DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS

D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 **- Página**

SUMÁRIO

PODER EXECUTIVO 1
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO 1
DECRETOS 2
ATOS DE LICITAÇÃO 3
AVISOS 3
CONVÊNIOS E FOMENTOS 4
ATOS DE PESSOAL 8
PORTARIAS 8
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 8
PUBLICAÇÕES A PEDIDO 477

DIÁRIO OFICIAL

MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS

D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 **- Página**

Prefeito: José Marcos Calderan

Vice-Prefeito: Mauro Christianini

Procurador-Geral: Robson Luiz Coradini

Chefe de Gabinete do Prefeito: Dayani Barbosa da Silva

Controlador-Geral: Daniela da Costa Godoi

Secretária Municipal de Administração: Paula de Souza Kuendig Brites

Secretária Munic. de Assistência Social: Leiza Karen Barbosa Silva de Carvalho

Secretário Munic. de Desenvolv. Econômico e Meio Ambiente: Agadir Mossmann

Secretária Munic. de Educação: Silvana Pádua De Oliveira Perosa

Secretário Munic. de Esportes: Wildemar da Silva Souza

Secretária Munic. de Governo: Dayani Barbosa da Silva

Secretário Munic. de Planejamento e Fazenda: Helton Mendonça Matos

Secretária Munic. de Obras e Urbanismo: Adriana Magrini da Silva

Secretária Munic. de Saúde: Chirlei Oliveira Rocha

Secretário Municipal de Cultura: Rafael Fernandes Jara

Gerente Munic. de Trânsito: Jaime Barbosa Talaveira

Gerente Munic. de Tributos: Eder Fonseca dos Anjos

Diretora-Presidente do Instituto Munic. de Previdência: Bruna Ferreira Figuero

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS

D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 **- Página 1**

PODER EXECUTIVO

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

EXTRATO DO TERMO DE RESILIÇÃO UNILATERAL

PROCESSO ADMINISTRATIVO: nº 1081.000006342/2026

PARTES: Município de Maracaju/MS e Consignet Sistemas Ltda., CNPJ nº 23.112.748/0001-81.

OBJETO: Resilição unilateral do Contrato de Cessão Não Onerosa de Software nº 09.08/2024.01, firmado em 09 de agosto de 2024 (extrato publicado no DOM nº 3402, de 20/09/2024), que tinha por objeto a cessão de uso do software de gerenciamento e controle de margem consignável e gestão de consignações facultativas em folha de pagamento.

FUNDAMENTO: Cláusula Décima Primeira do contrato, arts. 422 e 473 do Código Civil e despacho do Prefeito Municipal de 14 de setembro de 2026, exarado no processo administrativo acima.

DATA DE EXTINÇÃO DO CONTRATO: 07 de setembro de 2026.

DATA DE ASSINATURA DO TERMO: 14 de setembro de 2026.

FORO: Comarca de Maracaju, Estado de Mato Grosso do Sul.

Maracaju/MS, 14 de setembro de 2026.

JOSÉ MARCOS CALDERAN
Prefeito Municipal

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS

DECRETOS

DECRETO Nº 281, DE 15 DE SETEMBRO DE 2026.

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARACAJU
C.N.P.J.: 03.442.597/0001-12
Município: MARACAJU

DECRETO Nº 281/2026, de 15 de Setembro de 2026.

Abertura de crédito adicional suplementar, no Orçamento programa de 2026.

O PREFEITO(A) MUNICIPAL DE MARACAJU, no uso de suas atribuições que lhe confere a Lei Orgânica do Município de MARACAJU e autorização contida na Lei Municipal nº 2242/2025, de 16 de Dezembro de 2025.

D E C R E T A:

Art. 1º - Fica aberto no corrente exercício Crédito no valor de R$ 216.000,00, para a(s) seguinte(s) dotação(ões) orçamentária(s):

17.000 - CÂMARA MUNICIPAL DE MARACAJU
17.001 - CÂMARA MUNICIPAL DE MARACAJU
17.001.1.31.1.2001-3.1.90.94.00.00.00.00 - INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES TRABALHISTAS R$16.000,00
1.500.0000.000000 Recursos não Vinculados de Impostos 16.000,00

09.000 - SECRETARIA DE CULTURA
09.001 - SECRETARIA DE CULTURA
09.001.13.392.16.2117-3.3.90.30.00.00.00.00 - MATERIAL DE CONSUMO R$100.000,00
1.500.0000.000000 Recursos não Vinculados de Impostos 100.000,00

09.000 - SECRETARIA DE CULTURA
09.001 - SECRETARIA DE CULTURA
09.001.13.392.16.2117-3.3.90.39.00.00.00.00 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA R$100.000,00
1.500.0000.000000 Recursos não Vinculados de Impostos 100.000,00

Art. 2º - Para atendimento da Alteração Orçamentária que trata o artigo anterior serão utilizados recursos provenientes de:

17.000 - CÂMARA MUNICIPAL DE MARACAJU
17.001 - CÂMARA MUNICIPAL DE MARACAJU
17.001.1.31.1.2001-3.1.90.11.00.00.00.00 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL R$16.000,00
1.500.0000.000000 Recursos não Vinculados de Impostos 16.000,00

07.000 - SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS E URBANISMO
07.001 - SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS E URBANISMO
07.001.26.782.14.2047-3.3.90.39.00.00.00.00 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA R$100.000,00
1.500.0000.000000 Recursos não Vinculados de Impostos 100.000,00

08.000 - SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTES
08.001 - SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTES
08.001.27.812.17.1001-4.4.90.51.00.00.00.00 - OBRAS E INSTALAÇÕES R$100.000,00
1.500.0000.000000 Recursos não Vinculados de Impostos 100.000,00

Art. 3º - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO(A) MUNICIPAL, 15 de Setembro de 2026.

JOSE MARCOS CALDERAN:36728721134
Assinado digitalmente por JOSE MARCOS CALDERAN:36728721134
ND: C=BR, OU=CERTIFICADO DIGITAL, OU=10534987000186, OU=AC Syngular/D Multipla, O=ICP-Brasil, CN=JOSE MARCOS CALDERAN:36728721134
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2026.09.15 16:49:16-04'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2024.2.2

JOSÉ MARCOS CALDERAN
..211-**
PREFEITO MUNICIPAL

ATOS DE LICITAÇÃO

PRORROGAÇÃO DE CREDENCIAMENTO Nº 003/2025 PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 1.878/2025

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE MARACAJU
SUPERVISÃO DE LICITAÇÃO E CONTRATO

PRORROGAÇÃO DE CREDENCIAMENTO Nº 003/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 1.878/2025

O MUNICÍPIO DE MARACAJU, Estado do Mato Grosso do Sul, através da Agente de Contratação, comunica a todos os interessados a prorrogação de prazo do Credenciamento de empresas que tenham interesse na prestação de serviços de manutenção, instalação, desinstalação e realocação de aparelhos de ar condicionado tipo split e/ou janela para atender as demandas das secretarias do Município de Maracaju/MS, por 12 (doze) meses, a contar de 02 de setembro de 2026.

RETIRADA DO EDITAL: A Supervisão de Licitação e Contrato situado no Paço Municipal de Maracaju-MS, na Rua Appa, nº 120, Centro CEP. 79.150.000, podendo ser adquirido mediante o pagamento de R$ 30,00 (trinta reais), nos dias úteis de Segunda a Sexta-Feira no horário de expediente das 07:00 às 11:00 e das 13:00 as 17:00 horas, ou em formato eletrônico no sítio do Governo Municipal: http://www.maracaju.ms.gov.br/.

Maracaju/MS, 01 de setembro de 2026.

WELISON CARDOSO SIMÕES
Agente de Contratação
Portaria 477/2026

AVISOS

AVISO DE SESSÃO PARA ANÁLISE DE DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

AVISO DE SESSÃO PARA ANÁLISE DE DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO
CREDENCIAMENTO N° 004/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 6.791/2025

O **MUNICÍPIO DE MARACAJU**, Estado do Mato Grosso do Sul, através do Agente de Contratação, comunica a todos os interessados que no dia 17/09/2026 (quinta-feira) às 15:00h será realizada sessão para análise de documentação de habilitação entregue pelas interessadas: **B & F SERVICOS DE SAUDE S/S** e **INDOR LTDA**, referente ao Credenciamento n° 004/2025, tendo como objeto o credenciamento de pessoas jurídicas e físicas para prestar serviços assistenciais e complementares de consultas médicas, ambulatoriais e de procedimentos para o Sistema de Saúde do Município de Maracaju/MS

Maracaju/MS, 16 de setembro de 2026.

WELISON CARDOSO SIMOES
Agente de Contratação
Portaria n° 477/2026

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE MARACAJU

JUSTIFICATIVA DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO
EMENDA PARLAMENTAR

Referência: Repasse ao Terceiro Setor – Termo de Fomento.

Organização da Sociedade Civil/Proponente: INSTITUTO VETERINÁRIA PAULINA BREURE CHRISTIANINI – AMOR ANIMAL.
CNPJ/MF: 51.076.007/0001-28
Endereço: Rua Antônio de Souza Marcondes, Nº 2420, Centro, Município de Maracaju-MS, CEP: 79150-021.

Fundamento Legal: Art. 29 da Lei Federal nº 13.019/2014;

Parlamentar: Vereador Bruno Barros Ossuna
Código da Emenda: BRUNOBARROSOSSUNA/13.10/2026
Valor total do Repasse: R$ 100.000,00 (cem mil reais)

Objeto Proposto: Custeio de despesas destinadas à construção e adequação de baias para acolhimento temporário de cães e gatos resgatados, aquisição de alimentos, medicamentos, vacinas e materiais de higienização para manutenção e cuidados básicos dos animais assistidos pelo instituto, bem como contratação de profissional para execução dos serviços de limpeza, higienização e organização dos espaços utilizados no abrigo, visando garantir condições adequadas de saúde, proteção, abrigo, recuperação e bem-estar animal, fortalecendo as ações de resgate e atendimento desenvolvidas no município de Maracaju.

Vigência: 2026

CONSIDERANDO as especificidades da Lei Federal nº 13.019/2014 e do Decreto Municipal regulamentar nº 236/2016 quanto à Dispensa do Chamamento Público, respaldado no art. 29 da referida Lei;

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE MARACAJU

CONSIDERANDO a Lei Municipal nº 1.921/2018, que Dispõe sobre a instituição da Política de Bem-Estar Animal sobre ações objetivando o bem-estar animal, o controle populacional de cães e gatos, o estímulo à posse responsável, o incentivo à adoção de animais, a proibição à prática de maus-tratos;

CONSIDERANDO que o presente TERMO DE FOMENTO possibilita ao Poder Público viabilizar o correto atendimento aos seus anseios sociais;

Aduzimos os fatos e razões de direito a seguir:

O Instituto Veterinária Paulina Breure Christianini, constituída em 09 de maio de dois mil e vinte e três, é uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos e tem por finalidade principal o acolhimento e atendimento temporário de cães e gatos em situação de abandono, vulnerabilidade e maus-tratos.

O referido instituto exerce desde a sua fundação, trabalho voluntario com cães e gatos em situação de rua, que necessitam de um atendimento veterinário. Os animais acolhidos são tratados, castrados e após a sua recuperação, encaminhados à adoção.

O Projeto do Instituto Veterinária Paulina Breure Christianini visa diminuir a população de cães e gatos abandonados e maltratados das ruas do município de Maracaju-MS, atendendo e reabilitando cães e gatos em situação de vulnerabilidade, impactando positivamente no meio ambiente e promovendo bem estar e melhoria da qualidade de vida da população canina e felina, evitando a superpopulação, por meio do resgate e abrigo de cães e gatos que se encontram em situação de rua e trabalho na conscientização sobre maus tratos, abandono, negligencia, controle populacional dos animais.

Assim, o Termo de Fomento em tela visa conceder a devida atenção do Poder Público para com a Sociedade Civil que promove, incentiva e fomenta a assistência e **saúde** no município, uma melhor qualidade de vida a essas pessoas.

A modalidade aplicada pela lei é o Chamamento Público (lei federal nº 13.019/2014). Todavia, a Lei prevê, em seu art. 29 (abaixo transcrito) hipótese de formalização de termos de colaboração e fomento sem a realização de chamamento público, quando decorrentes de recursos de emenda parlamentar:

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE MARACAJU

Art. 29. Os termos de colaboração ou de fomento que envolvam recursos decorrentes de emendas parlamentares às leis orçamentárias anuais e os acordos de cooperação serão celebrados sem chamamento público, exceto, em relação aos acordos de cooperação, quando o objeto envolver a celebração de comodato, doação de bens ou outra forma de compartilhamento de recurso patrimonial, hipótese em que o respectivo chamamento público observará o disposto nesta Lei.

No caso em tela, verifica-se viabilidade da dispensa, haja vista tratar-se de parceria decorrente de recursos de Emenda Parlamentar.

Diante do exposto, **RATIFICO** a presente **JUSTIFICATIVA** e determino sua publicação no sítio do Governo Municipal, bem como junto no Diário Oficial.

Maracaju - MS, 15 de setembro de 2026.

JOSE MARCOS CALDERAN:36728721134
Assinado digitalmente por JOSE MARCOS CALDERAN:36728721134
ND: C=BR, OU=CERTIFICADO DIGITAL, OU=10534987000188, OU=AC SyngularID Multipla, O=ICP-Brasil, CN=JOSE MARCOS CALDERAN:36728721134
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2026.09.15 13:33:01-04'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2024.2.2

José Marcos Calderan
Prefeito Municipal

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE MARACAJU

EXTRATO DO TERMO DE FOMENTO N° 043/2026

PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 6223/2023

PARTES

Administração Pública: MUNICÍPIO DE MARACAJU-MS

Interveniente: SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Organização da Sociedade Civil: ASSOCIAÇÃO DE PAIS E MESTRES DA ESCOLA MUNICIPAL PROFESSORA IRMA DE LIMA MATOS

OBJETO

O presente Termo de Fomento tem por objeto executar a 4ª Copa Irma de Futsal Escolar, envolvendo crianças e adolescentes regularmente matriculados na rede de ensino, com prioridade para aqueles em situação de vulnerabilidade social, garantindo acesso ao esporte educacional, ao lazer e à convivência comunitária, constante do Processo Administrativo nº 6223/2026.

VALOR E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

O valor total para a execução do objeto deste Termo de Fomento é de R$ 13.980,70 (treze mil novecentos e oitenta reais e setenta centavos), proveniente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA, conforme Resolução CMDCA 015/2026, e será alocado de acordo com o cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho, por meio da seguinte dotação orçamentária:

02.015 – FUNDO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

122.8.243.2.110 – PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

33.50.41 – CONTRIBUIÇÕES

Fonte de Recurso: 2.899.0000 – Outras Vinculações de Transferências

R$ 13.980,70 (treze mil novecentos e oitenta reais e setenta centavos).

VIGÊNCIA

Este Termo de Fomento terá vigência de 02 (dois) meses, contados a partir da publicação do respectivo extrato no Diário Oficial do Município.

ASSINANTES

José Marcos Calderan

Leiza Karen Barbosa Silva de Carvalho

Camila Oliveira Luna dos Santos

Maracaju - MS, 16 de setembro de 2026.

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS

ATOS DE PESSOAL

PORTARIAS

PORTARIA N.º 937/2026

A Senhora **PAULA DE SOUZA KUENDIG BRITES**, Secretária Municipal de Administração do Município de Maracaju, Estado de Mato Grosso do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, delegadas através do Decreto nº 382, de 17 de novembro de 2025,

R E S O L V E:

Art. 1º - CONCEDER Abono de Permanência ao(à) servidor(a) público(a) municipal **Evanir Cardoso Rocha**, Matrícula n.º 1822/1, ocupante do cargo de provimento efetivo de Auxiliar de Consultório Dentário, por ter preenchido os requisitos legais para aposentadoria voluntária e optado por permanecer em atividade, nos termos da legislação vigente e do Processo Administrativo nº 5856/2026.

Art. 2º - O valor do Abono de Permanência corresponderá ao valor da contribuição previdenciária mensal do(a) servidor(a) recolhida ao Regime Próprio de Previdência Social do Município de Maracaju – FUNPREVIMAR, sendo devido a partir de 31 de outubro de 2023 até a data da concessão da aposentadoria ou do atingimento das regras da aposentadoria compulsória.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros retroativos a 31 de outubro de 2023, revogadas as disposições em contrário.

Maracaju- MS, 15 de setembro de 2026.

PAULA DE SOUZA KUENDIG BRITES
Secretária Municipal de Administração
Decreto nº 382/2025

PORTARIA N.º 938/2026

A Senhora **PAULA DE SOUZA KUENDIG BRITES**, Secretária Municipal de Administração do Município de Maracaju, Estado de Mato Grosso do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, delegadas através do Decreto nº 382, de 17 de novembro de 2025,

CONSIDERANDO que a servidora em menção foi convocada pelo Concurso Público de 2024, para o cargo de Auxiliar de Disciplina – Lotação Zona Urbana, nomeada pela Portaria nº 777/2026, publicada no DOM nº 4153, de quinta-feira, 30 de julho de 2026;

R E S O L V E:

Art. 1º Remover/Remanejar a servidora **APARECIDA VIEIRA DE SOUZA**, Cargo Efetivo: Auxiliar de Disciplina, Matrícula nº 51241/3, da lotação Zona Urbana, para atuar no Transporte Escolar – Zona Rural (Santa Guilhermina), conforme os arts. 63 e 64 da Lei Complementar nº 029/2006, de 1º de junho de 2006.

Art. 2° A remoção de que trata o artigo anterior terá início em 03 de agosto de 2026 e permanecerá vigente enquanto perdurar a necessidade do serviço, devidamente comprovada e justificada pela Administração Pública.

Parágrafo único. Cessada ou não mais comprovada a necessidade administrativa que fundamentou a presente remoção, a servidora deverá retornar à sua lotação de origem, na Zona Urbana.

Art. 3º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos retroativos a partir de 03 de agosto de 2026, revogadas as disposições em contrário.

Maracaju-MS, 16 de setembro de 2026.

PAULA DE SOUZA KUENDIG BRITES
Secretária Municipal de Administração
Decreto nº 382/2025

PORTARIA N.º 939/2026

A Senhora **PAULA DE SOUZA KUENDIG BRITES**, Secretária Municipal de Administração do Município de Maracaju, Estado de Mato Grosso do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, delegadas através do Decreto nº 382, de 17 de novembro de 2025,

CONSIDERANDO a necessidade de organização, acompanhamento e gerenciamento das equipes e atividades operacionais da Secretaria Municipal de Obras e Urbanismo;

CONSIDERANDO a necessidade de acompanhamento da execução dos serviços de manutenção, conservação e demais atividades operacionais de competência da Secretaria Municipal de Obras e Urbanismo;

R E S O L V E:

Art. 1º Designar **SILVERIO ROCHA LOPES**, servidor efetivo do Município de Maracaju/MS, matrícula nº 863/1, para responder pelo gerenciamento e acompanhamento das equipes e atividades operacionais da Secretaria Municipal de Obras e Urbanismo.

Art. 2º Compete ao servidor designado:
I – Gerenciar e acompanhar as equipes de servidores vinculadas às atividades operacionais da Secretaria Municipal de Obras e Urbanismo;
II – Organizar, distribuir e acompanhar a execução dos serviços de manutenção, conservação, limpeza, obras e demais atividades operacionais da Secretaria;
III – Gerenciar e controlar a utilização dos materiais, equipamentos e demais recursos destinados à execução dos serviços, zelando pelo seu adequado uso, conservação e disponibilidade;
IV – Zelar pela adequada execução dos serviços e pelo cumprimento das atividades pelas equipes sob sua responsabilidade;
V – Exercer outras atividades correlatas ao gerenciamento e acompanhamento das equipes e serviços operacionais da Secretaria.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos retroativos a partir de 01 de setembro de 2026, revogadas as disposições em contrário.

Maracaju-MS, 16 de setembro de 2026.

PAULA DE SOUZA KUENDIG BRITES
Secretária Municipal de Administração
Decreto Municipal nº 382/2025

PORTARIA N.º 940/2026

A Senhora **PAULA DE SOUZA KUENDIG BRITES**, Secretária Municipal de Administração do Município de Maracaju, Estado de Mato Grosso do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, delegadas através do Decreto nº 382, de 17 de novembro de 2025,

R E S O L V E:

Art. 1º - CONCEDER Abono de Permanência ao(à) servidor(a) público(a) municipal **Noeli Dalbosco**, Matrícula n.º 737/29, ocupante do cargo de provimento efetivo de Professor, por ter preenchido os requisitos legais para aposentadoria voluntária e optado por permanecer em atividade, nos termos da legislação vigente e do Processo Administrativo nº 5799/2026.

Art. 2º - O valor do Abono de Permanência corresponderá ao valor da contribuição previdenciária mensal do(a) servidor(a) recolhida ao Regime Próprio de Previdência Social do Município de Maracaju – FUNPREVIMAR, sendo devido a partir de 16 de outubro de 2024 até a data da concessão da aposentadoria ou do atingimento das regras da aposentadoria compulsória.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros retroativos a 16 de outubro de 2024, revogadas as disposições em contrário.

Maracaju- MS, 15 de setembro de 2026.

PAULA DE SOUZA KUENDIG BRITES
Secretária Municipal de Administração
Decreto nº 382/2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO SMS N. 001, DE 14 DE SETEMBRO DE 2026.

Adota, no âmbito do Município de Maracaju – MS, o Protocolo de Acesso para Consultas, Exames e Procedimentos da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS, aprovado pela Resolução SESAU n. 574, de 18 de dezembro de 2020, como instrumento oficial de referência para a regulação do acesso às consultas especializadas, exames e procedimentos eletivos, e dá outras providências.

O(A) SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARACAJU, Estado de Mato Grosso do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Orgânica do Município e pela legislação vigente, na condição de gestor(a) do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, e

CONSIDERANDO a Constituição Federal de 1988, em especial os arts. 196 a 200, que estabelecem a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;
CONSIDERANDO a Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, atribuindo à direção municipal do SUS o planejamento, a organização, o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde em seu território;
CONSIDERANDO a Portaria GM/MS n. 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS e determina que a regulação do acesso à assistência seja exercida com base em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização, com padronização das solicitações de procedimentos por meio de protocolos assistenciais;
CONSIDERANDO a Portaria de Consolidação GM/MS n. 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS, incluindo a Política Nacional de Regulação;
CONSIDERANDO a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) e o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), que reforçam a necessidade de qualificação dos encaminhamentos da Atenção Primária à Atenção Especializada;
CONSIDERANDO que o Sistema Nacional de Regulação – SISREG, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, é a ferramenta eletrônica utilizada pelo Município de Maracaju para a solicitação, regulação e agendamento de consultas especializadas, exames e procedimentos eletivos, e que a operação adequada desse sistema pressupõe a existência de protocolo de acesso formalmente definido;
CONSIDERANDO que, até a presente data, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul não publicou protocolo estadual específico de regulação do acesso ambulatorial a consultas especializadas, exames e procedimentos eletivos, subsistindo lacuna normativa quanto aos critérios clínicos de encaminhamento e priorização a serem observados pelos municípios;
CONSIDERANDO que a Resolução SESAU n. 574, de 18 de dezembro de 2020, publicada no Diário Oficial de Campo Grande – Diogrande n. 6.157, de 21 de dezembro de 2020, aprovou o Protocolo de Acesso para Consultas, Exames e Procedimentos da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS, com aplicação expressamente prevista para a Rede Municipal de Saúde, os Serviços Credenciados e as Secretarias de Saúde dos Municípios da Macrorregião;
CONSIDERANDO que o Município de Campo Grande é a principal referência de média e alta complexidade do Estado de Mato Grosso do Sul, concentrando parcela significativa das vagas de consultas especializadas, exames e procedimentos para os quais os usuários do SUS de Maracaju são encaminhados, e que os prestadores de referência já operam segundo os critérios do referido protocolo;
CONSIDERANDO que o referido protocolo foi elaborado com participação de profissionais das diversas especialidades médicas e odontológicas, define critérios clínicos de encaminhamento, exames mínimos necessários, classificação de prioridade e situações de contrarreferência para a Atenção Primária, encontrando-se em consonância com as diretrizes clínicas do Ministério da Saúde e com a Política Nacional de Regulação;
CONSIDERANDO que a adoção de um protocolo já consolidado, validado e utilizado pelos serviços de referência evita a duplicidade de esforços, reduz os custos e o tempo de elaboração de instrumento próprio, harmoniza os critérios entre o município solicitante e o município executor e diminui a devolução de solicitações por inadequação ou insuficiência de informações clínicas;
CONSIDERANDO que a padronização dos encaminhamentos qualifica as solicitações inseridas no SISREG, permite a classificação de risco e a priorização por gravidade clínica, promove a equidade no acesso, fortalece o papel ordenador da Atenção Primária à Saúde e confere transparência e segurança jurídica aos atos da regulação municipal;
CONSIDERANDO a necessidade de dotar a Central Municipal de Regulação, os profissionais solicitantes e os médicos reguladores de instrumento normativo claro e oficial, que subsidie a análise das solicitações, a orientação aos usuários e a resposta a demandas de órgãos de controle, Ministério Público e Poder Judiciário;

RESOLVE:

Art. 1º Adotar, como instrumento oficial de referência para a regulação do acesso às consultas especializadas, exames e procedimentos eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde do Município de Maracaju – MS, o Protocolo de Acesso para Consultas, Exames e Procedimentos da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS, aprovado pela Resolução SESAU n. 574, de 18 de dezembro de 2020, e suas atualizações posteriores.
Parágrafo único. O protocolo de que trata o caput passa a integrar esta Resolução, para todos os efeitos, na forma de Anexo Único, ficando disponível para consulta na Central Municipal de Regulação, nas unidades de saúde do Município e no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Maracaju.

Art. 2º O protocolo ora adotado aplica-se a todas as unidades de saúde da rede própria do Município de Maracaju, aos serviços contratados ou conveniados ao SUS municipal e aos profissionais de saúde que realizem solicitações de consultas especializadas, exames e procedimentos eletivos por meio do Sistema Nacional de Regulação – SISREG ou de outro sistema que venha a substituí-lo.
Art. 3º As solicitações de consultas especializadas, exames e procedimentos eletivos deverão observar os critérios clínicos de encaminhamento, os exames complementares mínimos, a classificação de prioridade e demais requisitos estabelecidos no protocolo, devendo conter, obrigatoriamente:
I – identificação completa do usuário, com Cartão Nacional de Saúde (CNS) e dados de contato atualizados;
II – história clínica sucinta, com tempo de evolução do quadro, exame físico e hipótese diagnóstica com o respectivo código da Classificação Internacional de Doenças (CID);
III – resultados dos exames complementares exigidos para a especialidade ou procedimento solicitado;
IV – tratamentos já instituídos na Atenção Primária à Saúde e sua resposta;
V – classificação de prioridade proposta pelo profissional solicitante, conforme os critérios do protocolo.
Art. 4º Compete à Central Municipal de Regulação de Maracaju:
I – analisar as solicitações inseridas no SISREG com base no protocolo ora adotado, procedendo à sua autorização, devolução para complementação de informações ou negativa fundamentada;
II – realizar a classificação de risco e a priorização das solicitações segundo a gravidade clínica, e não exclusivamente pela ordem cronológica de inserção;
III – orientar os profissionais solicitantes quanto ao correto preenchimento das solicitações e à aplicação do protocolo;
IV – manter registro das devoluções e negativas, com os respectivos motivos, para fins de monitoramento e educação permanente;
V – monitorar as listas de espera, o absenteísmo e a perda primária de vagas, adotando as medidas cabíveis.
Art. 5º As solicitações que não atendam aos requisitos do protocolo serão devolvidas à unidade de origem com a indicação objetiva das pendências, para complementação pelo profissional solicitante, sem prejuízo da reinserção no sistema após a regularização.
Parágrafo único. A devolução de que trata o caput não implica negativa de acesso, devendo a Atenção Primária à Saúde manter o acompanhamento do usuário enquanto pendente a regularização do encaminhamento.
Art. 6º Os casos de urgência e emergência não se submetem à regulação ambulatorial de que trata esta Resolução, devendo ser direcionados aos serviços de urgência e emergência e às centrais de regulação de urgência competentes, conforme os fluxos pactuados.
Art. 7º As situações clínicas não contempladas no protocolo, bem como os casos excepcionais devidamente justificados pelo profissional solicitante, serão analisados individualmente pelo médico regulador, que decidirá de forma fundamentada, com base nas evidências científicas disponíveis e nas diretrizes clínicas do Ministério da Saúde.
Art. 8º A Secretaria Municipal de Saúde promoverá a divulgação do protocolo e a capacitação dos profissionais das unidades de saúde e da Central Municipal de Regulação quanto à sua aplicação, no prazo de 60 (sessenta) dias contados da publicação desta Resolução.
Art. 9º As atualizações, revisões ou substituições do protocolo promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande passarão a vigorar no âmbito do Município de Maracaju a partir de sua publicação oficial, independentemente de novo ato, salvo manifestação em contrário da Secretaria Municipal de Saúde de Maracaju.
Parágrafo único. Na hipótese de a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul ou a Comissão Intergestores Bipartite – CIB/MS virem a aprovar protocolo estadual de regulação do acesso ambulatorial, este prevalecerá sobre o protocolo ora adotado naquilo que com ele conflitar, devendo esta Resolução ser revista no prazo de 90 (noventa) dias.
Art. 10º A Secretaria Municipal de Saúde poderá editar normas complementares, fluxos operacionais e notas técnicas necessários à execução desta Resolução, bem como estabelecer, em documento próprio, critérios específicos para as especialidades e procedimentos ofertados na rede própria do Município.
Art. 11º Esta Resolução será encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde de Maracaju para ciência e apreciação, e à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, por meio da respectiva Coordenadoria de Regulação, para conhecimento.
Art. 12º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Maracaju – MS, 14 de setembro de 2026.

CHIRLEI OLIVEIRA ROCHA
Secretária Municipal de Saúde
Portaria nº001/2025

ANEXO ÚNICO - RESOLUÇÃO SMS N. 001, DE 14 DE SETEMBRO DE 2026.

DIOGRANDE
DIÁRIO OFICIAL DE CAMPO GRANDE-MS
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, ou=RFB e-CPF A3, ou=VALID, ou=AR CERTCOM, cn=RODOLFO LARA DE SOUZA:01721863150
Registro n. 26.965, Livro A-48, Protocolo n. 244.286, Livro A-10
4 º Registro Notarial e Registral de Títulos e Documentos da Comarca de Campo Grande - Estado de Mato Grosso do Sul
ANO XXIII n. 6.157 - segunda-feira, 21 de dezembro de 2020 466 páginas
S U P L E M E N T O

RESOLUÇÃO SESAU N. 574, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2020.

APROVA O PROTOCOLO DE ACESSO PARA CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE MS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das competências previstas no Art. 69, VII, da Lei n. 5.793, de 3 de janeiro de 2017 e,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Protocolo de Acesso para Consultas, Exames e Procedimentos da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS, na forma do Anexo Único à presente Resolução, a ser utilizado pela Rede Municipal de Saúde de Campo Grande – MS, Serviços Credenciados e Secretarias de Saúde dos Municípios da Macrorregião de Campo Grande – MS.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Resolução SESAU n. 206, de 27 de fevereiro de 2015.

CAMPO GRANDE-MS, 18 DE DEZEMBRO DE 2020.

JOSÉ MAURO PINTO DE CASTRO FILHO
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO ÚNICO A RESOLUÇÃO SESAU N. 574, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2020.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Relações Institucionais de Saúde
Gerência de Regulação Ambulatorial



PROTOCOLO DE **ACESSO**
Para consultas, exames e Procedimentos

SESAU
Secretaria Municipal de Saúde

CAMPO GRANDE
PREFEITURA

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Marcos Marcello Trad
Prefeito Municipal

José Mauro Pinto de Castro Filho
Secretário Municipal de Saúde

Rogério Márcio Alves Souto
Secretário Adjunto

Eliana Amaral Dalla Nora Franco
Superintendente de Relações Institucionais de Saúde

Daniel Kiozo Saito
Gerente de Regulação Ambulatorial

Nádia Maria Capistrano de Almeida
Supervisora Médica – GRA

Mário Eduardo Baldo
Supervisor Odontológico – GRA

Evenen Campos Amador
Divisão de Consultas e Exames Especializados

Rita de Cássia Bernardes Cunha
Divisão de Regulação de Média e Alta Complexidade

Eduardo Luis Mense Rodrigues
Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação em Saude

Ana Paula Gonçalves de Lima Resende
Superintendente da Rede de Atenção à Saúde

2

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

"Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim."
Chico Xavier

Versão 2020
Revisão
Bruno Henrique Rodrigues da Silva
Higor Afonso Pereira da Silva
Kassandhra Pereira Zolin
Lidiane Tobaru Tibana Taira
Marlon Henrique de Menezes
Rafael Jorge de Sousa Pereira

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 14

AGRADECIMENTOS:

A Gerência de Regulação Ambulatorial agradece a todos os participantes da árdua empreita que resultou no processo de revisão dos Protocolos de Encaminhamento para as Especialidades Médicas e do Protocolo para Solicitação de Consulta e Exames, reiterando a importância destes e complementando seu âmbito de atuação foram acrescentados o Protocolo de Encaminhamento para as Especialidades Odontológicas e Especialidades não Médicas, no intuito de consolidar o atendimento integral do usuário dos serviços de saúde do Município de Campo Grande.

Expressamos aqui nossa imensa gratidão e apreço aos autores, revisores e coparticipes componentes de nossa equipe de servidores de nível médio, superior, técnicos, prestadores, consultores, diretores, gerentes e gestores que, direta ou indiretamente, tornaram esse processo possível.

Agradecemos o empenho de todos os que ousaram participar do aprimoramento de uma ferramenta viva, imprescindível ao funcionamento dos serviços de saúde do Município de Campo Grande. Tenham a certeza de que a dedicação dos senhores constitui alicerce através do qual caminhamos em busca do aprimoramento constante em prol do nosso semelhante. Sem sacrifício e trabalho duro nada se consegue, e toda esta equipe é prova disso. O caminho é complexo, mas todos souberam manter a confiança uns nos outros e nunca desistiram ou afastaram o olhar da meta.

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AASI - Aparelho de Amplificação Sonora Individual

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AINES - Anti-inflamatórios Não Esteroides

AIT - Ataque Isquêmico Transitório

Anti-CCP - Anticorpo do Peptídeo Citrulinado Cíclico

APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

APS - Atenção Primária à Saúde

ASA - American Society of Anesthesiologists - Escala de classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas para cálculo de risco cirúrgico

ATM - Articulação Temporomandibular

ACTH - Adrenocorticotropic Hormone - Hormônio Adrenocorticotrófico

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVE - Acidente Vascular Encefálico

ALT - Alanina Aminotransferase

AST - Aspartato Aminotransferase

BAAR - Bacilos Álcool-Ácido Resistentes

BERA - Brainstem Evoked Response Audiometry - Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico

BI-RADS - Breast Imaging-Reporting and Data System – Classificação padronizada da avaliação mamária de exames de imagem (mamografia e USG de mama)

BCF – Batimento Cardíaco Fetal

BCG - Bacilo de Calmette-Guérin (Vacina)

BHCG - Beta Human Chorionic Gonadotropin - Gonadotrofina Coriônica Humana

BTF - Bilirrubina Total e Frações

C.A. – Cancer Antigen -

CACON - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CAMS - Cerebrofacial Arteriovenous Metameric *Syndrome*

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

CBC - Carcinoma Basocelular

CBE - Carcinoma Espinocelular

CD4 – Células do sistema imunológico alvo do vírus HIV

CEAP - Classificação Clínica, Etiologia, Anatomia e Fisiopatologia

CEA - *Carcinoembryonic Antigen***-** Antígeno Carcinoembrionário

CEI - Centro de Especialidades Infantil

CEM - Centro de Especialidades Municipal;

CER/APAE - Centro Especializado em Reabilitação e Oficina Ortopédica da APAE

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CID - Classificação Internacional de Doenças

CF - Clínica da Família

CF - Classe Funcional

CIA - Comunicação Interatrial

CIUR – Crescimento Intrauterino Restrito

CMV - Citomegalovírus

CNS - Cartão Nacional do Sus

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COVID-19 - Doença do Coronavírus

CPK - Creatinofosfoquinase

CPRE - Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica

CRS – Centro Regional de Saúde

DAC - Doença Arterial Coronariana

DAEM - Distúrbios Androgênico do Envelhecimento Masculino

DC - Doenças Coronarianas

DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

DIP - Doença Inflamatória Pélvica

DII - Doenças Inflamatórias Intestinais

DIU - Dispositivo IntrauterinoL

DM - Diabetes Mellitus

DNPM - Desenvolvimento Neuropsicomotor

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DPP - Data Prevista do Parto

DRGE - Doença do Refluxo Gastroesofágico

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 17

DUM – Data da Última Menstruação

DVC - Deficiência Visual Cortical

EAS - Elementos Anormais e Sedimentoscopia

EBV-VCA - *Epstein-Barr Virus Viral-Capsid Antigen* - Antígeno do Capsídeo Viral do Vírus Epstein-Barr

ECG – Eletrocardiograma

ECO - Ecocardiograma

EDA - Endoscopia Digestiva Alta

EEG – Eletroencefalograma

ELISA - Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - Ensaio de Imunoabsorção Enzimática

ENMG - Eletroneuromiografia

EOA - Emissões Otoacústicas

ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica

EPF - Exame Parasitológico de Fezes

FA - Fibrilação Atrial

FA - Fosfatase Alcalina

FAN - Fator Antinuclear

Fator RH - Fator Rhesus – Indicativo de fator positivo ou negativo do tipo de sangue

FE - Fração de Ejeção

FTA-ABS - Fluorescent Treponemal Antibody Absorption - teste de imunofluorescência para confirmar o diagnóstico de sífilis

FSH - Hormônio Folículo Estimulante

GAR - Gestação de Alto Risco

GRH - Gestação de Risco Habitual

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HCAA - Hospital do Câncer Alfredo Abrão

HDL - High Density Lipoprotein - Lipoproteína de Alta Densidade

HER - 2 - Human Epidermal Growth Factor Receptor-type 2 - Receptor 2 do Fator de Crescimento Epidérmico Humano

HBSAG - Hepatitis B Surface Antigen - Exame de identificação de hepatite B

HDVAG - Hepatitis Delta Virus

HIV - Human Immunodeficiency Virus - Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV - Human T-Lymphotropic Virus - Vírus T-Linfotrópico Humano

HPV - Human *Papillomavirus* - Papilomavírus Humano

HVE - Hipertrofia Ventricular Esquerda

HUMAP-UFMS - Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IC - Insuficiência Cardíaca

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

ICO - Insuficiência Coronária

IDP - Imunodeficiência Primária

IGE - Imunoglobulina E

IGG - Imunoglobulina G

IGM - Imunoglobulina M

IGA - Imunoglobulina A

IPED/APAE - Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE de Campo Grande

IMC - Índice de Massa Corpórea

IPRF - Índice Percentual de Reconhecimento de Fala

IRC - Insuficiência Renal Crônica

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

ITU - Infecção do Trato Urinário

IVC - Insuficiência Venosa Crônica

LDL - Low Density Lipoprotein - Lipoproteína de Baixa Densidade

LDH - Lactato Desidrogenase

LDV - Limiar de Detecção de Voz

LES - Lúpus Eritematoso Sistêmico

LH - Hormônio Luteinizante

LLA - Leucemia Linfoide Aguda

LLC - Leucemia Linfocítica Crônica

LMA - Leucemia Mieloide Aguda

LMC - Leucemia Mieloide Crônica

LRF - Limiar de Reconhecimento de Fala

LSD - Lysergic Acid Diethylamide - Dietilamida do Ácido Lisérgico – Substância alucinógena.

MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

Nasf-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NIC - Neoplasia Intraepitelial Cervical – Grau 1, 2 ou 3

NYHA - New York Heart Association - Tabela de classificação da insuficiência cardíaca

OCT - Optic Coherence Tomography- Tomografia de Coerência Óptica

OPM - Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção

PAAF - Punção Aspirativa por Agulha Fina

PCR - Polymerase Chain Reaction

PCDT – Protocolo Clinicos e Diretrizes Terapeuticas

PCR – Proteína C reativa

PI-RADS - Prostate Imaging-Reporting and Data System - Classificação padronizada do câncer de próstata baseado na avaliação de imagens de ressonância nuclear magnética

PEC - Sistema de Prontuário Eletrônico

PTH - Parathyroid Hormone - Paratormônio

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PSA - Prostatic Specific Antigen - Antígeno Prostático Específico

PVHA - Pessoas Vivendo com HIV e Aids

PVHIV - Pessoas Vivendo com HIV

QRS - representam a despolarização ventricular - despolarização septal (onda Q), despolarização das paredes ventriculares (onda R) e despolarização das regiões

RAIO-X AP - Radiografia Ântero-posterior

RAIO-X PA - Radiografia Póstero-anterior

REMUS - Rede Municipal de Saúde

RNM - Ressonância Magnética

RPR - Rapid *Plasma* Reagin – Teste rápido para triagem de sífilis

RTU - Ressecção Transuretral de Próstata

RX - Radiografia

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SAOS - Suspeita de Síndrome da Apneia Obstrutivo do Sono

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SESAU - Secretaria de Saúde

SDHEA - Sulfato de Deidroepiandrosterona

SIC - Síndrome do Intestino Curto

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

SNC - Sistema Nervoso Central

SUS - Sistema Único de Saúde

TAP - Tempo de Atividade de Protombina

TB - Tuberculose

TCE - Traumatismo Cranioencefálico

T.E. - Teste Ergométrico

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

TGO - Transaminase Glutâmico Oxalacética

TGP - Transaminase Glutâmico Pirúvica

TP - Tempo de Protombina

TRS - Terapia Renal Substitutiva

TSH - Thyroid Stimulating Hormone - Hormônio Estimulador da Tireoide

TTPA - Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada

TEA - Transtorno do Espectro Autista

TC - Tomografia Computadorizada

TVP - Trombose Venosa Profunda

TTG ou TTG 75 - Teste de Tolerância à Glicose com uso de 75g de dosagem de glicose via oral.

TRH - Terapia de Reposição Hormonal

T.H. - Tratamento Hormonal

T3 - Hormônio da Tireoide

T4 - Hormônio da Tireoide

US - Unidade de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

UNACON - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

USG - Ultrassonografia

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

V.D.R.L - Venereal Disease Research Laboratory – Teste de identificação de sífilis.

atrioventriculares (onda S)

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 21

VHS - Velocidade de Hemossedimentação

VPPB - Vertigem Postural Paroxística Benigna

VRA - Visual Reinforcement Audiometry - Audiometria de Reforço Visual

17OHP - 17 Hidroxiprogesterona

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 21
1.1 CARACTERÍSTICAS DOS PROTOCOLOS 23
1.2 PARTICIPANTES DO SISTEMA DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 24
1.3 UNIDADES DE REFERÊNCIA 25
1.4 GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL 25
1.4.1 Formas de Encaminhamento 25
1.4.2 Critérios para encaminhamento através das UBS/USF/CF 26
1.4.3 Critérios para encaminhamento do usuário e/ou contrarreferência 27
1.4.4 Sistema de Regulação 27
2 ..... ACESSO PARA AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE 28
2.1 ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO NAS MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS 29
2.1.1 Reabilitação auditiva 29
2.1.2 Reabilitação física e/ou reabilitação intelectual 31
2.1.3 Reabilitação Múltiplas Deficiências 32
2.1.4 Reabilitação Pós COVID 33
2.1.5 Reabilitação visual 33
2.2 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM ACOLHIMENTO PARA PROCESSO TRANSEXUALIZADOR 34
2.3 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PÓS-TRANSPLANTE DE CORAÇÃO 35
2.4 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PÓS-TRANSPLANTE DE RIM 36
2.5 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PÓS-TRANSPLANTE DE FÍGADO 37
2.6 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE NO PRÉ-TRANSPLANTE CARDÍACO 37
2.7 PROTOCOLO SUGERIDO PARA APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA 38
Indicações para aplicação de toxina botulínica tipo A 39
Contra-indicações para aplicação de toxina botulínica tipo A 39
2.8 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PÓS-TRANPLANTE DE CÓRNEA 40
2.9 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA PRÉ-TRANSPLANTE RENAL 40
2.10 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CUIDADOS COM ESTOMAS 41
2.11 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM FISIATRIA TOXINA BOTULÍNICA 41
2.12 PROTOCOLO SUGERIDO PARA OPM - ÓRTESE, PRÓTESE E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO 42
2.12.1 Protocolo sugerido para grupo - prótese e órtese - COM MEDIDA 42
2.13 PROTOCOLO SUGERIDO PARA GRUPO – RADIOTERAPIA POR ESPECIFICAÇÃO 44
2.14 PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOHISTOQUÍMICO DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) 46
2.15 PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS 47
2.16 PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO (COM TÉCNICA DE BANDAS) 48
3 PROTOCOLOS DE ACESSO ÀS CONSULTAS ESPECIALIZADAS 48
3.1 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM ACUPUNTURA 49
Quadro 1 – CIDs aceitos na especialidade Consulta em Acupuntura 49
3.2 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA ADULTO E INFANTIL. 53

Rinite alérgica de difícil controle *53*
Asma brônquica ou Asma alérgica de difícil controle *54*
Urticária aguda e crônica e de difícil controle e/ou Angioedema *54*
Dermatite atópica *55*
Reações de hipersensibilidade medicamentosa, a contrastes ou vacinas; *55*
Alergia ao látex *56*
Alergia a picada de insetos *56*
Conjuntivite alérgica *57*
Bebê chiador *57*
Imunodeficiência Primária (IDP) *57*
3.3 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA CLÍNICA DA DOR 58
3.4 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ANGIOLOGIA (CLÍNICA E CIRÚRGICA) 61
Quadro 2 - Classificação e graduação das doenças venosas (CEAP): *62*
Doenças arteriais *62*
Dor mais dormência e/ou edema em membros inferiores *63*
Insuficiência circulatória arterial/venosa *63*
Pé Diabético *64*
Úlcera de perna *64*
Varizes de membros inferiores *65*
3.5 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCIONAIS 67
3.6 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM ALTERAÇÕES NEONATAIS E UROGINECOLÓGICA 69
3.7 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM OFTALMOLOGIA 70
3.8 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM ALTERAÇÕES ONCOLÓGICAS 71
3.9 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM QUEIMADOS 72
3.10 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS 73
3.11 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS ALTERAÇÕES EM NEUROLOGIA 75
3.12 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA ADULTO 76
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de Difícil Controle *77*
Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) *78*
Insuficiência Cardíaca Congestiva Classe Funcional III e IV (NYHA) *79*
Insuficiência Coronariana (IC) *80*
Dor Torácica e Precordialgia *81*
Sopros/valvulopatias *82*
Miocardiopatias *82*
Arritmias *83*
Marcapasso *84*
Ressincronizador – Marcapasso Multissítio *85*
Aneurisma e cirurgia endovascular *89*
3.13 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA ADULTO RISCO CIRÚRGICO . 89
3.14 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA ARRITMIA 90
3.15 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA CIRURGIA CARDÍACA 91
Coronariopatias *92*
Doenças valvares *92*
Bradiarritmia *93*
Aneurisma da aorta *93*
Aorta ascendente *94*
Aorta descendente *94*
Pós-Operatório *95*
3.16 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA 95
3.17 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA CORONÁRIA 96

3.18 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA FETAL 97
3.19 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA 99
3.20 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA .. 101
Insuficiência Cardíaca Classe Funcional III e IV (NYHA) *103*
3.21 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA MARCAPASSO 104
3.22 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CARDIOLOGIA PEDIATRIA 104
3.23 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CIRURGIA BARIÁTRICA (OBESIDADE MÓRBIDA) 107
3.24 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO 109
3.25 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CIRURGIA GERAL 112
Hérnia inguinal *112*
Hérnia umbilical *113*
Hérnia epigástrica *113*
Hérnia incisional *113*
Cistos e fístulas interglúteas (cisto pilonidal) *114*
Colelitíase *114*
Icterícia *115*
Hemorragia digestiva baixa *115*
Hemorróidas *116*
3.26 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA 116
Amigdalite crônica hipertrófica *117*
Blastomas nasais e paranasais *117*
Hipertrofia das adenóides *117*
3.27 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA GERAL 118
Hérnia inguinal *118*
Hérnia umbilical *119*
Hérnia epigástrica *119*
Fimose *119*
Criptorquidia/distopia testicular *120*
Hipospádia *120*
Hidrocele *120*
Cistos e fístulas cervicais *121*
Colelitíase *121*
Centro de Especialidades Infantil (CEI) *122*
3.28 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA GERAL 123
Encaminhar para o CEM *125*
Referências para os procedimentos *126*
3.29 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA PÓS-BARIÁTRICA 127
3.30 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA – QUEIMADOS 128
3.31 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA - RECONSTRUÇÃO DE MAMA - ONCOLOGIA 128
3.32 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CIRURGIA TORÁCICA GERAL 129
Alterações mediastinais (linfonodomegalia ou massa) *129*
Derrame pleural *129*
Doenças da traquéia *130*
Doenças pulmonares instersticiais *130*
Hiperidrose *131*
Neoplasia Pulmonar *131*
Trauma torácico *131*
Tumores mediastinais e pulmonares *132*
3.33 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR DOENÇAS ARTERIAIS 132
Doença Arterial Periférica *133*
Doenças de Vasos Extracranianos (Carótidas e Vertebrais) *134*
3.34 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM DERMATOLOGIA 134

Acne *135*
Câncer de pele – Melanoma *135*
Câncer de pele não-melanoma / Ceratoses actínicas *136*
Dermatite atópica *136*
Dermatite de contato *137*
Dermatoses eritêmato-escamosas (psoríase, líquen plano, pitiríase rósea) *137*
Discromias (vitiligo, melasma) *137*
Eczemas (eczema seborreico, eczema de contato, eczema disidrótico e eczema de estase) *137*
Farmacodermias *137*
Fotodermatoses (miliária solar / melanose solar / queratose solar) *138*
Hanseníase *138*
Herpes Zoster *139*
Micoses *139*
Neoplasia cutânea/diagnóstico diferencial de lesões infiltradas *139*
Prurido/eczema *139*
Urticária crônica *140*
3.35 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA ADULTO 140
Alterações do crescimento/desenvolvimento *141*
Anorexia nervosa/ bulimia nervosa (adulto e infantil) *142*
Distúrbios das glândulas supra-renais *142*
Distúrbios do sistema reprodutivo *143*
Doenças osteometabólicas (hiperparatireoidismo primário, osteoporose) *143*
Obesidade/dislipidemias *144*
Tireopatias *144*
3.36 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA PACIENTES DIABÉTICOS 145
3.37 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM ENDOCRINOLOGA PEDIATRIA 147
Alterações do crescimento/desenvolvimento (puberdade precoce) *148*
Anorexia nervosa/ bulimia nervosa (adulto e infantil) *149*
Diabetes Mellitus *149*
Distúrbios das glândulas supra-renais *150*
Distúrbios do sistema reprodutivo *151*
Doenças osteometabólicas (hiperparatireoidismo primário, osteoporose) *151*
Obesidade infantojuvenil / dislipidemias *152*
Tireopatias *152*
3.38 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA 153
3.39 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA 154
Úlcera Péptica/Gastrite *155*
Gastrite atrófica diagnosticada *156*
Pancreatite crônica *156*
Doenças do Refluxo Gastroesofágico - Hérnia de Hiato, Esofagite de Refluxo, Esôfago de Barret *157*
Doenças inflamatórias intestinais *157*
Neoplasias *158*
Polipose Intestinal *159*
Epigastralgia/gastrite/úlcera *159*
Diarréia crônica *159*
Dor abdominal crônica *160*
Esteatose hepática *160*
Cirrose hepática *161*
Doença do refluxo gastroesofágico *161*
Desnutrição *162*
Alergias alimentares *163*

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 26

Colestase neonatal *163*
Colelítiase crônica *164*
Colecistite aguda *164*
Hepatites A/B/C - CID B15 a B19 ..... *164*
3.40 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA DOENÇAS DO FÍGADO 168
3.41 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA 171
3.42 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM GENÉTICA 174
3.43 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM GERIATRIA 175
3.44 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM GINECOLOGIA CIRÚRGICA 179
3.45 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM GINECOLOGIA CLIMATÉRIO 181
3.46 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM GINECOLOGIA IST 181
3.47 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM GINECOLOGIA ENDOCRINOLOGIA 182
Síndrome dos ovários micropolicísticos *183*
Hipogonadismo hipogonadotrófico *183*
Falência ovariana prematura *183*
Resistência ovariana ao hormônio folículo estimulante *183*
Distúrbios menstruais por hiperprolactinemia *183*
Distúrbios por Hipo e hipertireoidismo *184*
Distúrbios por Hiperandrogenismo / Hiperplasia adrenal gongênita *184*
Ovários policísticos *184*
3.48 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM GINECOLOGIA - GESTAÇÃO DE ALTO RISCO 184
3.49 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM GINECOLOGIA - INFERTILIDADE 190
3.50 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM GINECOLOGIA - PATOLOGIA CERVICAL 193
3.51 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM GINECOLOGIA – PERDA GESTACIONAL RECORRENTE 196
3.52 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM HANSENÍASE 196
3.53 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM HEMATOLOGIA ADULTO 197
Anemia *198*
Distúrbios da coagulação *198*
Distúrbios de leucócitos (leucopenia) *199*
Hiperferritinemia *199*
Suspeita de leucemias *200*
Suspeita de linfomas *200*
3.54 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM HEMATOLOGIA ONCOLÓGICA 201
Suspeita de linfomas *201*
Suspeita de leucemias *201*
Mieloma Múltiplo *202*
3.55 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM HOMEOPATIA 202
3.56 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM INFECTOLOGIA ADULTO 204
Tuberculose Extrapulmonar *206*
Linfonodomegalia/Esplenomegalia *206*
Sífilis *207*
HIV *207*
Hepatite B *207*
Hepatite C *208*
HTLV *208*
Leishmaniose Tegumentar Americana *208*
Leshmaniose Visceral *208*
Micoses Sistêmicas *209*
3.57 PROTOCOLO SUGRIDO PARA CONSULTA EM INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA 209
HIV/Aids pediatria *211*
HIV/Aids - Neonatologia *211*
Febre de origem indeterminada *211*

Sindrome de mononucleose *211*
Infecções Congênitas *212*
Tuberculose Extrapulmonar *212*
Tuberculose *212*
Micoses Profundas *212*
Parasitoses Incomuns *213*
Leshmaniose Visceral *213*
Hepatoesplenomegalia + febre *213*
Seguimento de Hepatite A *213*
Pneumonias e Parotidites de Repetição *213*
Chikungunya *214*
Sifilis *214*
3.58 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM MASTOLOGIA 214
3.59 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM NEFROLOGIA 216
Alterações no exame de urina *217*
Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado *218*
Lesão Renal *218*
Glomerulopatias *219*
Síndrome nefrítica *220*
Tubulopatias *220*
Hipertensão arterial sistêmica em crianças e adolescentes *221*
Doença renal crônica *222*
Transplantado Renal *222*
3.60 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM NEUROCIRURGIA 224
Cirurgia da Coluna Vertebral *224*
Cirurgia de Nervos Periféricos *225*
Neurocirurgia Craniana (Deformidades, Tumores, Hidrocefalia) *225*
Neurocirurgia Vascular (Aneurismas e Má Formação Vascular) *226*
3.61 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM NEUROLOGIA ADULTO E INFANTIL 226
Cefaleia com Sinais de Alarme *228*
Epilepsia, Convulsões e Desmaios *228*
Macrocrania *228*
Microcrania *229*
Distúrbio e Aprendizagem e Retardo Psicomotor *229*
Distúrbios de Comportamento *229*
Déficit Mental *230*
Follow-Up de Prematuros *230*
Suspeita de Erros Inatos do Metabolismo e Outras Doenças Metabólicas *230*
Triagem para Aplicação de Toxina Botulínica *231*
Tonturas, Desmaios, Dificuldade de Memorização, Confusão Mental *231*
Dormência, Parestesias, Perda de Força e "Paralisia" de Membros Superiores e Inferiores *231*
Suspeita Diagnóstica de Esclerose Múltipla *232*
Suspeita de Síndrome Genética (CAMS) *232*
Suspeita de PARKINSON *232*
3.62 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM NEUROFTALMOLOGIA 233
3.63 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM NUTRIÇÃO 234
3.64 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA 236
Cefaleia *237*
Retinopatia hipertensiva *237*
3.65 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA CATARATA 238
3.66 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA CÓRNEA 238
3.67 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA OFTALMOLÓGICA EM DOENÇA MACULAR RELACIONADA A IDADE (DMRI) 239
3.68 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA ESTRABISMO 239

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 28

3.69 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA GLAUCOMA 240
Inflamações oculares *240*
3.70 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA ÓRBITA OCULAR 241
3.71 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - PLÁSTICA OCULAR 241
3.72 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - PTERÍGIO 242
3.73 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA RETINA GERAL 243
3.74 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA – RETINOPATIA DIABÉTICA 243
3.75 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UVEITE 244
3.76 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - VIAS LACRIMAIS 244
3.77 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM ONCOLOGIA 244
Cirurgia de Cabeça e Pescoço *245*
Cirurgia Abdominal *246*
Tumores de Aparelho Gastrointestinal *246*
Neoplasia maligna de Esôfago *246*
Neoplasia Maligna de Estômago *247*
Neoplasia maligna de Intestino *247*
Neoplasia maligna de Reto *248*
Neoplasia maligna de Ânus e Canal Anal *249*
Neoplasia maligna de Fígado *249*
Neoplasia Maligna de Vesícula Biliar e Vias Biliares *250*
Neoplasia Maligna de Pâncreas e Periampular *250*
Neoplasia Maligna de Peritôneo *251*
Neoplasia Maligna de Retroperitôneo *251*
Tumores Genitourinários *252*
Neoplasia Maligna de Testículo *252*
Neoplasia Maligna de Tumores Germinativos Extragonadais *253*
Neoplasia maligna de bexiga, ureter e pelve renal *253*
Neoplasia Maligna de Pênis *254*
Neoplasia maligna de próstata *255*
Neoplasia Maligna de Rim *256*
Neoplasia Maligna de Supra-Renal (Glândula Adrenal) e (Neoplasia de Comportamento Incerto de Suprarenal) *257*
Tumores Ginecológicos *258*
Neoplasia maligna de Colo de Útero *258*
Neoplasia Maligna de Útero e Endométrio *259*
Neoplasia Maligna de Trompa, Ovário e Peritôneo *259*
Neoplasia Maligna de Placenta e Doença Trofoblástica Gestacional *260*
Neoplasia Maligna de Vulva e Vagina *260*
Tumores de Mama Neoplasia Maligna de Mama *261*
Tumores Torácicos *261*
Tumores de Pele *262*
Linfoma de Célular T Cutâneo / Linfomas da células T cutâneas e periféricas / *263*
Parapsoríase / Papulose linfomatóide *263*
Ortopedia Oncológica *263*
Neoplasia de Sistema Nervoso Central *263*
3.78 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM ORTOPEDIA (CLÍNICA E CIRÚRGICA) 265
Cervicalgia e Lombalgia *266*
Deformidades (de Membros Inferiores, Escoliose e Cifose) *266*
Dor Articular e Tendinite (a Esclarecer) *266*
Sequela de Fratura *266*
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS 267
Retirada de Material de Síntese *267*
Cistos Sinoviais *267*
Tenossinovite de De Quervain *268*

Síndrome do Túnel do Carpo/Canal de Guyon *268*
Lesão Meniscal do Joelho *268*
Lesão Ligamentar do Joelho *269*
Necrose Avascular de Cabeça Femoral (Ficat I E II) *269*
Dedo "em martelo" *269*
3.79 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA ADULTO E INFANTIL 270
Sinusites de Repetição ou Crônicas *272*
Otites de Repetição *272*
Obstrução Nasal *272*
Amigdalites Bacterianas de Repetição *273*
Zumbido, Hipoacusia, Surdez *273*
Tonturas/Vertigens *274*
Rouquidão *274*
3.80 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM PSICOLOGIA 275
NOTA: QUANDO O PACIENTE APRESENTAR MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS OU TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) (COM NECESSIDADE DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL POR ALTERAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO/FUNCIONALIDADE/AUTONOMIA), FAVOR ENCAMINHAR NO PROCEDIMENTO "ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO NAS MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS" (VER PROTOCOLO). 276
3.81 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM PEQUENA CIRURGIA 277
3.82 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM PNEUMOLOGIA 277
Asma Brônquica *279*
Pneumonias de Repetição *280*
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) *280*
Tuberculose Pulmonar *280*
Tosse Crônica *281*
Derrame Pleural *281*
Doenças Intersticiais Pulmonares *281*
Bronquites *282*
Hipertensão Pulmonar *282*
3.83 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM PNEUMOLOGIA FIBROSE CÍSTICA – PEDIATRIA E ADULTO 282
3.84 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM PROCTOLOGIA 285
Dor Anal e/ou Sangramento Anal *286*
Hemorróidas *286*
Alteração do Hábito Intestinal/Constipação *286*
Lesões e/ou Tumorações em Região Anal *287*
Cisto Pilonidal *287*
Incontinência Anal *287*
Diverticulose Colônica *287*
Condiloma Acuminado *288*
Pólipos *288*
Neoplasias Colorretal *288*
3.85 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM PSIQUIATRIA 289
3.86 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM REUMATOLOGIA (INFANTIL E ADULTO) 290
Artrites Agudas *291*
Febre Reumática *291*
Artrites Crônicas *292*
Artrose *292*
Fibromialgia - Dor Generalizada *293*
Lombalgias e Lombociatalgias *293*
Esclerodermia *293*
Dor em Membros *293*
Espondilite Anquilosante *295*

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 30

3.87 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL 296
3.88 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM UROLOGIA ADULTO E INFANTIL 298
Alterações no exame de urina (urinálise) *299*
Infecção urinária de repetição *300*
Urolitíase *300*
Doenças prostáticas (prostatite / hiperplasia prostática benigna / tumor de próstata) *300*
Tumores Renal e Vesical *301*
Infecções Sexualmente Transmissíveis *301*
Disfunção Sexual *301*
Esterilidade Conjugal (Primária e/ou Secundária) *302*
Hidrocele *302*
Varicocele *303*
Tumor Testicular *303*
Postectomia *303*
Hipospadia e Epispadia *303*
Criptorquidia (Orquidopexia) *304*
3.89 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM UROLOGIA ANDROLOGIA 304
Distúrbio do envelhecimento masculino (DAEM) – "Andropausa" *305*
Disfunção erétil *305*
Distúrbios da ejaculação *305*
Postectomia *306*
3.90 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM UROLOGIA - AVALIAÇÃO LITOTRIPSIA 306
3.91 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM UROLOGIA CIRÚRGICA 307
Hipospadia *307*
Doenças escrotais benignas *308*
Fimose *308*
Ereção dolorosa *309*
Hidronefrose *309*
Hiperplasia Prostática Benigna (HBP) *309*
Neoplasia de Próstata *310*
Disfunção Sexual Masculina *311*
Litíase Renal *312*
Cistos/Doença Policística Renal *312*
Doença Renal Crônica *313*
Infecção Urinária Recorrente *314*
3.92 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM UROLOGIA - DISFUNÇÃO MICCIONAL 314
3.93 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM UROLOGIA - GINECOLOGIA 315
Anormalidades da Estática Pélvica *315*
Incontinência Urinária *316*
3.94 - PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM UROLOGIA IST 316
3.95 PROTOCOLO SUGERIDO PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR – FEMININO 317
3.96 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM UROLOGIA (PLANEJAMENTO FAMILIAR CIRÚRGICO MASCULINO - VASECTOMIA) 318
4 PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES 320
Quadro 5 - Indicação de exames para síndromes neurológicas *320*
Quadro 6 - Indicação de exames para síndrome craniana *320*
Quadro 7 - Indicação de exames para síndromes raquidianas *321*
Quadro 8 - Indicação de exames para doenças do SNC (crânio) *321*
Quadro 9 - Indicação de exames para doenças da região cervical *322*
Quadro 10 - Indicação de exames para doenças vascular carotídea e vértebro-basilar *323*
Quadro 11 - Indicação de exames para doenças do pulmão *323*
Quadro 12 - Indicação de exames para doenças do mediastino *323*
Quadro 13 - Indicação de exames para doenças da mastóide *324*

Quadro 14 - Indicação de exames para doenças da face 324
Quadro 15 - Indicação de exames para doenças da coluna vertebral 325
Quadro 16 - Indicação de exames para doenças do abdômen 326
Quadro 17 - Indicação de exames para doenças do aparelho urinário 327
Quadro 18 - Indicação de exames para doenças da pelve 327
Quadro 19 - Indicação de exames para doenças vasculares abdominais 327
LEGENDA 328
4.1 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ANGIORRESSONÂNCIA CEREBRAL 328
4.2 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ARTERIOGRAFIA 330
4.3 PROTOCOLO SUGERIDO PARA AUDIOMETRIA 330
4.4 PROTOCOLO SUGERIDO PARA BIÓPSIA DE PRÓSTATA 331
4.5 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CATETERISMO CARDÍACO (CORONARIOGRAFIA, CINECORONARIOGRAFIA, CINEANGIOCORONARIOGRAFIA). 332
4.5 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CAMPIMETRIA 333
4.6 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO 334
4.7 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA COM GÁLIO 67 334
4.8 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DO CORPO INTEIRO 335
4.9 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DE FÍGADO, BAÇO E VIAS BILIARES 336
4.10 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS LACRIMAIS (DACRIOCINTILOGRAFIA) 337
4.11 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO 338
4.12 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA LINFÁTICA (LINFOCINTILOGRAFIA) 338
4.13 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DE MAMA BILATERAL 339
4.14 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DA MEDULA (MIELOCINTILOGRAFIA) 340
4.15 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULITE DE MECKEL 340
4.16 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DO REFLUXO VESICOURETERAL 341
4.17 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA RENAL 342
4.18 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR 343
4.19 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DO SISTEMA DIGESTIVO 344
4.20 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DO SISTEMA ENDÓCRINO 344
4.21 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DO SISTEMA HEMATOLÓGICO 345
4.22 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DO SISTEMA NEUROLÓGICO 346
4.23 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO 347
4.24 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CINTILOGRAFIA TESTE DO PERCLORATO COM RADIOISÓTOPO 348
4.25 PROTOCOLO SUGERIDO PARA IMUNOCINTILOGRAFIA 348
4.26 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CLISTER OPACO 349
4.27 PROTOCOLO SUGERIDO PARA COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) 350
4.28 PROTOCOLO SUGERIDO PARA COLONOSCOPIA 351
4.29 PROTOCOLO SUGERIDO PARA DENSITOMETRIA ÓSSEA 352
4.30 PROTOCOLO SUGERIDO PARA DOPPLER ARTÉRIA AORTA ABDOMINAL 354
4.31 PROTOCOLO SUGERIDO PARA DOPPLER ARTÉRIAS DOS MEMBROS INFERIORES 355
4.32 PROTOCOLO SUGERIDO PARA DOPPLER ARTÉRIAS DOS MEMBROS SUPERIORES 356
4.33 PROTOCOLO SUGERIDO PARA DOPPLER ARTÉRIAS RENAIS 357
4.34 PROTOCOLO SUGERIDO PARA DOPPLER CARÓTIDAS E VERTEBRAIS 357
4.35 PROTOCOLO SUGERIDO PARA DOPPLER DE VEIAS CERVICAIS 358
4.36 PROTOCOLO SUGERIDO PARA DOPPLER VEIAS DOS MEMBROS INFERIORES 359
4.37 PROTOCOLO SUGERIDO PARA DOPPLER VEIAS DOS MEMBROS SUPERIORES 360
4.38 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA 361
4.39 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA 362
4.40 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ECOCARDIOGRAMA FETAL 363

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 32

4.42 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ELETROCARDIOGRAMA (ECG) 365
4.43 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ELETROENCEFALOGRAMA 366
4.44 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ELETRONEUROMIOGRAFIA 367
4.45 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ENDOSCOPIA DIGETIVA 370
4.46 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA 371
4.47 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ESPIROMETRIA 372
4.48 ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO 374
4.47 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ESTUDO URODINÂMICO COMPLETO 375
4.49 PROTOCOLO SUGERIDO PARA HOLTER 24 HORAS 377
4.50 PROTOCOLO SUGERIDO PARA IMITANCIOMETRIA 377
4.51 PROTOCOLO SUGERIDO PARA MAMOGRAFIA BILATERAL 378
Mamografia de rastreamento *378*
Mamografia diagnóstica *379*
Períodos para repetição do exame: *379*
4.52 PROTOCOLO SUGERIDO PARA MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA) 380
4.53 PROTOCOLO SUGERIDO PARA PET-SCAN ONCOLÓGICO 381
4.54 PROTOCOLO SUGERIDO PARA POLISSONOGRAFIA 383
4.55 PROTOCOLO SUGERIDO PARA PUNÇÃO DE MAMAS 384
4.56 PROTOCOLO SUGERIDO PARA PUNÇÃO POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY) EM LESÕES MAMÁRIAS 385
Indicações para PAAF *385*
Indicações para Core Biopsy: *386*
4.57 PROTOCOLO SUGERIDO PARA PUNÇÃO DE TIREOIDE (PAAF) 387
4.58 PROTOCOLO SUGERIDO PARA RADIOGRAFIA 388
4.59 PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM) – BILATERAL 388
4.60 PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DA COLUNA VERTEBRAL 389
4.61 PROTOCOLO SUGERIDO PARA TESTE DE ESFORÇO OU ERGOMÉTRICO 390
4.62 PROTOCOLO SUGERIDO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBROS SUPERIORES 391
4.63 PROTOCOLO SUGERIDO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT) 392
4.64 PROTOCOLO SUGERIDO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA (CERVICAL, TORÁCICA E LOMBOSSACRA) COM OU SEM CONTRASTE 393
4.65 PROTOCOLO SUGERIDO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO E SELA TÚRCICA 394
4.66 PROTOCOLO SUGERIDO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE HEMITORAX/MEDIASTINO (POR PLANOS) 395
4.67 PROTOCOLO SUGERIDO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE/BACIA 395
4.68 PROTOCOLO SUGERIDO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO 396
4.69 PROTOCOLO SUGERIDO PARA TOMOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE 397
4.70 PROTOCOLO SUGERIDO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX 398
4.71 PROTOCOLO SUGERIDO PARA TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA 399
4.72 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (PÉLVICO) 400
4.73 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES E BAÇO) 400
4.74 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL 401
4.75 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL E ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA EM CLÍNICA GINECOLÓGICA (ASSOCIAÇÃO) 402
4.76 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA DO APARELHO URINÁRIO (RINS E VIAS URINÁRIAS) 403
4.77 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO 403

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 33

4.78 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL 404
4.79 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA 405
4.80 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER FLUXOMETRIA OBSTÉTRICA 406
4.81 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA GINECOLÓGICA, USG PÉLVICA GINECOLÓGICA E/OU USG PÉLVICA TRANSVAGINAL 407
4.81 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR/ÓRBITA (MONOCULAR) 408
4.82 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL 408
4.83 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA FETAL 409
4.84 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 410
4.85 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO 411
4.86 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA TRANSNUCAL 411
4.87 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL 412
4.88 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA DE PÊNIS 412
4.89 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL E VIA TRANSRETAL 413
4.90 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA DA TIREOIDE 414
4.91 PROTOCOLO SUGERIDO PARA ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA 415
4.92 PROTOCOLO SUGERIDO PARA URETROCISTOCOPIA 415
4.93 PROTOCOLO SUGERIDO PARA URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL 416
4.94 PROTOCOLO SUGERIDO PARA UROGRAFIA EXCRETORA 417
4.95 PROTOCOLO SUGERIDO PARA VIDEOLARINGOSCOPIA 418

5 ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS 419

5.1 PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA EM ENDODONTIA 420
Orientações Gerais para encaminhamento 420
Dentes com necessidades de tratamento endodôntico (uni, bi, tri radiculares) 420
Pulpites irreversíveis (biopulpectomias ou necropulpectomias) 421
Comprometimento pulpar por fratura ou trauma 421
Dentes com lesão apical de origem endodôntica ou endo-pério (constada radiograficamente) 421
Dentes com necessidade endodôntica em virtude de procedimento protético 422
5.2 PROTOCOLO SUGERIDO PARA A CONSULTA EM PERIODONTIA 423
Periodontopatias avançadas 424
Cirurgia periodontal com acesso por dente 424
Cálculo subgengival associado à perda óssea localizada 425
Aumento de coroas clínicas e/ou cirurgias pré-protéticas 425
Gengivectomias e gengivoplastias 425
Cunha distal/mesial no caso de bolsa periodontal (superior 4 mm) 426
Retalho a campo aberto/raspagem a céu aberto 426
5.3 PROTOCOLO SUGERIDO PARA A CONSULTA AMBULATORIAL EM CIRURGIA BUCOMAXILO-FACIAL 427
Apicectomias, obturação retrógrada e curetagem periapical 428
Cirurgia de dentes inclusos, semi-inclusos e impactados 429
Exodontia de terceiros molares 429
Exodontia de dentes anquilosados/ com dilaceração apical/ raízes retentivas; 429
Frenectomia lingual 429
Ulectomias e/ou osteotomias corretivas 430
Cirurgia de tecidos duros e moles 430
Cirurgias pré-protéticas 430
Correções de comunicação buco sinusal 431
Excisão de fenômenos de retenção (Rânulas e cálculos de glândulas salivares) 431

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 34

5.4 PROTOCOLO SUGERIDO PARA A CONSULTA EM ESTOMATOLOGIA 433
Lesões bucais com características ulcerativas 433
Lesões decorrentes de peças protéticas antigas ou desadaptadas 434
Alterações de normalidade que suscitem diagnóstico duvidoso 434
Pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia e radioterapia 434
5.5 PROTOCOLO SUGERIDO PARA A CONSULTA EM PRÓTESE DENTÁRIA 435
Prótese Total Maxilar Superior 436
Próteses Total Dupla (Para ambas as arcadas) 436
Prótese Dentária Parcial Superior 436
Prótese Total Inferior 436
Reembasamento de prótese e readaptação de peças protéticas 437
5.6 PROTOCOLO SUGERIDO PARA A CONSULTA EM RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA 438
Pacientes com dificuldade de realização de tomada radiográfica na atenção primária 439
Pacientes com necessidade de Raio-x para fechamento de diagnóstico 439
Pacientes com necessidades cirúrgicas 439
5.7 PROTOCOLO SUGERIDO PARA A CONSULTA EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS (PESSOAS COM DEFICIÊNCIA). 439
Desvios e limitações intelectuais 441
Malformação e transtorno de caráter congênito 441
Malformação e transtorno de caráter genético 441
Distúrbios neurológicos 442
Doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central 442
Distúrbios psicológicos e/ou psiquiátricos 443
Distúrbios motores 443
Deficiências sensoriais 443
Doenças endócrinometabólicas 444
Doenças infectocontagiosas 444
Desvios de interação social que caracterizem transtornos e/ou déficit cognitivos 445
Comprometimento ou restrição fisiológica que demandem atenção especializada 445
Doenças de cunho sistêmico com caráter limitante 446
Pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia e radioterapia (CID C) 446
5.8 PROTOCOLO SUGERIDO PARA O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS (SOB SEDAÇÃO – ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO HOSPITALAR) ... 447
Desvios e limitações intelectuais e/ou déficit cognitivos 448
Má formações e transtornos de caráter congênito e/ou genético 448
Doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central 449
Distúrbios psicológicos e/ou psiquiátricos 449
Alterações sistêmicas e/ou fisiológicas de caráter limitante ou morbidade 449
5.9 PROTOCOLO SUGERIDO PARA A CONSULTA EM ODONTOPEDIATRIA 450
Adequação do meio bucal 451
Tratamento restaurador 451
Tratamento endodôntico 451
Cirurgia odontopediátrica geral 452
5.10 PROTOCOLO SUGERIDO PARA A CONSULTA EM FRENECTOMIA (ODONTOPEDIATRIA) 453
Anquiloglossia 453

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 35

INTRODUÇÃO

A Regulação do acesso aos serviços de saúde foi implantada no município de Campo Grande em novembro de 2008 por intermédio da ferramenta eletrônica do Sistema de Regulação – SISREG, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, sem incorrer em ônus para os municípios que se utilizam do mesmo (disponível no site: sisregiii.saude.gov.br), tal sistema é destinado a organização do acesso das consultas, exames e procedimentos ambulatoriais. Por ser ministerial, se utiliza da base de dados do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - CNES, da tabela SIGTAP e do Cartão Nacional de Saúde que em última atualização tornou possível a identificar do usuário através do número do Cadastro de Pessoa Física - CPF.

Ferramenta imprescindível na organização do fluxo ambulatorial através da Regulação das especialidades, exames e procedimentos que até então eram feitas através do Sistema Hygia que se utiliza da base Microsoft Disk Operating System – MS-DOS, que por sua vez efetuava o agendamento de forma manual e portanto capaz de favorecer usuários com maior habilidade e/ou familiarizados com o uso do referido sistema, comprometendo desta forma os critérios para priorização de pacientes visto que o processo de agendamento se dava sem o conhecimento das necessidades dos usuários.

Juntamente com a adesão ao SISREG foram elaborados os Protocolos de Acesso que foi elaborado em conjunto com a Supervisão Médica, com participação de câmaras técnicas compostas por médicos especialistas dos estabelecimentos de saúde. Tal procedimento possibilitou a consolidação de informações especificas necessárias para que os usuários pudessem ser priorizados consideradas suas necessidades e vulnerabilidades, seguindo os princípios dos SUS, da equidade, universalidade e integralidade.

A proposta da Regulação como componente vital dentro do Sistema Único de Saúde evoluiu no decorrer dos anos, no presente momento sua esfera de atuação abrangem todos os estabelecimentos de Saúde, já familiarizados com o Sistema. Centrais de Regulação do Interior foram capacitadas para atuar em consonância observando as premissas bem como os protocolos de acesso que norteiam a atividade reguladora, de maneira a inserir solicitações de forma coerente atentas às necessidades do usuário correspondente.

A ampliação gradual da oferta de consultas especializadas, exames de diagnóstico e demais procedimentos constituem desafio constante para os profissionais envolvidos nos processos reguladores, exigindo a capacitação constante e melhoria do nível técnico dos mesmos. Graças à atuação destes profissionais a Gerência de Regulação tornou-se uma importante ferramenta de diagnóstico junto aos gestores municipais, proporcionando a mensuração das lacunas e auxiliando no planejamento das ações futuras de promoção de saúde.

