crônicas refratárias ao tratamento;

SINAIS DE ALARME:

- Crianças com menos de 3 anos de idade;
- Surgimento súbito com dor de forte intensidade;
- Cefaleia com características de progressividade e sinais e sintomas associados como náusea, vômitos, transtornos visuais, transtornos autonômicos, alteração de marcha e equilíbrio, perda de força, alteração de funções corticais superiores como apraxias, agnosias e afasias associadas;
- Presença de comorbidades de maior risco (ex. anemia falciforme, imunodeficiências, história de neoplasia, coagulopatias, doenças cardíacas, neurofibromatose, esclerose tuberosa).
- *Cefaleia aguda associada a sinais de alarme sugestivos de hipertensão intracraniana ou sinais focais de instalação aguda deve ser encaminhada diretamente ao pronto atendimento de um hospital terciário.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- Descrição do quadro clínico do paciente: idade de início, frequência, duração das crises, sintomas associados, fatores precipitantes, sintomas associados;
- Tratamentos realizados e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados: TC ou RM de crânio

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

9.3 PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS NEUROMUSCULARES E MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

SINAIS DE ALARME

- Instalação aguda ou piora de quadro pré-existente.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:

- Descrever resumo do quadro clínico: início do quadro, sintomas associados como quedas frequentes, perda de força proximal ou distal, alteração do tônus muscular, presença de fasciculações, alteração de fâcies, dificuldade de marcha, astenia, dificuldade respiratória, alterações de equilíbrio e presença de disfagia;
- Se presença de quadro semelhante ou história de casamentos consanguíneos na família;
- Fornecer laudo dos exames já realizados: enzimas musculares, eletroneuromiografia, cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo, TC ou RM de cérebro.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

9.4 PROTOCOLO DE ACESSO – SINDROME NEURO CUTÂNEAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.
- Esclerose tuberosa;
- Neurofibromatose;
- Sturge-Weber.

SINAIS DE ALARME

- Surgimento de epilepsia, transtornos visuais, déficits neurológicos focais e/ou regresso de habilidades adquiridas.
- *Entre as facomatoses, a esclerose tuberosa é a que merece mais atenção pela possibilidade de complicações tratáveis, como os astrocitomas de células gigantes.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Resumo do quadro clínico: início e evolução do quadro, tipo e quantidade de lesões cutâneas, sintomas associados;
- Presença de crises epiléticas e presença ou não de deterioração das habilidades cognitivas;
- Comorbidades,
- História familiar de quadro semelhante ou de consanguinidade;
- Tratamentos em uso ou já utilizados com dose e posologia;
- Fornecer laudo dos exames já realizados: TC ou RM de cérebro.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

9.5 PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Tiques;
- Coreias;

- Balismos;
- Distonias;
- Mioclonias;
- Tremores.

SINAIS DE ALARME

- Distúrbio do movimento novo e piora progressiva de algum distúrbio do movimento já existente.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Resumo do quadro clínico: início dos sintomas, evolução, descrição do movimento anormal e a frequência com que se manifesta, descrever fatores de piora ou melhora se houver;
- Comorbidades, afecções psiquiátricas;
- Tratamentos já utilizados com dose e posologia, sintomas associados;
- História familiar de casos semelhantes ou casamentos consanguíneos;
- Fornecer laudo de exames já realizados: TC ou RM de crânio.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

9.6 PROTOCOLO DE ACESSO – ENCEFALOPATIAS PROGRESSIVAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Perda progressiva de funções neurológicas (motoras, cognitivas, linguagem), crises epiléticas, transtornos de equilíbrio e marcha.