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 37

1 PROTOCOLOS DE ACESSO

Segundo a portaria de Consolidação de 28 de setembro de 2017, a Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos: a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e como sujeitos seus respectivos gestores públicos. É estabelecida pelo Complexo Regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Os protocolos de acesso às consultas especializadas médicas, odontológicas, bem como exames de média e alta complexidades são integrantes do processo de regulação dos sistemas municipal e estadual de saúde, que visam sobretudo a introdução de mecanismos e procedimentos capazes de otimizar as práticas de assistência do SUS, proporcionando acesso de qualidade às consultas, exames e demais procedimentos de responsabilidade dos serviços de saúde, favorecendo a integralidade, a equidade e a gestão responsável dos recursos mediante um monitoramento contínuo e em tempo real dos procedimentos realizados pelas unidades de saúde de Campo Grande além dos serviços contratados e/ou conveniados.

1.1 Características dos protocolos

Os protocolos de acesso são diretrizes que orientam o funcionamento da Central de Regulação para consultas especializadas e exames de média e alta complexidade, observando-se as seguintes particularidades:

a) são destinados aos profissionais de saúde, que utilizarão dos mesmos para direcionar os pacientes a uma avaliação do especialista ou quando necessitarem solicitar exames de média e alta complexidade;

b) possuem orientações e sugestões em relação às patologias mais frequentes de cada especialidade, baseando-se em relatos, descrições de quadro clínico e resultados de exames complementares, cabendo a ressalva de que tais relatos são estritamente responsáveis pela definição do caráter prioritário nas solicitações de

exames/procedimentos;

c) impedem que as solicitações sejam encaminhadas para consultas e exames sem que estas apresentem fundamentação técnica que justifique sua execução. Lembrando que o encaminhamento para consulta especializada deve ocorrer após a exaustão dos recursos e prerrogativas de competência da atenção primária à saúde (unidade básica de saúde - UBS/unidade de saúde da família - USF/clínica da família - CF), ou demais situações que configurem o não atendimento às necessidades do usuário propriamente dito;

d) não é atribuição dos protocolos limitar o acesso do usuário à consulta especializada, tampouco aos exames complementares de média e alta complexidade;

e) não havendo protocolo definido para o encaminhamento a ser efetuado, e desde que o mesmo tenha informações técnicas adequadas, a solicitação sempre deverá ser avaliada pelo profissional regulador, podendo ser discutido com o supervisor/gerente, para posterior agendamento, se for o caso;

f) a implementação dos protocolos de saúde é baseada nos termos, publicações e normativas emitidas pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O protocolo também considera a realidade epidemiológica do município de Campo Grande ao implantar o sistema de regulação (SISREG) de acesso às consultas especializadas e exames de média e alta complexidade;

g) os protocolos serão revistos periodicamente e a incorporação de novos protocolos poderá ocorrer mediante o diagnóstico situacional realizado pela Gerência de Regulação Ambulatorial (GRA). Esta conduta será adotada sempre que forem necessárias alterações referentes aos procedimentos da atenção especializada que preconizem o acréscimo, alteração e/ou extinção de um dos protocolos de acesso.

1.2 Participantes do Sistema de Regulação da Atenção Primária à Saúde

Serão consideradas como entidades que comporão a APS:

a) USF – Unidade de Saúde da Família;

b) UBS – Unidade Básica de Saúde;

c) CF – Clínica da Família;

d) Policlínica Odontológica;

Os profissionais de nível superior, ocupantes dos cargos de médicos e odontólogos atuantes nas USF/CF/US, atuarão como principais elos entre as mesmas, a Central de Regulação e Unidade de Referência, utilizando de forma adequada os protocolos vigentes.

1.3 Unidades de Referência

São unidades que realizam atendimento especializado: Centro de Saúde Especializado, Hospital e Serviço de Diagnóstico.

Essas unidades podem solicitar consultas e exames para outras referências especializadas. Na referência especializada o procedimento mais usual é a contrarreferência do paciente à unidade de saúde (US) solicitante do atendimento (consulta e/ou exame), a UBS/USF/CF.

1.4 Gerência de Regulação Ambulatorial

A Central de Regulação Ambulatorial tem como objetivo instituir e implementar a Política Municipal de Regulação no âmbito ambulatorial (consultas e exames especializados), de acordo com a legislação vigente.

Sua função é gerenciar as vagas de acesso às consultas e exames especializados de média e alta complexidade e pelo serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, que atua como o local onde são registradas todas as solicitações de atendimento (consultas especializadas e exames complementares de média e alta complexidade), bem como os encaminhamentos para outra referência ou contrarreferência.

Nota: os atendimentos efetuados em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que possam necessitar de consulta especializada, deverão ser encaminhados para APS (UBS/UBSF/CF), visto que todo o processo da regulação se inicia desta forma.

1.4.1 Formas de Encaminhamento

Todos os encaminhamentos deverão ser inseridos diretamente no Sistema de Regulação, e obedecer aos critérios, baseando-se nos protocolos de acesso para consultas, exames e procedimentos;

Não serão aceitos documentos impressos para encaminhamento de consultas, exames e procedimentos por parte da Unidade Solicitante, que sejam divergentes dos adotados pelo SISREG, quais sejam consultas (ANEXO 01), exames (ANEXO 02), consultas e exames espelho da solicitação inserido através do SISREG (ANEXO 03) salvos os casos devidamente expressos, sendo esses amplamente divulgados, integrando o protocolo de acesso, por meio de complementos deste regulamento, que poderão ser incluídos posteriormente após avaliação.

Os mesmos deverão conter na íntegra os termos da solicitação: código do procedimento solicitado; número do Cartão SUS (com fácil identificação e numeração atualizada, preferívelmente); descrição com letra legível (para encaminhamentos de origem manuscrita) e menção de referência ou contrarreferência indicando que o paciente em questão encontra-se com uma solicitação previamente inserida no SISREG, quando for o caso.

Nota: O espelho da solicitação inserido através do SISREG (ANEXO 03) será aceita quando o profissional solicitante for igual ao operador que efetuar a inserção no SISREG, quando forem profissionais distintos o encaminhamento não é válido.

É obrigatório o carimbo e assinatura do profissional solicitante.

1.4.2 Critérios para encaminhamento através das UBS/USF/CF

O encaminhamento em laudo para solicitação de consulta especializada deverá, impreterivelmente, conter:

a) identificação correta e completa do paciente;

b) CID-10 compatível com a história clínica;

c) descrição sucinta do histórico clínico, contendo data de início da queixa/patologia, exame físico realizado e evolução, juntamente com o motivo do encaminhamento;

d) descrever lesões e outros achados importantes;

e) resultado de exame complementar efetuado (normal ou alterado);

f) tratamentos realizados;

g) medicamentos em uso;

h) outras observações pertinentes ao encaminhamento efetuado.

1.4.3 Critérios para encaminhamento do usuário e/ou contrarreferência

Relatório do profisissional especialista em laudo de consulta especializada para contrarreferência, contendo:

a) identificação completa e correta do paciente;

b) diagnóstico definitivo com CID-10;

c) tratamento proposto;

d) resultado de exame complementar efetuado (normal ou alterado);

e) indicação para acompanhamento;

f) data de retorno, para reavaliação, se necessário;

g) outras observações pertinentes ao atendimento efetuado.

Nota: o laudo para solicitação de consulta especializada e o laudo de consulta especializada para contrarreferência são partes de um único impresso, conforme ANEXO 01.

1.4.4 Sistema de Regulação

Os encaminhamentos de consultas, exames e procedimentos para o nível especializado ambulatorial são de competência do profissional solicitante, através do SISREG. Este constitui uma ferramenta disponibilizada pelo MS que faz uso da base federal, compartilhando informações com os demais sistemas do Ministério, tais como o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) , Cadastro Nacional de Cartão do SUS (CNS) e Sistema de Prontuário Eletrônico (PEC).

As configurações de sistema para acesso aos demais municípios do interior se dão através da mesma ferramenta. Lembrando que é de responsabilidade de cada município do estado, cientes de suas necessidades e capacidade instalada, definir e configurar suas respectivas pactuações de procedimentos e serviços

através da Programação Pactuada e Integrada (PPI), cientes de que tais configurações possibilitam o acesso dos referidos municípios para realização dos procedimentos, consultas e exames especializados realizados em Campo Grande.

2 ACESSO PARA AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

O fluxo de atendimento do usuário do SUS inicia-se em um estabelecimento de saúde que esteja devidamente cadastrado no SCNES para prestar atendimento ambulatorial ao SUS e compete ao gestor municipal e estadual o controle e avaliação da produção ambulatorial processada e enviada para o gestor federal.

Nestes casos, o profissional responsável pelo usuário emite o Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Ambulatoriais conhecido genericamente como APAC, anteriormente denominado Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

O laudo é o documento que justifica, perante o órgão autorizador, a solicitação de procedimentos que prescindem de autorização prévia. Este documento contém dados de identificação do usuário, do profissional que solicitou o procedimento e do autorizador. Tem campos para descrever as condições que justificam a solicitação do procedimento, resultados de exames complementares, dados complementares específicos de (oncologia, quimioterapia, radioterapia, nefrologias e acompanhamento pós-cirurgia bariátrica), a hipótese diagnóstica inicial e/ou o diagnóstico definitivo, assim como o código e o nome do estabelecimento de saúde executor.

Existe um modelo padronizado de APAC (em alguns casos utiliza-se o SISREG para inserção do procedimento e autorização, considerando que contem os dados necessários à alimentação dos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial (ANEXO 04).

Considerando a portaria de Consolidação nº 2 de de 28 de setembro de 2017, Art. 6º - os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todos as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo. Assim, os processos de autorização de procedimentos como a APAC serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o

acompanhamento dos fluxos de referência e contrarreferência baseado nos processos de programação assistencial.

Lembrando que as autorizações de procedimentos dar-se-ão exclusivamente se o paciente teve acesso de forma regulada para fins de faturamento da unidade executante.

2.1 Atendimento/Acompanhamento em Reabilitação nas Múltiplas Deficiências

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos.

c) Motivos de encaminhamento**:**

- Reabilitação auditiva;
- Reabilitação física e/ou reabilitação intelectual;
- Reabilitação múltiplas deficiências
- Reabilitação pós COVID-19;
- Reabilitação visual.

2.1.1 Reabilitação auditiva

Deverão ser encaminhados os casos de perda auditiva e com redução da habilidade à comunicação oral dependente da audição. Serão aceitos para diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva, os usuários com qualquer idade, observando-se os seguintes pontos abaixo:

a) não encaminhar com cerúmen no conduto auditivo externo, devendo ser efetuada sua remoção, quando encaminhado por médico;

b) encaminhar usuários que apresentarem necessidades de avaliação mais complexa (audiologia), sendo que as instituições realizam: logoaudiometria (limiar de detecção de voz – LDV; índice percentual de reconhecimento de fala – IPRF; limiar de reconhecimento de fala - LRF), imitanciometria (timpanometria, complacência estática e refluxo estapediano), audiometria tonal limiar (vias aérea e óssea), audiometria de reforço visual (VRA) - vias aérea e óssea, audiometria em campo livre com pesquisa de ganho funcional, pesquisa do ganho de inserção (medida com microfone e sonda), emissões otoacústicas evocadas transientes e produto de

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

distorção (EOA) - sem sedação, potencial evocado auditivo de curta latência (BERA) sem sedação;

b)encaminhar usuários que podem fazer a concessão de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual, referenciados da atenção especializada;

c) encaminhar para confecção e reposição de molde auricular para pacientes protetizados na instituição.

Informações obrigatórias

Descrever o histórico da deficiência, o quadro clínico atual do paciente e a limitação funcional ocasionada pela deficiência. É obrigatório informar ainda se o paciente tem apenas uma deficiência ou deficiência múltipla (citar quais), mencionando, também, se o paciente:

a) é ou foi usuário de aparelho auditivo;

b) é ou foi usuário de outra instituição. Qual instituição?

Exames complementares

São autorizados a solicitar o procedimento de reabilitação auditiva, os seguintes profissionais:

- Fonoaudiólogo;
- Médico APS;
- Médico Neurologista;
- Médico otorrinolaringologista.
- Médico Pediatra,

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares (se houver):

- audiometria tonal e vocal e/ou audiometria e reforço visual;
- avaliação auditiva comportamental em crianças de 0 a 3 anos e/ou exame de emissões otoacústicas evocadas;
- imitanciometria;
- tomografia computadorizada de crânio;
- ressonância nuclear magnética de crânio;

- raio-x de crânio.

2.1.2 Reabilitação física e/ou reabilitação intelectual

Usuários com necessidade de reabilitação física e/ou intelectual por equipe multiprofissional com os seguintes diagnósticos ou hipótese diagnóstica:

a) lesão medular;

b) sequelas de traumas;

c) sequela de acidente vascular encefálico (AVE);

d) amputações;

e) traumatismo crânioencefálico (TCE);

f) doenças neuromusculares degenerativas;

g) neuropatias;

h) paralisia cerebral;

i) mielomeningocele;

j) microcefalia, hidrocefalia;

k) artrogripose congênita;

l) epilepsia;

m) transtorno do espectro autista;

n) mucopolissacaridose;

o) deficiência mental;

p) atraso global no desenvolvimento;

q) síndromes genéticas com comprometimento físico e/ou mental [Síndrome de Linefelter, Síndrome de Cri Duchat (Miado de Gato), Síndrome do X-Frágil, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Weaver, Síndrome de Turner, Síndrome de Angelman, Síndrome de Wolf Hirschhorn, Síndrome de West, Sindrome de Down;

r) outros motivos que comprometam o usuário em sua condição física ou intelectual.

Informações obrigatórias na solicitação

Descrever a história da deficiência, o quadro clínico atual do paciente, medicações em uso e a limitação funcional ocasionada pela deficiência. É

obrigatório informar ainda se o paciente tem apenas uma deficiência ou deficiência múltipla (citar quais).

Exames complementares (se houver):

- raio-x;
- ressonância magnética ou outros exames;
- tomografia computadorizada.

Profissional Solicitante:

- Fonoaudiólogo;
- Fisioterapeuta;
- Médico da APS;
- Psicólogo;
- Terapeuta ocupacional.

2.1.3 Reabilitação Múltiplas Deficiências

Deverão ser encaminhados usuários com necessidade de reabilitação por equipe multiprofissional em duas ou mais modalidades de reabilitação: física, intelectual, auditiva e/ou visual.

Informações obrigatórias na solicitação

Histórico clínico, tempo de evolução da patologia, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso; informar patologias associadas (se houver); informar prescrição de lentes (se houver); é obrigatório informar quais as deficiências do usuário.

Profissional Solicitante:

- Fisioterapeutas;
- Fonoaudiologo;
- Médicos;
- Terapeuta Ocupacional.

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 47

2.1.4 Reabilitação Pós COVID

Deverão ser encaminhados usuários com necessidade de reabilitação **pós infecção pelo SARS-CoV-2** que apresentem alguma sequela cardiorrespiratória ou neurológica.

Informações obrigatórias na solicitação

Histórico clínico, tempo de evolução da patologia, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso; informar patologias associadas (se houver). O encaminhamento deve ser realizado sempre após o 21º dia de infecção para avaliação do serviço.

Profissional Solicitante:

- Médicos.

2.1.5 Reabilitação visual

- H54.0 Cegueira, ambos os olhos;
- H54.1 Cegueira em um olho e visão subnormal em outro;
- H54.2 Visão subnormal de ambos os olhos

Considera-se pessoa com deficiência visual aquela que apresenta baixa visão ou cegueira.

Considera-se baixa visão ou visão subnormal, quando o valor da acuidade visual corrigida no melhor olho é menor do que 0,3 e maior ou igual a 0,05 ou seu campo visual é menor do que 20 graus no melhor olho com a melhor correção óptica.

Considera-se cegueira quando esses valores se encontram abaixo de 0,05 ou o campo visual menor do que 10 graus.

Informações obrigatórias

As solicitações realizadas para o procedimento de Reabilitação Visual deverão conter o histórico clínico, tempo de evolução da patologia, exames e

tratamentos realizados e medicamentos em uso. Além disso, é necessário informar também:

- as patologias associadas (se houver);
- prescrição de lentes (se houver);
- é obrigatório informar ainda se o paciente tem apenas uma deficiência ou deficiência múltipla (citar quais).

Profissional Solicitante:

- Neurologista;
- Oftalmologista.

No encaminhamento efetuado por oftalmologista, deverá conter a acuidade visual para longe com a melhor correção óptica (obrigatório).

No encaminhamento efetuado por neurologista não é obrigatório a informação da acuidade visual, quando o paciente tiver hipótese diagnostica de Deficiência Visual Cortical (DVC) que está associada a traumatismo crânioencefálico (TCE), paralisia cerebral, má formação congênita cerebral, infecção do sistema nervoso central e infecção intrauterina.

2.2 Protocolo sugerido para consulta em Acolhimento para Processo Transexualizador

a) Sexo: ambos

b) Idade: 18 a 75 anos.

c) Motivos de encaminhamento:

- usuários que sentem a incompatibilidade de gênero, quando não há reconhecimento do próprio corpo em relação à identidade de gênero (masculino ou feminino);
- processo transexualizador, tem como porta de entrada a APS, por meio do acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, e sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde, para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos níveis de atenção.

Nota: compreende-se, os transexuais e travestis, como usuários com demanda para o processo transexualizador.

Informações obrigatórias na solicitação

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão descrever:

- se o paciente já realizou o atendimento com o(a) Assistente Social e Enfermeiro(a) da UBS/USF/CF;

- descrever se o paciente realiza algum acompanhamento com profissional da atenção especializada e qual atendimento realizado.

Profissional Solicitante:

- Assistente social;
- Enfermeiro;
- Fonoaudiólogo;
- Médico da APS;
- Médico endocrinologista;
- Médico ginecologista;
- Médico psiquiatra;
- Médico urologista;
- Psicólogo.

2.3 Protocolo sugerido para Acompanhamento de Paciente Pós-Transplante de Coração

Consiste no acompanhamento clínico do paciente transplantado de coração; mensalmente no primeiro ano após o transplante e bimestralmente após o segundo ano, atendendo as especificações abaixo:

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 a 80 anos

c) Motivos do encaminhamento para atendimento:

- Paciente submetido a transplante de coração;

- Encaminhar com data do transplante, relato sucinto da história clínica relacionada ao transplante cardíaco, eventuais intercorrências ou complicações, medicações, exames laboratoriais e cardiológicos.

Profissional Solicitante:

▪Profissionais médicos cadastrados no programa de transplante cardíaco.

2.4 Protocolo sugerido para Consulta em Acompanhamento de Paciente Pós-Transplante de Rim

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos.

c) Motivos de encaminhamento:

▪ paciente submetido a transplante conjugado de rim.;

▪ o encaminhamento deve conter história clínica relacionada ao transplante, contendo esquema imunossupressor, dados do doador, intercorrências e resultados de exames;

▪ é importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, tempo de evolução e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, e medicações em uso.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares (se houver):

▪ clearance de creatinina;

▪ proteinúria de 24h;

▪ ultrassonografia de rins e vias urinárias;

▪ urocultura.

Profissional Solicitante:

▪Médico nefrologista;

▪Médico urologista.

2.5 Protocolo sugerido para Consulta em Acompanhamento de Paciente Pós-Transplante de Fígado

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos.

c) Motivos de encaminhamento:

▪ paciente submetido a transplante hepático;

▪ encaminhamento deve conter história clínica relacionada ao transplante, contendo esquema imunossupressor, dados do doador, data da realização do transplante, intercorrências e resultados de exames;

▪ é importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, tempo de evolução e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, e medicações em uso.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares (se houver):

- bilirrubinas totais e frações;
- fosfatase alcalina;
- gama-GT;
- hemograma com contagem de plaquetas;
- TAP;
- transaminases;
- ultrassonografia de abdômen total.

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral;
- Médico gastroenterologista;
- Médico hepatologista.

2.6 Protocolo sugerido para Acompanhamento de Paciente no Pré-Transplante Cardíaco

Consiste em consulta anual realizada para avaliação e acompanhamento pré-transplante de candidatos a transplante de coração.

a) Sexo: ambos

b) Idade: 18 a 65 anos.

c) Motivos do encaminhamento para o atendimento:

- encaminhar com relato sucinto da história clínica;
- condições mínimas necessárias para o paciente ser encaminhado ao ambulatório de pré-transplante cardíaco, tais como o uso obrigatório de medicação para IC otimizadas, detalhando a dose e a medicação no encaminhamento;
- classe funcional da insuficiência NYHA III/IV a despeito da medicação otimizada;
- ser encaminhado obrigatoriamente de um Ambulatório de Insuficiência Cardíaca.

Nota: o paciente deve ser previamente encaminhado pelo cardiologista da rede no SISREG, exclusivamente com o CID I-50, para o Ambulatório de Insuficiência Cardíaca.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares (se houver):

- ecocardiograma;
- eletrocardiograma;
- exames laboratoriais realizados (atualizados e discriminados no encaminhamento).
- radiografia de tóráx;

Profissional Solicitante:

- Médicos Cardiologistas cadastrados no programa de transplante cardíaco.

2.7 Protocolo sugerido para Aplicação de Toxina Botulínica

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos.

c) Motivos de encaminhamento para aplicação de toxina botulínica tipo A (Botox):

- encaminhar crianças com indicações para aplicação de botox;
- encaminhar crianças em acompanhamento multiprofissional;
- informar a patologia e outros dados relevantes;
- prematuros com atraso no desenvolvimento.

Indicações para aplicação de toxina botulínica tipo A

Distonias – espasmos musculares involuntários que produzem movimentos e posturas anormais frequentemente dolorosos: blefaro espasmo, distonia cervical, distonia de membro, distonia oro-mandibular, distonia laríngea, espasmo hemifacial.

Espasticidades – hiperatividade disfuncional muscular que limita a amplitude de movimentos articulares, causando incapacidade e dor, sendo um distúrbio frequente nas lesões congênitas ou adquiridas do Sistema Nervoso Central (SNC): hemiplegia espástica, esclerose múltipla, paraplegia espástica, sequelas de doenças cerebrovasculares, sequelas de Trauma Crânio Encefálico (TCE) e traumas raquimedulares, hipertonia espástica em grupos musculares ou músculos localizados.

Falhas – dos métodos conservadores (exercícios, órteses de posicionamento e medicação antiespástica) na manutenção da amplitude de movimento com risco de deformidade.

Efeitos Adversos, Falha Ou Contra-Indicação da medicação oral no controle da espasticidade.

Contra-indicações para aplicação de toxina botulínica tipo A

Absolutas – alergia conhecida ao medicamento, infecção no local, gravidez, hiperatividade muscular sem que se espere recuperação (estado vegetativo acamado crônico), fatores exacerbadores de tônus não controlados ITU (Infecção do Trato Urinário), Úlcera por Pressão, órteses mal adaptadas, calcificação heterotópica (miosite ossificante) produzindo anquilose, lesão medular completa e espasticidade abaixo da lesão.

Relativas – doença neuromuscular associada (miastenia gravis, doenças do neurônio motor), coagulopatias, falta de colaboração do paciente, contraturas fixas, lactação, uso de aminoglicosídeos (potencializador).

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Profissional Solicitante:

- Fisiatra do Centro Especializado em Reabilitação e Oficina Ortopédica da APAE (CER/APAE), nomenclatura autorizativa.

2.8 Protocolo sugerido para Consulta em Acompanhamento de Paciente Pós-Tranplante de Córnea

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos.

c) Motivos do encaminhamento:

- pacientes transplantados em casos de complicações e doenças associadas.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o histórico clínico do paciente, data e local do procedimento, exame físico, exames realizados, presença de comorbidades e medicações em uso.

Profissional Solicitante:

- Médico Oftalmologista.

2.9 Protocolo sugerido para Consulta Pré-Transplante Renal

a) Sexo: ambos

b) Idade: 18 a 69 anos.

c) Indicações para atendimento na especialidade:

- encaminhar com relato sucinto de quadro clínico, histórico na clínica de hemodiálise, data do início da diálise, doenças de base e histórico de transfusão sanguínea.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares (se houver): exames laboratoriais recentes, HbsAg, anti-Hbs, Anti-HCV e Anti-HIV PTH, Ecografia renal, ecocardiograma, raio-x, tomografia, ressonância magnética.

Profissional Solicitante:

40

- Médico nefrologista;
- Médico urologista.

2.10 Protocolo sugerido para Cuidados Com Estomas

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos.
c) Indicações para atendimento na especialidade:

- O paciente será elegível para cuidado de ostomia, quando o mesmo apresentar a confecção de uma urostomia, ileostomia e colostomia somente.

Profissional Solicitante:

- Enfermeiro;
- Médico.

2.11 Protocolo sugerido para Consulta em Fisiatria Toxina Botulínica

a) Sexo: ambos
b) Idade: 12 à 130 anos

Evidências clínicas e complementares

É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, localização da lesão, características, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso.

Informar se o paciente já fez tratamento com medicamentos orais, se o paciente já fez tratamento com toxina botulínica / tipo de toxina 100/500 U-local de tratamento ex. MMSS/MMII e data do último procedimento.

Profissional Solicitante:

- Médico.

2.12 Protocolo sugerido para OPM - Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção

Considera-se como órtese, os dispositivos (peça ou aparelho) de correção ou complementação de membros ou órgãos do corpo. Também definida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico; materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

Considera-se como prótese, as peça ou aparelho de substituição dos membros ou órgãos do corpo compreende qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

Considera-se como meios auxiliares de locomoção, os recursos de tecnologia assistiva disponibilizados às pessoas com deficiência. Proporcionam a mobilidade pessoal independente e ampliam as funções físicas, fornecendo apoio suplementar durante o deslocamento, através de marcha ou não, devendo sua prescrição obedecer a critérios objetivos.

São divididas em dois meios de acesso, conforme disposto a seguir.

2.12.1 Protocolo sugerido para grupo - prótese e órtese - COM MEDIDA

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- avaliação e prescrição da OPM pela equipe especializada;
- emissão de laudo para a solicitação de autorização junto ao órgão autorizador.

Profissional Solicitante:

- Fisioterapeutas;
- Médico;
- Terapeutas ocupacionais.

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 57

Nota: em caso de dúvidas, por parte do profissional solicitante, em qual procedimento solicitar a OPM desejada, orientamos a selecionar o procedimento AVALIACAO EM ORTESE - PROTESE E MATERIAIS ESPECIAIS (0301010048) para que os técnicos do CER avaliem e prescreva, de acordo com a necessidade do paciente.

Informações complementares

*Atentar-se para compatibilidade do procedimento com o CID conforme tabela SIGTAP.

*Os critérios para dispensação de OPM citados na Portaria nº 1272 de 25 de junho de 2013 são rigorosamente seguidos durante a avaliação.

*Para o pedido de cadeira de rodas motorizada adulto ou infantil (0701010223), o paciente deve trazer relatório da assistente social do município de origem constando as seguintes informações: relatório social considerando aspectos acerca do ambiente doméstico do usuário como presença de degraus, mobiliários, larguras de portas insuficientes, bem como aspectos do percurso cotidiano como calçadas e rampas inadequadas, presença de degraus, relevo acidentado e outros fatores que impeçam a utilização da cadeira de rodas motorizada.

Deve ser elucidado pelo profissional assistente social responsável se há indicação segura e necessária da utilização da cadeira de rodas motorizada para aquele paciente, conforme exigido na Portaria nº 1272 de 26 de junho de 2013. As demais avaliações exigidas em portaria serão realizadas pelo CER APAE.

2.12.2 Protocolo sugerido para próteses e órteses - SEM MEDIDA

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- avaliação e prescrição da OPM pela equipe especializada;
- emissão de laudo para a solicitação de autorização junto ao órgão autorizador.

Profissional Solicitante:

- Fisioterapeutas.
- Médicos;
- Terapeutas ocupacionais;

É obrigatório a descrição na solicitação de informações como peso, altura e/ou número do calçado usado. No caso de pedido de cadeira de rodas padrão, descrever o quadro motor do paciente.

Informações complementares

Para OPM's que não necessitam de medidas, NÃO SERÁ NECESSÁRIO A PRESENÇA DO USUÁRIO no dia agendado. Após agendamento (autorização pela Central de Regulação) entrar em contato com o CER (ou aguardar o CER entrar em contato com o usuário) para agendar a data de retirada do equipamento conforme disponibilidade de estoque/processo de compra do equipamento. Levar documentos pessoais do paciente no ato da retirada, conforme orientação do CER.

*Atentar-se para compatibilidade do procedimento x CID conforme tabela SIGTAP.

2.13 Protocolo sugerido para Grupo – Radioterapia Por Especificação

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Indicações para atendimento na especialidade:

- paciente oncológico portador de patologia maligna que necessite de radioterapia, indicando na solicitação o diagnóstico da patologia, CID-10 correspondente, procedimento solicitado;
- histórico das observações com as informações do quadro clínico; tratamentos prévios oncológicos realizados e datas, estadiamento clínico (TNM) T: tumor primário, N: linfonodos regionais e M: metástases à distância, finalidade da radioterapia (radical, adjuvante, antiálgica, paliativa, prévia, anti-hemorrágica);

É necessário comunicar se a radioterapia é concomitante com a quimioterapia; informando os resultados dos exames de imagem (raios X, tomografia

computadorizada, ressonância nuclear magnética), principalmente para a radioterapia dos casos de metástases.

Informar se há liberação odontológica (pós tratamento), para os casos de radioterapia de cabeça e pescoço.

Informar o peso do paciente, pois acima de 110 kg não é realizada a radioterapia em Campo Grande.

Nota: Pacientes oncológicos que não atendam as exigências contidas no histórico das observações e que não apresentarem, no local de realização da radioterapia, todos os exames informados, não serão atendidos;

Pacientes oncológicos com peso corporal acima de 110 kgs, devem ser encaminhados para Tratamento fora do Domicílio (TFD).

Braquiterapia é regulado e é realizada no Hospital do Câncer Alfredo Abrão (HCAA) por encaminhamento do médico oncologista.

Radioterapia – Tumores Malignos

Sistema Nervoso Central - tumor primário; meduloblastoma/ependimoma; hipófise; pineal.

Cabeça e Pescoço - boca/língua/orofaringe/nasofaringe/hipofaringe; lábio; laringe; tireoide; parótida.

Olho - metástase; retinoblastoma.

Tórax - traqueia; pulmão; pâncreas; esôfago; estômago; fígado; vesícula e vias biliares extra-hepáticas; timo.

Mama/Abdômen - Intestino delgado; reto; retossigmóide; retroperitônio; ânus e canal anal; rim/ureter/supra renal; bexiga; cólon.

Pelve Feminina - vagina; vulva; colo uterino; corpo uterino; ovário.

Pelve Masculina - pênis; testículo.

Próstata /Partes Moles - tumor primário; sarcoma pediátrico; sarcoma de Kaposi.

Pele/Metástase - cerebral; linfática; óssea.

Hematologia - doença de Hodgkin; linfoma não-Hodgkin; leucemia; mieloma múltiplo; plasmocitoma.

Profissional Solicitante:

- Cirurgião de cabeça e pescoço;
- Cirurgião plástico;
- Hematologista;
- Médico oncologista de UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e/ou CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia);
- Urologista.

2.14 Protocolo sugerido para solicitação de Imunohistoquímico de Neoplasias Malignas (por marcador)

Consiste na utilização de anticorpos monoclonais (marcadores) para determinar a ordem tecidual e o diagnóstico definitivo de neoplasias malignas inespecíficas ao exame histopatológico. Máximo de 06 marcadores por paciente. Não se aplica a receptores hormonais tumorais.

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- para determinar a origem tecidual e o diagnóstico definitivo de neoplasias malignas inespecíficas ao exame histopatológico;
- para identificar o marcador HER-2 em portadores de câncer de mama;
- para determinar a origem tecidual e o diagnóstico definitivo de neoplasias malignas inespecíficas ao exame histopatológico. Máximo de 06 marcadores por paciente;
- para identificar o marcador HER-2 em portadores de câncer de mama (Cid C 50 - mama), somente 01 marcador HER-2, (deverá estar descriminado no campo das observações = HER-2, uma vez que este código, nos casos de câncer de mama, somente poderá ser utilizado em especifico para identificação do referido marcador.

Nota: Não autorizar no mesmo laudo/pedido HER-2 + estrogênio + progesterona.

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico e laudo do exame do anatomopatológico e nome do laboratório que realizou o exame.

Profissional Solicitante:

- Cirurgião Dentista;
- Médico Dermatologista;
- Médico Ginecologista;
- Médico Mastologista;
- Médico Oncologista;
- Médico Pneumologista;
- Médico Urologista

2.15 Protocolo sugerido para solicitação de Determinação de Receptores Tumorais Hormonais

Consiste no exame de espécimen tumoral mamário ou de endométrio, para a determinação da ausência ou presença de receptores tumorais hormonais de estrogênios e progesterona, essenciais para a indicação da hormonioterapia do carcinoma de mama ou de endométrio.

a) Sexo: ambos

b) Idade: 19 à 130 anos

c) Informações gerais**:**

- máximo 02 marcadores por paciente;
- máximo de 02 exames por paciente;
- código de procedimento 0203020014.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, laudo do exame anatomopatológico e nome do laboratório que realizou o exame.

Profissional Solicitante:

- Cirurgião Dentista;
- Médico Dermatologista;
- Médico Ginecologista;
- Médico Mastologista;

- Médico Oncologista;
- Médico Pneumologista;
- Médico Urologista

2.16 Protocolo sugerido para solicitação de Determinação de Cariótipo em Sangue Periférico (com técnica de Bandas)

Consiste na análise de sangue periférico, bloqueadas na metáfase seguida de coloração especifica para identificação dos cromossomos e de suas diferentes regiões, tendo por base sua morfologia e tamanho e a presença de bandas, que são características de cada par, permitindo a detecção de aberrações numéricas e estruturais equilibradas ou não equilibradas.

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Informações gerais:
- prioridade para recém nascidos.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, histórico, justificativa e exames prévios realizados.

Profissional Solicitante:

- Médico Geneticista;
- Médico Neurologista;
- Médico Pediatra.

3 PROTOCOLOS DE ACESSO ÀS CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Os protocolos de acesso às consultas especializadas são integrantes do processo de regulação dos sistemas municipal e estadual de saúde, atuando como norteadores do processo de regulação das consultas especializadas realizadas pela Rede Municipal de Saúde – REMUS - de Campo Grande, bem como suas conveniadas, contratadas e/ou credenciadas.

3.1 Protocolo sugerido para Consulta em Acupuntura

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, assim como medicamentos em uso;
- encaminhar os casos sem resolução com o tratamento clínico convencional.

Indicações:

- as indicações listadas são de caráter geral, devendo o médico solicitante da consulta especializada avaliar a real indicação para a solicitação do atendimento, além disso, a terapêutica em acupuntura deve ser adjuvante à terapêutica tradicional.

Abaixo, segue a relação tabelada dos CIDs aceitos no procedimento de Consulta em Acupuntura:

Quadro 1 – CIDs aceitos na especialidade Consulta em Acupuntura

Infecções virais caracterizadas por lesões de pele e mucosas
B02.2 Herpes zoster acompanhado de outras manifestações neurológicas
B02.8 Herpes zoster com outras complicações
B02.9 Herpes zoster sem complicação
Transtornos mentais e comportamentais
F32.0 Episódio depressivo leve
F32.1 Episódio depressivo moderado
F41.2 Transtorno misto ansioso e depressivo
F41.3 Outros transtornos ansiosos mistos
F45.3 Transtorno neurovegetativo somatoforme
F48.0 Neurastenia
F51.0 Insônia não-orgânica
F51.2 Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

F51.8 Outros transtornos do sono devido a fatores não-orgânicos
F51.9 Transtorno do sono devido a fatores não-orgânicos não especificados
F52.3 Disfunção orgásmica
F52.5 Vaginismo não-orgânico
F52.6 Dispareunia não-orgânica
F54 Fatores psicológicos ou comportamentais associados à doença ou transtornos classificados em outra parte
F59 Síndromes comportamentais associadas a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos, não especificadas
F98.0 Enurese de origem não-orgânica
Doenças do sistema nervoso
G43.0 Enxaqueca sem aura (enxaqueca comum)
G43.1 Enxaqueca com aura (enxaqueca clássica)
G43.2 Estado de mal enxaquecoso
G43.3 Enxaqueca complicada
G43.8 Outras formas de enxaqueca
G43.9 Enxaqueca, sem especificação
G44.1 Cefaleia vascular, não classificada em outra parte
G44.2 Cefaleia tensional
G44.3 Cefaleia crônica pós-traumática
G44.4 Cefaleia induzida por drogas, não classificada em outra parte
G44.8 Outras síndromes de cefaleia especificadas
G45.0 Síndrome da artéria vértebro-basilar
G47.0 Distúrbios do início e da manutenção do sono (insônias)
G47.2 Distúrbios do ciclo vigília-sono
G47.9 Distúrbio do sono não especificado
G50.0 Nevralgia do trigêmio
G50.1 Dor facial atípca
G50.9 Transtorno não especificado do nervo trigêmeo
G51.0 Paralisia de bell (paralisia facial)
G53.0 Nevralgia pós-zoster
G54.0 Transtornos do plexo braquial

50

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

G54.1 Transtornos do plexo lombossacral
G54.2 Transtornos das raízes cervicais não classificadas em outra parte
G54.3 Transtornos das raízes torácicas não classificadas em outra parte
G54.4 Transtornos das raízes lombossacras não classficadas em outra parte
G54.5 Amiotrofia nevrálgica
G54.6 Síndrome dolorosa do membro fantasma
G54.7 Síndrome do membro fantasma sem manifestação dolorosa
G54.8 Outros transtornos das raízes e dos plexos nervosos
G54.9 Transtorno não especifícado das raízes e dos plexos nervosos
G55.1 Compressões das raízes e dos plexos nervosos em transtornos dos discos intervertebrais
G55.2 Compressões das raízes e dos plexos nervosos na espondilose
G55.3 Compressões das raízes e dos plexos nervosos em outras dorsopatias
G55.8 Compressões das raízes e dos plexos nervosos em outras doenças classificadas em outra parte
G56.0 Síndrome do túnel do carpo
G56.1 Outras lesões do nervo mediano
G56.2 Lesões do nervo cubital (ulnar) paralisia tardia do nervo cubital (ulnar)
G56.3 Lesão do nervo radial
G56.4 Causalgia
G56.9 Mononeuropatia dos membros superiores, não especificada
G56.8 Outras mononeuropatias dos membros superiores
G57.0 Lesão do nervo ciático
G57.1 Meralgia parestésica/síndrome do nervo cutâneo latéral da coxa
G57.2 Lesão do nervo femoral
Doenças do aparelho respiratório
J30 Rinite alérgica e vasomotora
J31 Rinite, nasofaringite e fariginte crônica
J32 Sinusite crônica
J45.0 Asma predominantemente alérgica

51

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

J45.1 Asma não-alérgica
J45.8 Asma mista
J45.9 Asma não especificada
Doenças do aparelho digestivo
K21.0 Doença de refluxo gastresofágico com esofagite
K21.9 Doença de refluxo gastresofágico sem esofagite
K29.3 Gastrite superficial crônica
K29.5 Gastrite crônica, sem outra especificação
K29.6 Outras gastrites
K29.7 Gastrite não especificada
K29.8 Duodenite
K29.9 Gastroduodenite, sem outra especificação
K58.0 Síndrome do cólon irritável com diarréia
K58.9 Síndrome do cólon irritável sem diarréia
K59.0 Constipação
K29.1 Diarréia funcional
K59.2 Cólon neurogêncio não classificado em outra parte
K59.4 Espasmo anal
K59.8 Outros transtornos funcionais especificados do intestino
Doenças da pele e do subcutâneo
L29.9 Prurido não especificado
L50 Urticária
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
M10.0 Gota idiopática
M10.1 Gota induzida por chumbo
M10.2 Gota induzida por drogas
M10.3 Gota devida à disfunção renal
M10.4 Outra gota secundária
M10.9 Gota, não especificada
M11.9 Artropatia por deposição de cristais não especificada
M15 Poliartrose
M16.1 Outras coxartroses primárias

52

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

M16.2 Coxartrose bilateral resultante de displasia

Profissional Solicitante:

▪Médico.