SINAIS DE ALARME

- Rapidez na instalação, presença de crises epiléticas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:

- Dados relevantes da história médica pré-natal e perinatal;
- Descrição dos sinais, sintomas (descrever idade de início dos sintomas, funções comprometidas, marcos do desenvolvimento atrasados, presença de dismorfias ou características síndrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
- Descrição de tratamentos já realizados;
- Fornecer laudo de exames já realizados: TC ou RM de crânio, cariótipo, outros.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

9.7 PROTOCOLO DE ACESSO – ENCEFALOPATIAS CRÔNICAS ESTÁTICAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Casos com indefinição diagnóstica, sem etiologia definida;
- Necessidade de orientação de terapias.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:

- Dados relevantes da história médica pré-natal e perinatal;
- Descrição dos sinais, sintomas (descrever idade de início dos sintomas, funções comprometidas, marcos do desenvolvimento atrasados, presença de dismorfias ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
- Descrição de tratamentos já realizados;
- Fornecer laudo de exames já realizados: TC ou RM de crânio, cariótipo, outros.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

9.8 PROTOCOLO DE ACESSO – AFECÇÕES NEUROVASCULARES

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Encaminhar com descrição do quadro clínico pacientes com história de acidentes vasculares cerebrais isquêmicos ou hemorrágicos durante a vida fetal ou na infância e/ou doenças associadas a esta afecção como a presença de vasculites, síndrome do anticorpo anti-fosfolípide e anemia falciforme.

SINAIS DE ALARME:

- Déficit neurológico focal agudo, permanente ou transitório.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Dados relevantes da história médica pré-natal e perinatal;
- Descrição dos sinais, sintomas (se presentes sinais de alarme);
- Descrição de tratamentos já realizados;
- Laudos dos exames já realizados: TC ou RM de cérebro, laboratoriais.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

9.9 PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DO SONO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Encaminhar casos de parassonias, casos de insônia e distúrbios do sono relacionados aos distúrbios do movimento como:
 - Síndrome das Pernas Inquietas
 - Movimentos Periódicos Durante o Sono
 - Distúrbio Rítmico do Movimento

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- Descrição dos sinais, sintomas, idade de início e repercussões na qualidade de vida e

- desempenho escolar;
- Descrição de tratamentos já realizados e atuais (com posologia);
- Se há contexto sócio-familiar desfavorável;
- Descrever laudo dos exames já realizados: EEG, TC ou RM de cérebro ou polissonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

9.10 PROTOCOLO DE ACESSO – SUPEITA DE ERROS INATOS NO METABOLISMO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos sem etiologia definida em que haja suspeita de erro inato do metabolismo quando houver desaceleração e parada de desenvolvimento neuropsicomotor.
- SINAIS DE ALARME
- Presença de sinais neurológicos anormais (crises epiléticas, espasticidade, ataxia) e progressão de piora inexorável.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- É importante encaminhar relato sucinto do quadro clínico, sintomatologia,
- tratamentos realizados e medicações em uso
- Descrever laudo dos exames já realizados: cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo (teste do Pezinho), TC ou RM de cérebro.
- As patologias mais comuns são as diagnosticadas através do teste de triagem neo-natal: Fenilcetonúria; Hipotireoidismo congênito; Hemoglobinopatias; Outras patologias: Galactosemia; Leucinoze; Deficiência de biotinidase; Deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase; Defeitos da beta-oxidação mitocondrial dos ácidos graxos

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

9.11 PROTOCOLO DE ACESSO – DEFICIÊNCIA DE APRENDIZAGEM ESCOLAR

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO

- Deficiência de aprendizagem escolar onde exista suspeita de condição neurológica determinando o quadro e sem fator psicológico ou socioambiental identificado.
- Encaminhamentos exclusivos por médicos dos serviços de referência do município, que possuem equipe multidisciplinar (compostas, por exemplo, por pediatras, psiquiatras, profissionais da psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, neuropsicologia, serviço social);
- Casos de deficiência de aprendizagem associados a sintomas como depressão, irritabilidade, impulsividade, agressividade, ansiedade, comportamento retraído, TDAH, devem ser encaminhados ao Psiquiatra Infantil e acompanhados por equipe multidisciplinar.