3.2 Protocolo sugerido para Consulta de Alergia e Imunologia Adulto e Infantil

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Faixa etária: Infantil : 0 a 14 anos

Adulto: 15 à 130 anos

d) Motivos de encaminhamento:

▪ Rinite alérgica de difícil controle;

▪ Asma alérgica de difícil controle;

▪ Urticária aguda e crônica e de difícil controle e/ou Angioedema;

▪ Dermatite atópica;

▪ Reações de hipersensibilidade medicamentosa, a contrastes ou vacinas;

▪Alergia ao látex;

▪ Alergias à picada de insetos.

▪ Conjuntivite alérgica;

▪Bebê chiador;

▪ Imunodeficiência primária (IDP);

Rinite alérgica de difícil controle

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Informar sintomas de:

▪ coriza;

▪ congestão nasal;

▪ prurido e ardor nos olhos, nariz e garganta;

▪ espirros constantes;

▪ complicações associadas (otites, sinusites e roncos);

53

- tabagismo dos pais e cuidadores (infantil);
- tabagismo domiciliar e laboral (adulto);
- convívio em locais de pouca ventilação e fumaça;
- encaminhar quando não houver sucesso com tratamento nas APS.

Encaminhar com exames complementares (se houver).

Asma brônquica ou Asma alérgica de difícil controle

Encaminhar os casos de asma com queixas de:

- dispnéia; tosse seca (principalmente à noite e pela manhã ao acordar);
- sibilância;
- opressão no peito.

Os encaminhamentos deverão conter o relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, assim como os medicamentos em uso.

Encaminhar os casos sem sucesso com tratamento clínico inicial.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares (se houver):

- Raio-x de tórax em Antero Posterior (AP) e perfil (recente – até 30 dias e descrever o laudo do exame);
- Hemograma;
- Parasitológico de fezes;
- IgE total;
- Espirometria.

Urticária aguda e crônica e de difícil controle e/ou Angioedema

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar pacientes com queixas de prurido e com placas no corpo, com episódios de repetição, com quadro prolongado e os casos sem melhora com o tratamento clínico nas APS.

Informar possíveis fatores desencadeantes.

Exames complementares não são necessários.

Nota: na urticária aguda, as lesões permanecem por até 06 semanas e na crônica, acima de 06 (seis) semanas.

Dermatite atópica

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso. Encaminhar quando não houver melhora com o tratamento inicial em UBS/ USF/CF.

Encaminhar com sintomas de:

- prurido intenso;
- lesões eritematosas;
- edema;
- crostas e descamações;
- pele ressecada;
- são mais frequentes as lesões de dobras do punho, cotovelo, atrás do joelho, mãos e pés (em crianças a fase sub-aguda é dos 02 aos 12 anos);
- na fase aguda o acometimento é facial (criança abaixo de 02 anos);
- informar histórico familiar de manifestação atópica.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares (se houver):

- Hemograma;
- Parasitológico de fezes;
- IgE total;
- Testes cutâneos.

Reações de hipersensibilidade medicamentosa, a contrastes ou vacinas;

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter,

de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar quando suspeitar de manifestações alérgicas de pele ou outra manifestação relacionada ao uso de medicamentos.

Exames complementares não são necessários.

Encaminhar quando suspeitar de manifestações alérgicas de pele ou outra manifestação, relacionada ao uso de medicamentos, e quando não houver sucesso na investigação e/ou tratamento com a retirada do medicamento.

Alergia ao látex

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Sintomas:

▪ dificuldade respiratória com “chiado” como a asma, tosse, garganta irritada, coriza, espirros.

Pele:

▪ coceira (prurido), vermelhidão e inchaço (urticária e vergões).

Olhos:

▪ coceira (prurido), lacrimejamento.

Os casos sem melhora com o tratamento clínico em US/USF/CF deverão ser encaminhados para este especialista.

Nota: Urticária de contato é a manifestação precoce mais comum de alergia ao látex.

Exames complementares não são necessários.

Alergia a picada de insetos

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Sintomas da alergia à picada de insetos:

▪ vermelhidão;

- inchaço na área;
- coceira;
- saída de líquido fluído e transparente pelo local da picada.

Os casos sem melhora com o tratamento clínico em US/USF/CF deverão ser encaminhados para este especialista.

Exames complementares não são necessários.

Nota: quadros de asma aguda, urticaria aguda, anafilaxia devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência.

Conjuntivite alérgica

Nota: Encaminhar os casos de conjuntivite alérgica com tratamento sem sucesso em UBS/USF/CF ao médico oftalmologista.

Bebê chiador

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos de criança menor de 02 anos que tenha “chiado” no peito, de forma persistente ou em crises (03 ou mais episódios em 01 ano), podendo a causa alérgica estar envolvida.

Exames complementares não são necessários.

Imunodeficiência Primária (IDP)

Encaminhar crianças que apresentem sinais que indiquem a possibilidade de IDP:

- duas ou mais pneumonias no último ano;
- quatro ou mais otites novas no último ano;
- estomatites de repetição ou monilíase oral por mais de 02 meses;
- abscessos de repetição ou ectima (vesícula ou pústula na pele que origina lesão úlcerada);
- 01 episódio de infecção sistêmica grave;

- asma grave, doença do colágeno ou doença auto-imune;
- efeito adverso da BCG e/ou infecção por microbactéria;
- fenótipo clínico sugestivo de síndrome associada à imunodeficiência;
- história Familiar de IDP (imunodeficiência primária).

Exames complementares não são necessários, se houver, encaminhar.

Nota: As crianças com queixa de respiração oral, com suspeita de causa alérgica, podem ser encaminhadas pela fonaudiologia para avaliação especializada, utilizando o CID-10 Z00.

Para manejo na APS:

- a grande maioria dos casos devem ser conduzidos na APS, por isso procurar investigar os casos o máximo possível na APS, bem como otimizar tratamentos e reavaliações antes do encaminhamento para serviço especializado. Ser o mais resolutivo possível.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: o quadro clínico (queixa e dados importantes do exame físico), medicamentos em uso, tempo de evolução e reavaliações, bem como o motivo do encaminhamento.

Solicitações incompletas serão devolvidas .

Encaminhamentos para a especialidade só serão aceitos quando houver descrição de falha ou difícil controle inicial das patologias.

Profissional Solicitante:

- Médico.

3.3 Protocolo sugerido para Consulta em Anestesiologia Clínica da Dor

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- capsulite adesiva do ombro (ou ombro congelado);
- cefaleia crônica por abuso medicamentoso;
- cefaleia tipo tensional crônica;

- cefaleias primárias crônicas;
- cefaleias trigemino-autonômicas crônicas;
- cervicalgia primária crônica;
- dor crônica da aracnoidite adesiva;
- dor crônica da articulação temporomandibular (ou transtornos temporomandibular);
- dor crônica da avulsão do plexo braquial;
- dor crônica da distonia cervical (ou torcicolo espasmódico);
- dor crônica da neuropatia alcoólica (ou polineuropatia alcoólica);
- dor crônica da neuropatia diabética (ou mononeuropatia ou polineuropatia diabética);
- dor Crônica da Neuropatia;
- dor crônica da pós-lesão medular;
- dor crônica de difícil controle (ou dor crônica intratável);
- dor crônica pós-fratura de costela;
- dor crônica pós-fratura de esterno;
- dor crônica pós-fratura de vértebra;
- dor crônica pós-fratura do cóccix;
- dor crônica pós-queimadura;
- dor crônica pós-quimioterapia (ou neuropatia pós-quimioterapia);
- dor crônica pós-radioterapia (ou neuropatia actínica);
- dor crônica secundária ao tumor (ou dor neuropática a tumoração);
- dor facial persistente idiopática (ou dor facial atípica);
- dor Generalizada Primária Crônica;
- dor Neuropática Mista Crônica;
- dor Oncológica Crônica;
- dor Pós-operatória Crônica;
- dor Pós-traumática Crônica;
- dores Musculoesqueléticas Primárias Crônicas;
- dores Neuropáticas Centrais Crônicas;
- dores Neuropáticas Periféricas Crônicas;
- dores Orofaciais Primárias Crônicas;
- dores Pélvicas Primárias Crônicas;
- enxaqueca crônica;

- espondiloartrose;
- euralgia do pudendo; Neuralgia do ílio-inguinal;
- fibromialgia (ou reumatismo muscular ou síndrome de dor difusa);
- lombalgia primária crônica (ou dor lombar baixa);
- lombocitalgia crônica (ou lumbago com ciática);
- neuralgia ciática crônica (ou ciática);
- neuralgia do facial (ou nevralgia do intermediário);
- neuralgia do genitofemoral;
- neuralgia do glossofaríngeo (ou transtornos do nervo; glossofaríngeo);
- neuralgia do ílio-hipogástrio;
- neuralgia do occipital;
- neuralgia do trigêmeo (ou nevralgia do trigêmeo);
- osteoartrose do joelho;
- osteoartrose do quadril;
- plexalgia braquial crônica (ou transtornos do plexo braquial);
- principais dores secundárias crônicas - Dor Orofacial Secundária Crônica;
- radiculalgia crônica (ou radiculopatia);
- síndrome de ardor bucal;
- síndrome de dor crônica da capsula articular do ombro;
- síndrome de dor crônica de difícil controle;
- síndrome de dor crônica de Reynaud;
- síndrome de dor crônica do membro fantasma;
- síndrome de dor crônica pós-acidente vascular cerebral (AVC);
- síndrome de dor da avulsão do plexo braquial;
- síndrome de dor vesical crônica (ou cistite intersticial crônica);
- síndrome de dores viscerais primárias crônicas;
- síndrome de lombociatalgia crônica;
- síndrome de neuralgia femorocutânea crônica;
- síndrome de neuralgia intercostal crônica;
- síndrome de neuralgia pós-herpética crônica;
- síndrome de neuralgias pélvicas primárias crônicas;
- síndrome do intestino irritável crônico;

- síndromes de dores crônica da osteoartrose;
- síndromes de dores regionais complexas;
- síndromes de dores regionais crônicas (ou dores miofasciais);
- tipo I - sem lesão nervosa - (ou algoneurodistrofia, distrofia simpática reflexa, síndrome ombro-mão ou atrofia de Sudeck);
- tipo II - com lesão nervosa - (ou causalgia). Síndrome de plexalgia braquial crônica;
- toracalgia primária crônica (ou dor de coluna torácica);
- torcicolo primário crônico.

O atendimento ambulatorial Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) da Clínica de Dor, tem o foco em dor crônica de origem oncológica.

Profissional Solicitante:

- Médico anesteologista.
- Médico neurologista;
- Médico oncologista;
- Médico ortopedista.

3.4Protocolo sugerido para Angiologia (clínica e cirúrgica)

a) Sexo: ambos
b) Idade: 15 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- doenças arteriais;
- dor mais dormência e/ou edema em membros inferiores;
- insuficiência circulatória arterial/venosa;
- pé diabético;
- úlceras de perna;
- varizes de membros inferiores.

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos de varizes de grosso e médio calibre, com ou sem

sintomas e com descrição do aspecto das varizes.

Tratamento Cirúrgico

São indicados para tratamento cirúrgico os portadores de varizes de classificação clínica "CEAP" 2,3,4 e 5, sendo, de acordo com o nível de comprometimento quanto à quantidade, disseminação em membros inferiores, variação de calibre (2 a 4mm). Também são passíveis de tratamento cirúrgico as veias varicosas de classificação clínica CEAP 1, conforme quadro abaixo.

Quadro 2 - Classificação e graduação das doenças venosas (CEAP):

Classe 0 – Não apresenta doença venosa;
Classe 1 – Telengectasias e/ou veias reticulares (2 a 4mm);
Classe 2 – Veias varicosas (>4mm);
Classe 3 – Classe 2 + Edema;
Classe 4 – Classe 3 + Pigmentação, eczema e lipodermoesclerose;
Classe 5 – Classe 4 + Úlcera varicosa cicatrizada;
Classe 6 – Úlcera varicosa aberta.

Doenças arteriais

▪Os atendimentos para tratamentos de doenças arteriais atenderão aos seguintes critérios de tratamento:

▪aneurisma da aorta abdominal infra-renal;
▪aneurisma periférico, visceral e carótidas;
▪estenose ou oclusão de carótidas e vertebrais;
▪oclusão de aorta abdominal e ilíaca (síndrome de Leriche);
▪insuficiência circulatória arterial de membros;
▪úlceras isquêmicas de membros;
▪pé diabético apenas isquêmico (ausência de pulsos distais);
▪tromboangeite obliterante;
▪fístulas arteriovenosas traumáticas;
▪acesso vascular de grandes vasos.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

▪ultrassonografia de vasos com Doppler (aneurisma, estenose, oclusões e fístulas - se houver);

▪glicemia de jejum;

▪hemoglobina glicada (Obrigatório em pacientes diabéticos);

▪perfil lipídico completo.

Dor mais dormência e/ou edema em membros inferiores

História clínica sucinta contendo características do quadro, presença de claudicação intermitente, alterações da perfusão periférica e patologias associadas.

Exame físico: Relatar dados importantes que se referem à palpação dos pulsos.

Exames complementares necessários:

▪Glicemia;

▪VDRL;

▪Creatinina;

▪Colesterol total e frações (se houver);

▪Triglicerídeos (se houver);

▪Hemograma completo (se houver);

▪Raios-X de coluna lombo-sacro em AP e perfil (se houver);

▪Ultrassonografia de vasos com Doppler (se houver).

Nota: Edema de 01 extremidade de início súbito com dormência à palpação sem traumas aparentes e com possibilidade de trombose e sinais de isquemia arterial aguda deve ser encaminhado para as Unidades de urgência/emergência.

Insuficiência circulatória arterial/venosa

Para os casos que necessitarem de tratamento por Insuficiência Arterial ou Venosa, deverão ser encaminhado, somente, os pacientes com alterações dos pulsos e perfusão associada ou não a claudicação intermitente.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma completo;
- glicemia de jejum;
- hemoglobina glicada, se houver (Obrigatório em pctes diabéticos);
- colesterol total e frações;
- triglicerídeos;
- creatinina;
- ureia;
- ultrassonografia de vasos com Doppler (se houver).

Orientar o paciente a levar o resultado dos exames ao especialista no dia da consulta.

Pé Diabético

Terão acesso ao procedimento somente pacientes com alterações de perfusão periférica e da palpação de pulsos associado ou não a claudicação intermitente.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma completo;
- glicemia de jejum;
- hemoglobina glicada , se houver (Obrigatório em pctes diabéticos);
- colesterol total e frações;
- triglicerídeos;
- creatinina;
- ureia;
- ultrassonografia de vasos com Doppler (se houver).

Orientar o paciente a levar o resultado dos exames ao especialista no dia da consulta.

Úlcera de perna

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Os casos que necessitam de atendimento devido a úlcera de perna, deverão ser encaminhados quando apresentam quadro infeccioso ou em terapêutica com antibióticos. O controle glicêmico rígido é fator primordial no processo de cicatrização.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma;
- glicemia de jejum;
- hemoglobina;
- hemoglobina glicada, se houver (obrigatório em paciente diabético);
- triglicerídeos ;
- colesterol total ;
- creatinina ;
- ureia.

Orientar o paciente a levar o resultado dos exames ao especialista no dia da consulta.

Varizes de membros inferiores

Deverão ser encaminhados para essa especialidade, os casos de varizes de grosso e médio calibre, com ou sem sintomas e com descrição obrigatória do aspecto das varizes (observar classificação CEAP). Já os pacientes com varizes de pequeno calibre, com ou sem sintomas, devem ser seguidos na atenção primária (observar classificação).

Encaminhar lesões ulcerosas sem foco ou em terapêutica com antibióticos, nesses casos, o controle glicêmico rígido é fator primordial no processo de cicatrização.

Procedimentos estéticos não são regulados.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma;
- glicemia de jejum;
- hemoglobina;

65

- hemoglobina glicada, se houver (obrigatório em paciente diabético)
- triglicerídeos ;
- colesterol total ;
- creatinina ;
- ureia.

Orientar o paciente a levar o resultado dos exames ao especialista no dia da consulta.

Para manejo na APS:

- a maioria dos fatores de risco para doença arterial periférica (tabagismo, diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial) deve ser manejada na APS, assim como promoção a hábitos de vida saudáveis e interrupção do tabagismo.

- várias patologias do sistema venoso devem ser conduzidas inicialmente na APS, com mudança de estilo de vida, orientações laborais, redução ponderal e uso de medicamentos.

- pacientes com redução da amplitude de pulsos sem alteração da perfusão e assintomáticos devem ter esses fatores de risco controlados dentro da APS não devendo ser encaminhados para a especialidade.

- somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação ou mudança de plano terapêutico inicial (indicação cirúrgica) e em que o manejo de situações não é possível de ser realizada na APS, como a indicação de desobstrução cirúrgica ou refratária ao tratamento ambulatorial.

- procurar investigar e conduzir o máximo possível o caso antes do encaminhamento ao especialista. Todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que o encaminhou e a ele deve retornar com contrarreferência quando liberado pelo especialista.

- pacientes com úlcera infectada e com área extensa de necrose tecidual, com indicação; casos agudos de oclusão arterial; casos de suspeita de trombose venosa profunda de debridamento cirúrgico imediato devem ser encaminhados ao serviço de urgência/emergência.

Nota: com micro-varizes, não encaminhar para procedimentos estéticos;

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, obrigatoriamente: o quadro clínico (queixa e dados importantes do exame físico), medicamentos em uso, tempo de evolução e reavaliações, bem como o motivo do encaminhamento.

Pacientes diabéticos devem estar com o controle glicêmico o mais próximo possível das metas terapêuticas e a descrição do estado glicêmico é obrigatória. Pacientes sem descrição do controle glicêmico ou com descontrole glicêmico não serão regulados.

Solicitações incompletas serão devolvidas.

Profissional Solicitante:

Consulta em angiologia clínica:

- Médicos;

Consulta em angiologia cirúrgica:

- Médico angiologista;
- Médico cirurgião vascular.

3.5 Protocolo sugerido para Assistência Fisioterapêutica Cardiovasculares e Pneumofuncionais

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Procedimentos atendidos de acordo com a tabela SIGTAP:

- **0302040013** - Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório com complicações sistêmicas;
- **0302040021** - Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas;
- **0302040030** - Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno clínico cardiovascular;
- **0302040048** - Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós cirurgia cardiovascular;
- **0302040056** - Atendimento fisioterapêutico nas disfunções vasculares periféricas;

Indicação:

- doenças crônicas (pulmonares e cardíacas) com limitação as atividades de vida diária;

- limitação das atividades básicas de vida diária relacionadas a quadros de dispneia;

- paciente em perda aguda da autonomia com potencial de reabilitação;

- pacientes em uso de traqueostomia com possibilidade de desmame;

- pós operatório de cirurgia cardíaca, abdominais e ortopédicas;

- pós-internação hospitalar associada a quadros de afecções pulmonares;

- pré-operatórios de cirurgias de grande porte (cirurgias cardíacas; abdominais);

- quadros de pneumonia em idosos e crianças.

Para atendimento na APS:

▪ doenças crônicas sem limitação grave nas atividades físicas;

▪ acompanhamento domiciliar de pacientes em uso de traqueostomia sem possibilidade de desmame;

▪ hipertensão arterial sistêmica controlada.

Para atendimento no Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), quando houver cobertura, encaminhar o usuário que tenha necessidade de abreviar ou evitar a hospitalização e apresente:

▪ afecções agudas ou crônicas agudizadas com necessidade de cuidados intensificados (tratamento parenteral, ventilação não invasiva, ventilação invasiva, curativos complexos, antibioticoterapia com restrição ao leito);

▪ afecções crônico degenerativas com restrição ao leito que demande necessidade de atendimento multiprofissional até estabilização;

▪ cuidados paliativos.

Nota: é obrigatório descrever a história da doença, medicações e/ou outras intervenções realizadas e o quadro clínico atual do paciente, ao solicitar o procedimento.

Profissional solicitante:

▪Médico;

3.6 Protocolo sugerido para Assistência Fisioterapêutica em Alterações Neonatais e Uroginecológica

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Procedimentos atendidos de acordo com a tabela SIGTAP:

- **0302010017** - Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré/pós cirurgias uroginecológicas;
- **0302010025** - Atendimento fisioterapêutico em pacientes c/ disfunções uroginecológicas;

Indicação:

- alterações vaginais pós parto;
- bexiga hiperativa;
- bexiga neurogênica;
- disfunção erétil;
- disfunções urinárias com comprometimento de trato urinário superior;
- incontinência urinária por esforço;
- incontinência urinária pós prostatectomia;
- pós operatório de cirurgias genitais femininas com estenose vaginal, vaginismo, vulvodínea, dor pélvica crônica;
- prolapsos pélvicos;
- retenção urinária infantil;
- todas as alterações urinárias ou de prolapsos pélvicos que causem sofrimento ao sujeito;
- urgência miccional.

Para atendimento na APS:

- paciente restrito ao leito ou domicílio, para acompanhamento domiciliar e orientações de incontinência urinária leve.

Para atendimento no SAD, quando houver cobertura, encaminhar o usuário que tenha necessidade de abreviar ou evitar a hospitalização e apresente:

▪ afecções agudas ou crônicas agudizadas com necessidade de cuidados intensificados (tratamento parenteral, ventilação não invasiva, ventilação invasiva, curativos complexos, antibioticoterapia com restrição ao leito);

▪ afecções crônico degenerativas com restrição ao leito que demande necessidade de atendimento multiprofissional até estabilização;

▪ cuidados paliativos.

Nota: é obrigatório descrever a história da doença, medicações e/ou outras intervenções realizadas e o quadro clínico atual do paciente, ao solicitar o procedimento.

Profissional Solicitante:

▪Médico.

3.7 Protocolo sugerido para Assistência Fisioterapêutica em Oftalmologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Procedimentos atendidos de acordo com a tabela SIGTAP:

▪ 0302030018 - Atendimento fisioterapêutico em pacientes com alterações oculomotoras centrais c/ comprometimento sistêmico;

▪ 0302030026 - Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras periféricas;

Indicação:

▪ estrabismo convergente e divergente (congênitos e transitórios);

▪ labirintite;

▪ pós-operatório imediato de correção de estrabismo;

▪ sequela de traumatismo de nervos cranianos (facial, oculomotor, abducente e troclear).

Para atendimento na APS:

▪ paciente restrito ao leito ou domicílio, para acompanhamento domiciliar e orientações.

Para atendimento no SAD, quando houver cobertura, encaminhar o usuário que tenha necessidade de abreviar ou evitar a hospitalização e apresente:

▪ afecções agudas ou crônicas agudizadas com necessidade de cuidados intensificados (tratamento parenteral, ventilação não invasiva, ventilação invasiva, curativos complexos, antibioticoterapia com restrição ao leito);

▪ afecções crônico degenerativas com restrição ao leito que demande necessidade de atendimento multiprofissional até estabilização;

▪ cuidados paliativos.

Nota: é obrigatório descrever a história da doença, medicações e/ou outras intervenções realizadas e o quadro clínico atual do paciente, ao solicitar o procedimento.

Profissional solicitante:

▪Médico.

3.8 Protocolo sugerido para Assistência Fisioterapêutica em Alterações Oncológicas

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Procedimentos atendidos de acordo com a tabela SIGTAP:

▪ 0302020012 - atendimento fisioterapêutico de paciente com cuidados paliativos;

▪ 0302020020 - atendimento fisioterapêutico em paciente oncológico clínico;

▪ 0302020039 - atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós cirurgia oncológica;

Indicação:

▪ perda funcional causada pela neoplasia ou pela cirurgia;

▪ pós-operatório imediato;

▪ sequelas motoras e sensitivas em pós operatório tardio.

Para atendimento na APS:

▪ paciente restrito ao leito ou domicílio, para acompanhamento domiciliar e orientações.

Para atendimento no SAD, quando houver cobertura, encaminhar o usuário que tenha necessidade de abreviar ou evitar a hospitalização e apresente:

▪ afecções agudas ou crônicas agudizadas com necessidade de cuidados intensificados (tratamento parenteral, ventilação não invasiva, ventilação invasiva, curativos complexos, antibioticoterapia com restrição ao leito);

▪ afecções crônico degenerativas com restrição ao leito que demande necessidade de atendimento multiprofissional até estabilização;

▪ cuidados paliativos.

Nota: é obrigatório descrever a história da doença, medicações e/ou outras intervenções realizadas e o quadro clínico atual do paciente, ao solicitar o procedimento.

Profissional solicitante:

▪Médico;

3.9 Protocolo sugerido para Assistência Fisioterapêutica em Queimados

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Procedimentos atendidos de acordo com a tabela SIGTAP:

▪ **0302070010** - Atendimento fisioterapêutico em paciente médio queimado;

▪ **0302070036** - Atendimento fisioterapêutico em paciente com seqüelas por queimaduras (médio e grande queimados);

Indicação:

▪- queimaduras em idosos e crianças, envolvendo mais de 40% da superfície corporal;

▪- queimaduras de 3º grau;

▪- queimaduras de 2º grau em extremidades (mão, punho, pé e tornozelo);

▪- queimaduras de 2º grau;

▪- queimaduras envolvendo até 40% da superfície corporal.

Para atendimento na APS:

▪ paciente restrito ao leito ou domicílio pós internação ou quadro crônico de queimadura, para acompanhamento domiciliar e orientações.

Para atendimento no SAD, quando houver cobertura, encaminhar o usuário que tenha necessidade de abreviar ou evitar a hospitalização e apresente:

▪ afecções agudas ou crônicas agudizadas com necessidade de cuidados intensificados (tratamento parenteral, ventilação não invasiva, ventilação invasiva, curativos complexos, antibioticoterapia com restrição ao leito);

▪ afecções crônico degenerativas com restrição ao leito que demande necessidade de atendimento multiprofissional até estabilização;

▪ cuidados paliativos.

Nota: é obrigatório descrever a história da doença, medicações e/ou outras intervenções realizadas e o quadro clínico atual do paciente, ao solicitar o procedimento.

Profissional Solicitante:

▪Médico.

3.10 Protocolo sugerido para Assistência Fisioterapêutica nas Disfunções Musculoesqueléticas

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Procedimentos atendidos de acordo com a tabela SIGTAP:

▪ **0302050019** - Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré e pós-operatório nas disfunções músculo esqueléticas;

▪ **0302050027** - Atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras;

Indicação:

▪ doenças relacionadas ao trabalho com relato de afastamento;

▪ lesões por esforço repetitivo;

▪ limitação da amplitude de movimento;

▪ pós-operatório de amputação;

- pós-operatório realizado há mais 3 meses;
- pós-trauma (priorizando trabalhador, idosos e crianças);
- pré-operatório;
- quadro de dor em fase aguda ou com perda da função sensório motora;
- situações em que o paciente realizou pós-operatório imediato.

Para manejo na APS:

Deverão ser atendidas na APS que tem apoio da Equipe Nasf-AB com profissional Fisioterapeuta, as seguintes patologias:

- queixas de dores na coluna há mais de 6 meses sem perda de funções sensório-motoras;
- disfunções ortopédicas há mais de 6 meses;
- dor crônica há mais de 1 ano;
- doenças reumatológicas sem sintomas agudos;
- pacientes restrito ao leito ou ao domicílio com quadro de dor ou disfunção ortopédica para orientações.

Para atendimento no SAD, quando houver cobertura, encaminhar o usuário que tenha necessidade de abreviar ou evitar a hospitalização e apresente:

- afecções agudas ou crônicas agudizadas com necessidade de cuidados intensificados (tratamento parenteral, ventilação não invasiva, ventilação invasiva, curativos complexos, antibioticoterapia com restrição ao leito);
- afecções crônico degenerativas com restrição ao leito que demande necessidade de atendimento multiprofissional até estabilização;
- cuidados paliativos.

Nota: é obrigatório descrever a história da doença, medicações e/ou outras intervenções realizadas e o quadro clínico atual do paciente, ao solicitar o procedimento.

Profissional solicitante:

- Médico.

3.11 Protocolo sugerido para Assistência Fisioterapêutica nas Alterações em Neurologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Procedimentos atendidos de acordo com a SIGTAP:

▪ **0302060014** - Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais sem complicações sistêmicas;

▪ **0302060022** - Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas;

▪ **0302060030** - Atendimento fisioterapêutico nas desordens do desenvolvimento neuro motor;

▪ **0302060049** - Atendimento fisioterapêutico em paciente c/ comprometimento cognitivo;

Indicação:

▪ alteração vestibular;

▪ Alzheimer;

▪ doenças neurodegenerativas infanto-juvenil;

▪ doenças neurodegenerativas;

▪ paralisia facial;

▪ Parkinson;

▪ pós Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou Traumatismo crânioencefálico (TCE) em fase aguda;

▪ priorizar criança de 0 a 3 anos com necessidade de intervenção precoce e diagnóstico de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor;

▪ quadros agudos com diagnóstico neurológico recente sem histórico de reabilitação;

▪ síndrome pós-poliomielite.

Para manejo na APS:

Deverão ser atendidas na APS que tem apoio da Equipe Nasf-AB com profissional Fisioterapeuta, as seguintes patologias:

acompanhamento domiciliar e prevenção de deformidades de quadros crônicos de AVE;

Alzheimer;
avaliação do pé diabético;
AVE em quadro de manutenção ou alta da especialidade;
paralisia cerebral;
Parkinson e demais disturbios neurológicos;
TCE.

Para atendimento no SAD, quando houver cobertura, encaminhar o usuário que tenha necessidade de abreviar ou evitar a hospitalização e apresente:

▪ afecções agudas ou crônicas agudizadas com necessidade de cuidados intensificados (tratamento parenteral, ventilação não invasiva, ventilação invasiva, curativos complexos, antibioticoterapia com restrição ao leito);

▪ afecções crônico degenerativas com restrição ao leito que demande necessidade de atendimento multiprofissional até estabilização;

▪ cuidados paliativos.

Nota: é obrigatório descrever a história da doença, medicações e/ou outras intervenções realizadas e o quadro clínico atual do paciente, ao solicitar o procedimento.

Nota: para os serviços de atenção multiprofissional quando o paciente apresentar múltiplas deficiências, com necessidade de atendimento de mais de uma especialidade, favor encaminhar no procedimento “Acolhimento em centro especializado de reabilitação” (ver protocolo).

Profissional solicitante:

▪Médico.

3.12 Protocolo sugerido para Consulta em Cardiologia Adulto

a) Sexo: ambos

b) Idade: acima de 12 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ ambulatório de endovascular – aneurisma;

▪ arritmias;

- avaliação cardiológica para populações acima de 45 anos (sexo masculino) e 50 nos (sexo feminino);
- avaliação para atividade física;
- cardiologia – estudo eletrofisiológico.
- dor torácica/precordialgia;
- estimulação cardíaca artificial (marcapasso, ressincronizador multissítio e cardiodesfibriladores) – prevenção de morte súbita;
- hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle;
- insuficiência cardíaca congestiva Classe Funcional III e IV (NYHA);
- insuficiência cardíaca congestiva;
- insuficiência coronariana;
- miocardiopatias;
- parecer cardiológico – pré-operatório;
- sopros/valvulopatias estabelecidas.

Profissional solicitante:

- Médico.

Nota: todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que o encaminhou e a ele deve retornar, quando liberado pelo especialista.

O ambulatório de cardiologia do HRMS, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS) e Santa Casa destinam-se a pacientes que necessitam de tratamentos ou procedimentos de média ou alta complexidade.

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de Difícil Controle

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: o quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Serão encaminhaos os pacientes com HAS moderada ou severa, sem controle clínico, associado a alterações em órgãos-alvo ou aqueles com comorbidades, devendo o médico que solicitar a avaliação, justificar com clareza o que deseja do encaminhamento.

Nota: pacientes com HAS de diagnóstico recente, leve, sem complicações ou doenças associadas, poderão ser acompanhados pelo médico da APS;

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

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma com plaquetas;
- glicemia de jejum;
- colesterol total e frações;
- triglicerídeos;
- creatinina;
- ácido úrico;
- urina tipo I;
- uréia;
- sódio;
- potássio.

Caso o paciente tenha realizado os seguintes exames, incluir o resultado: eletrocardiograma (ECG), raios X de tórax, ecocardiograma (ECO), espirometria, Ultrassonografia de abdômen, orientar o paciente a levar ao especialista.

Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Deverão ser encaminhados todos os pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, com atenção especial aos casos de ICC moderada ou severa sem controle clínico ou aqueles com comorbidades (diabetes mellitus, insuficiência renal, pneumopatia).

É necessário especificar os motivos de encaminhamento ao especialista, descrevendo os sinais e sintomas que justifiquem o encaminhamento.

Serão considerados como exame físico: medida da pressão arterial, relatos

importantes da ausculta cardiorrespiratória, descrição da presença de dispnéia, visceromegalias e edema de MMII.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma com plaquetas (se houver);
- glicemia de jejum;
- colesterol total e frações;
- triglicerídeos;
- creatinina;
- uréia;
- potássio.

Caso o paciente tenha realizado os seguintes exames, incluir o resultado: eletrocardiograma (ECG), raios X de tórax, ecocardiograma (ECO), teste ergométrico, cateterismo cardíaco, orientar o paciente a levar ao especialista.

Insuficiência Cardíaca Congestiva Classe Funcional III e IV (NYHA)

O motivo do encaminhamento pelo CARDIOLOGISTA OU CLÍNICO da rede deverá objetivar tratamento ou procedimento de média ou alta complexidade.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Deverão ser encaminhados todos os pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, com atenção especial aos casos de ICC moderada ou severa sem controle clínico ou aqueles com comorbidades (diabetes mellitus, insuficiência renal, pneumopatia), ou ainda que necessitam da estrutura hospitalar para o tratamento ou diagnóstico.

É necessário especificar os motivos de encaminhamento ao especialista, descrevendo os sinais e sintomas que justifiquem o encaminhamento.

Serão considerados como exame físico: medida da pressão arterial, relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória, descrição da presença de dispnéia, visceromegalias e edema de MMII.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma com plaquetas (se houver);
- glicemia de jejum;
- colesterol total e frações;
- triglicerídeos;
- creatinina;
- ureia;
- potássio;
- ecodoppler cardiograma (se houver);
- eletrocardiograma (se houver);
- raios X de tórax.

Caso o paciente tenha realizado os seguintes exames, incluir o resultado: teste ergométrico e cateterismo cardíaco.

Orientar o paciente a levar o resultado dos exames ao especialista no dia da consulta.

Insuficiência Coronariana (IC)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos de Doenças Coronarianas (DC) estabelecidas pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), pós-revascularização do miocárdio, pós-angioplastia.

Serão considerados como exame físico: medida da pressão arterial, relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória e descrição da presença de visceromegalias importantes.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma com plaquetas (se houver);
- glicemia de jejum;
- colesterol total e frações;
- triglicerídeos;

- creatinina;
- uréia;
- sódio;
- potássio.

Caso o paciente tenha realizado os seguintes exames, incluir o resultado: eletrocardiograma (ECG), raios X de tórax, ecocardiograma (ECO), teste ergométrico, dosagem de enzimas cardíacas ou cateterismo cardíaco.

Orientar o paciente a levar o resultado dos exames ao especialista no dia da consulta.

Nota: angina instável e insuficiência coronária (ICO), com suspeita de IAM, são situações que requerem avaliação de urgência em serviço de cardiologia.

Dor Torácica e Precordialgia

Caracterizar a dor precordial se típica ou atípica, de acordo com os sintomas descritos pelo paciente. Descrever a presença ou não de diabetes mellitus, insuficiência renal, pneumopatia, obesidade, dislipidemias e tabagismo.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares (se houver):

Serão considerados como exame físico: medida da pressão arterial, relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória, descrição da presença de dispnéia, visceromegalias importantes e edema de MMII.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma com plaquetas (se houver);
- glicemia de jejum;
- colesterol total e frações;
- triglicerídeos;
- creatinina;

- uréia;
- potássio.

Caso o paciente tenha realizado os seguintes exames, incluir o resultado: eletrocardiograma (ECG), raios X de tórax, ecocardiograma (ECO), teste ergométrico, dosagem de enzimas cardíacas ou cateterismo cardíaco.

Orientar o paciente a levar o resultado dos exames ao especialista no dia da consulta.

Nota: angina instável e insuficiência coronária (ICO), com suspeita de IAM, são situações que requerem avaliação de urgência em serviço de cardiologia.

Sopros/valvulopatias

Deverão ser encaminhados todos os pacientes com alterações de ausculta, excluindo causas clínicas como anemia, assim como os pacientes com diagnóstico de valvulopatia pré-estabelecida.

Serão considerados como exame físico: medida da pressão arterial + relatos importantes, presença de dispnéia, cianose e visceromegalias importantes.

Informar as características do sopro.

Caso o paciente tenha realizado os seguintes exames, incluir o resultado: raios X de tórax, eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECO).

Orientar o paciente a levar o resultado dos exames ao especialista no dia da consulta.

Nota: pacientes com sinais de descompensação cardíaca, dispnéia e cianose encaminhar para o serviço de cardiologia de urgência.

Miocardiopatias

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: o quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Informar a procedência do paciente e os antecedentes mórbidos importantes

e o tratamento realizado.

Encaminhar os pacientes para esclarecimento diagnóstico, ou aqueles com sinais de descompensação cardíaca (leve).

Serão considerados como exame físico: medida da pressão arterial, relatos importantes e visceromegalias importantes. Informar, também, as características da ausculta cardíaca.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma completo (se houver);
- ASLO;
- uréia;
- creatinina;
- potássio;
- sorologia para Chagas;
- eletrocardiograma (ECG) (se houver);
- ecocardiograma (ECO) (se houver);
- raios-X de tórax (se houver);

Orientar o paciente a levar o resultado dos exames ao especialista no dia da consulta.

Nota: pacientes com sinais de descompensação cardíaca de moderada a grave, com cianose e dispnéia e com diagnóstico confirmado de miocardiopatia, devem ser encaminhados para avaliação em serviço de cardiologia de urgência.

Arritmias

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os pacientes com diagnóstico estabelecido de arritmia cardíaca, síncope ou pré-síncope, história de marcapasso permanente.

Serão considerados como exame físico: medida da pressão arterial, relatos importantes, edemas e visceromegalias. Informar, também, as alterações da ausculta cardíaca e respiratória.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma com plaquetas (se houver);
- glicemia de jejum;
- colesterol total e frações (se houver);
- triglicerídeos (se houver);
- creatinina;
- uréia;
- sódio (se houver);
- cálcio;
- magnésio;
- potássio;
- eletrocardiograma (ECG), quando encaminhado por cardiologista clínico, deve ser descrita a alteração do mesmo.