- Ao Neurologista cabe a avaliação dos casos específicos, já avaliados por profissionais da equipe multidisciplinar e com suspeita de condição neurológica determinando o quadro. Após diagnóstico e indicação de tratamento, estes casos devem ficar a cargo dos profissionais da educação (Pedagogia) e dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e/ou CAPS (compostas por exemplo por pediatras, psiquiatras, profissionais da psicologia, fonoaudiologia).
- A indicação da necessidade de um segundo professor e a definição de estratégias e técnicas utilizadas nas intervenções educacionais não são escopo da Neurologia Pediátrica, estando os profissionais da educação mais habilitados para determinar estratégias de ensino a serem utilizadas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- Dados relevantes da história médica pré-natal e perinatal;
- Descrição dos sinais, sintomas e dificuldades cognitivas (descrever idade de início dos sintomas, funções comprometidas, marcos do desenvolvimento que estão atrasados, presença de dismorfias ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
- Descrição da condição oftalmológica e auditiva;
- Descrição das avaliações e tratamentos prévios e atuais, assim como o plano terapêutico da equipe e/ou profissional assistente de referência (informar data das avaliações, nomes dos profissionais e número do conselho profissional)
- Descrição resumida do relatório emitido pela escola.
- **OBS: o paciente só deve ser encaminhado ao neurologista, com suspeita de TDAH e déficit de atenção escolar, quando avaliado por psiquiatra e este, indicar encaminhamento**

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médico especialista: psiquiatra.

9.12 PROTOCOLO DE ACESSO – SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO

- Suspeita de TEA, com evidências clínicas;
- *O transtorno do espectro autista (TEA) é um diagnóstico clínico feito por pediatras, psiquiatras, neurologistas, dentre outros, com suporte de psicólogos, e outros profissionais da saúde, que normalmente atuam em equipes multidisciplinares. O diagnóstico baseia-se na coleta de informação sem entrevistas estruturadas e uso de ferramentas de avaliação observacional e leva em consideração o funcionamento em mais de um ambiente (por exemplo, escola, residência, locais de saúde).

Ex. Questionário de Comunicação Social (SQC), Escala de Classificação de Autismo Infantil (CARS), M-CAT, CAST.

- *É função da Neurologia Pediátrica contribuir com o diagnóstico e considerar as condições associadas. O seguimento de alterações comportamentais ficará a cargo dos profissionais da equipe multidisciplinar de referência. A abordagem educacional ficará a cargo dos profissionais de educação mais habilitados a julgar e definir estratégias educacionais a estes indivíduos.
- *Casos suspeitos de TEA, com sintomas psicóticos, auto/heteroagressividade, indicam necessidade de encaminhamento também ao Psiquiatra Infantil.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:

- Descrição dos sinais, sintomas e dificuldades cognitivas (descrever idade de início dos sintomas, funções comprometidas, marcos do desenvolvimento que estão atrasados, presença de dismorfias ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
- Resultados das avaliações e dos testes psicológicos, neuropsicológicos, psicométricos já realizados, com data, nome dos profissionais e número do registro profissional;
- Descrição da avaliação oftalmológica e auditiva;
- História familiar de TEA. Se sim informe o quadro e grau de parentesco;
- Descrição dos tratamentos realizados, assim como o plano terapêutico da equipe e/ou profissional assistente de referência;
- Descrever laudo dos exames complementares já realizados (EEG, RM de cérebro, cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médico especialista: pediatra, psiquiatra.

10 PROTOCOLO DE INFECTOLOGIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Infecções congênitas;
- Crianças infectadas pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV);
- Filhos de mães HIV positiva;
- Linfonomegalias agudas;
- Hepatoesplenomegalias febris;
- Hepatites virais agudas e crônicas;
- Febre amarela;
- Tuberculose (doença);
- Febre prolongada (mais de 30 dias), periódica ou recorrente;
- Doenças causadas por protozoários (malária, doença de Chagas – megacólon, megaesôfago são sequelas e não doenças em atividade, toxoplasmose – os relevantes são neurotoxo, toxoplasmose oftálmica, toxo em gestante e pacientes com HIV);
- Doenças causadas por helmintos: toxocaríase (larva migrans visceral), esquistossomose;
- Acidentes com material perfurocortante;

- Reações adversas a vacinas;
- O quadro clínico deverá ser bem analisado para vê se entra no fluxo hospitalar.

SITUAÇÕES QUE PODEM SER MANUSEADAS NA UBS

- Sífilis congênita (conforme as diretrizes para o controle da sífilis congênita do Ministério da saúde);
- Avaliação de contato familiar de tuberculose em criança assintomática (conforme o Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil do Ministério da saúde).

ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A UMA UPA OU EMERGENCIA HOSPITALAR:

- Acidente perfurocortante.

ENCAMINHAR PARA IMUNOLOGIA

- Infecções de repetição.

10.1 PROTOCOLO DE ACESSO – INFECÇÕES CONGÊNITAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos: toxoplasmose, herpes simples ou zoster, rubéola, citomegalovírus (CMV).
- Sífilis congênita: encaminhar apenas os casos duvidosos. **OBS: Sífilis congênita deve ser acom- panhada na UBS conforme as diretrizes para o controle da sífilis congênita do Ministério da Saúde.**

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): sorologias.
- Casos de CMV congênito devem ser encaminhados preferencialmente antes de 21 dias de vida.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

10.2 PROTOCOLO DE ACESSO – INFECTADOS PELO HIV

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos. **CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO**
 - É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
 - Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): sorologias.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

10.3 PROTOCOLO DE ACESSO – FILHOS DE MÃE HIV POSITIVA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): sorologias.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

10.4 PROTOCOLO DE ACESSO – LINFONODOMEGALIAS AGUDAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Todos os casos para investigação; Todos os casos para investigação; Bartonelose (doença da arranhadura do gato)

- Esporotricose

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): sorologias, USG.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

10.5 PROTOCOLO DE ACESSO – HEPATOSPLENOMEGALIA FEBRIL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos, incluindo mononucleose.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): sorologias.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

10.6 PROTOCOLO DE ACESSO – HEPATITES VIRAIS AGUDAS E CRÔNICAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos de hepatites virais;
- Recém-nascidos (RN) de mães com hepatite B ou C.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): sorologias.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

10.7 PROTOCOLO DE ACESSO – FEBRE AMARELA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): laboratório.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

10.8 PROTOCOLO DE ACESSO – TUBERCULOSE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos de doença ativa; Casos duvidosos após investigação de contato familiar. OBS: Avaliação de contato familiar em criança assintomática deve ser realizada na UBS conforme o Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil do Ministério da saúde.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso, tratamento prévio de TB;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX torax e PPD.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

10.9 PROTOCOLO DE ACESSO – FEBRE PROLONGADA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos de febre há mais de 30 dias, periódica e/ou recorrente, de origem indeterminada.
- O quadro clínico deverá ser bem analisado para vê se entra no fluxo hospitalar

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): sorologias e culturas

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas

10.10 PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS CAUSAS POR PROTOZOÁRIOS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Malária;
- Doença de Chagas – considerar que megacólon, megaesôfago são sequelas e não doenças em atividade;
- Toxoplasmose - os relevantes são neurotoxoplasmose, toxoplasmose oftálmica, toxoplasmose em gestante e pacientes com HIV.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): sorologias e exames específicos para o protozoário suspeito.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

10.11 PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS CAUSADAS POR HELMINTOS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Toxocaríase (larva migrans visceral);
- Esquistossomose;
- Leishmaniose cutânea;
- Brucelose.

CONTEÚDO DESCRITIVO MINIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): laboratório, parasitológico de fezes.
- Já ter realizado tratamento inicial na atenção básica, sem sucesso.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

10.12 PROTOCOLO DE ACESSO – ACIDENTES COM MATERIAL PERFUROCORTE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente, a idade, história clínica e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): sorologias hepatite b, c e hiv Importante o tempo transcorrido do acidente: profilaxia para HIV até 72 horas – **encaminhar para referência hospitalar de imediato**
- **Importante verificar tempo decorrido do acidente, e encaminhar para rede de urgência mais próxima o paciente, para verificação de profilaxia.**