Caso o paciente tenha realizado os seguintes exames, incluir o resultado: raio-x de tórax, ecocardiograma (ECO), espirometria, ultrassonografia de abdômen.

Orientar o paciente a levar o resultado dos exames ao especialista no dia da consulta.

Marcapasso

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Identificar as bradicardias:

- doença do nó sinusal;
- síndrome Bradi-Taqui;
- hipersensibilidade do Seio Carotídeo;
- bloqueios átrio ventriculares;
- análise de Marcapasso;

Nota: pacientes com indicação de marcapasso sempre devem ser encaminhados por Cardiologista.

Pacientes portadores de bradiarritmias com indicação de implante de marcapasso.

Pacientes com marcapasso para avaliação não necessitam de encaminhamento do cardiologista, podendo ser encaminhado por clínico geral.

Os pacientes com bradicardia sintomática ou taquiarritmias ventriculares malignas devem ser encaminhados em caráter de urgência ao Pronto-Socorro do hospital para o pertinente tratamento.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- eletrocardiograma;
- radiografia simples de tórax (PA).

Ressincronizador – Marcapasso Multissítio

Abaixo, estão descritas as recomendaçõesde acesso aos pacientes de acordo com as classes dos ressincronizadores cardíacos.

Classe I

Pacientes com FE ≤ 35%, ritmo sinusal, IC com CF III ou IV, apesar de tratamento farmacológico otimizado e com QRS > 150ms (NE A);

Pacientes com FE ≤ 35%, ritmo sinusal, IC com CF III ou IV, apesar de tratamento farmacológico otimizado, com QRS de 120 a 150ms e comprovação de dissicronismo por método de imagem – (NE A).

Classe II-a

Pacientes com IC em CF III ou IV, sob tratamento medicamentoso otimizado, com FE ≤ 35%, dependentes de marcapasso convencional, quando a duração do QRS for superior a 150 ms ou quando houver dissicronismo documentado por método de imagem (NE B).

Pacientes com FE ≤ 35%, com FA permanente, IC com CF III ou IV, apesar de tratamento farmacológico otimizado e com QRS > 150 ms (NE C).

Pacientes com FE ≤ 35%, FA permanente, IC com CF III ou IV apesar de tratamento farmacológico otimizado e com QRS de 120 a 150 ms com comprovação de dissicronismo por método de imagem (NE C).

Classe II-b

Pacientes com FE ≤ 35%, ritmo sinusal, IC com CF III ou IV apesar de tratamento farmacológico otimizado e com QRS < 120 ms com comprovação de dissicronismo por método de imagem (NE C);

Pacientes com indicação de marcapasso quando a estimulação ventricular é imprescindível, FE ≤ 35% e IC CF III ou IV (NE C).

Classe III

Pacientes com cardiomiopatia dilatada e IC sob tratamento farmacológico não otimizado ou com boa resposta terapêutica, independente da presença de distúrbio de condução (NE A).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- exame eletrocardiográfico que demonstre o distúrbio elétrico;
- ECG ou Holter 24 h;
- ecodopplercardiograma;
- cardiodesfibrilador;
- recomendações de CDI.

Classe I

Sobreviventes de IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) há pelo menos 40 dias ou com cardiopatia isquêmica crônica, sob tratamento farmacológico ótimo, sem isquemia miocárdica passível de tratamento por revascularização cirúrgica ou percutânea e expectativa de vida de pelo menos 1 ano com:

- FEVE ≤ 35% e CF II-III, ou FEVE ≤ 30 e CF I, II ou III (NE A);
- FEVE ≤ 40%, TVNS espontânea e TVS indutível ao EEF (NE B).

Classe II-a

Pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica, CF II-III, com FEVE ≤ 35% e expectativa de vida de pelo menos 1 ano (NE A).

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Pacientes com cardiopatia isquêmica ou não-isquêmica, CF III-IV, FEVE ≤ 35%, QRS ≥ 120 ms, para os quais tenha sido indicada TRC e expectativa de vida de pelo menos 1 ano (NE B).

Miocardiopatia Hipertrófica

Classe III

Pacientes com cardiopatia passível de correção cirúrgica ou percutânea (NE B).

Pacientes com cardiopatia isquêmica e FEVE ≥ 35% (NE B).

Recomendações para implante de CDI (Cardiodesfibrilador Implantável) na prevenção secundária de MSC (Morte Súbita Cardíaca) em pacientes com cardiopatia estrutural.

Classe I

Parada cardíaca por TV/FV de causa não-reversível, com FE ≤ 35 % e expectativa de vida de pelo menos 1 ano (NE A).

TVS espontânea com comprometimento hemodinâmico ou síncope, de causa não reversível com FE ≤ 35% e expectativa de vida de pelo menos 1 ano (NE A).

Classe II-a

Sobreviventes de parada cardíaca por TV/FV de causa não reversível, com FE ≥ 35% e expectativa de vida de pelo menos 1 ano (NE B);

Pacientes com TVS espontânea de causa não reversível, com FE ≥ 35%, refratária a outras terapêuticas e expectativa de vida de pelo menos 1 ano (NE B);

Pacientes com síncope de origem indeterminada com indução de TVS hemodinamicamente instável e expectativa de vida de pelo menos 1 ano (NE B).

Classe III

TV incessante (NE C)

Recomendações de CDI (Cardiodesfibrilador Implantável) em situações especiais

Taquicardia Ventricular Polimórfica Catécolaminérgica (TVPC) – indicações: Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI) – Arq Bras Cardiol 2007; 89 (6): e-210-e237

Síndrome de QT longo congênito – indicações: Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI) - Arq Bras Cardiol 2007; 89 (6): e-210-e237

Cardiomiopatia Hipertróficas (CMH)

Classe I

Pacientes com Cardiomiopatia Hipertrófica que tenham apresentado TV/FV sustentada de causa não reversível e expectativa de vida de pelo menos 1 ano (NE B).

Classe II-a

Pacientes com Cardiomiopatia Hipertrófica que apresentem 1 ou mais fatores de risco maiores para Morte Súbita Cardíaca (tabela 1) e expectativa de vida de pelo menos 1 ano (NE C)

Classe III

Pacientes com Cardiomiopatia Hipertrófica sem fatores de risco (NE C), fatores de risco para Morte Súbita Cardíaca em pacientes com Cardiomiopatia Hipertrófica.

Prevenção Primária

- Espessura de parede ≥ 30 mm;
- FA;
- História familiar de MS em Jovens;
- Mutação de alto risco;
- Obstrução de via de saída;
- Síncope inexplicada;
- TV não sustentada;
- TVS espontânea.

Exames complementares necessários:

exame eletrocardiográfico que demonstre o distúrbio elétrico;

- ECG ou Holter 24 h;
- ecodopplercardiograma.

88

Nota: poderão ser encaminhados pelo cardiologista da rede (Centro de especialidades médicas - CEM), com a devida justificativa, os pacientes para definição de tratamento ou conclusão de diagnóstico que necessite da estrutura hospitalar.

Aneurisma e cirurgia endovascular

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, tratamentos e exames realizados e medicações em uso;

Pacientes com aneurismas de Aorta Torácica, Aorta Abdominal, Dissecções de aorta tipo B com complicações (Compressão da Luz verdadeira, Isquemia por oclusão de ramos, dilatação da aorta).

Exames complementares necessários:

- ultrassonografia de abdômen, ecocardiograma (se houver), ecocardiograma transesofágico (se houver);
- tomografia, angiotomografia ou ressonância nuclear magnética (se houver);
- Raio-x de tórax.

Nota: insuficiência Cardíaca Congestiva Classe Funcional III e IV (NYHA), Estimulação Cardíaca Artificial (Marcapasso, Ressincronizador Multissítios e Cardiodesfibriladores e Ambulatório de Endovascular – Aneurisma), devem ser encaminhados ao HRMS.

Profissional solicitante:

- Médico.

3.13 Protocolo sugerido para Consulta em Cardiologia Adulto Risco Cirúrgico

a) Sexo: ambos

b) Idade: 12 à 130 anos

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, exames, medicamentos em uso e tipo de cirurgia programada.

Nota: encaminhar o paciente ao cardiologista após a realização dos exames e com os resultados em mãos.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma completo;
- coagulograma completo;
- glicemia;
- ureia;
- creatinina;
- EAS;
- sódio;
- potássio.

Profissional solicitante:

- Médico cirurgião (profissional médico que realizará a cirurgia).

3.14 Protocolo sugerido para Consulta em Cardiologia Arritmia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 12 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.
- encaminhar os pacientes com diagnóstico estabelecido de arritmia cardíaca, síncope ou pré-síncope, história de marcapasso permanente ou avaliação (troca de gerador).

Serão considerados como exame físico: medida da pressão arterial + relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias, etc).

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma com plaquetas;
- glicemia de jejum;
- colesterol total e frações;
- triglicerídeos;
- creatinina;
- uréia;
- sódio;
- cálcio;
- magnésio;
- potássio;
- eletrocardiograma (ECG), quando encaminhado por cardiologista clínico, deve ser descrita a alteração do mesmo.

Caso o paciente tenha realizado os seguintes exames, incluir o resultado: raio-x de tórax, ecocardiograma (ECO), espirometria, Ultrassonografia de abdômen, orientar o paciente a levar para a consulta.

Profissional solicitante:

- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião cardíaco.

3.15 Protocolo sugerido para Consulta em Cardiologia Cirurgia Cardíaca

a) Sexo: ambos

b) Idade: 13 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- aneurismas da aorta;
- bradiarritmias;
- coronariopatias;
- pós-operatório de cirurgia cardiovascular;
- valvulopatias.

Coronariopatias

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar paciente sintomático, com história de angina sem melhora com tratamento clínico específico, com sintomas de disfunção do ventrículo esquerdo em pacientes multiarteriais ou ainda coronariopatias com contraindicação para tratamento percutâneo (lesões de tronco de coronária esquerda, pacientes diabéticos, lesões proximais desfavoráveis e com extensão para óstios de outros vasos).

Encaminhamento deve sempre ser efetuado por cardiologista clínico.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- eletrocardiograma;
- ecodopplercardiograma;
- cineangiocoronariografia atual, com laudo e CD com gravação;
- raio-x de tórax em AP e perfil;
- hemograma completo;
- coagulograma completo;
- glicemia de jejum;
- uréia;
- creatinina;
- sódio;
- potássio;
- TGO;
- TGP;
- Perfil lipidico;
- proteínas totais e frações;
- tipagem sanguínea.

Doenças valvares

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar com sintomas em classe funcional II (dispnéia aos grandes esforços), III (dispnéia aos médios esforços), IV (dispnéia aos mínimos esforços e em repouso) da NYHA, com função ventricular esquerda normal ou valvulopatias sintomáticas ou assintomáticas, com disfunção ventricular esquerda e alterações ecocardiográficas indicativas de intervenção cirúrgica (consenso de valvulopatias da Sociedade Brasileira de Cardiologia).

Bradiarritmia

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar por bradiarritmia com indicação de implante de marcapasso ou portadores de marcapasso que necessitem de análise do gerador ou ainda a sua troca.

Encaminhamento deve sempre ser efetuado por cardiologista clínico.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- eletrocardiograma;
- raio-x de tórax em AP e perfil.

Nota: bradiarritmia sintomática ou com risco de vida, encaminhar para serviço de urgência cardiovascular.

Para qualquer tipo de encaminhamento (ambulatorial ou urgência) o paciente deve ter sempre em mãos o documento (carteira) que identifique a marca, o tipo do marcapasso, eletrodos e a data do implante.

Aneurisma da aorta

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos

realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos de aneurisma de aorta torácica com sintomas presentes ou com dilatação indicativa de correção cirúrgica.

Aorta ascendente

Indicação cirúrgica se houver sintoma compressivo, insuficiência aórtica ou diâmetro aórtico maior que 6,0 cm.

Indicação de cirurgia profilática, na síndrome de Marfan, se diâmetro maior que 5,5 cm ou maior que 5,0 cm em casos com história familiar de dissecção ou morte súbita.

Aorta descendente

Indicação cirúrgica, se houver sintomas, ou diâmetro aórtico maior que 6,0 cm.

Indicação de implante de stents, se diâmetro aórtico maior que 6,0 cm e anatomia favorável.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares para ambos os casos supracitados:

- ácido úrico;
- coagulograma completo;
- creatinina;
- ecodopplercardiograma;
- eletrocardiograma;
- glicemia de jejum;
- hemograma completo;
- potássio;
- RX de tórax em PA e perfil;
- sódio;
- TGO;
- TGP;
- tipagem sanguínea;
- tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética de tórax;

- uréia;
- urina I.

Nota: Os casos com sintomatologia aguda e na suspeita de possibilidade de rotura, encaminhar para serviço de urgência em cirurgia cardio vascular.

Pós-Operatório

Efetuar retorno no período de 07 dias após a alta hospitalar de cirurgia cardiovascular.

Encaminhamento deve sempre ser efetuado pelo cirurgião cardiovascular ou cardiologista que acompanhou o paciente no período de internação hospitalar ou que liberou a alta hospitalar.

Informar o procedimento realizado, a data e a presença de intercorrências ou complicações, no intra e no pós-operatório da cirurgia cardiovascular, bem como os medicamentos em uso.

Não é necessário apresentar exame complementar.

Profissional solicitante:

- Médico cardiologista.

3.16 Protocolo sugerido para Consulta em Cirurgia Cardíaca Pediátrica

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 a 12 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- cirurgia cardíaca prévia (pós-operatório);
- diagnóstico de cardiopatia congênita, com necessidade de cirurgia cardíaca;
- suspeita de cardiopatia congênita.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 110

- eletrocardiograma (se houver);
- raio-x de tórax (se houver);
- ecocardiograma com doppler (se houver).

Orientar o responsável pelo paciente a levar o resultado dos exames ao especialista no dia da consulta.

Profissional Solicitante:

- Médico cardiologista pediátrico;
- Médico pediatra;
- Médico pneumologista.

3.17 Protocolo sugerido para Consulta em Cardiologia Coronária

a) Sexo: ambos
b) Idade: 12 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.
- doenças coronarianas estabelecidas pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), pós revascularização do miocárdio, pós-angioplastia.

Serão considerados como exame físico: medida da pressão arterial, relatos importantes e presença visceromegalias importantes.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma com plaquetas (se houver);
- glicemia de jejum;
- colesterol total e frações;
- triglicerídeos;
- creatinina;
- uréia;
- sódio;
- potássio.

✓

Caso o paciente tenha realizado os seguintes exames, incluir o resultado: eletrocardiograma (ECG), raios X de tórax, ecocardiograma (ECO), teste ergométrico, dosagem de enzimas cardíacas ou cateterismo cardíaco.

Orientar o paciente a levar o resultado dos exames ao especialista no dia da consulta.

Nota: angina instável e insuficiência coronária (ICO), com suspeita de IAM, são situações que requerem avaliação de urgência em serviço de cardiologia.

Casos específicos	Protocolo
Dor torácica e precordialgia	Ver protocolo 3.5.5
Sopros/valvulopatias	Ver protocolo 3.5.6
Miocardiopatias	Ver protocolo 3.5.7

Pacientes estáveis, sem sinais clínicos, de descompensação.

Nota: pacientes com sinais de descompensação cardíaca de moderada a grave, com cianose e dispnéia e com diagnóstico confirmado de miocardiopatia, devem ser encaminhados para avaliação em serviço de cardiologia de urgência.

Profissional Solicitante:

- Médico cardiologista.

3.18 Protocolo sugerido para Consulta em Cardiologia Fetal

a) Sexo: ambos

b) Idade: 10 a 49 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- gestantes que apresentem fatores maternos, fatores familiares e fatores fetais.
- período ideal para a primeira avaliação com exame ecocardiográfico fetal é a partir da 18ª semana de gestação, podendo ser solicitado por

qualquer médico pré-natalista, em gestantes de risco para cardiopatia congênita ou gestantes com USG obstétrica de rotina e/ou morfológica demostrando possível cardiopatia fetal, o que justifica a indicação do exame.

Informações Obrigatórias nas Solicitações

Serão considerados como Fatores Maternos:

- altas doses de radiação ionizante;
- cardiopatia congênita materna;
- doenças do tecido conectivo;
- doenças metabólicas (diabetes mellitus, fenilcetonúria, etc);
- exposição materna a conhecidos teratógenos ao sistema cardiovascular (anticonvulsivantes, álcool, lítio, vasos constritores em alta dose, anti-inflamatório não hormonal, rubéola).

Serão considerados como Fatores Familiares:

- história de cardiopatia congênita paterna;
- história de gravidez prévia com cardiopatia;
- história Familiar de outros defeitos morfológicos congênitos;
- história Familiar de síndrome genética (especialmente Digeorge, Holt-oram, Noonam, Marfan e Williams).

Serão considerados como Fatores Fetais:

- anormalidade do líquido amniótico de grau moderado a severo;
- anormalidades cromossômicas;
- arritmia fetal (foco arrítmico ou com pausas);
- aumento na espessura de translucência nucal, independente do resultado do cariótipo;
- edema nucal ou Hygromata Colli;
- gravidez gemelar;
- hidropisia fetal;
- malformações extra cardíacas;

- suspeita de anormalidade estrutural e funcional cardíaca pela avaliação ultrassonográfica obstétrica comum ou morfológica – é considerado o grupo de mais alto risco.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares: ultrassonografia obstétrica morfológica ou não com suspeita de cardiopatia fetal (se for o caso), ecocardiograma fetal demostrando cardiopatia (se for o caso).

Profissional solicitante:

- Médico.

3.19 Protocolo sugerido para Consulta em Cardiologia Intervencionista

a) Sexo: ambos

b) Idade: 15 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- aneurismas da aorta (Endoprótese);
- angioplastia com implante de Stent Coronariano;
- angioplastia com implante de Stent periférico renal, membros inferiores e superiores);
- coronariopatias;
- Valvulopatias.

Cateterismo Cardíaco ou Estudo Hemodinâmico

- Coronariopatias (Cateterismo Cardíaco)
- Encaminhamento para o médico cardiologista intervencionista.
- Pacientes com história de angina, insuficiência coronariana, dor precordial.

Exames complementares necessários:

- Ecodopplercardiograma;
- Eletrocardiograma;
- Hemograma completo;
- Raio-x de tórax em PA e perfil;

▪Receita dos medicamentos de uso contínuo.

Valvulopatia (Cateterismo Cardíaco):

▪Encaminhamento para o médico cardiologista intervencionista.

▪Pacientes com história de insuficiência mitral, insuficiência aórtica, estenose

▪mitral e estenose aórtica.

Exames complementares necessários:

▪Ecodopplercardiograma;

▪Eletrocardiograma;

▪Hemograma completo;

▪Raio-x de tórax em AP e perfil;

▪Receita dos medicamentos de uso contínuo.

Aneurisma da Aorta ou Dissecção de Aorta (Endoprótese).

▪Encaminhamento para o médico cardiologista intervencionista.

▪Paciente com história de aneurisma de aorta ou dissecção de aorta.

Exames complementares necessários para as duas situações acima:

▪Ecodopplercardiograma;

▪Eletrocardiograma;

▪Hemograma completo;

▪Raio-x de tórax em AP e perfil;

▪Receita dos medicamentos de uso contínuo.

▪Tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética de tórax;

Angioplastia com implante de stent periférico (membros inferiores e superiores) e Angioplastia com implante de stent renal.

▪Encaminhamento para o médico cardiologista intervencionista.

▪Paciente com indicação para angioplastia periférica, angioplastia renal.

Exames complementares necessários:

▪Eletrocardiograma;

- Ecodopplercardiograma;
- Raio-x de tórax em AP e perfil;
- Tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética de tórax;
- Receita dos medicamentos de uso contínuo.
- Laudo do diagnóstico (arteriografia de membros ou arteriografia renal) e CD de origem.

Angioplastia com implante de stent coronariano

- Encaminhamento para o médico cardiologista intervencionista.
- Paciente com indicação para angioplastia com implante de stent coronariano.

Exames complementares necessários

- Coagulograma;
- Creatinina;
- EAS;
- Ecodopplercardiograma;
- Eletrocardiograma;
- Glicemia de jejum;
- Hemograma;
- Laudo do diagnóstico (cateterismo cardíaco) e CD de origem.
- Potássio;
- Raio-x de tórax em AP e perfil;
- Receita dos medicamentos de uso contínuo.
- Sódio;
- Uréia;

Os casos agudos devem ser encaminhados para serviço de urgência.

Profissional Solicitante:

- Cardiologista;
- Cirurgião Cardíaco.

3.20 Protocolo sugerido para Consulta em Cardiologia Insuficiência Cardíaca

a) Sexo: ambos

a)Idade: 12 à 130 anos

b)Motivos do encaminhamento:

- encaminhar todos os pacientes com insuficiência cardíaca;
- atenção especial aos casos de ICC moderada ou severa sem controle clínico ou aqueles com comorbidades (diabetes mellitus, insuficiência renal, pneumopatia).

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Deverão ser especificados os motivos de encaminhamento ao especialista, descrevendo os sinais e sintomas que justifiquem o encaminhamento.

Serão considerados como exame físico: medida da pressão + relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória e descrição da presença de dispnéia, visceromegalias ou edema de MMII.

Nota: os casos para possíveis transplantes cardíacos deverão ser inseridos na Insuficiência Cardíaca com a descrição adequada, conforme orientações anteriores.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- colesterol total e frações;
- creatinina;
- EAS.
- glicemia de jejum;
- hemograma com plaquetas (se houver);
- potássio;
- sódio;
- triglicerídeos;
- uréia;

Orientar o paciente a levar o resultado dos exames ao especialista no dia da consulta.

Caso o paciente tenha realizado os seguintes exames, incluir o resultado: eletrocardiograma (ECG), raio-x de tórax, ecocardiograma (ECO), teste ergométrico, cateterismo cardíaco.

Insuficiência Cardíaca Classe Funcional III e IV (NYHA)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os pacientes com IC, em especial os casos de ICC moderada ou severa sem controle clínico ou aqueles com comorbidades (diabetes mellitus, insuficiência renal, pneumopatia) ou ainda que necessitam da estrutura hospitalar para o tratamento ou diagnóstico.

Deverão ser especificados os motivos de encaminhamento ao especialista, descrevendo sinais e sintomas que justifiquem o encaminhamento, devendo objetivar tratamento ou procedimento de média ou alta complexidade.

Serão considerados como exame físico: medida da pressão arterial + relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória, bem como descrever a presença de dispnéia, visceromegalias e edema de MMII.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- colesterol total e frações;
- creatinina;
- ecodoppler cardiograma (se houver);
- eletrocardiograma (se houver);
- glicemia de jejum;
- hemograma com plaquetas (se houver);
- potássio;
- raio-x de tórax;
- triglicerídeos;
- Uréia.

Profissional solicitante:

▪Médico cardiologista.

3.21 Protocolo sugerido para consulta em Cardiologia Marcapasso

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ Pacientes portadores de bradiarritmias com indicação de implante de marcapasso.

Identificando as bradicardias:

▪ doença do nó sinusal

▪ síndrome Bradi-Taqui

▪ hipersensibilidade do Seio Carotídeo

▪ bloqueios átrio ventriculares

▪ análise de marcapasso

Nota: Os pacientes com bradicardia sintomática ou taquiarritmias ventriculares malignas devem ser encaminhados em caráter de urgência ao Pronto-Socorro do Hospital para o pertinente tratamento.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

▪ eletrocardiograma;

▪ radiografia simples de tórax (PA).

Para mais informações, rever protocolo 3.5.9 e 3.5.10 deste protocolo.

Profissional solicitante:

▪Médico.

3.22 Protocolo sugerido para Consulta em Cardiologia Pediatria

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 a 12 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- cardiomegalia / miocardiopatia;
- cardiopatia acianótica de hiper fluxo;
- cardiopatia cianótica;
- crise asmática com suspeita de cardiopatia congênita ou portadora de cardiopatia já diagnósticada, com hiperfluxo pulmonar, arritmias cardíacas diagnósticadas no ECG.
- dor torácica;
- hipertensão arterial secundária;
- insuficiência cardíaca;
- pós-operatório de cirurgia cardíaca;
- risco cirúrgico;
- sipertensão arterial primária refratária;
- sopros.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, obrigatoriamente, descrição do quadro clínico (queixa e dados importantes do exame físico), medicamentos em uso, tempo de evolução e reavaliações, bem como o motivo do encaminhamento para análise de prioridades pelo médico regulador.

Solicitações incompletas serão devolvidas.

Exames complementares necessários para atendimento nas seguintes situações:

- <u>cardiopatia acianótica de hiperfluxo</u>

Raios X de tórax PA e perfil (se houver); ecocardiograma (se houver)

- <u>cardiopatia cianótica</u>

Raios X de tórax em PA e perfil (se houver); ecocardiograma (se houver)

- <u>sopros inocentes</u>

Raios X de tórax em PA e perfil (se houver); ecocardiograma.

- <u>hipertensão arterial sistêmica em criança e adolescente</u>

Encaminhar quando os níveis pressóricos se mantêm elevados para a faixa etária mesmo com a intervenção não medicamentosa e medicamentosa inicial, com os seguintes exames complementares necessários: hemograma; ureia; creatinina;

ácido úrico; potássio; glicemia de jejum; colesterol total e frações; triglicerídeos; urina I; ultrassonografia de rins e vias urinárias; ultrassonografia de rins com doppler (se houver); letrocardiograma (se houver); raio-x de tórax em AP e perfil (se houver).

▪ cardiomegalia ou miocardiopatia

Deverão ser informados no ato da solicitação, os exames de raio-x de tórax em AP e perfil e ecocardiograma.

▪ risco cirúrgico

Solicitação dever ser efetuada pelo *cirurgião* com os seguintes exames complementares necessários**:** hemograma completo; coagulograma completo.

▪ pós-operatório de cirurgia cardíaca

Encaminhar com relato sucinto do histórico da cirurgia cardíaca (indicação, intercorrências no pós-operatório imediato e tardio) e medicamentos em uso, com os seguintes exames complementares necessários: raios X de tórax em AP e perfil (se houver) e ecocardiograma.

Caso o paciente tenha realizado os seguintes exames, incluir o resultado: exame de análises clínicas relacionados à patologia pré-existente, eletrocardiograma (ECG), raios-X de tórax, eco cardiograma (ECO) e cateterismo cardíaco, orientar ao paciente a levar ao especialista.

Nota: Após a alta definitiva no pós-operatório, o retorno, quando houver necessidade para a cirurgia cardíaca pediátrica, deverá ser solicitado pelo médico cardiologista pediátrico clínico, seguindo o protocolo de pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Encaminhar o paciente ao cardiologista com os exames realizados e com resultados.

Para Manejo na APS:

Compete a APS fazer a investigação inicial de hipertensão secundária bem como identificar patologias cardiológicas congênitas ou adquiridas.

Hipertensão arterial primária deveria ter abordagem inicial na atenção primária com medidas não farmacológicas intervindo nos fatores de risco e de piora

da hipertensão, excluindo-se os casos de suspeita de hipertensão secundária, e o encaminhamento só deve ocorrer na falha da abordagem inicial.

Dar seguimento aos pacientes contrarreferenciados.

Nota: quadros de instabilidade hemodinâmica e/ou cianose central e/ou dispneia importante, devem ser regulados para serviço de urgência e emergência, não sendo regulados pelo SISREG.

Profissional solicitante:

- Médicos.

3.23 Protocolo sugerido para Consulta em Cirurgia Bariátrica (Obesidade Mórbida)

a) Sexo: ambos

b) Idade: 18 a 60 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- pacientes (sem restrições quanto à idade), que apresentem Indicação cirúrgica.

São razões para indicação cirúrgica por relação à massa corpórea:

- IMC acima de 40 kg/m^2 ;
- IMC acima de 35 kg/m², na presença de comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, apneia do sono, doença coronariana.

São razões para indicação cirúrgica por relação ao tempo da doença:

- obesidade estável há pelo menos 5 anos;
- pelo menos 2 anos de tratamento clínico prévio comprovado na atenção primária , não eficaz.

São razões para indicação cirúrgica por relação à condições adversas

Não se recomenda a realização do procedimento cirúrgico para controle de obesidade nas seguintes situações:

- dependência atual de álcool ou outras drogas ilícitas;
- presença de quadros psicóticos ou demências graves ou moderadas;
- risco anestésico classificado como ASA IV;
- hipertensão portal com varizes de esofagogástricas;
- cirrose hepática;
- pneumopatia grave, cardiopatia grave, insuficiência renal crônica, doenças endócrinas;
- dismotilidade esofágica,
- osteoporose.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma;
- glicemia de jejum;
- hemoglobina glicada, se houver(obrigatório em pacientes diabéticos);
- uréia;
- creatinina;
- perfil lipídico;
- função renal;
- outros exames de acordo com comorbidades existentes.

Pareceres de especialistas do CEM, HUMAP-UFMS ou HRMS para a indicação da cirurgia bariátrica:

Médico cardiologista;

Médico endocrinologista;

Médico ortopedista;

Médico psiquiatra.

Para Manejo na APS:

Compete à APS uma abordagem multidisciplinar (médico e Nasf-AB) visando intervir nos fatores envolvidos no desenvolvimento da obesidade utilizando todos os meios disponíveis para redução ponderal.

Compete à APS intervir e estabilizar na medida do possível as comorbidades que venham a surgir ou que já existam associadas à obesidade. O seguimento na

APS deve ser feito de forma obrigatória por no mínimo 02 anos, estando esse seguimento registrado em impresso especifico e em consultas regulares

A falta de resposta à terapêutica adequada ou comorbidades que não se estabilizam devido à obesidade, valida o encaminhamento para o CEM, HU ou Regional, onde terá a indicação da cirurgia.

Nota: qualquer condição clínica ou cirúrgica relacionada ou não com a obesidade que demanda atendimento médico imediato como: edema agudo de pulmão, insuficiência respiratória, urgências e emergências hipertensivas, hérnias encarceradas e/ou estranguladas, dor torácica típica, hiperglicemias, celulites ou erisipelas extensas e etc., deverá ser encaminhado ao serviço de urgência/emergência.

Profissional Solicitante:

- Médico endocrinologista;
- Médico psiquiatra;
- Médico ortopedista;
- Médico cardiologista.

3.24 Protocolo sugerido para Consulta em Cirurgia de Cabeça e Pescoço

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- cisto branquial;
- cisto tireoglosso;
- doenças da tireoide;
- linfonodos cervicais;
- tumor benigno de cabeça e pescoço;
- tumor cavidade oral;
- tumor cutâneo de face e pescoço;
- tumor de faringe;
- tumor de laringe.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter,

obrigatoriamente, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Informações Complementares

Doenças da tireoide – encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Exames complementares necessários para casos de tireoide com nódulo único

- ultrassonografia de tireoide;
- punção por agulha fina com laudo citopatológico;
- TSH;
- T4 Livre.

Exames complementares necessários para casos de tireoide com suspeita de doença multinodular

- ultrassonografia de tireoide;
- TSH;
- T4 Livre.

Os encaminhamentos de patologias da tireoide, somente serão aceitos quando efetuados por médico endocrinologista.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares pra casos de tumor de glândula salivar:

- ultrassonografia de glândulas parótidas;
- ultrassonografia de glândulas salivares.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares pra casos de tumor de face e pescoço:

- biópsia com laudo anatomopatológico (se houver).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares pra casos de tumor benigno de cabeça e pescoço:

Exames complementares não são necessários.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares pra casos de tumor da cavidade oral:

Exames complementares necessários na suspeita de lesão maligna, encaminhar com biópsia e laudo anatomopatológico (se houver).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares pra casos de tumor de laringe:

- nasofibrolaringoscopia;
- biópsia e laudo anatomopatológico (se houver);
- endoscopia digestiva alta (se houver).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares pra casos de tumor de faringe:

- nasofibrolaringoscopia;
- biópsia e laudo anatomopatológico(se houver);
- endoscopia digestiva alta.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares pra casos de cisto tireoglosso:

- ultrassonografia cervical.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares pra casos de cisto braquial:

- ultrassonografia cervical do lado suspeito.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares pra casos de linfonodos cervicais

- encaminhamentos só serão aceitos após descartar a possibilidade de doença infectocontagiosa e hematológica;
- anatomopatológico do linfonodo (se houver).

Serão consideradas como outras patologias relacionadas à especialidade:

- linfangioma simples;
- linfangioma cavernoso;
- higroma cístico.

Deverão ser informados exames complementares associados às especialidades supracitadas, relacionado com patologia suspeita ou diagnósticada (geralmente ultrassonografia).

Para Manejo na APS:

Realizar o manejo desses pacientes e investigar o máximo possível, tentar diferenciar casos infecciosos e hematológicos e somente encaminhar os que devem ser abordados especificamente por essa especialidade.

Nota: abscesso cervical de qualquer etiologia, encaminhar para serviço de urgência e emergência caso não seja possível à abordagem (drenagem na Unidade de Saúde onde o paciente está).

Tumores obstrutivos de via aérea, tumores com quadro hemorrágico, consumpção importante, crise tireotóxica e necessidade de debridamentos de tecidos necróticos extensos devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergencia.

Profissional Solicitante:

- Médico;
- Cirurgião Buco-maxilofacial;
- Cirurgião Dentista estomatologista.

3.25 Protocolo sugerido para Consulta em Cirurgia Geral

a) Sexo: ambos

b) Idade: 12 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- - cisto e fístulas interglúteas (cisto pilonidal);
- - colelitíase;
- - doença do refluxo;
- - hemorragia digestiva alta;
- - hemorragia digestiva baixa;
- - hemorroidas;
- - hérnia epigástrica;
- - hérnia incisional;
- - hérnia inguinal;
- - hérnia umbilical;
- - icterícia.

Hérnia inguinal

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico os pacientes com aumento de volume inguinal ou inguino-escrotal, com piora ao esforço, a partir da suspeita clínica, independente da idade do paciente.

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 127

Serão considerados como exame físico: abaulamento inguinal ou inguino-escrotal, espessamento do canal.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrasonografia de parede abdominal (se houver)

Nota: pacientes com estrangulamento agudo (aumento de volume sem redução do mesmo, associado a dor de forte intensidade) devem ser encaminhados ao serviço de urgência.

Hérnia umbilical

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico os pacientes com aumento de volume umbilical com piora ao esforço, a partir da suspeita clínica.

Serão considerados como exame físico: abaulamento umbilical, anel herniário palpável na cicatriz.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrasonografia de parede abdominal (se houver).

Nota: pacientes com estrangulamento agudo devem ser encaminhados ao serviço de urgência.

Hérnia epigástrica

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, os pacientes com aumento de volume na linha média abdominal e com piora ao esforço.

Serão considerados como exame físico: abaulamento em linha média abdominal com piora aos esforços ou permanente.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrasonografia de parede abdominal (se houver).

Hérnia incisional

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, os pacientes com aumento de volume no local da cicatriz cirúrgica abdominal com piora ao esforço.

Serão considerados como exame físico: abaulamento de cicatriz cirúrgica abdominal com piora aos esforços ou permanente.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrasonografia de parede abdominal (se houver).

Cistos e fístulas interglúteas (cisto pilonidal)

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Queixas de:

- inflamação na região sacral
- desconforto na região, após sentar por algum tempo
- lesão nodular variando de 1,0 a 5,0 cm na região sacral, amolecida e com sinais inflamatórios (dor, ardor, vermelhidão)

Serão considerados como exame físico: assintomática: existência de um ou mais orifícios primários na linha média interglútea por onde pode sair um líquido e ainda aflorar alguns pêlos.

Infecção aguda: apresentam como um abscesso, uma tumoração, com flutuação central, na região sacrococcígea, causa de dor intensa, febre e grande impotência funcional.

Infecção crônica: relata uma história de alguns ou vários episódios de infecção recorrente na região sacrococcígea, seguidos da drenagem de matérial purulento, ora espontânea, ora cirúrgica. Ao exame físico destes pacientes, nota-se a presença do(s) orifício(s) primário(s) mediano(s), de onde podem despontar pêlos longos, e dos orifícios secundários latérais, de onde costuma drenar uma secreção purulenta fétida.

Exames complementares não necessários.

Nota: os casos de infecção aguda encaminhar para serviço de urgência em pronto atendimento ou hospitalar.

Colelitíase

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, os pacientes com dor em hipocôndrio direito, intolerância a alimentos gordurosos.

Serão considerados como exame físico: dor a palpação em hipocôndrio direito ou exame físico normal.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrasonografia de fígado e vias biliares

Nota: ultrassonografia de fígado e vias biliares confirmando diagnóstico é obrigatório.

Icterícia

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, os pacientes com cor amarela na esclera ou pele e dor em hipocôndrio direito.

Serão considerados como exame físico: presença de cor amarelada na esclera ou pele, presença de urina escura, fezes claras.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- bilirrubinas total e frações;
- coagulograma;
- endoscopia digestiva alta (se houver);
- hemograma completo;
- prova de função hepática;
- TGO;
- TGP;
- ultrassonografia de fígado e vias biliares;
- urina Tipo I.

Nota: os casos com história de sangramento oral, vômitos sanguinolentos, hipotensão arterial e palidez encaminhar para serviço de urgência hospitalar.

Hemorragia digestiva baixa

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, os pacientes com história de presença de sangue nas fezes ou fezes com coloração enegrecida, pastosa e fétida.

Serão considerados como exame físico: dor à palpação do abdômen, principalmente em fossa ilíaca esquerda ou direita, palidez, hipotensão, cansaço.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- hemograma completo;

- endoscopia digestiva alta (se houver);
- retossigmoidoscopia ou colonoscopia (se houver).

Nota: os casos com história de sangramento anal, palidez, hipotensão arterial, encaminhar para serviço de urgência hospitalar.

Hemorróidas

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, os pacientes com história de dor anal ou fezes tingidas de sangue.

Serão considerados como exame físico: presença de prolapso de mamilo hemorroidário com ou sem presença de sangue nas fezes.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- anuscopia (se houver);
- retossigmoidoscopia (se houver).

A rotina de exames visa não deixar descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento. Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar.

A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

A avaliação da dor abdominal visa afastar abdômen agudo cirúrgico e doenças clínicas que complicam com abdômen agudo.

Nota: todos os casos de abdômen agudo tem indicação de atendimento de urgência hospitalar.

Profissional solicitante:

- Médico.

3.26 Protocolo sugerido para Consulta em Cirurgia Otorrinolaringologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- amigdalite crônica hipertrófica;
- blastomas nasais e paranasais;
- hipertrofia das adenoides;
- laringite crônica;
- otomastoidite crônica;
- sinusites crônicas.

Amigdalite crônica hipertrófica

Encaminhar todos os casos cirúrgicos

Não há necessidade de exames complementares

Serão considerados como exame físico: distúrbios mecânicos (de deglutição) com maior ou menor frequência de surtos febris.

Blastomas nasais e paranasais

Encaminhar todos os casos

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- radiografia simples dos seios paranasais (incidências: mentonaso; fronto-naso; submentovértex e perfil),
- tomografia dos seios paranasais (cortes axiais e coronais).

Serão considerados como exame físico: obstrução nasal, episódios de sangramento nasal, rinorréia purulenta, cefaleia frontal e/ou em projeção de outras cavidades paranasais, diplopia e exoftalmia.

Hipertrofia das adenóides

Encaminhar todos os casos.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- radiografia de perfil da nasofaringe (boca aberta e fechada)

Serão considerados como exame físico: observar se a criança dorme de boca aberta, baba no travesseiro, ronca e por vezes tem crises de apnéia noturna.

Profissional Solicitante:

- Médico otorrinolaringologista.