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

10.13 PROTOCOLO DE ACESSO – REAÇÕES ADVERSAS A VACINAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos, onde o paciente passou por mais de 3 dias de reação adversa da vacina realizada;
- Sintomas sistêmicos desencadeados após vacina realizada, que não cessam com tratamento inicial instituído na atenção básica;
- O quadro clínico deverá ser bem analisado para avaliar se o paciente se enquadra no fluxo hospitalar, não devendo, portanto, aguardar avaliação da infectologia de imediato

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame).
- Alguns casos poderão precisar de avaliação da imunologia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas

11 PROTOCOLO DE NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- Desnutrição;
- Baixo peso;
- Alergias alimentares;
- Doença celíaca;
- Suporte nutricional enteral (gastrostomia, jejunostomia, nasogástrica, nasojejunal);
- Encefalopatia não progressiva/paralisia cerebral;
- Obesidade;
- Sobrepeso;

- Dislipidemia.

ENCAMINHAR PARA NUTRIÇÃO – PEDIATRIA

- Doença celíaca (com diagnóstico e acompanhamento médico);
- Obesidade/sobrepeso (pacientes em acompanhamento com endocrinologia/nutrologia);
- Dislipidemia (pacientes em acompanhamento com endocrinologia/nutrologia);
- Diabetes (com diagnóstico e acompanhamento médico);
- Transtornos alimentares (com diagnóstico e acompanhamento médico);
- Alergias alimentares (com diagnóstico e acompanhamento médico);
- Erros alimentares após investigação médica.

SITUAÇÕES QUE PODEM SER MANUSEADAS NA UBS

- Erros alimentares sem repercussão no estado nutricional;
- Sobrepeso sem comorbidades;
- Anemia ferropriva;
- Orientações para introdução da alimentação complementar.

11.1 PROTOCOLO DE ACESSO - DESNUTRIÇÃO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- * Paciente com desnutrição (escore z do imc/idade <-2, ou peso/idade < -2);
- * Paciente em risco nutricional: queda de dois percentis/escores ou não ganho ponderal
- * Lactentes sem ganho ponderal nos últimos 3 meses;
- * Paciente com sinais clínicos de desnutrição e circunferência do braço < 11 cm;
- * Todo paciente com sinais clínicos de desnutrição com edema.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- * É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica completa, incluindo dados gestacionais e de nascimento;
- * Informar exame físico completo, incluindo peso e IMC do paciente;
- * Presença de comorbidades e medicações em uso;
- * Exames complementares realizados.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

11.2 PROTOCOLO DE ACESSO – BAIXO DO PESO PARA IDADE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- * Encaminhar todos os casos com escore z do peso/idade <-2.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- * É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica completa, incluindo dados gestacionais e de nascimento;
- * Informar exame físico completo, incluindo peso e IMC do paciente;
- * Presença de comorbidades e medicações em uso;
- * Exames complementares realizados;

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

11.3 PROTOCOLO DE ACESSO –SUPORTE NUTRICIONAL ENTERAL (GASTROS- TOMIA, JEJUNOSTOMIA, NASOENTERAL, NASOJEJUNAL)

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- * Todo paciente que tenha realizado cirurgia que evoluiu com necessidade de gastrostomia, jejunostomia, sonda nasoenteral, sonda nasojejunal
- * Todo paciente que irá se manter com gastrostomia, jejunostomia ou sondas para suporte nutricional – necessário motivo na solicitação e data do procedimento.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- * É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica completa, incluindo dados gestacionais e de nascimento;
- * Informar exame físico completo, incluindo peso e IMC do paciente;
- * Presença de comorbidades e medicações em uso;
- * Exames complementares realizados
- * Resumo de alta médica do paciente, com descrição cirúrgica e a indicação do procedimento realizado

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

11.4 PROTOCOLO DE ACESSO – ENCEFALOPATIA NÃO PROGRESSIVA / PARALISIA CEREBRAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- * Paciente com encefalopatia não progressiva/paralisia cerebral apresentando quadro de desnutrição ou com distúrbio da deglutição.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- * É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica completa, incluindo dados gestacionais e de nascimento.
- * Informar exame físico completo, incluindo peso e IMC do paciente.
- * Presença de comorbidades e medicações em uso.
- * Exames complementares realizados.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção básica da rede SUS e especialistas.

11.5 PROTOCOLO DE ACESSO –DOENÇA CELÍACA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- * Encaminhar todos os casos confirmados de doença celíaca;

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- * É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica completa, incluindo dados gestacionais e de nascimento;
- * Informar exame físico completo, incluindo peso e IMC do paciente;
- * Presença de outras comorbidades e medicações em uso;
- * Exames complementares realizados;
- * Descrever laudo de exames com data quando o paciente já realizou o exame: anticorpos; EDA com biópsia

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, assistente social, nutricionista da atenção básica).

11.6 PROTOCOLO DE ACESSO –ALERGIAS ALIMENTARES

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- * Pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de alergia a proteína do leite de vaca, soja, ovo, trigo, outros alimentos.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- * É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica completa, incluindo dados gestacionais e de nascimento;
- * Informar exame físico completo, incluindo peso e IMC do paciente;
- * Presença de comorbidades e medicações em uso;
- * Exames complementares realizados.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, assistente social, nutricionista da atenção básica).

11.7 PROTOCOLO DE ACESSO – OBESIDADE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com obesidade grave: score z do imc > +2, na presença ou não de comorbidades.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica completa, incluindo dados sobre hábitos alimentares, histórico familiar de obesidade, prática de atividade física.
- Informar exame físico completo, incluindo peso e IMC do paciente.
- Presença de comorbidades e medicações em uso.
- Exames complementares realizados.
- Informar se já fez tratamento com nutricionista/endocrinologista.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Equipe multiprofissional (médico, nutricionista da atenção básica).

11.8 PROTOCOLO DE ACESSO - SOBREPESO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Escore z do IMC >+1, sem resposta após 4 meses às orientações de mudança de hábitos de vida (dieta e atividade física).
- Paciente com sobrepeso na presença de comorbidades.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica completa, incluindo dados sobre hábitos alimentares, histórico familiar, prática de atividade física.
- Informar exame físico completo, incluindo peso e IMC do paciente.

- Presença de comorbidades e medicações em uso.
- Exames complementares realizados.
- Informar se já fez tratamento com nutricionista/endocrinologista.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Equipe multiprofissional (médico, nutricionista da atenção básica).

11.9 PROTOCOLO DE ACESSO – DISLIPIDEMIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com 2 exames alterados com intervalo de 3-4 meses, onde não houve resposta às orientações de mudança de hábitos de vida (dieta e atividade física).
- **Observação:** não é necessário o encaminhamento de crianças com colesterol total aumentado, fração ldl < 100, vldl normal e/ou hdl aumentado.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica completa, incluindo dados sobre hábitos alimentares, histórico familiar, prática de atividade física.
- Informar exame físico completo, incluindo peso, circunferência abdominal e IMC do paciente.
- Presença de comorbidades e medicações em uso.
- Exames complementares realizados (principalmente colesterol, triglicerídeos).
- Informar se já fez tratamento com nutricionista/endocrinologista.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Equipe multiprofissional (médico, nutricionista da atenção básica).

12 REFERÊNCIAS

- ALVES, M. R. et al. Óptica, refração e visão subnormal. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013. (Série Oftalmologia Brasileira).
- ALVES, M. R.; MOREIRA, C. A. Semiologia básica em oftalmologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013. (Série Oftalmologia Brasileira).
- AMANCIO, Luana et al. Urolitíase pediátrica: experiência de um hospital infantil de cuidados terciários. Brazilian Journal Of Nephrology, São Paulo, v. 1, n. 38, p. 90-98, mar. 2016. Trimestral. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/0101-2800-jbn-38-01-0090.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.
- CALADO, Adriano et al (org.). Uropediatria: guia para pediatras. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_Uropediatria-Final.pdf. Acesso em: 15 maio 2020.
- CAMPOS, C.A.H. et al (Org.). Tratado de Otorrinolaringologia: doenças cabeça e pescoço, laringologia e voz.1. ed. São Paulo: Roca, vol. 4, 2003.
- CAMPOS, C.A.H. et al (Org.). Tratado de Otorrinolaringologia: fundamentos. 1. ed. São Paulo: Roca, vol. 1, 2003.
- TANIA, S. et al (Org.). XIII Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica IAPO. São Paulo: RRDonnelley, 2017.
- HOSPITAIS FEDERAIS DO RIO DE JANEIRO. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas, 2015. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf > Acesso em: 20 maio 2020.
- <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2006/RN%2014%2001/Pages%20from%20RN%2014%2001-3.pdf>
- IKARI, Osamu. Uropediatria. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/uropediatria.compressed.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-ctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt.> Acesso em: 20 maio 2020.
- PREFEITURA DE GUARULHOS. Protocolo de regulação médica, 2015. Disponível em: http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf > Acesso em: 20 maio 2020.