3.27 Protocolo sugerido para Consulta em Cirurgia Pediátrica Geral

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 12 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- cistos e fístulas cervicais;
- colelitíase;
- criptorquidia;
- fimose;
- hérnia epigástrica;
- hérnia inguinal;
- hérnia umbilical;
- hidrocele;
- hipospádia;
- outras mal-formações ou doenças.

Nota: todo paciente encaminhado ao especialista, continua sob a responsabilidade do médico que o encaminhou e a ele deve retornar quando liberado pelo especialista ou em caso de acompanhamento conjunto.

Devido ao grande número de doenças e malformações atendidas pela cirurgia pediátrica, seria impossível listar todas, por isto existe o tópico “outras malformações ou doenças”, para que o médico possa referenciar os casos que julgar pertinente a avaliação pelo cirurgião pediátrico.

Hérnia inguinal

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico os pacientes com aumento de volume inguinal ou inguino-escrotal com piora ao esforço, a partir da suspeita clínica independente da idade do paciente.

Serão considerados como exame físico: abaulamento inguinal ou inguino-escrotal, espessamento do canal inguinal e sinal da seda positivo.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrasonografia de parede abdominal (se houver)

Nota: Pacientes com estrangulamento agudo devem ser encaminhados ao serviço de urgência em cirurgia pediátrica.

Hérnia umbilical

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico os pacientes com aumento de volume umbilical com piora ao esforço.

Encaminhar a partir da suspeita clínica, independente da idade do paciente, para casos de anel herniário maior de 3 cm e a partir de 2 anos de idade para hérnias menores.

Serão considerados como exame físico: abaulamento umbilical, anel herniário palpável na cicatriz umbilical.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrasonografia de parede abdominal (se houver)

Nota: pacientes com estrangulamento agudo devem ser encaminhados ao serviço de urgência em cirurgia pediátrica.

Hérnia epigástrica

Encaminhar os pacientes com aumento de volume da linha média abdominal com piora ao esforço, a partir dos 2 anos de idade, exceto para casos com dor local, que será independente da idade do paciente.

Serão considerados como exame físico: abaulamento em linha média abdominal com piora aos esforços ou permanente.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrasonografia de parede abdominal (se houver)

Fimose

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico os pacientes com impossibilidade de exposição da glande pela redução do prepúcio a partir de 2 anos de idade para casos sem outros sintomas associados.

Para os casos com história de balanopostite, dificuldade para urinar, infecção do trato urinário, parafimose ou mal-formações do sistema urológico encaminhar independente da idade.

Serão considerados como exame físico: estenose de prepúcio impedindo exposição parcial ou total da glande.

Não há necessidade de exames complementares

Criptorquidia/distopia testicular

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico os pacientes com testículo não palpável no escroto ou escroto vazio. Preferencialmente entre 6 meses e 1 ano de idade.

Serão considerados como exame físico: escroto vazio, com ou sem testículo palpável no canal inguinal ou outras localizações ectópicas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrasonografia de bolsa escrotal (se houver);
- ultrasonografia de abdômen inferior (se houver).

Nota: pacientes com sinais de genitália ambígua devem marcar consulta também para endocrinologia pediátrica.

Hipospádia

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico os pacientes com meato uretral em posição ventral independente da idade do paciente.

Serão considerados como exame físico: meato uretral em posição ventral, excesso de prepúcio dorsal e encurvamento peniano ventral.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrasonografia de bolsa escrotal (se houver).

Hidrocele

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico os pacientes com aumento de volume escrotal, indolor, com piora ao esforço ou persistente a partir de 06 meses de idade.

Serão considerados como exame físico: abaulamento escrotal indolor com transiluminação escrotal positiva.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrasonografia de bolsa escrotal (se houver).

Nota: atenção no diagnóstico. Hérnia inguino-escrotal estrangulada, torção testicular e tumor de testículo devem ser encaminhados ao serviço de urgência em cirurgia pediátrica.

Cistos e fístulas cervicais

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico os pacientes com aumento de volume cervical, com consistência cística ou orifício fistuloso cervical, independente da idade do paciente.

Serão considerados como exame físico: aumento de volume em linha média ou latéral em região cervical de consistência cística.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrasonografia cervical (se houver).

Nota: Massas sólidas cervicais ou adenomegalias devem ser avaliadas inicialmente pelo oncologista infantil. Orifício fistuloso auricular ou pré-auricular devem ser encaminhados ao otorrinolaringologista.

Colelitíase

Encaminhar com relato sucinto de quadro clínico os pacientes com dor em hipocôndrio direito, intolerância a alimentos gordurosos.

Serão considerados como exame físico: dor a apalpação em hipocôndrio direito ou exame físico normal.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrasonografia de fígado e vias biliares (se houver).

Nota: os casos que apresentarem dor em hipocôndrio direito, febre, vômitos, mal estar geral, encaminhar para serviço de urgência em cirurgia pediátrica para avaliação.

Outras malformações ou doenças

Neste tópico, são citados com observações mínimas, outros casos de alta prevalência que devem ser encaminhados ao ambulatório de cirurgia pediátrica, porém, sem listar todas as doenças que poderão ser encaminhadas, desde que

informado o quadro clínico, queixas, evolução, tratamento realizado,medicamento em uso e exames complementares pertinentes a cada caso.

Megacólon congênito - paciente com constipação intestinal severa e deve ser avaliado inicialmente pelo gastroenterologista pediátrico.

Doença do refluxo gastroesofágico - paciente deve ser avaliado inicialmente pelo gastroenterologista pediátrico.

Estenose de junção ureteropiélica - deve ter ultrassonografia de rins e vias urinárias e deve ser avaliado inicialmente pelo nefrologista infantil.

Refluxo vésicoureteral - deve ter ultrassonografia de rins e vias urinárias e uretrocistografia miccional, e deve ser avaliado inicialmente pelo nefrologista infantil.

Afecções anorretais adquiridas - abcesso perianal, prolapso retal, anquiloglossia (língua presa), prolidactilia não articulada, anomalia anorretal (fístula retoperineal, ânus imperfurado, fístula retouretral (masculino), fístula vestibular (feminino) e cloaca (feminino).

Centro de Especialidades Infantil (CEI)

Serão encaminhados ao CEI os pacientes com os seguintes diagnósticos cirúrgicos:

- anquiloglossia / freio lingual curto / língua presa
- apêndice pré-auricular
- cisto epidérmicos / cisto dermóide / cisto sebáceo / tumor de pele e/ou mucosa
- corpo estranho em subcutâneo
- criptorquidia / distopia testicular / ectopia testicular
- fimose
- fissura anal / plicoma anal
- gânglios / linfoadenopatia / adenopatia / linfadenite
- hérnia inguinal
- hidrocele
- molusco contagioso, primeiro encaminhar para dermatologia pediátrica.
- mucocele oral / rânula salivar / cisto de mucosa oral
- polidactilia simples (não articulado) / dedos supranumerários
- pólipo retal exteriorizado

▪ prolapso retal

▪ se esta encaminhar para curetagem sob anestesia geral ou se tiver alguma patologia cirúrgica associada.

▪ sinéquia vulvar / coalescência de pequenos lábios

▪ unha encravada / dobra ungueal

▪ verruga vulgar que não respondeu ao tratamento clínico com dermatologista e que está indicada eletrocoagulação ou exérese.

Nota: antes do encaminhamento das patologias referidas nos itens verruga vulgar e molusco contagioso, observar o descrito.

Profissional solicitante:

▪Médico.

3.28 Protocolo sugerido para Consulta em Cirurgia Plástica Geral

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪- abdomen em avental secundário à grande perda de peso ou gestação, cujo excesso de pele se projeta sobre a sínfise púbica, com os seguintes critérios (todos):

▪- anomalias congênitas: polidactilia, deformidades congênitas da orelha, (orelha de abano, apêndice pré-auricular e outras);

▪- cirurgia plástica pós bariátrica;

▪- diástase de retos abdominais isolada, com distância interretal > 3 cm, sintomática (desconforto local, grande abaulamento, dor), refratária a tratamento conservador.

▪- estabilidade do peso nos últimos 6 meses, após emagrecimento importante, associado a estrias ou áreas de intertrigo/dermatite recorrente;

▪- IMC ≤ 30 kg/m2

▪- lesão por pressão;

▪- não ser tabagista

▪- pequena cirurgia de face (nevus, tumores de pele, cistos e lipomas);

▪- sequela de traumas e queimaduras.

Nota: diástase de retos abdominais sintomática (desconforto local, grande abaulamento, dor), associada a hérnia umbilical ou epigástrica, encaminhar para cirurgia geral.

Pequena cirurgia de face (nevus, tumores de pele, cistos e lipomas)

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, descrição da lesão (dimensão e localização).

Informar histórico de coagulopatia pessoal ou familiar (se houver) e Diabetes Mellitus.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ coagulograma (se houver histórico de coagulopatia).

Nota: os casos de câncer de pele em qualquer localização, com diâmetro maior que 2,0 cm deverão ser encaminhados para cirurgia plástica ou cirurgia oncológica e os casos de lipoma em qualquer localização com diâmetro maior que 10,0 cm para cirurgia plástica ou cirurgia geral.

Anomalias congênitas (polidactilia, orelha de abano, apêndice pré auricular e outros)

Encaminhar pacientes com descrição sucinta do quadro clínico, tipo da alteração congênita, informando histórico de outras anomalias congênitas associadas e histórico de coagulopatia pessoal ou familiar (se houver).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ coagulograma (se houver histórico de coagulopatia).

Nota: a indicação para cirurgia de orelha de abano (otoplastia) está indicada após os 06 anos de idade.

Lesão por pressão

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos

realizados, medicamentos e tipo de curativo em uso.

Encaminhar para avaliação e indicação do tipo de curativo a ser realizado em USF/UBS/CF.

Encaminhar úlceras de decúbito que necessitem de procedimento cirúrgico de desbridamentos. São prioritárias na marcação da consulta.

Não há necessidade de exames complementares.

Encaminhar para o CEM

Poderão ser encaminhados ao CEM os casos de úlceras de decúbito, que necessitem de acompanhamento de cirurgia plástica, desde que os pacientes não apresentem: febre, infecção urinária, pneumonia, hemograma infeccioso decorrente da lesão ulcerosa.

Encaminhar os casos de pequena cirurgia de face (nevus, verrugas, biópsias de lesões de pele, cisto sebáceo, mucocele, lobo bífido de orelha), quelóide, carcinomas de pele menores que 2 cm, lipomas menores que 10 cm, unha encravada, correção de pequenas cicatrizes.

Não encaminhar para o CEM os seguintes casos:

- blefaroplastia;
- cirurgias para correção de abdômen em avental;
- corpo estranho com menos de 30 dias;
- correção pós-cirurgia bariátrica;
- crianças menores de 07 anos.
- enxerto de pele;
- fratura de nariz;
- grandes cânceres de pele;
- lesão por pressão e lesões de pele que necessitem de rotação intermediária de retalho;
- lipomas maiores que 10 cm;
- orelha de abano;
- queimaduras;
- sindactilia.

Referências para os procedimentos

Abaixo, seguem informações sobre as unidades que são referência para atendimento das especialidades mencionadas

O **Hospital Regional de Mato Grosso do Sul** é referência para:

- anomalias congênitas;
- cirurgia plástica pós bariátrica;
- lesão por pressão;
- sequelas de traumas e queimaduras.

O serviço de cirurgia plástica do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, não é referência para cirurgia mamária (reconstrução e redução) e pequena cirurgia de face.

O **Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian** é referência para:

- tratamento de deformidades com reconstrução (pós síndrome de fornier, fissuras e labioplastia);
- tratamento de deformidades congênitas dos membros superiores e inferiores ou adquiridas pós trauma (bridas, sindactiloas, polidactilias e reconstrução pós trauma);
- tratamento de traumas de pele com reconstrução (pós câncer, cicatriz hipertróficas e quelóides);
- tratamentos das deformidades congênitas e adquiridas da face (pálpebras), orelhas (reconstrução e sinus pré-auriculares), nariz (reconstrução parcial e total) e reconstrução de partes moles (face, tórax e abdômen).

O **HUMAP-UFMS** NÃO é referência para cirurgia plástica nos casos de:

- abdominoplastia;
- pós bariátrica;
- lesão por pressão.

O **Hospital Santa Casa** é referência para casos de:

- abdominoplastia e abdominoplastia não bariátrica;
- amputação traumática de mama por câncer;
- correção de úlceras venosas e de decúbito;
- malformação congênita - lábio leporino, fenda palatina, nariz fissurado, ptose palpebral congênita, ptose palpebral senil, orelha de abano, sindactilia de mãos, sindactilia de pés.

- mastoplastia (com laudo do ortopedista, mastologista, IMC ≤ 30)
- paralisia facial;
- rinoplastia, otoplastia;
- sequelas de queimaduras ou de ablação de tumores - retrações cicatriciais de pescoço, retrações cicatriciais de axila e retrações cicatriciais poplíteas.
- transferência de retalho intermediário.
- tumores de pele - rarcinoma basocelular, carcinoma espinocelular (carcinoma epidermóide), hemangiomas, linfangiomas e lipomas.

Nota: HOSPITAL SÃO JULIÃO não realiza cirurgia de orelha de abano. Não encaminhar abdominoplastia e mamoplastia.
Cirurgia plástica estética não são realizadas.

Profissional Solicitante:

- Médico;

3.29 Protocolo sugerido para Consulta em Cirurgia Plástica Pós-bariátrica

a) Sexo: ambos
b) Idade: 18 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- abdominoplastia (convencional, âncora, reversa, circular);
- braquioplastia;
- cruroplastia;
- mamoplastia redutora;
- torsoplastia.

Paciente deverá, OBRIGATORIAMENTE, apresentar a cópia da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) da cirurgia bariátrica, IMC até 29, não tabagista, cirurgia com pelo menos 18 meses de pós operatório da gastroplastia, com peso estabilizado por no mínimo 6 meses (laudo nutricional), laudo psicológico autorizando o procedimento reparador, avaliação cardiológica e anestésica pré-operatória.

Não há necessidade de exames complementares.

Nota: todos os pacientes passarão por consultas na especialidade referida e no ambulatório específico de pós-bariátrica. No entanto, nem todas entrarão nos critérios estabelecidos em protocolo e aceitos para diminuir riscos e melhorar resultado. Torna-se necessário, portanto que os pacientes encaminhados estejam cientes.

Profissional solicitante:

▪Médico.

3.30 Protocolo sugerido para Consulta em Cirurgia Plástica – QUEIMADOS

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- sequelas de traumas e queimaduras

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, identificação do tipo de lesão, localização e dimensão, bem como os procedimentos cirúrgicos realizados.

Encaminhar as lesões que tenham além da deformidade, retrações e limitação de movimentos.

Encaminhar informando histórico de coagulopatia pessoal ou familiar (se houver).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ coagulograma (se houver histórico de coagulopatia).

Profissional solicitante:

▪Médico.

3.31 Protocolo sugerido para Consulta em Cirurgia Plástica - Reconstrução de Mama - Oncologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ pacientes com diagnóstico de neoplasia de mama que sofreram mutilação total ou parcial da mama em decorrência do tratamento do câncer, que desejam a reconstrução mamária;

▪ o encaminhamento deve conter diagnóstico do câncer de mama e laudo anatomopatológico confirmando a neoplasia; localização do câncer de mama; tratamento local (mastectomia parcial ou total, radioterapia) e tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica) realizado para o câncer.

Profissional solicitante:

▪Médico.

3.32 Protocolo sugerido para Consulta em Cirurgia Torácica Geral

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ alterações mediastinais (linfonodomegalia ou massa);

▪ derrame pleural;

▪ doenças da traquéia;

▪ doenças pulmonares intersticiais;

▪ hiperidrose;

▪ neoplasia pulmonar;

▪ tumores mediastinais e pulmonares;

▪ trauma torácico.

Alterações mediastinais (linfonodomegalia ou massa)

Encaminhar pacientes com relato sucinto do caso clínico, história tabágica (se sim, estimar carga tabágica), exposição ocupacional (sim ou não), se sim qual. História prévia de neoplasia (sim ou não). História familiar de neoplasia de pulmão (sim ou não). Se sim, qual grau de parentesco. Encaminhar com resultado de exames de imagem de tórax prévios quando disponíveis e com data.

Derrame pleural

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar com histórico de doenças crônicas ou agudas associadas, sem melhora com tratamento clínico proposto e com imagem radiográfica persistente de derrame pleural.

Relatar procedimento cirúrgico torácico anterior (se houver).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax PA/perfil recente;
- raio-x de tórax antigo (se houver).

Doenças da traquéia

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar com sintomas de tosse irritativa, dispnéia crescente aos esforços, roncos e sibilos na região esternal, associado à história de entubação orotraqueal. Excluir a possibilidade de doença pulmonar, antes do encaminhamento.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax PA/perfil recente;
- raio-x da região cervical PA/perfil.

Doenças pulmonares instersticiais

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar pacientes que necessitem de biópsia pulmonar a céu aberto, por indicação de médicos pneumologistas, reumatologistas e infectologistas, com informação da patologia de base.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax PA/perfil;
- tomografia computadorizada de tórax (se houver).

Hiperidrose

Encaminhar casos de hiperidrose primária localizada (excetuando-se hiperidrose plantar exclusiva) após tratamento conservador na APS (mudança de estilo de vida e cloreto de alumínio tópico por pelo menos 6 semanas).

Necessária descrição do quadro clínico (localização da sudorese, idade de início dos sintomas, frequência, fatores desencadeantes, prejuízo funcional, outros sinais e sintomas); descrever tipo e duração do tratamento realizado para hiperidrose; comorbidades que causam sudorese excessiva e medicamentos em uso.

Neoplasia Pulmonar

Encaminhar pacientes com relato sucinto do caso clínico, história tabágica (se sim, estimar carga tabágica), exposição ocupacional (sim ou não), se sim qual. História prévia de neoplasia (sim ou não). História familiar de neoplasia de pulmão (sim ou não). Se sim, qual grau de parentesco.

Resultado de exame de imagem de tórax com descrição de tamanho, localização, características da lesão e presença e tipo de calcificação, com data. Encaminhar com resultado de exames de imagem de tórax prévios quando disponíveis e com data.

Casos para atendimento:

- massa (lesão sólida circunscrita maior que 3,0 cm); ou lesão sólida ou subsólida com alterações clínicas ou radiológicas sugestivas de malignidade, independente do tamanho; ou
- nódulo sólido maior ou igual a 8,0 mm, independente do risco pessoal para câncer de pulmão; ou
- nódulo sólido maior ou igual a 4,0 mm e menor que 8 mm em pessoas com alto risco para câncer de pulmão; ou
- nódulo com crescimento no seguimento do exame de imagem; ou
- nódulos subsólidos; ou outras alterações.

Trauma torácico

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos

realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar com histórico de fratura óssea ou contusão da parede torácica com sintomas persistentes de dor, dispnéia e/ou hemoptise, sem melhora com tratamento clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax PA/perfil;
- tomografia computadorizada de tórax (se houver).

Tumores mediastinais e pulmonares

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, medicamentos em uso e diagnóstico confirmado (se houver).

Encaminhar para o ambulatório de Oncologia (Consulta em Oncologia Cirurgia Adulto).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax PA/perfil;
- tomografia computadorizada de tórax (se houver).
- broncoscopia com biópsia (se houver);
- exame anatomopatológico de biópsia ou peça cirúrgica (se houver).

Profissional solicitante:

- Médico.

3.33 Protocolo sugerido para Consulta em Cirurgia Vascular Doenças Arteriais

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- aneurisma da aorta abdominal assintomático com diâmetro maior ou igual a 4,5 cm com expansão rápida (maior do que 1,0 cm no ano ou 0,5 cm em 6 meses); em paciente com outros aneurismas periféricos (artérias ilíacas, femorais poplíteas) e em paciente com vasculopatia periférica sintomática;
- aneurisma de aorta;

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 147

▪ aneurisma sintomático não-roto da aorta abdominal, excluídas outras causas para os sintomas e não operados após avaliação em serviço de emergência;

▪ doença arterial periférica;

▪ doenças de Vasos Extracranianos (Carótidas e Vertebrais).

Encaminhar paciente com a descrição de sinais e sintomas, informando o tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, alterações ao exame físico, medicamentos em uso e com posologia; resultados de exames complementares como: raio-x de tórax, ecocardiografia, tomografia, ressonância magnética, com data (se disponíveis) e presença de fatores de risco para ruptura de aneurisma se presentes.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ radiografia de tórax (se disponível);

▪ ecocardiograma (se disponível);

▪ ressonância e tomografia (se disponível e acrescentar data).

Doença Arterial Periférica

Paciente com doença arterial crônica avançada com sinais ameaçadores ao membro (dor crônica em repouso, úlcera arterial ou gangrena).

Doença arterial crônica sintomática com claudicação refratária ao tratamento conservador por 6 meses (uso de cilostazol, exercício físico apropriado, antiagregante plaquetário, controle de fatores de risco cardiovascular - cessar tabagismo, tratamento de diabetes, hipertensão e dislipidemia).

Encaminhar paciente com a descrição de sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, alterações ao exame físico).

Caso realizados, descrever os atendimentos prévios em emergência e conduta na ocasião; medicamentos em uso e sua posologia; presença de fatores de risco para ruptura de aneurisma se presentes.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ radiografia de tórax (se disponível);

▪ ecocardiograma (se disponível);

▪ ressonância e tomografia (se disponível e acrescentar data).

Doenças de Vasos Extracranianos (Carótidas e Vertebrais)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

AVC isquêmico ou AIT em paciente com estenose de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70%, que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ Glicemia de jejum;

▪ ultrassonografia de vasos com doppler (aneurisma, estenose, oclusões e fístulas).

Profissional solicitante:

▪Médico.

3.34 Protocolo sugerido para Consulta em Dermatologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

Até 15 anos (Pediatria)

c) Motivos do encaminhamento:

▪ acne;

▪ câncer de pele – melanoma;

▪ câncer de pele não-melanoma / ceratoses actínicas;

▪ dermatite atópica;

▪ dermatite de contato;

▪ dermatoses eritemato-escamosas;

▪ discromias (vitiligo, melasma);

▪ eczemas (eczema seborreico, eczema de contato, eczema disidrótico e eczema de estase);

▪ farmacodermias;

▪ fotodermatoses;

- hanseníase;
- herpes zoster;
- micoses;
- neoplasia cutânea/diagnóstico diferencial de lesões infiltradas;
- outras patologias dermatológicas;
- prurido/eczema;
- urticária crônica.

Acne

- acne fulminans (acne com nódulos e placas de surgimento súbito, crostas hemorrágicas, febre e artralgias);
- acne conglobata (acne nodular grave, com drenagem de secreção, trajetos fistulosos e cicatrizes);
- acne leve a moderada com prejuízo na qualidade de vida e com falha no tratamento clínico otimizado realizado por pelo menos 6 meses (antibioticoterapia sistêmica associada a tratamentos tópicos)

Encaminhar paciente com descrição das lesões:

I. tipo (comedões, pápulas, pústulas, nódulos, cistos);

II. distribuição (localização);

III. tempo de evolução;

IV. gravidade (leve, moderada ou grave); se apresenta sintomas sistêmicos como febre ou artralgia (sim ou não). Se sim, descreva e tratamentos já realizados (medicações tópicas e sistêmicas com o tempo de tratamento);

Câncer de pele – Melanoma

- suspeita clínica de melanoma;
- nevo melanocítico congênito com mais de 2,0 cm;
- dois ou mais nevos melanocíticos congênitos com mais de 1,5 cm;
- diagnóstico prévio de melanoma que não está em acompanhamento com dermatologista;
- pacientes com alto risco para desenvolver melanoma.

Encaminhar pacientes com descrição da lesão: localização, tamanho, características (assimetria, bordas, cores, crescimento), ulceração (sim/não) e tempo

de evolução, resultado do anatomopatológico com data (se realizado), fototipo, se apresenta efélides (sim ou não), história de queimadura solar antes dos 20 anos com formação de bolhas (sim ou não), história de bronzeamento artificial antes dos 35 anos (sim ou não), apresenta mais de 50 nevos melanocíticos ou pelo menos um nevo atípico (determinado por exame anatomopatológico) (sim ou não), tem história familiar de melanoma (sim ou não). Se sim, descreva quantos familiares e grau de parentesco.

Câncer de pele não-melanoma / Ceratoses actínicas

Suspeita clínica de:

- carcinoma basocelular (CBC);
- carcinoma espinocelular (CEC);
- outros tumores cutâneos, sem diagnóstico, de crescimento muito rápido.
- suspeita ou diagnóstico de ceratose actínica ou refratária ao tratamento clínico otimizado;
- em pacientes imunossuprimidos (por medicamentos, vírus da imunodeficiência humana (HIV), imunodeficiências primárias).

Encaminhar pacientes com descrição da lesão: localização, tamanho, cor(es), presença de ulceração (sim ou não) e tempo de evolução, resultado do anatomopatológico com data (se realizado), se ceratose actínica, descreva tratamentos realizados; presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual?

Dermatite atópica

- dermatite atópica grave e extensa ou que ocasione prejuízo funcional grave;
- dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de 1 mês;
- dermatite atópica recidivante (3 ou mais recidivas em um período de 6 meses) apesar do tratamento clínico otimizado.

Encaminhar pacientes com descrição do quadro clínico: lesões e localização, tempo de evolução e outros sinais e sintomas associados.

Paciente apresenta prejuízo funcional (sim ou não)? Se sim, descreva qual e tratamento em uso ou já realizado para dermatite atópica (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso).

Dermatite de contato

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico (início do sintoma, fatores desencadeantes, frequência e intensidade das crises e tempo de evolução), informando os exames realizados, tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Não há necessidade de exames complementares.

Dermatoses eritêmato-escamosas (psoríase, líquen plano, pitiríase rósea)

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico e com queixas de prurido e lesões tipo escamosas; com tempo de evolução, exames realizados, medicamentos utilizados e em uso.

Não há necessidade de exames complementares.

Discromias (vitiligo, melasma)

Encaminhar com lesões típicas, informando tempo de evolução.

Não há necessidade de exames complementares.

Eczemas (eczema seborreico, eczema de contato, eczema disidrótico e eczema de estase)

- eczemas graves e extensos ou que ocasionem prejuízo funcional grave;
- eczemas refratários ao tratamento clínico otimizado, conforme o tipo de eczema.

Encaminhar pacientes com descrição do quadro, descrição das lesões e localização, tempo de evolução e outros sinais e sintomas associados.

Paciente apresenta prejuízo funcional (sim ou não)? Se sim, descreva qual tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso).

Farmacodermias

Encaminhar com queixa de lesões de pele, associadas ao uso de medicações, relato da frequência e intensidade das crises e dos medicamentos usados e período.

Não há necessidade de exames complementares.

Fotodermatoses (miliária solar / melanose solar / queratose solar)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, descrição das lesões e medicamentos em uso.

Não há necessidade de exames complementares.

Hanseníase

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar com lesões susgestivas (manchas hipocrômicas com redução de sensibilidade local, tátil e dolorosa) com dificuldade de diagnóstico, resistência ao tratamento inicial ou complicações, descrevendo o aspecto das lesões (tamanho, característica e localização).

Obrigatoriedade de encaminhamento para CEM / HU

- encaminhar os casos de hanseníase com reação:
- tipo I – neurites
- tipo II – eritema nodoso hansênico.

O início de tratamento é em UBS/USF/CF conforme protocolo do ministério da saúde.

Não há necessidade de exames complementares.

Nota: o portador de hanseníase tem necessidade de acompanhamento multidisciplinar por outras especialidades, tais como: cirurgião plástico, oftalmologista, neurologista, psicólogo, assistente social e outros.

Outras patologias dermatológicas (pênfigo, penfigóide / dermatite herpertiforme)

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico e com queixas relativas à patologia e com descrição das lesões, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Não há necessidade de exames complementares.

Herpes Zoster

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar com lesões sugestivas (vesículas acometendo um ou mais dermatomos, com dor e queimação local com ou sem infecção secundária).

Não há necessidade de exames complementares.

Nota: lesões em face e/ou disseminadas necessitam de tratamento venoso, em ambiente hospitalar.

Micoses

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, os casos tratados sem sucesso e tempo de evolução, informando os tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- Exame micológico (se houver);

Nota: antimicóticos tópicos devem ser suspensos 03 dias antes do exame dermatológico.

Neoplasia cutânea/diagnóstico diferencial de lesões infiltradas

Encaminhar com lesões sugestivas (história de aumento progressivo, alteração de cor, espessura, volume, sangramento e/ou prurido).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- biópsia com histopatológico (se houver)

Prurido/eczema

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, os casos com queixa de prurido sem causa orgânica (icterícia, por medicamentos, síndrome paraneoplásica e outras).

Informar tempo de evolução, exames realizados, medicamentos utilizados e em uso.

Não há necessidade de exames complementares.

Urticária crônica

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar com queixas de prurido e/ou placas no corpo, com episódios de repetição, com quadro prolongado e sem melhora com o tratamento.

Não há necessidade de exames complementares.

Outras Informações:

Queixas estéticas - não encaminhar ao dermatologista.

Hipótese diagnóstica - é obrigatório informar para encaminhamento ao dermatologista.

Medicação tópica - suspender até 03 dias antes do exame dermatológico (o médico assistente deve informar ao paciente).

Profissional solicitante:

- Médico;
- Cirurgião Dentista estomatologista.

3.35 Protocolo sugerido para Consulta em Endocrinologia e Metabologia Adulto

a) Sexo: ambos

b) Idade: 15 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- alterações do crescimento e desenvolvimento (puberdade precoce);
- anorexia nervosa/bulimia nervosa;

- distúrbios das glândulas supra-renais;
- distúrbios do sistema reprodutivo;
- doenças osteometabólicas (hiperparatireoidismo primário e osteoporose);
- obesidade/dislipidemias;
- tireopatias.

Profissional solicitante:

- Médico.

Alterações do crescimento/desenvolvimento

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar informando a curva de crescimento e desenvolvimento por no mínimo 06 meses, com duas medidas feitas pelo mesmo examinador e relato de peso/estatura atual e dos pais.

Encaminhar depois de afastadas patologias mais comuns:

- parasitoses;
- anemia;
- infecção do trato urinário;
- fator carencial / desnutrição;
- hipotireoidismo.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- parasitológicos de fezes;
- hemograma;
- urina I;
- raio-x de punho.

Nota: Para avaliação de puberdade precoce, encaminhar com descrição dos caracteres sexuais secundários (pêlos e mamas). A telarca e pubarca após os 09 anos são consideradas normais.

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 156

Anorexia nervosa/ bulimia nervosa (adulto e infantil)

Encaminhar com perda de peso importante, sem outras causas orgânicas, com quadro clínico susgestivo de anorexia nervosa.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- glicemia de jejum;
- TGO;
- TGP;
- uréia;
- creatinina;
- ácido úrico;
- hemograma;
- proteínas totais e frações;
- colesterol;
- triglicerídeos.

Nota: necessário avaliação conjunta com psiquiatra.

Distúrbios das glândulas supra-renais

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos suspeitos em presença dos seguintes sintomas:

- obesidade central;
- hiper ou hipotensão;
- alopecia;
- astenia;
- redução da pilificação do corpo;
- estrias violáceas;
- hiperpigmentação de mucosas;
- amenorréia.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- ultrassonografia de suprarenal;

- dosagens hormonais (ralacionados a hipótese diagnóstica).

Distúrbios do sistema reprodutivo

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar mulheres com suspeita clínica, na presença de irregularidade menstrual e hirsutismo.

Encaminhar homens com suspeita clínica, na presença de ginecomastia e hipogonadismo.

Descrever no encaminhamento, de ambos os casos, os achados anormais no sistema reprodutivo.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- ultrassonografia (relacionada a cada hipótese diagnóstica);
- dosagens hormonais (relacionados a cada hipótese diagnóstica).

Doenças osteometabólicas (hiperparatireoidismo primário, osteoporose)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, medicamentos em uso e descrição das complicações (se houver).

Encaminhar pacientes com suspeitas de hiperparatireoidismo primário com nefrolitiase e deformidades ósseas.

Encaminhar pacientes com suspeita de osteoporose, com fraturas espontâneas ou por trauma leve, baixo consumo de leite e derivados, uso crônico de corticóides, distúrbios da tireoide e mulheres pós menopausadas.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma;
- plaquetas;
- creatinina;
- uréia;
- colesterol total;

- triglicerideos;
- TSH;
- T4 livre;
- cálcio sérico;
- glicose de jejum;
- densitometria óssea (se houver).

Obesidade/dislipidemias

Encaminhar com IMC (índice de massa corporea) acima de 30, informando o peso atual e altura na solicitação. Relatar as comorbidades existentes (hipertensão arterial/diabetes mellitus/ hipotireoidismo e outros), dieta, tratamentos prévios e medicamentos em uso.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- glicemia de jejum;
- triglicerídeos;
- colesterol total e fração;
- curva glicêmica;
- TGO;
- TGP;
- TSH e T4 livre, quando suspeitar de hipotireoidismo.

Nota: o encaminhamento deve acontecer nos casos de obesos mórbidos (IMC de 30 Kg/m^2) e os que não respondem ao tratamento utilizado na UBS/USF/CF, com orientações dietéticas, mudanças de hábitos de vida e resultado de exames laboratoriais.

Tireopatias

Encaminhar com queixas e quadro clínico sugestivo de tireopatia (hipotireoidismo, hipertireoidismo, aumento de volume da tireoide e outros); informar tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- TSH (recente);
- T4 livre (recente);
- ultrassonografia de tireoide (se houver).

Profisisonal solicitante:

▪Médico.

3.36 Protocolo sugerido para Consulta em Endocrinologia Pacientes Diabéticos

a) Sexo: ambos

b) Idade: 17 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- paciente em uso de insulina em dose otimizada (mais de 1 Unidade por quilograma de peso por dia);

- doença renal crônica (taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73 m2 (estágios 4 e 5);

- paciente com DM tipo 1 (uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos).

Encaminhar pacientes com Diabetes Mellitus tipo II descompensada (alteração de glicemia, perda de peso, perfil lipídico, polidipsa, episódios de hipoglicemia) e os casos crônicos com complicações e acometimentos de órgãos alvo, que deverão ser avaliados, compensados pelo endocrinologista e reencaminhados para ambulatório na UBS, USF ou CF.

Diabetes Mellitus

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso (dose diária). O encaminhamento deve conter peso do paciente em quilogramas.

Encaminhar gestantes diabéticas para avaliação e prescrição medicamentosa.

Diabetes tipo 1

▪ Pacientes que não atingem a meta de controle glicêmico recomendados pela SBD;

▪ Pacientes que não atingem a meta da hemoglobina glicada < 7,0% com dose otimizada de insulina.

Encaminhar os casos crônicos com complicações e acometimentos de órgãos alvo, que deverão ser avaliados, compensados pelo endocrinologista e

reencaminhados para ambulatório na UBS e USF/CF, com relato claro e sucinto de conduta e tratamento instituído pelo endocrinologista para continuidade pelo médico da APS (contrarreferência).

Diabetes tipo 2

▪ Pacientes que não atingem a meta de controle glicêmico recomendados pela SBD e hemoglobina glicada < 7,0% com dose otimizada de insulina e/ou medicações hipoglicemiantes; mudança de estilo de vida e orientação nutricional;

▪ Paciente em uso de insulina em dose otimizada; (mais de 1 Unidade por quilograma de peso por dia);

▪ Pacientes com episódios recorrentes de hipoglicemia refratária ao ajuste de medicações.

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso (dose diária). O encaminhamento deve conter peso do paciente em quilogramas e comorbidades relacionadas à diabetes (se houver);

Encaminhar gestantes diabéticas para avaliação e prescrição medicamentosa.

Encaminhar os casos crônicos com complicações e acometimentos de órgãos alvo, que deverão ser avaliados, compensados pelo endocrinologista e reencaminhados para ambulatório na UBS, USF e CF.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- perfil lipídico (colesterol, HDL, LDL e triglicérides);
- uréia;
- creatinina;
- proteinúria de 24 horas;
- sódio;
- potássio;
- fundoscopia (se houver);
- glicemia de jejum e/ou glicemia capilar;
- glicemia pós-prandial;
- hemoglobina glicosilada.

Esses exames deverão ser recentes, aceitos apenas em prazo inferior a 3 (três) meses.

Nota: diabetes mellitus tipo 2 sem complicações, deverão ser acompanhadas e tratadas nas unidades básicas (UBS,USF e CF).

Diabetes Gestacional

Encaminhar paciente com exame de glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dL e paciente com alteração do teste oral de tolerância a glicose.

Encaminhar gestante diabética em qualquer idade gestacional, ao endocrinologista para avaliação e conduta medicamentosa. O tratamento poderá ser iniciado pelo ambulatório de gestação de alto risco.

O rastreamento do diabetes gestacional é realizado entre a 24ª e 28ª semana de gestação.

Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional:

- idade materna avançada;
- sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- deposição central excessiva de gordura corporal;
- história Familiar de diabetes em parentes de primeiro grau;
- crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, histórico de morte ou neonatal, macrossomia ou DMG;
- síndrome de ovários policísticos;
- baixa estatura (menos de 1,5 m);
- hemoglobina glicada ≥ 5,9% no primeiro trimestre.

Profissional solicitante:

- Médico.

3.37 Protocolo sugerido para Consulta em Endocrinologa Pediatria

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 a 17 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- alterações do crescimento e desenvolvimento (puberdade precoce);

147

- anorexia nervosa/bulimia nervosa;
- diabetes mellitus;
- distúrbios das glândulas supra-renais.
- distúrbios do sistema reprodutivo;
- doenças osteometabólicas (hiperparatireoidismo primário e osteoporose);
- obesidade/dislipidemias;
- tireopatias.

Alterações do crescimento/desenvolvimento (puberdade precoce)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar informando a curva de crescimento e desenvolvimento por no mínimo 06 meses, com duas medidas feitas pelo mesmo examinador e relato de peso/estatura atual e dos pais.

Encaminhar depois de afastadas patologias mais comuns:

- parasitoses;
- anemia;
- infecção do trato urinário;
- fator carencial / desnutrição;
- hipotireoidismo.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- parasitológicos de fezes;
- hemograma;
- urina I;
- raio-x de punho.

Nota: Para avaliação de puberdade precoce, encaminhar com descrição dos caracteres sexuais secundários (pêlos e mamas). A telarca e pubarca após os 09 anos são consideradas normais.

Anorexia nervosa/ bulimia nervosa (adulto e infantil)

Encaminhar com perda de peso importante, sem outras causas orgânicas, com quadro clínico susgestivo de anorexia nervosa.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- glicemia de jejum;
- TGO;
- TGP;
- uréia;
- creatinina;
- ácido úrico;
- hemograma;
- proteínas totais e frações;
- colesterol;
- triglicerídeos.

Nota: necessário avaliação conjunta com psiquiatra.

Diabetes Mellitus

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso (dose diária).

Encaminhar pacientes com Diabetes Mellitus tipo I com até 18 anos (observando que o pico de incidência é entre 10 e 14 anos) que permanecerão em controle com o endocrinologista.

Encaminhar pacientes suspeitos de diabetes mellitus tipo 2 Encaminhar pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 com alteração da meta glicêmica recomendada pela SBD.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- perfil lipídico (colesterol, HDL, LDL e triglicérides);
- uréia;
- creatinina;
- proteinúria de 24 horas;
- sódio;

- potássio;
- fundoscopia (se houver);
- glicemia de jejum e/ou glicemia capilar;
- glicemia pós-prandial;
- hemoglobina glicosilada.

Esses exames deverão ser recentes, aceitos apenas em prazo inferior a 3 meses

Deverão ser solicitados trimestralmente para acompanhamento do paciente, os seguintes exames:

- glicemia de jejum;
- glicemia pós-prandial;
- hemoglobina glicosilada.

Nota: diabetes mellitus tipo 2 sem complicações, deverão ser acompanhadas e tratadas nas unidades básicas (UBS,USF E CF).

Distúrbios das glândulas supra-renais

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos suspeitos em presença dos seguintes sintomas:

- obesidade central;
- hiper ou hipotensão;
- alopecia;
- astenia;
- redução da pilificação do corpo;
- estrias violáceas;
- hiperpigmentação de mucosas;
- amenorréia.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- ultrassonografia de suprarenal;
- dosagens hormonais (ralacionados a hipótese diagnóstica).

Distúrbios do sistema reprodutivo

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar mulheres com suspeita clínica, na presença de irregularidade menstrual e hirsutismo.

Encaminhar homens com suspeita clínica, na presença de ginecomastia e hipogonadismo.

Descrever no encaminhamento, de ambos os casos, os achados anormais no sistema reprodutivo.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- ultrassonografia (relacionada a cada hipótese diagnóstica);
- dosagens hormonais (relacionados a cada hipótese diagnóstica).

Doenças osteometabólicas (hiperparatireoidismo primário, osteoporose)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, medicamentos em uso e descrição das complicações (se houver).

Encaminhar pacientes com suspeitas de hiperparatireoidismo primário com nefrolitiase e deformidades ósseas.

Encaminhar pacientes com suspeita de osteoporose, com fraturas espontâneas ou por trauma leve, baixo consumo de leite e derivados, uso crônico de corticóides, distúrbios da tireoide e mulheres pós menopausadas.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma;
- plaquetas;
- creatinina;
- uréia;
- colesterol total;
- triglicerideos;
- TSH;

- T4 livre;
- cálcio sérico;
- glicose de jejum;
- densitometria óssea (se houver).

Obesidade infantojuvenil / dislipidemias

Encaminhar com IMC acima do percentil 95 da curva de IMC da sociedade brasileira de pediatria (peso e altura recentes), relatando as comorbidades existentes (hipertensão arterial / diabetes mellitus / hipotireoidismo e outros), dieta, tratamentos prévios e medicamentos em uso.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- glicemia de jejum;
- triglicerídeos;
- colesterol total e frações;
- curva glicêmica;
- TGO;
- TGP;
- TSH e T4 livre quando suspeitar de hipotireoidismo.

Nota: o encaminhamento deve acontecer nos casos de obesos graves e os que não respondem ao tratamento utilizado na UBS/USF/CF, com orientações dietéticas, mudanças de hábitos de vida e acompanhamento de exames laboratoriais.

Tireopatias

Encaminhar com queixas e quadro clínico sugestivo de tireopatia (hipotireoidismo, hipertireoidismo, aumento de volume da tireoide e outros); informar tratamentos realizados e medicamentos em uso, com dose e posologia.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- TSH (recente);
- T4 livre (recente);
- ultrassonografia de tireoide (se houver).

Profissional solicitante:

▪Médico.

3.38 Protocolo sugerido para Consulta em Fonoaudiologia

Atendimento de pacientes sem comprometimento neurológico e transtorno mental que apresentam as patologias mencionadas no decorrer desse protocolo.

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ afasia;
▪ alteração de frênulo lingual em bebês com interferência na amamentação;
▪ atraso de fala em crianças maiores de 04 anos;
▪ disartria;
▪ disfagia;
▪ dislalia em maiores de 07 anos;
▪ fala ininteligível em crianças maiores de 04 anos;
▪ gagueira;
▪ paralisia facial;
▪ reabilitação vestibular.

É obrigatório conter na solicitação a descrição da história da doença, medicações e/ou outras intervenções realizadas e o quadro clínico atual do paciente.

Para os serviços de reabilitação auditiva

Para paciente com perda auditiva, com necessidade de avaliação e/ou reabilitação (indicação de AASI, BERA, entre outros), encaminhar para o serviço de alta complexidade através do procedimento "*Grupo Atendimento/Acompanhamento em Reabilitação nas Múltiplas Deficiências > Reabilitação Auditiva*" (vide protocolo).

Os casos para audiometria deverão ser encaminhados para o procedimento de audiometria (vide protocolo).

Obs.: Quando o paciente apresentar múltiplas deficiências ou Transtorno do Espectro Autista (TEA) com necessidade de atendimento multiprofissional, favor encaminhar no procedimento "Acolhimento em centro especializado de reabilitação" (ver protocolo).

153

Para manejo na APS:

Deverão ser manejadas na APS, nas unidades que tem apoio da Equipe Nasf-AB, as seguintes patologias:

- alterações miofuncionais: alterações de frênulo lingual, tônus de língua, respirador oral, deglutição atípica, disfunção temporomandibular;
- atraso de fala em crianças menores de 3 anos;
- casos não resolutivos após o manejo na APS;
- disfonia;
- dislalia leve;
- hábitos parafuncionais (sucção digital e/ou chupeta).

Nota: nas unidades de saúde não cobertas por equipes NASF-AB, utilizar o protocolo de encaminhamento para consulta em Fonoaudiologia, com a descrição obrigatória e outras informações pertinentes.

Para atendimento no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Quando houver cobertura de SAD, encaminhar o usuário que tenha necessidade de abreviar ou evitar a hospitalização e apresente: afecções agudas ou crônicas agudizadas com necessidade de cuidados intensificados (tratamento parenteral, ventilação não invasiva, ventilação invasiva, curativos complexos, antibioticoterapia com restrição ao leito); afecções crônico degenerativas com restrição ao leito que demande necessidade de atendimento multiprofissional até estabilização; cuidados paliativos.

Para atendimento dos casos de fenda palatina

Encaminhar na nomenclatura*: Consulta em Fonoaudiologia – Fenda Palatina*

Para atendimento de pós cirúrgico de laringe (laringectomia)

Atendimento realizado pelo Hospital de Câncer Alfredo Abrão. Acesso via agenda local do Hospital.

Profisisonal solicitante:

Médico.

3.39 Protocolo sugerido para Consulta em Gastroenterologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ alergias alimentares;

▪ cirrose hepática;

▪ colecistite aguda (urgência hospitalar e/ou pronto-atendimento);

▪ colelítiase crônica (cirurgia geral) (adulto e infantil);

▪ colestase neonatal;

▪ constipação intestinal e distensão abdominal crônica;

▪ desnutrição;

▪ diarréia crônica;

▪ doença do refluxo gastroesofágico;

▪ doenças do refluxo gastro esofágico: Hérnia de Hiato, Esofagite de Refluxo, Esôfago de Barret.

▪ doenças inflamatórias intestinais (doença do CROHN recocite ulcerativa);

▪ doenças inflamatórias intestinais: Colite Ulcerativa, Doença de retocolite ulcerativa ulcerativa, e Síndrome de Cólon Irritável

▪ dor abdominal crônica;

▪ epigastralgia/gastrite/úlcera;

▪ esteatose hepática;

▪ gastrite atrófica diagnósticada

▪ hepatites A, B e C (infectologia);

▪ neoplasias

▪ pancreatite crônica

▪ pancreatite crônica;

▪ polipose intestinal;

▪ suspeita de erros inatos do metabolismo e outros doenças metabólicas;

▪ úlcera péptica/ gastrite.

Úlcera Péptica/Gastrite

Encaminhar os pacientes com gastrite não responsiva a tratamento, história de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva

de sintomas, desconforto digestivo 2vezes por semana durante 4 semanas. O exame físico deve conter: se dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- parasitológico de fezes
- endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia para pesquisa de H. pylori (anticorpos séricos, teste de urease)

Gastrite atrófica diagnosticada

Encaminhar paciente com gastrite não responsiva, história de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2 vezes por semana durante 4 semanas. Exame físico deve conter: se dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia para pesquisa de H. pylori (anticorpos séricos, teste de urease).

Pancreatite crônica

Encaminhar pacientes com complicações, informando sucintamente o quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- amilase;
- lípase;
- BTF;
- fosfatase alcalina,
- teste de tolerância à glicose;
- glicemia;
- TGO;
- TGP;
- gama GT;
- radiografia simples abdominal;

- ultrassonografia abdominal;
- tomografia do órgão (se houver).

Doenças do Refluxo Gastroesofágico - Hérnia de Hiato, Esofagite de Refluxo, Esôfago de Barret

Encaminhar pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico, inclusive aqueles com manifestações atípicas cujo refluxo foi devidamente comprovado.

A duração e freqüência dos sintomas são informações importantes que precisam ser sempre avaliadas e quantificadas. Pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de 2 vezes por semana, a cerca de 4 a 8 semanas, devem ser considerados possíveis portadores de doenças do refluxo gastroesofágico (DRGE).

Existe evidente correlação entre o tempo de duração dos sintomas e aumento do risco para o desenvolvimento do esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- endoscopia,
- exame radiológico contrastado do esôfago,
- pHmetria e manometria esofágica.

Doenças inflamatórias intestinais

Enquadram-se os casos de diarreia crônica e dor abdominal.

Diarréia crônica - encaminhar pacientes com relato sucinto do quadro clínico e exame físico, tratamento clínico, uso de antibióticos recentes e/ou uso de anti-inflamatórios não hormonais. História familiar de doença inflamatória intestinal, doença celíaca. Afastar história clínica de síndrome do intestino irritável, infecção intestinal aguda bacteriana ou viral, história familiar de câncer colorretal,

Deverão estar negativos os exames de parasitológicos, coloração pela hematoxilina férrica, pesquisa sangue oculto.

Dor abdominal - encaminhar paciente com relato sucinto de quadro clínico com presença de sinais de alarme, como febre associada à diarreia crônica (mais de um mês). Afastar abdome agudo clínico e/ou cirúrgico, doenças gastroduodenais, doenças pancreáticas/biliares, doenças intestinais e doenças ginecológicas.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma completo;
- velocidade de hemossedimentação (VHS);
- proteína C reativa (PCR);
- ferro sérico;
- ferritina;
- vitamina B12;
- proteínas total/frações;
- HIV;
- citomegalovírus IGM/IGG;
- TGO;
- TGP;
- FA;
- gama GT;
- LDH;
- parasitológicos (Baermann-Moraes);
- coloração hematoxilina férrica;
- pesquisa elementos anormais.

Neoplasias

Encaminhar pacientes com diagnóstico confirmado de neoplasia. O encaminhamento deve conter história clínica de maneira sucinta, tempo de evolução e dados do exame físico como: emagrecimento, anorexia, anemia, icterícia, vômitos, dores epigástricas, diarréia, constipação intestinal e presença de sangue oculto nas fezes.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- EDA;
- colonoscopia;
- enema opaco (se houver);
- ultrassonografia abdominal.

Polipose Intestinal

Encaminhar todos os pacientes com diagnóstico e histórico familiar de polipose. Anamnese: história de casos na família. Ao exame físico, observar lesões de pele e relatar exame retal.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:
- colonoscopia;
- enema opaco (se houver);
- ultrassonografia abdominal total.

Epigastralgia/gastrite/úlcera

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, tratamentos efetuados, medicação em uso e característica da dor.

Encaminhar somente os casos tratados pelo clínico e sem sucesso terapêutico, informando patologias associadas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:
- parasitológico de fezes (02 amostras);
- endoscopia digestiva alta (se houver suspeita de úlcera);
- ultrassonografia de abdômen total (se houver).

Diarréia crônica

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, descrever características das fezes, presença de muco ou sangue, hábito intestinal, tempo de evolução e sintomas concomitantes, informando tratamentos e exames realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos de diarréia com mais de 04 semanas de evolução, com tratamento sem sucesso.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:
▪parasitológico de fezes (02 amostras);
▪ultrassonografia abdômen total (se houver).

Dor abdominal crônica

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, descrever a característica da dor (frequência, intensidade, localização, tipo, irradiação), tempo de evolução, relatar hábito intestinal e sintomas concomitantes, relatando doenças associadas e o grau de estabilidade das mesmas, assim como os tratamentos e exames realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos de tratamento sem sucesso clínico e os casos com história de pancreatite com episódios de repetição.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:
▪parasitológico de fezes (02 amostras);
▪ultrassonografia de abdômen total;
▪endoscopia digestiva alta (se houver);
▪colonoscopia (se houver);
▪amilase;
▪lipase.

Esteatose hepática

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, ou alteração da função hepática e/ou dislipidemias com aumento de colesterol e triglicerídeos, relatando sintomas concomitantes e doenças associadas.

Informar tratamentos e exames realizados e medicamentos em uso.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:
▪plaquetas;

▪TGO;
▪TGP;
▪triglicerídeos;
▪colesterol total e frações;
▪ultrassonografia de abdômen total.

Cirrose hepática

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, informando a presença de sangramento digestivo (melena, hematêmese), presença ou não de ascite, hepatoesplenomegalia, telangectasia, circulação colatéral, tempo de evolução, sintomas concomitantes e patologias associadas, informando tratamentos e exames realizados e medicamentos em uso.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:
▪plaquetas;
▪TGO;
▪TGP;
▪fosfatase alcalina;
▪proteínas total e frações;
▪tempo de sangramento;
▪tempo de coagulação;
▪endoscopia digestiva alta (se houver);
▪ultrassonografia de abdomen superior (se houver).

Doença do refluxo gastroesofágico

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico (adulto e infantil), diarréia frequente, dor abdominal, sangramento intestinal, perda de peso, febre, tempo de evolução da doença, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso, informando tempo de evolução da patologia, tratamentos e exames realizados e medicamentos em uso.

Queixas no adulto - azia, queimação epigástrica, náuseas, dor retro esternal.

Queixas criança- regurgitação frequente, vômitos, estado nutricional

comprometido, pneumonia de repetição, tosse crônica, sintomatologia que não melhora com medidas posturais, dietéticas e medicamentosas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- endoscopia digestiva alta em adultos;
- doenças inflamatórias intestinais;
- endoscopia digestiva alta (se houver);
- colonoscopia (se houver);
- raios X trânsito intestinal (se houver);
- outros exames relacionados às patologias (se houver).

Informar os casos de constipação intestinal e distensão abdominal crônica, retocolite ulcerativa e doença de Crohn

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, dificuldade para evacuação (01 vez por semana com fezes duras), dor abdominal, flatulência, dificuldade digestiva, náuseas e perda de apetite, informar tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, medicamentos em uso e cirurgias abdominais realizadas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrassonografia de abdômen;
- parasitológico de fezes.

Nota: idosos são mais frequentemente acometidos em razão da pouca mobilidade, pouca hidratação, alimentação com pouca fibra e uso de vários medicamentos.

Desnutrição

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, alterações da pele (seca e desidratada), redução da massa muscular, gordura, descoloração do cabelo, edema e hematúria ocasional, informando tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, bem como os medicamentos em uso.

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 177

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- hemograma;
- parasitológico de fezes;
- urina I;
- sódio;
- potássio;
- uréia;
- creatinina;
- glicemia de jejum.

Nota: em crianças há associação de baixo crescimento, baixa imunidade, baixa cicatrização, baixa produção de enzima e hormônios, diarréia crônica e baixo desenvolvimento mental.

Dependendo da severidade do quadro, a internação é obrigatória.

Alergias alimentares

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico com queixa de formigamento nos lábios, câimbra abdominal, dispnéia após a ingestão de alimentos, informar o momento da reação, tipo de alimento (se possível), e a ingestão concomitante com temperos e condimentos, informando o tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso e alimentos que causam mais alergia alimentar.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- hemograma (se houver);
- testes alérgicos (se houver).

Nota: é importante que se faça o diagnóstico diferencial com a intolerância alimentar.

Colestase neonatal

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução.

Informar:

▪icterícia (cor amarela de pele e olhos) no RN e/ou lactente geralmente se inicia após 10 ou 15 dias de vida;

▪urina escura;

▪fezes claras.

▪geralmente associada a atresia de vias biliares.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪bilirrubinas total, direta e indireta;

▪ultrassonografia de abdômen.

Nota: fazer diagnóstico diferencial com a icterícia fisiológica do RN, que tem início na 1ª semana de vida, duração de mais ou menos 12 dias com fezes e urina sem mudança de coloração.

Colelítiase crônica

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso, informando patologias associadas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ultrassonografia de abdômen superior.

Nota: encaminhar para especialista em cirurgia geral (adulto e infantil) para avaliação e conduta.

Colecistite aguda

Nota: encaminhar para serviço especializado em urgência hospitalar ou pronto atendimento, com queixa de dor intensa em hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e febre.

Hepatites A/B/C - CID B15 a B19

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Hepatite A - CID B15

Encaminhar os pacientes com: astenia, náuseas, vômitos, hepatomegalia, icterícia com alterações laboratoriais sugestivas: aumento de transaminases e alteração da função hepática. Ao exame físico descrever a presença de visceromegalias e/ou icterícia.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- hemograma com plaquetas;
- TGO;
- TGP;
- fosfatase alcalina;
- bilirrubinas total, direta e indireta;
- anti HVA IGM;
- Hbsag;
- anti HBC IGM e IGG;
- anti HCV IGM e IGG.

Nota: o paciente deverá ser investigado no nível primário e encaminhado com sorologia para vírus A reagente (anti HVA – IGM reagente). Na investigação primária deverão ser realizadas, também, as pesquisas para vírus B e C.

Hepatite B - CID B16

Encaminhar os pacientes com: hepatomegalia, icterícia e alterações laboratoriais sugestivas: alterações de transaminases e da função hepática.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- hemograma com plaquetas;
- TGO;
- TGP;
- fosfatase alcalina;

- bilirrubinas total, direta e indireta;
- HBSAG e anti-HBC IGM e IGG.

Nota: paciente deverá ser investigado no nível primário e encaminhado com sorologia para vírus B reagente (HBSAG mais anti HBC IGM reagentes). Na investigação primária deverá ser realizada, também, pesquisa para vírus A e C.

Hepatite C - CID B17

Encaminhar pacientes com: hepatomegalia, icterícia e/ou alterações laboratoriais: aumento de transaminase e alterações da função hepática.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- hemograma com plaquetas;
- TGO;
- TGP;
- fosfatase alcalina;
- bilirrubinas total, direta e indireta;
- anti-HCV.

Nota: paciente com suspeita de hepatite C deverá ser investigado no nível primário e encaminhado com sorologia para vírus C – anti-HCV reagente. Na investigação primária deverá ser realizada também pesquisa para vírus A e B.

Suspeita de erros inatos do metabolismo e outras doenças metabólicas:

Encaminhar através do pediatra ou médico da USF, UBSF/CF, com relato sucinto do quadro clínico, sintomatologia, tratamentos e exames realizados, medicamentos em uso e outras informações pertinentes.

Suspeitar de patologia de erro inato do metabolismo, quando houver desaceleração e parada de desenvolvimento psicomotor; presença de sinais neurológicos anormais (ataxia, espasticidade, convulsão); progressão de piora inexorável.

Deverão ser informados os exames complementares relacionados à hipótese

diagnóstica (se houver).

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

- fenilcetonúria;
- hipotireoidismo congênito;
- hemoglobinopatias;
- fibrose cística.
- outras patologias:
- galactosemias;
- leuciniose;
- deficiência de biotinidase;
- deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase;
- defeitos da beta oxidação mitocondrial dos ácidos graxos.

Quadro 3 - Distúrbios Metabólicos

Distúrbio	Achados Clínicos	Achados Laboratoriais
Fenilcetonúria Clássica	Retardo mental, distúrbios psiquiátrico	**Fenilalanina plasmática > 15 mg/dl**
Fenilalaninemia benigna	Assintomático	**Aumento fenilalanina plasmática**
Fenilalaninemia maligna	Retardo mental, distúrbios psiquiátricos	**Aumento de fenilalanina plasmática**
Tirosinemia hereditária	Cirrose hepática Disfunção renal tubular	**Aumento tirosina plasmática**
Alcaptonúria	Ocronose e Artrite	**Aumento ácido homogentísico urinário**
Histidinemia	Defeito de fala e audição	**Aumento da histidina urinária e plasmática**
Aminoacidemia de cadeia ramificada	Convulsão, cetose, retardo mental	**Aumento aminoácidos ramificados plasmáticos e urinários**
Homocistinúria	Retardo mental, Tromboembolismo	**Aumento da homocistina e metionina plasmática e**

		urinárias
Cistationinúria	Assintomático	**Aumento cistationina urinária**
Cistinúria	Cálculos urinários	**Aumento da cistina e aminoácidos dibásicos urinários**
Hiperglicinemia cetótica	Cetose, neutropenia, retardo mental	**Aumento da glicina e ácido propiônico plasmático e urinários**
Hiperglicinemia não-cetótica	Retardo mental	**Aumento da glicina na urina e plasma**
Anormalidades do ciclo da uréia	Retardo mental, vômitos, letargia, convulsões	**Aumento de glutamina e citrulina no plasma e urina. Aumento da amônia plasmática**
Glicinúria	Assintomático	**Aumento da glicina, prolina e hidroxiprolina**
Doença de Hartnup	Ataxia, retardo mental	**Aumento de aminoácidos neutros na urina**
Síndrome de Fanconi	**Acidose e raquitismo**	**Aminoacidúria, glicinemia, fosfatúria.**

Profissional solicitante:

- Médico.

3.40 Protocolo sugerido para Consulta em Gastroenterologia Doenças do Fígado

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- esteato-hepatite alcoólica e não alcoólica;
- hepatites crônicas;
- colestase (drogas, hereditárias, intra-hepática da gravidez);

- colangite;
- alterações em exame de imagem hepática.

Esteatose hepática e Cirrose

Encaminhar paciente com suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática ou elevação persistente, sem etiologia definida após investigação inicial na APS de:

- aminotransferases ≥ 2 vezes o limite superior da normalidade;
- fosfatase alcalina ≥ 1,5 vezes o limite superior da normalidade por provável etiologia hepática;
- aminotransferases < 2 vezes o limite superior de normalidade, e/ou fosfatase alcalina < 1,5 vezes o limite superior da normalidade, que persistem elevadas por 6 meses.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- TGO;
- TGP;
- fosfatase alcalina;
- gama-GT;
- albumina;
- hemograma;
- plaquetas;
- tempo de protrombina;
- bilirrubinas;
- anti-HCV e HbsA;
- USG (ou TC/RNM) hepático com laudo.

Hepatites crônicas

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso (dose diária).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- hemograma;
- coagulograma;

- transaminases;
- gama GT;
- bilirrubinas totais e frações;
- hepatite A - anti-HAV IgM;
- hepatite B - HbsAg, anti-HBc IgM, anti-HBe, anti-HBs;
- hepatite C - anti-HCV, PCR para HCV no soro.

Colestase (drogas, hereditárias, intra-hepática da gravidez)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso (dose diária).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- gama GT;
- fosfatase alcalina;
- bilurrbinas totais e frações (se houver);
- ultrassonografia de abdômen total (se houver).

Colangite

Encaminhar caso suspeito com relato sucinto do quadro clínico (presença ou não de prurido, fadiga), tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso (dose diária).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- aminotransferases;
- fosfatase alcalina;
- gama-GT;
- ultrassonografia abdominal (hepática) (se houver).

Alterações em exame de imagem hepática encaminhar paciente com :

- lesão hepática sólida indeterminada ≥ 1,0 cm em pessoa sem hepatopatia conhecida;
- lesão hepática sólida ou hemangioma em paciente com hepatopatia conhecida;

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 185

▪ hemangioma com características atípicas determinada por ecografia em pessoa com/sem hepatopatia;

▪ lesão hepática com indicação de TC ou RMN na impossibilidade de solicitar o exame na APS;

▪ suspeita de neoplasia primária do fígado ou metastática;

▪ supeita de tumores benignos e malignos da árvore biliar extra-hepática.

Profissional Solicitante:

▪Médico

3.41 Protocolo sugerido para Consulta em Gastroenterologia Pediátrica

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 a 12 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ alterações intestinais;

▪ colestase;

▪ DRGE;

▪ hepatite autoimune;

▪ sangramento digestivo (alto, baixo, oculto e obscuro);

▪ síndrome do intestino curto.

Alterações intestinais

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso (dose diária).

Encaminhar pacientes com alterações do hábito intestinal (crônicas, de difícil controle, refratárias ao tratamento).

Alergia a proteína do leite de vaca, constipação e diarréia crônicas, doença celíaca, DII, SIC.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

▪ parasitológico de fezes;

- hemograma;
- exames de imagem (se houver).

Colestase

Encaminhar pacientes com suspeitas de colestase (pacientes com acolia ou hipocolia persistente por um período superior a 10 dias) e icterícia persistente.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso (dose diária).

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma completo,
- coagulograma,
- uréia e creatinina,
- eletrólitos séricos,
- bilirrubinas totais e frações,
- gama-gt,
- fosfatase alcalina,
- aminotransferase,
- teste de suor (suspeita de fibrose cística),
- ultrassonografia de abdômen (se houver),
- cintilografia hepatobiliar (se houver),
- biópsia hepática (se houver).

Doenças do Refluxo Gastroesofágico – DRGE

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso (dose diária).

Achados da história clínica e exame físico (emagrecimento/ baixo ganho de peso, náuseas matinais, vômitos recorrentes, recusa alimentar, irritabilidade, arqueamento do tronco; dor abdominal, eructação excessiva e hematêmese).

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 187

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- estudo de radiografia contrastada do esôfago, estômago e duodeno (se houver);
- ultrassonografia de abdômen (se houver), pHmetria esofágica de 24hs (se houver);
- endoscopia digestiva alta (se houver).

Hepatite autoimune

Encaminhar pacientes com quadro suspeito de hepatite autoimune (paciente com história de icterícia, dor abdominal, ascite, sinais inflamatórios, febre, perda de peso, astenia, artralgia e encefalopatia hepática refratária ao tratamento).

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma completo;
- bilirrubinas;
- coagulograma;
- aminotransferases;
- sorologias;
- hepatites virais;
- ultrassonografia abdômen (se houver);
- biópsia hepática (se houver).

Sangramento digestivo (alto, baixo, oculto e obscuro)

Encaminhar casos de hematêmese, hematoquezia/enterorragia e melena crônicos, não agudizados.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso (dose diária).

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- endoscopia Digestiva (se houver).

Síndrome do Intestino Curto

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso (dose diária).

O encaminhamento deve descrever se o paciente foi submetido a cirurgia, a qual tipo de nutrição está submetido e peso atual.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma (se houver);
- bilirrubinas totais e frações (se houver);
- transaminases (se houver);
- eletrólitos - sódio, potássio (se houver).

Profisisonal Solicitante:

- Médico.

3.42 Protocolo sugerido para Consulta em Genética

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- recém-nascido com teste do pezinho alterado;
- hipotonia congênita (bebê muito “molinho”);
- ultrassonografia na gestação de feto com crescimento intrauterino restrito de causa desconhecida;
- malformação única ou múltiplas malformações e/ou anomalia menores (como alterações na face, mãos, pés);
- características faciais ou corporais “diferentes”, que fogem do padrão da família, principalmente se acompanhadas de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor ou deficiência intelectual;

▪ obesidade;

▪ condições neurológicas que podem ter causa genética, como algumas formas de ataxia, neuropatias, miopatias;

▪ doenças metabólicas ou sintomas que sugiram doenças metabólicas, tais como convulsões de difícil controle, aumento do fígado e/ou baço, hipoglicemia persistente, acidose, vômitos cíclicos, involução neuropsicomotora;

▪ anormalidades oculares e/ou déficit visual;

▪ surdez associada ou não a outras alterações/malformações;

▪ tumores /câncer na infância;

▪ manchas ou outras alterações de pele cuja avaliação por um dermatologista indique que possa ter causa genética ou fazer parte de uma síndrome genética;

▪ problemas hematológicos, como anemia, baixo número de plaquetas, alteração da coagulação, com suspeita de genética ou história familiar positiva;

▪ história Familiar significativamente positiva para doenças psiquiátricas;

▪ pai ou mãe com alteração cromossômica.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar pacientes com doenças genéticas e para aconselhamento genético individual e familiar.

Encaminhar os exames realizados e referentes à patologia a ser pesquisada.

Profissional solicitante:

▪Médico.

3.43 Protocolo sugerido para Consulta em Geriatria

a) Sexo: ambos

b) Idade: 65 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

Paciente idoso com mais de 3 (três) comorbidades, que necessitem avaliação de diferentes especialistas, devido a dificuldade de manejo ;

Doença de Parkinson, ou suspeita, com difícil controle do quadro clínico após terapêutica inicial;

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Doença de Alzheimer, ou suspeita, avançada ou mal controlada com o tratamento;

Suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de quadros demenciais, com impacto nas atividades diárias do paciente;

Idoso frágil, e com agravos de saúde que aumentem o risco de desfecho adverso, com alto índice de hospitalização, institucionalização e óbito.

Informações obrigatórias nas solicitações:

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames, tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhamentos incompletos não serão aceitos .

Paciente idoso com mais de 3 comorbidades, que necessitem avaliação de diferentes especialistas:

Só serão aceitos encaminhamentos de idosos cujas doenças associadas sejam de difícil manejo clínico pelo médico generalista ou de medicina familiar, com necessidade frequente de pareceres de outras especialidades. (Ex: Reumatologia, cardiologia, endocrinologia), após abordagem inicial.

Exames complementares necessários: De acordo com as doenças diagnosticadas ou suspeitadas, trazer os exames já realizados pelo paciente.

Doença de parkinson com difícil controle do quadro clínico:

Encaminhar aqueles pacientes que não apresentaram resposta satisfatória ao medicamento iniciado pelo médico assistente da atenção primária, ou que manifeste intolerância/reações medicamentosas adversas aos fármacos administrados, ou de difícil manejo.

Importante descartar parkinsonismo medicamentoso.

Exames complementares necessários:

- Hemograma completo;
- Sódio;
- Potássio;
- Glicemia de jejum;
- Hemoglobina glicada se houver (obrigatório de diabéticos);

176

- Ureia;
- Creatinina;
- Urina I;
- TGO,
- TGP; Ácido fólico;
- Vit. B12;
- TSH;
- T4 livre;
- VDRL;
- Sorologia HIV.

Doença de alzheimer avançada ou mal-controlada com o tratamento ou diagnostico diferencial de outras demências:

Pacientes evoluindo com piora/exacerbação do quadro demencial, ou com má-aderência/intolerabilidade ao tratamento medicamentoso utilizado.

Exames complementares necessários:

- Hemograma completo;
- Sódio;
- Potássio;
- Glicemia de jejum;
- Hemoglobina glicada se houver (obrigatório de diabéticos);
- Uréia;
- Creatinina; Urina I;
- TGO,
- TGP;
- Ácido fólico;
- Vit. B12;
- TSH;
- T4 livre;
- VDRL;
- Sorologia HIV.

Suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de quadros demenciais, com impacto nas atividades diárias do idoso:

Pacientes idosos com quadro clínico compatível com demência (perda de memória + comprometimento de mais uma das seguintes:

Apraxia (dificuldade em executar atividades motoras sequenciais, anteriormente realizadas normalmente);

Agnosia (Dificuldade em reconhecer pessoas conhecidas);

Distúrbios de linguagem (dislalia, fala arrastada, coprolalia, dentre outros), e que não se encaixem em demência de Parkinson ou Alzheimer, ou haja dúvida diagnóstica. (Ex: Demência Vascular, Depressão no idoso, delirium).

Exames complementares necessários:

- Hemograma completo;
- Sódio;
- Potássio;
- Uréia;
- Creatinina;
- Glicemia de jejum;
- Hemoglobina glicada se houver (obrigatório pacientes diabéticos);
- Urina I;
- TGO;
- TGP;
- Proteínas totais e frações;
- Ácido fólico;
- Vit. B12;
- TSH ;
- T4 livre.

Idoso frágil e com agravos de saúde que aumentem o risco de desfecho adverso, com alto índice de hospitalização, institucionalização e óbito.

Encaminhar os idosos com capacidade reduzida de reagir a agentes estressores (Ex: doenças degenerativas, infecciosas, traumatismos, stress emocional...), por diminuição progressiva das reservas de seus múltiplos órgãos e sistemas.

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Exames complementares necessários: Todos os realizados pelo paciente, que foram solicitados de acordo com a suspeita/diagnóstico(s) feitos pelo médico assistente.

Nota: Alterações de nível de consciência associados a traumas;
Alterações de nível de consciência associados a processos infecciosos;
Alterações do nível de consciência associados à descompensações abruptas metabólicas;
Quadros de agitação psicomotora aguda;
Desnutrição e desidratação severas;
Patologias clínicas ou cirúrgicas agudizadas;
Devem ser encaminhados aos serviços de Urgência/emergência.

Para manejo na APS:

A maioria das patologias crônicas inerente ao ciclo de vida do envelhecimento devem ser seguidas na atenção primária, reservando-se a atenção especializada somente os casos em que o especialista será indispensável para investigação e manejo.

O médico da atenção primária (UBS/USF/CF) é figura importante na conjuntura de atendimento universal da saúde do idoso.

Identificar o idoso frágil: sempre investigar o caso o máximo possível, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares, se necessário, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação e se for o caso condutas terapêuticas também para analise de prioridades pelo regulador.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista. Abordagem é inicial obrigatória.

Dar seguimento aos pacientes contra referenciados.

Profissional solicitante:

- Médico.

3.44 Protocolo sugerido para Consulta em Ginecologia Cirúrgica

179

a) Sexo: feminino

b) Idade: 18 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- anomalias uterinas;
- cisto de glândula de Bartholin;
- cisto de ovário não funcional;
- endometriose pélvica;
- espessamento endometrial (pós menopausa);
- hidrossalpinge;
- incontinência urinária de esforço;
- mioma uterino;
- pólipo endometrial;
- prolapso genital;
- salpingite crônica;
- sangramento disfuncional do endométrio.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar todos os casos em que o tratamento clínico proposto não tenha resultado satisfatório.

Encaminhar informando a realização de procedimento cirúrgico anterior (ginecológico, obstétrico, esterilidade, urológico e intestinal).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrassonografia pélvica – para as patologias onde o exame de imagem é prioritário para o diagnóstico ou para sua confirmação;
- estudo urodinamico completo (se houver);
- histerossalpingografia – nas anomalias uterinas;
- laudo de histeroscopia diagnóstica (se houver);
- laudo de laparoscopia diagnóstica (se houver);
- laudo anátomo-patológico (se houver).

Nota: o exame complementar é dispensável nas patologias em que o diagnóstico é firmado pelo exame ginecológico. Havendo comprovação diagnóstica de patologia maligna, o encaminhamento deverá ser para o serviço de oncologia.

Profissional solicitante:

- Médico.

3.45 Protocolo sugerido para Consulta em Ginecologia Climatério

a) Sexo: feminino

b) Idade: de 35 até 65 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- menopausa precoce (antes dos 40 anos);
- persistência de sintomas associados ao climatério após tratamento clínico otimizado por 6 meses.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: sinais e sintomas; idade da paciente quando iniciou a menopausa; tratamentos em uso ou já realizados para os sintomas do climatério (medicamentos utilizados com dose e posologia); história prévia de neoplasia maligna ginecológica ou ooforectomia (sim ou não).

Profissional solicitante:

- Enfermeiro da APS.
- Médico;

3.46 Protocolo sugerido para Consulta em Ginecologia IST

a) Sexo: ambos

b) Idade: 13 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- Úlceras genitais/anais (Sífilis, Cancro Mole, Herpes, Donovanose, Linfogranuloma);
- Corrimento (Candidiase, Gonorreia, Clamídia, Tricomoníase);
- Verrugas genitais/anais (Condiloma).

▪ Doença Inflamatória Pélvica.

Observações: Conforme Protocolo Clinico e Diretrizes Terapeuticas 2020 do Ministério da Saúde, as IST's deverão ser tratadas na Atenção Primária. Favor encaminhar ao especialista exclusivamente quando houver falha no tratamento inicial.

b) Descrição obrigatória:
Encaminhar com relato sucinto contendo a história clínica, tratamento prévio realizado, descrever medicamentos, duração, descrição da lesão, incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quanto condiloma anorretal).

c) Exames complementares:
▪ Testes Rápidos de IST's, com data.

Profissional solicitante:
▪Enfermeiro;
▪Médico;
▪

3.47 Protocolo sugerido para Consulta em Ginecologia Endocrinologia
a) Sexo: feminino
b) Idade: 18 a 50 anos
c) Motivos do encaminhamento:
▪ distúrbios menstruais por hiperprolactinemia, hipotireoidismo, hipertireoidismo, anorexia, obesidade, distúrbio emocional, estresse psicológico e/ou físico;
▪ falência ovariana prematura;
▪ hiperandrogenismo (hiperplasia adrenal congênita de início tardio, ovários policísticos e outras que interfiram no eixo hipotálamo, hipófise e ovário);
▪ hipogonadismo hipogonadotrófico;
▪ resistência ovariana ao hormônio folículo estimulante (FSH);
▪ síndrome do retrocontrole impróprio (síndrome dos ovários micropolicísticos).

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Síndrome dos ovários micropolicísticos

- colesterol total e frações;
- glicemia de jejum;
- testosterona total e livre;
- ultrassonografia de útero e ovários.

Hipogonadismo hipogonadotrófico

- estradiol;
- FSH;
- LH;
- prolactina;
- T4 livre;
- TSH.

Falência ovariana prematura

- estradiol;
- FSH;
- inibina B (se houver);
- LH;
- ultrassonografia de ovários.

Resistência ovariana ao hormônio folículo estimulante

- estradiol;
- FSH;
- LH;
- ultrassonografia de ovários.

Distúrbios menstruais por hiperprolactinemia

- prolactina;
- RNM de hipófise (se houver);

- T4 livre;
- TSH.

Distúrbios por Hipo e hipertireoidismo

- T3;
- T4;
- TSH;
- ultrassonografia de tireoide.

Distúrbios por Hiperandrogenismo / Hiperplasia adrenal gongênita

- hidroxiprogesterona;
- SDHEA - sulfato dehidroepiandrosterona;
- ultrassonografia de ovários.

Ovários policísticos

- FSH;
- glicemia de jejum;
- insulina;
- LH;
- testosterona livre e total;
- ultrassonografia de ovários.