PREFEITURA DE PELOTAS. Protocolos de acesso a exames de média e alta complexidade. Disponível em: <<http://www.pelotas.com.br/central-de-regulacao/arquivos/Protocolo-Exames.pdf>> Acesso em 20 maio 2020

SESAU/RECIFE. Protocolos de acesso à rede de serviços ambulatoriais com classificação de risco por prioridade, 2013. Disponível em: < http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/PROTOCOLO_ACESSO_AMBULATORIAL.pdf > Acesso em 20 maio 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ. 2015. Disponível em < <http://saude.pmsj.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PROTOCOLOS-DE-ACESSO-AOS-SERVI%C3%87OS-DE-SA%C3%9ADE.pdf> > Acesso em abril 2015.

Protocolo de regulação médica. Prefeitura de Guarulhos, 2015. http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf

Protocolo de regulação médica. Prefeitura de Guarulhos, 2015. http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf

Protocolos as Secretaria de Saúde do Município de São José, 2015. <http://saude.pmsj.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PROTOCOLOS-DE-ACESSO-AOS-SERVI%C3%87OS-DE-SA%C3%9ADE.pdf>

Protocolos as Secretaria de Saúde do Município de São José, 2015. <http://saude.pmsj.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PROTOCOLOS-DE-ACESSO-AOS-SERVI%C3%87OS-DE-SA%C3%9ADE.pdf>

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do MS: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-ctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt>

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do MS: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-ctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt>

Protocolos de acesso a exames de média e alta complexidade. Prefeitura de Pelotas. <http://www.pelotas.com.br/central-de-regulacao/arquivos/Protocolo-Exames.pdf>

Protocolos de acesso a exames de média e alta complexidade. Prefeitura de Pelotas. <http://www.pelotas.com.br/central-de-regulacao/arquivos/Protocolo-Exames.pdf>

Protocolos de acesso à rede de serviços ambulatoriais com classificação de risco por prioridade. SESAU/Recife, 2013. http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/PROTOCOLO_ACESSO_AMBULATORIAL.pdf

Protocolos de acesso à rede de serviços ambulatoriais com classificação de risco por prioridade. SESAU/Recife, 2013. http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/PROTOCOLO_ACESSO_AMBULATORIAL.pdf

content/uploads/PROCOLO_ACESSO_AMBULATORIAL.pdf

Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta

Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015.

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

Protocolos de acesso da Regulação Estadual Ambulatorial SES/SC - Consulta em Nutrição Pediatria, 2016.

Protocolos de Acesso da Regulação Estadual Ambulatorial SES/SC - Consulta em Pneumologia Infantil, 2017.

Protocolos de acesso do Ministério da Saúde: endocrinologia e nefrologia, 2015.

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada.pdf

Protocolos de acesso do Ministério da Saúde: endocrinologia e nefrologia, 2015.

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada.pdf

TANIA, S. et al (Org.). XV Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica IAPO. São Paulo: Lis Gráfica e Editora Ltda, 2018.

TANIA, S. et al (Org.). XVII Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica IAPO. São Paulo: Lis Gráfica e Editora Ltda, 2020.

JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA
Presidente da CIB/PB

RAFAEL AIRES TENÓRIO
Sec. Municipal de Saúde de Mamanguape/PB
Diretoria do COSEMS/PB