Profissional solicitante:

- Médico

3.48 Protocolo sugerido para consulta em Ginecologia - Gestação de Alto Risco

a) Sexo: feminino

b) Idade: 10 a 49 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- patologias pré-existentes sabidas e em tratamento que tragam risco à saúde matérno fetal;

▪ aloimunização, mediante apresentação do resultado de exames laboratoriais comprovando a sensibilização pelo antígeno de superfície eritrocitária;

▪ anemia carencial com Hb menor que 8 g/dl;

▪ antecedentes de Trombose Venosa Profunda (TVP) ou embolia pulmonar;

▪asma brônquica controlada;

▪ cardiopatia materna (valvulopatias, arritimias, Doença Arterial Coronariana [DAC], Insuficiência Cardíaca Congestiva [ICC]);

▪ diabetes gestacional bem controlado (encaminhar quando houver diabetes prévio ou diabetes gestacional sem controle satisfatório com dieta e exercícios);

▪ doença trofoblástica gestacional (mola-hidatiforme) - suspeita clínica ou laudo de imagem ou histopatológico;

▪ doenças autoimunes (Colagenoses; Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES); esclerodermia; dermato/polimiosite; Sjogren; doença mista do tecido conjuntivo, e síndrome antifosfolipídeo - exceto fibromialgia, por exemplo);

▪ doenças endócrinas (exceto hipotiroidismo e hipertiroidismo): encaminha as pacientes com diabetes mellitus apenas quando houver lesão de órgão alvo e/ou DM não controlada;

▪ doenças hematológicas (exceto anemia carenciais);

▪ doenças malignas (qualquer localização);

▪ doenças neurológicas, incluindo epilepsia (sem ou com diagnóstico em uso de medicamentos);

▪ doenças psiquiátricas graves;

▪ gestação múltipla;

▪ ginecopatias (lesão de HPV em qualquer região do trato genitourinário, com ou sem lesão condilomatosa);

▪ HAS com lesão de órgão-alvo: se já diagnosticado previamente, descrever em laudo APAC o quadro obstétrico completo da paciente juntamente com as descrições das lesões encontradas;

▪ HAS sem lesão de órgão-alvo;

▪ hipo ou hipertireoidismo;

185

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 200

- má história obstétrica: antecedentes de abortamento espontâneo de repetição (>3), natimorto de causa ignorada, DPP de causa ignorada, pré-eclâmpsia antes de 32 semanas, cerclagem;
- malformação complexa que necessite de cirurgia nas primeiras 24h de vida (hérnia diafragmática, gastrosquise, onfalocele, mielomeningocele); Cardiopatia congênita (obrigatório anexar laudo);
- malformação fetal que não necessite de cirurgia imediata (fenda palatina, hidrocefalia, polidactilia, espinha bífida);
- nefropatias graves (Insuficiência Renal Crônica [IRC] pacientes em TRS);
- obesidade acima de 140kg ou IMC > 40;
- patologia diagnósticada no decorrer da gestação que tragam risco à saúde matérno-fetal;
- placenta prévia;
- pneumopatias (exceto asma controlada);
- polidramnia ou oligodramnia;
- pré-eclâmpsia;
- transplantadas;
- usuárias de drogas (encaminhamento a psiquiatria).

A gestante encaminhada não recebe alta do ambulatório da atenção primária seguindo em atendimento conjunto com pré-natal de alto risco até o fim da gestação.

Salienta-se que mesmo que a usuária seja identificada como de Gestação de Alto Risco (GAR) a equipe de saúde da unidade de referência deve manter acompanhamento por meio de consultas médicas e consultas de enfermagem, intercaladas com a especialidade, e visita domiciliar de toda a equipe.

Para manejo na APS

Compete a APS identificar, em qualquer idade gestacional, fatores de risco materno, fetal e sócioeconômico, que tornam aquela gestação como sendo de alto risco.

Preencher o cartão da gestante com todos os dados pertinentes de um pré-natal de qualidade, maternidade de referência (conforme o mapa de vinculação vigente), dados pessoais, obstétricos, descrição das consultas nos espaços

adequados, assinatura e carimbo do profissional.

Compete ao profissional de saúde da atenção primária uma abordagem dinâmica e múltipla nos diversos fatores de risco identificados e passíveis de mudança para evitar complicações da gestação de Risco Habitual (RH).

Solicitar os exames de rastreio de rotina de um pré-natal de RH visando identificar condições pré-clínicas ou laboratoriais que tornam essa gestação de risco.

Realizar o seguimento conjunto com o pré-natal de alto risco adequando a agenda de retornos.

Nota: emergências hipertensivas, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, hiperglicemias, sofrimento ou suspeita de sofrimento fetal, amniorrexe prematura, trabalho de parto pré termo, hemorragias de terceiro trimestre (descolamento de placenta, placenta prévia), qualquer situação aguda identificada que reflete sobre a saúde da gestante e/ou feto, deve ser encaminhado aos serviços de urgência e emergência da maternidade de referência da gestante.

Orientar as usuárias para evitar a busca de atendimento de saúde, nessas situações, em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Centro Regionais de Saúde (CRS). Informar que as maternidades são portas abertas para os atendimentos de emergências obstétricas.

Quando o serviço de GAR identificar que a usuária pode ser acompanhada integralmente em seu pré-natal na APS, deverá realizar a recondução da gestante até sua unidade de saúde, por meio do registro no sistema de sua instituição e preenchendo a Carta de Contrarreferência (alta do ambulatório de GAR), em que deverá constar:

- nome completo da paciente;
- número do CNS;
- motivo do encaminhamento para a especialidade (hipótese diagnóstica);
- motivo do contrarreferênciamento para a unidade de origem (melhora clínica, hipótese diagnóstica descartada, estabilidade do quadro ou possibilidade de manejo na APS);
- descrição dos exames realizados durante acompanhamento no ambulatório de GAR;

▪ descrição dos medicamentos utilizados durante acompanhamento no ambulatório de GAR;

▪ necessidade de continuidade de uso de medicamentos prescritos na recondução da paciente;

▪ plano de ação para os profissionais da APS continuar o atendimento à gestante (sugestões);

▪ data, assinatura e carimbo do profissional.

Informações Complementares

Os fatores de risco gestacional presentes anteriormente à gestação dividem-se conforme listado abaixo:

Características individuais e condições sócio demográficas desfavoráveis

- Altura menor que 1,45m;
- Anormalidades estruturais nos órgaõs reprodutivos;
- Dependências de drogas lícitas ou ilícitas (maconha, cocaína, LSD, ecstasy, cola de sapateiro, crack);
- Idade maior que 35;
- Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*;
- Peso pré-gestacional (IMC < 19 e imc > 35).

História reprodutiva anterior

- Abortamento habitual;
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- Parto pré-termo anterior.

Condições clínicas preexistentes

- A adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação;
- Cardiopatias;
- Doenças autoimunes;
- Doenças infecciosas que tornam a gestação de alto risco.
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- Epilepsia;

- Ginecopatias (lesão de HPV em qualquer região do trato genitourinário, com ou sem lesão condilomatosa);
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial;
- Nefropatias;
- Neoplasias (lesão de colo uterino NIC II, NIC III, adenocarcinoma do colo do útero in situ e invasor, câncer de mama);
- Pneumopatias.

Os outros grupos de fatores de risco referem-se à condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em de alto risco, tais como:

- Aloimunização;
- desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- diabetes gestacional;
- doença obstétrica na gravidez atual;
- exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos;
- ganho ponderal inadequado;
- gravidez prolongada;
- insuficiência istmo-cervical;
- pré-eclâmpsia e eclampsia.

Intercorrências clínicas e exames complementares

Durante o acompanhamento da gestação, poderão ocorrer algumas intercorrências no processo, como por exemplo: doenças infectocontagiosas observadas durante a presente gestação (doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, HIV positivo, portadora de Hepatite B ou C) ou doenças clínicas diagnósticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias);

Para encaminhar a paciente nesses casos, é necessário informar todos os exames de rotina de pré-natal de acordo com a idade gestacional de encaminhamento e exames específicos do diagnóstico de patologias que indicam o encaminhamento ao pré-natal de alto risco (glicemia jejum, TTG 75, proteinúria, USG).

189

As gestantes avaliadas no serviço especializado em gestação de alto risco devem, depois de avaliadas, serem seguidas em conjunto com o médico pré-natalista da UBS/USF/CF, para o acompanhamento do pré-natal, com as devidas informações e orientações do especialista, podendo o mesmo orientar as datas de retorno para reavaliações periódicas durante o período gestacional e puerperal.

O acompanhamento de pré-natal de alto risco SEMPRE deve ser feito pela equipe da especialidade e pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde, pois a unidade de APS referência da gestante deve acompanhá-las em todo ciclo gravídico puerperal.

O serviço especializado em gestação de alto risco localizado em unidade hospitalar será responsável pela internação da gestante de alto risco, quando houver indicação e sendo de responsabilidade do médico especialista e equipe multidisciplinar o seu acompanhamento.

Profissional solicitante:

- Médico;
- Enfermeiro da APS. (Exclusivamente quando a APS não dispor de médico).

3.49 Protocolo sugerido para Consulta em Ginecologia - Infertilidade

a) Sexo: ambos

b) Idade: 18 a 50 anos

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Fatores femininos para o encaminhamento:

- alterações cervicais - alterações do muco e da função de transporte e capacitação do espermatozóide. Alterações na capacidade de contenção e proteção do saco gestacional na cavidade uterina;
- disfunções hormonais - hipotalâmicas, hipofisárias, tireoideanas, ovarianas, e outras;
- endometriose - doença de risco extremo à fertilidade feminina, envolvendo múltiplos fatores promotores da infertilidade: desde alterações anatômicas e

funcionais do útero, tubas e ovários, até condições desfavoráveis à fecundação e implantação relacionadas a fatores imunológicos;

▪ fatores genéticos, ambientais e determinados hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, uso de anabolizantes, estresse, defensivos agrícolas, drogas, etc) que possam acelerar a perda do patrimônio ovariano;

▪ idade acima de 35 anos;

▪ imunológicos - referentes às condições de reconhecimento, adaptação e proteção dos gametas, fecundação, implantação e desenvolvimento do embrião;

▪ infertilidade sem causa aparente (isca) - 10% dos casais não apresentam causa aparente de infertilidade, mesmo após rigorosos exames investigativos;

▪ ovarianos - disfunções e condições patológicas que afetam a produção, desenvolvimento, amadurecimento e expulsão do óvulo;

▪ tubários - referente às alterações no transporte e capacitação dos espermatozóides, na captação e transporte do óvulo, no ambiente da fecundação e no transporte do pré-embrião até o útero. Também engloba o chamado fator peritonial, que promovem aderências tubárias prejudicando a captação do óvulo;

▪ uterinos - alterações na anatomia do útero.

Fatores masculinos para o encaminhamento:

▪ alterações genéticas - alteração de cariótipo, microdeleções de cromossomo Y e a presença do gene mutante da fibrose cística;

▪ alterações hormonais - alterações na produção de LH, FSH, testosterona e a prolactina prejudicando tanto a produção quanto a qualidade dos espermatozoides;

▪ alterações na produção de espermatozoide;

▪ alterações obstrutivas - modificações anatômicas por defeitos genéticos;

▪ ausência de espermatozóide (azoospermia);

▪ baixa contagem de espermatozóide (oligozoospermia);

▪ formato inadequado do espermatozóide (teratozoospermia);

▪ inflamações, infecções ou cirurgias do sistema reprodutor masculino podem bloquear parcial ou totalmente a passagem dos espermatozóides e/ou do líquido seminal;

▪ outros fatores - disfunções sexuais como os problemas de ereção, tratamentos de radioterapia ou quimioterapia, traumatismo medulares, doenças

como diabetes, algumas neuropatias (doenças neurológicas) e também a ausência de testículos na bolsa testicular (criptorquidia);

- pouca motilidade do espermatozóide (astenozoospermia);
- varicocele - varizes na região escrotal que alteram a produção e a qualidade dos espermatozóides.

Exames complementares

O médico especialista em infertilidade fará a solicitação dos exames mais específicos.

Do casal:

- exame de prevenção do câncer do colo uterino (papanicolau);
- exames sorológicos para HIV, HTLV, hepatites B e C, Clamydia (IGG, IGM E IGA), VDRL;
- mamografia bilateral após os 35 anos ou abaixo desta idade em caso de câncer de mama na família;
- para a mulher - sorologia para rubéola (IGG E IGM), citomegalovírus (IGG E IGM) e toxoplasmose (IGG E IGM);
- tipagem sanguínea do casal (grupos sanguíneos e fator RH).

Nota: encaminhar com os exames que o casal possuir, sendo desnecessário encaminhar com todos os exames listados.

Fator masculino:

- espermograma;
- FSH;
- LH;
- prolactina;
- testosterona total;
- TSH e T4 livre.

Fator feminino:

- curva glicêmica;
- dosagens hormonais no sangue da paciente em datas definidas;
- estradiol;

- FSH;
- histerossalpingografia (se houver);
- insulina de jejum;
- laudo de videohisteroscopia (se houver);
- laudo de videolaparoscopia (se houver);
- LH;
- perfil androgênico (SDHEA - sulfato dehidroepiandrosterona, 17 OHP - 17 hidroxiprogesterona, ACTH - hormônio adrenocorticotrófico);
- progesterona;
- prolactina;
- TSH e T4 livre;
- ultrassonografia transvaginal - realizada em qualquer momento a partir do terceiro dia do ciclo (que iníciou a menstruação) até o sétimo dia com a finalidade de avaliar a reserva ovariana através da contagem dos folículos antrais (iguais ou acima de 2 mm).

Profissional Solicitante:

- Médico

3.50 Protocolo sugerido para Consulta em Ginecologia - Patologia Cervical

a) Sexo: feminino

b) Idade: 12 à 130 anos

c) Indicações para atendimento na especialidade no quadro abaixo:

Quadro 4 – Indicação de Atendimento

RESULTADOS			CONDUTAS
Normal ou alterações benignas			Seguir a rotina de rastreamento citológico - APS
Atipias de Significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásicas	Repetir citologia em seis meses para mulheres de 30 anos ou mais e em 12 meses para

			menores de 30 anos.
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Encaminhar para Patologia Cervical para Colposcopia
	Em células glandulares ou de origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	
		Não se pode afastar lesão de alto grau	
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)		Repetir citologia em 06 (seis) meses
	Lesão intraepitelial de alto grau ou Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão (HSIL)		Encaminhar para Patologia Cervical para Colposcopia
	Carcinoma epidermóide invasor		
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma in situ ou Adenocarcinoma invasor		Encaminhar para Patologia Cervical para Colposcopia

Observação: Encaminhar após 2 (duas) citologias alteradas consecutivas, obedecendo ao intervalo estabelecido nas diretrizes, de acordo com a faixa etária.

Alterações no exame de citologia oncótica

Após realizado os exames, encaminhar quando constatado no resultado, a presença de:

- adenocarcinoma in situ e invasor;
- células escamosas atípicas de significado indeterminado – não pode ser afastada lesão infra-epitelial de alto grau;
- células escamosas atípicas de significado indeterminado – possivelmente não neoplásicas - (02 exames citológicos alterados com intervalo de pelo menos 06 meses, com a mesma alteração);

- células glandulares atípicas de significado indeterminado;
- ectopia cervical extensa para cauterização;
- história de sinusorragia;
- lesão intra-eptelial de alto grau NIC II e NIC III;
- lesão intra-eptelial de baixo grau – NIC I (02 exames citológicos alterados com intervalo de pelo menos 6 meses, com qualquer atipia celular);
- lesões condilomatosas no trato genital;
- lesões condilomatosas;
- pólipo endocervical - apenas os cervicais, os pólipos endometriais devem ser encaminhados para histeroscopia.

Para patologia de vulva:

- alterações epiteliais não neoplásicas;
- alterações intra-epiteliais;
- hiperplasia de células escamosas;
- líquen escleroso;
- tipo escamoso – VIN III (neoplasia epitelial vulvar);
- tipo não escamoso (doença de paget e melanoma in situ).

Para patologia da vagina:

- alterações intra-epiteliais – NIVA, geralmente em associação com VIN.

Profissional solicitante:

- Enfermeiro APS;
- Médico APS.
- Médico ginecologista/pré-natalista;
- Médico oncologista;

Quando o solicitante é ENFERMEIRO, deve ser informado na solicitação inserida no SISREG no campo “observação” que o solicitante é enfermeiro e o CID-10 a ser utilizado é o Z00.

As Diretrizes Brasileiras para rastreamento do câncer do colo do útero (2ª edição ampliada e atualizada), editada em 2016, pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer (INCA), recomenda:

a) método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatólogico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para mulheres que já tiveram atividade sexual anual.

b) os exames periódicos devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

c) para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exame adicionais .

Essas recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras do câncer do colo uterino.

3.51 Protocolo sugerido para Consulta em Ginecologia – Perda Gestacional Recorrente

a) Sexo: feminino

b) Idade: 18 a 49 anos

c) Indicações para atendimento na especialidade:

- ocorrência de dois óbitos fetais ou abortos consecutivos.

Define-se como aborto a perda fetal antes de 22 semanas de gestação ou a de um feto com peso inferior a 500gm.

Encaminhar com histórico clínico sucinto, históricos obstétricos, comorbidades, tratamentos realizados e exames laboratoriais e de imagens (se houver).

Profissional solicitante:

- Médico.

3.52 Protocolo sugerido para Consulta em Hanseníase

Hanseníase é uma patologia de abordagem e seguimento na atenção primária. Somente casos especiais e selecionados de Hanseníase devem ser encaminhados à atenção especializada, seguindo o protocolo de manejo do ministério da saúde.

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- somente os casos de dificuldade diagnóstica ou complicações.

É obrigatório conter na solicitação o exame físico, com descrição das lesões (tamanho, características e localização) e exame dermatoneurológico (palpação, teste de sensibilidade). Solicitações incompletas serão devolvidas.

O encaminhamento deverá ser feito somente por médicos após conduta inicial e nas situações contidas nesse protocolo.

Para manejo na APS

Fica estabelecido como função da APS, fazer o diagnóstico e tratamento dos casos de hanseníase; busca ativa dos contatos do paciente diagnósticado com hanseníase; abordagem inicial e tratamento dos casos de surto reacional; supervisão de todo o tratamento do paciente e reavaliação anual dos contatos de casos de hanseníase.

Casos que seguem os critérios de diagnóstico de Hanseníase devem ser, obrigatoriamente, manejados na atenção primária (diagnóstico, tratamento e seguimento). Somente casos selecionados e descritos no manual de hanseníase do ministério de saúde devem ser encaminhados à especialidade.

A APS deverá dar seguimento dos pacientes contra referenciados e dar alta ambulatorial por cura.

Nota: surtos reacionais podem ocorrer antes, durante e após o tratamento de hanseníase, caracterizando-se como uma urgência em hanseníase, principalmente em vigência de neurite. O início de tratamento é em UBS/USF/CF, obrigatoriamente, conforme protocolo do ministério da saúde.

Em caso de reação hansênica, deverão ser atendidos nos serviços de urgência/emergência.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- hemograma
- glicemia de jejum
- baciloscopia (se houver indicação).

3.53 Protocolo sugerido para Consulta em Hematologia Adulto

a) Sexo: ambos

b) Idade: 15 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- anemia;
- distúrbios de coagulação;
- distúrbios de leucócitos (leucopenia);
- hiperferritinemia.
- suspeita de leucemia;
- suspeita de linfoma;

Anemia

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos de anemia de etiologia desconhecida e os casos de tratamento clínico sem sucesso.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- hemograma;
- parasitológico de fezes (02 amostras);
- T4 livre;
- TSH.

Nota: os casos de anemia hemolítica de qualquer etiologia deverão se encaminhados para avaliação e acompanhamento do hematologista. Os casos de anemia carencial ferropriva devem ser tratados na UBS/USF/CF. Mulheres com anemia ferropriva no período de vida fértil, deverão realizar avaliação ginecológica nos casos de hipermenorréia.

Distúrbios da coagulação

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar após descartar o uso de medicamentos que interfiram na coagulação sanguínea.

Encaminhar pacientes sem clínica correspondente aos exames realizados e após repetir os mesmos (confirmação laboratorial).

Encaminhar pacientes com antecedentes de alcoolismo, após descartar cirrose hepática.

Encaminhar após descartar dengue e leishmaniose, nos casos de plaquetopenia.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- contagem de plaquetas;
- TAP (tempo de atividade de protrombina);
- TTPA (tempo de tromboplastina parcial ativada).

Nota: plaquetas abaixo de 20.000/mm³, encaminhar ao serviço de urgência em hematologia.

Distúrbios de leucócitos (leucopenia)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar após descartar: viroses, leishmaniose e intoxicações medicamentosas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- Hemograma.

Nota só encaminhar com no mínimo 02 hemogramas apresentando persistência da leucopenia, com intervalo de 15 dias, entre os 02 hemogramas. Considera-se como Leucopenia quando os leucócitos estão abaixo de 4.000/mm³ de sangue.

Hiperferritinemia

Suspeita de hemocromatose (hiperferritinemia com saturação de transferrina maior que 45%).

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Exames laboratoriais com saturação de trasferina menor que 45% , hemograma , transaminases , fosfatase alcalina , GGT, Ant HCV , HBsAg, Ant HIV, glicemia , perfil lipídico , ecografia abdomial (se houver).

Profissional solicitante:

- Médico.

Suspeita de leucemias

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos com sintomas de queda abrupta do estado geral, febre,

Sangramentos, hemograma com leucocitose (com presença de células jovens = blastos), anemia e plaquetopenia.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- contagem de plaquetas;
- hemograma
- TAP (tempo de atividade de protrombina);
- TTPA (tempo de tromboplastina parcial ativada).

Nota: nos casos em que houver comprometimento acentuado do estado geral e alterações significativas do hemograma, encaminhar para serviço de urgência em hematologia, hemoglobina abaixo de 7,0 grs; plaquetas abaixo de 20.000/mm³. Contagem absoluta de neutrófilos abaixo de 500/mm³.

Suspeita de linfomas

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos com sintomas de: adenomegalias, queda do estado geral, febre, sudorese, perda de peso.

Encaminhar após descartar a possibilidade clínica e laboratorial de patologia infectocontagiosa e avaliação com infectologista (se houver).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- hemograma e outros exames de pesquisa de doença infecto-contagiosa.

3.54 Protocolo sugerido para consulta em Hematologia Oncológica

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- leucemia (LLA, LMA, LLC, LMC);
- linfomas (Hodgkin, Não Hodgkin);
- mieloma Múltiplo.

Suspeita de linfomas

As solicitações deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos com sintomas de adenomegalias, queda do estado geral, febre, sudorese, perda de peso.

Encaminhar após descartar a possibilidade clínica, laboratorial de patologia infecto-contagiosa e avaliação com infectologista (se houver).

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- hemograma;
- outros exames de pesquisa de doença infecto-contagiosa.

Suspeita de leucemias

As solicitações deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos com sintomas de queda abrupta do estado geral; febre; sangramentos; hemograma com leucocitose (com presença de células jovens = blastos), anemia e plaquetopenia.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- contagem de plaquetas;
- hemograma;
- TP;
- TTPA.

Mieloma Múltiplo

As solicitações deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos com sintomas de dor nos ossos da coluna, quadris, crânio, fraqueza, falta de ar, tontura, anemia, leucopenia, trombocitopenia, hiperviscosidade, hipercalcemia; compressão de medula espinhal (dor súbita interior, dormência ou fraqueza muscular) e infecções de repetição.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- bioquímica (creatinina, albumina, cálcio e outros elitrolitos);
- eletroforose de proteínas.
- Hemograma

Profissional solicitante:

- Médico;
- Cirurgião Dentista estomatologista.

3.55 Protocolo sugerido para consulta em Homeopatia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- afecções da pele e tecido celular subcutâneo;
- afecções do aparelho circulatório;
- afecções do aparelho digestivo;
- afecções do aparelho geniturinário;
- afecções do aparelho respiratório;
- afecções do ouvido e da apófise mastóide;
- afecções do sangue, dos órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários;
- afecções do sistema nervoso;
- afecções do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo;
- afecções endócrinas, nutricionais e metabólicas;
- doenças infecciosas e parasitárias;
- neoplasias;
- quaisquer enfermidades ou transtornos não elencados e que o profissional de saúde (médico, enfermeiro, odontólogo ou psicólogo) ou o usuário, entendam como essencial ou complementar à intervenção da homeopatia como terapêutica;
- transtornos mentais e comportamentais.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Todos os encaminhamentos devem ter a descrição do quadro clínico terapêuticas e reavaliações. As solicitações incompletas serão devolvidas.

Descrever Exames ao encaminhar relacionados à hipótese diagnóstica.

Para manejo na APS

Compete a Atenção Primária a abordagem não medicamentosa e medicamentosa pertinente a cada patologia a qual é responsável pelo atendimento.

Encaminhar os casos em que julgue que a especialidade contribui para a busca ou manutenção da saúde do paciente, na forma preventiva, que é a sua essência e/ou na forma curativa, podendo assim, acompanhar os tratamentos médicos instituídos as patologias diagnósticadas buscando reorganizar o sistema psiconeuroimunoendocrino de forma individualizada.

O seguimento da Atenção Primária e da homeopatia devem ser em conjunto, portanto, o paciente continua sob os cuidados da atenção primária após a abordagem inicial da especialidade.

Nota: não encaminhar nenhuma condição patológica que represente risco de vida ou que necessite de abordagem imediata das mais diversas patologias de abordagem da homeopatia. Tais casos devem ser referenciados para serviços de urgência e emergência.

Profissional Solicitante:

- Enfermeiro;
- Médico;
- Odontólogo;
- Psicólogo.

3.56 Protocolo sugerido para consulta em Infectologia Adulto

a) Sexo: ambos

b) Idade: 13 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- após acidentes com animais peçonhentos e tratados pelos locais de urgência indicados;
- após mordedura de gato, cachorro, jacaré, morcego, porco da índia e outros;
- blastomicose;
- corrimento uretral e vagina;
- doenças infecciosas e parasitárias que ***NÃO*** sejam HIV;
- esporotricose;
- febre de origem obscura;
- hepatite B - hepatite viral crônica por vírus e paciente com coinfecção HBV e HIV;
- hepatite C - hepatite viral por vírus C; hepatite viral crônica;
- HIV adulto - acompanhamento de casos de HIV de adultos com maior complexidade; com linfoma ou leucemia; com sarcoma de kaposi; hepatites virais;

- HIV/Aids atendimento aos casos de maior complexidade, gestantes, crianças, pacientes coinfectados e sintomáticos;
- HIV/Aids gestante - acompanhamento pré-natal de gestantes com contaminadas com o vírus;
- HTLV;
- IST;
- leishmaniose tegumentar americana;
- leishmaniose visceral;
- lesões ulceradas genitais;
- linfogranuloma venéreo;
- linfonodomegalia/esplenomegalia - suspeita de tuberculose extrapulmonar na impossibilidade de diagnóstico (biópsia de linfonodo) na aps ou no serviço de tisiologia;
- micoses sistêmicas;
- sífilis - paciente com suspeita de neurosífilis por sinais e sintomas neurológicos ou oftalmológicos; pacientes HIV com suspeita de neurosifilis;
- síndrome adenomegálica – febril e afebril (história clínica detalhada);
- síndromes exantemáticas;
- tuberculose extrapulmonar.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Para tratamento de HIV, deverão ser descritas informações clínicas, motivo do encaminhamento, medicamentos utilizados e exames complementares.

Para manejo na APS

As UBS devem assistir aos casos assintomáticos e o controle dos pacientes estáveis, à semelhança dos cuidados para condições crônicas já realizados nas unidades da Atenção Primária.

A atenção primária cumpre papel fundamental, ampliando o acesso ao diagnóstico e tratamento das PVHIV.

Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento.

Nota: suspeita de neurosífilis em paciente imunossuprimido ou em pacientes com sinais/sintomas neurológicos ou oftalmológico, devem ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência;

Suspeita de toxoplasmose aguda/reativada em pacientes imunossuprimidos ou em pacientes com lesão em órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite) devem ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência;

Informações Complementares

Abaixo, seguem as informações complementares relativas ao tratamento dos casos referidos como motivo do encaminhamento:

Tuberculose Extrapulmonar

Suspeita de tuberculose extrapulmonar na impossibilidade de diagnóstico na APS ou no serviço de tisiologia.

Relatar se paciente apresenta HIV e se necessita tratamento com esquema especial.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- resultado de 2 coletas de BAAR ou teste rápido molecular (se houver);
- resultado de cultura com teste de sensibilidade aos fármacos (se houver);
- raio-x de tórax com data.

Linfonodomegalia/Esplenomegalia

Suspeita de tuberculose extrapulmonar na impossibilidade de diagnóstico (biópsia de linfonodo) na APS ou no serviço de tisiologia;

Descrever características dos linfonodos (tamanho, localização, consistência, fixação a planos profundos e tempo de evolução do quadro).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- anti HCV;
- anticorpo IgM e IgG citomegalovírus;
- anticorpo IgM e IgG para toxoplasmose;
- anti-HIV ou teste rápido para HIV;
- exame de imagem abdominal.
- HbsAg, VDRL;
- hemograma e plaquetas;
- monoteste ou EBV-VCA IgM e IgG;
- prova tuberculínica,
- raio-x de tórax.

Sífilis

- Paciente imunocompetente com suspeita laboratorial de neurossífilis;
- Paciente com coinfecção HIV e sífilis com suspeita ou diagnóstico de neurosifilis quando SAE de referência não acompanha a coinfecção.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:
- anti HIV ou teste rápido para HIV.
- teste não treponêmico (VDRL ou RPR).

HIV

- Pacientes com HIV e coinfecção com vírus Hepatite C, Hepatite B, tuberculose e suspeita de neurosifilis (quando SAE de referência não trata as coinfecções).
- Presença de doença definidora de Aids ou de imunossupressão moderada.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:
- resultado de CD4 e carga viral;
- terapia antirretroviral em uso.
-

Hepatite B

▪ Paciente com coinfecção HBV e HIV (quando SAE de referência para HIV não trata hepatite).

▪

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ HBsAg reagente e anti-HBc (IgM e IgG);

▪ transaminase.

Hepatite C

Paciente com coinfecção HCV e HIV (quando SAE de referência para HIV não trata hepatite).

Se suspeita de infecção aguda, descrever data e forma de contágio e como foi feita a suspeita diagnóstica.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ anti- HCV;

▪ anti-HIV.

▪ PCR quantitativo de RNA-HCV (carga viral);

▪ transaminase;

HTLV

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ anti-HTLV reagente;

Leishmaniose Tegumentar Americana

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ histopatológico sugestivo (biópsia ou punção);

▪ teste de Montenegro reator.

Leshmaniose Visceral

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ sorologia reagente para leishmaniose ou pesquisa direta de amastigota positiva.

Micoses Sistêmicas

▪ histoplasmose, PBmicose, cromomicose, aspergilose, criptococose, blastomicose.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ pesquisa direta ou sorologia positiva para o fungo.

Gestantes: PVHA; hepatites virais; Chikungunya; Dengue; Febre Amarela; HTLV; Infecções Sexualmente Transmissíveis - ISTs (uretrites, cancros, feridas genitais, herpes genital, condilomas acuminados, linfogranuloma venéreo, donovanose); Rubéola; Sífilis gestacional; Toxoplasmose gestaciona; Zika; Citomegalovírus gestacional. Devem ter o seu seguimento no Ambulatório de Obstetrícia do CEDIP.

Profissional Solicitante:

▪Médico.

▪Cirurgião Dentista estomatologista.

3.57 Protocolo sugrido para Consulta em Infectologia Pediátrica

a**)** Sexo: ambos

b) Idade: 0 a 12 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪- adenomegalia;

▪- febre de origem indeterminado;

▪- hepatoesplenomegalia + febre;

▪- herpes zoster;

▪- HIV/Aids - acompanhamento de crianças e adolescentes infectados pelo HIV;

▪- HIV/Aids Neonatologia - esclarecimento diagnóstico de HIV - recém-nascidos até 18 meses de mães infectados pelo HIV que não tenham feito pré-natal.

▪- infecções congênitas ou exposição vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV, tuberculose, hepatite B ou C, rubéola, citomegalovírus, HTLV, herpes, zika, chagas);

▪- investigação ou seguimento de infecções crônicas: HIV, HTLV, Hepatite B e C, toxocariase visceral, paracoccidioidomicose, histoplasmose e chagas;

▪- leishmaniose visceral;

▪- micoses profundas;

▪- parasitoses incomuns;

▪- pneumonias e parotidites de repetição;

▪- reações adversas a BCG;

▪- seguimento de Chikungunya;

▪- seguimento de Hepatite A;

▪- seguimento pós tratamento de meningite bacteriana;

▪- sífilis;

▪- sindrome de mononucleose;

▪- tuberculose extrapulmonar; contactantes, investigação e tratamento de tuberculose;

▪- vítimas de acidente perfuro cortante;

▪- vítimas de violência sexual.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Para manejo na APS

As unidades de atenção primária devem assistir aos casos assintomáticos e o controle dos pacientes estáveis, a semelhança dos cuidados para condições crônicas já realizado nas unidades da Atenção primária.

Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado a APS para acompanhamento, de posse do relatório de contra referência.

Nota: Vítimas de violência sexual e de acidente perfuro cortante devem ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência;

Informações Complementares

Abaixo, seguem as informações complementares relativas ao tratamento dos casos referidos como motivo do encaminhamento. Os casos não mencionados abaixo, não requerem complementação.

HIV/Aids pediatria

Crianças e adolescentes infectados pelo HIV.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares

- sorologia para HIV.

HIV/Aids - Neonatologia

Recém-nascidos (até 18 meses) de mães infectadas pelo HIV que não tenham feito pré-natal.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares

- sorologia para HIV da mãe.

Febre de origem indeterminada

- Febre a mais de três semanas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- bioquímica;
- CMV e monoteste (maiores de 4 anos) e/ou sorologia para EBV;
- EAS;
- hemograma;
- PCR;
- raio-x de tórax;
- sorologia HIV;
- toxoplasmose;
- urinocultura;
- VHS.

Sindrome de mononucleose

- Febre, adenomegalia e hepatoesolenomegalia.
-

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- bioquímica,

- CMV e monoteste (maiores de 4 anos) e/ou sorologia para EBV;
- hemograma;
- PCR;
- sorologia HIV;
- toxoplasmose;
- VHS.

Infecções Congênitas

Investigação e acompanhamento de infecções congênitas - paciente cuja mãe tem sorologia positiva para HIV no pré-natal ou no parto deve ser encaminhado ao serviço específico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- sorologia materna e do RN para toxoplasmose, herpes simples, rubéola, CMV, VRL, e HIV; exame do liquor.

Tuberculose Extrapulmonar

- confirmação diagnóstica de tuberculose extrapulmonar.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- BAAR e cultura de escarro.
- raio-x de tórax;
- sorologia para HIV;
- teste tuberculínico,

Tuberculose

- contactantes, investigação e tratamento de tuberculose.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax PA e Perfil;

Micoses Profundas

Confirmação diagnóstica e tratamento de paracoccidioidomicose, histoplasmose, criptocose, entre outras.

Parasitoses Incomuns

▪ investigação e tratamento de esquistossomose, teníase, entre outros.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ EPF

Leshmaniose Visceral

▪ investigação, tratamento e seguimento pós tratamento (relatar tratamento realizado).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ bioquímica;

▪ hemograma;

▪ PCR;

▪ VHS.

Hepatoesplenomegalia + febre

▪ bioquímica;

▪ hemograma;

▪ PCR;

▪ VHS.

Seguimento de Hepatite A

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ hemograma;

▪ TGO;

▪ TGP.

Pneumonias e Parotidites de Repetição

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ hemograma.

Chikungunya

▪Sorologia chikungunya reagente.

Sifilis

VDRL com titulação, FTA-ABS ou teste rápido.

Profissional Solicitante:

▪Médico;

3.58 Protocolo sugerido para Consulta em Mastologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪- mulheres assintomáticas de 35 anos ou mais, *com risco elevado para câncer de mama*, com exame clínico de mama e/ou mamografia alteradas.

▪- mulheres assintomáticas de 40 a 49 anos, com exame clínico de mamas e/ou mamografia alteradas.

▪- mulheres assintomáticas de 50 a 69 anos, com exame clínico de mamas e/ou mamografia alteradas.

▪- mulheres com sintomatologia mamária de qualquer idade com exame clínico de mamas e/ou mamografia e/ou ultrassonografia e/ou Paaf de mamas e/ou core biopsy alterados.

▪- mulheres com câncer de mama diagnósticado.

▪- mulheres para seguimento de pós-operatório de câncer de mama.

▪- mulheres com queixa de secreção mamilar somente após investigação de outras causas patológicas ou fisiológicas.

▪- mamografias com resultado B0 devem ser complementadas com USG de mamas, se após realizar tal exame a classificação se mantém em B0 deve-se encaminhar ao mastologista para determinar o seguimento propedêutico.

▪- mamografias com classificação B3 devem ser repetidas com 6 meses , manutenção do padrão indica encaminhar para mastologia.

▪- mastalgia

▪- cistos mamários simples

- mamografia – Bi-rads I e II
- ultrassonografia mamas – Classe I e II
- encaminhar homens com ginecomastia com origem patológica

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, medicamentos em uso e com a descrição do exame físico das mamas.

Para manejo na APS

Compete ao médico da atenção primária fazer toda a propedêutica de rastreio de patologias das mamas.

Nota: abcessos mamários que necessitam de drenagem devem ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- mamografias (novas e antigas) mesmo normais para comparação;
- ultrassonografias mamárias (novas e antigas) mesmo normais para comparação;
- mamografias atuais alteradas:
- Bi-rads – zero com usg complementar também B0
- Bi-rads – 3 mantida após repetição do exame com 6 meses
- Bi-rads – 4
- Bi-rads – 5
- Bi-rads – 6
- ultrassonografias atuais alteradas - Classe – zero com mamografia B0;
- ultrassonografias atuais alteradas - Classe – 3 mantida com repetição do exame com 6 meses;
- ultrassonografias atuais alteradas - Classe – 4;
- ultrassonografias atuais alteradas - Classe – 5;
- ultrassonografias atuais alteradas - Classe – 6;
- ultrassonografias com nódulos mistos;
- ultrassonografias nódulos sólidos;
- aumento de tecido mamário em homens.

Laudo de exame cito ou histopatológico resultante de procedimento diagnóstico e/ou cirúrgico mamário (punção de mama por agulha fina, punção de mama por agulha fina guiada por ultrassonografia, core-biopsy, biópsia e pós-cirurgia) com resultado de:

- hiperplasia mamária;
- papilomatose mamária;
- suspeita de câncer;
- câncer diagnosticado;
- dosagem de prolactina (queixa de secreção mamária);
- cintilografia mamária (se a paciente já tenha realizado).

Nota: não solicitar exame de mamografia para mulheres com idade inferior a 35 anos de idade.

Profissional Solicitante:

- Médico;

3.59 Protocolo sugerido para Consulta em Nefrologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

Nefrologia pediatra: 0 a 13 anos

c) Motivo de encaminhamento:

- alterações no exame de urina; Edema a esclarecer, com sedimento urinário alterado; alteração da função renal (uréia e creatinina aumentados);
- doença renal crônica (estágio 3b, 4 e 5);
- glomerulopatias primárias ou secundárias (síndrome nefrótica e síndrome nefrítica);
- hipertensão arterial sistêmica em criança e adolescente de causa secundária renal;
- lesão renal em diabetes mellitus, hipertensão arterial (suspeita de hipertensão secundária ou falta de controle da pressão com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão), doenças reumatológicas e autoimunes;

▪litíase de repetição (nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS);

▪pacientes com diabetes com taxa de filtração glomerular < 45 ml/min/1,73m² (estagio 3b, 4 e 5), ou proteinúria (macroalbuminúria > 30 mg/g), ou perda rápida da função renal (> 5/min/1,73m² em um período de seis meses, com uma TFG < 60 ml/min/1,73m², confirmado em dois exames), ou suspeita de nefropatia por outras causas.

▪suspeita de doença policistica renal;

▪transplantado renal;

▪tubulopatias.

Informações obrigatórias nas solicitações:

Em todo o encaminhamento para a especialidade deverá estar descrito o quadro clínico (queixa e dados importantes do exame físico), medicamentos em uso, tempo de evolução e reavaliações, bem como o motivo do encaminhamento.

Encaminhamentos incompletos serão devolvidos.

Nota: Urgências e emergências hipertensivas, oligurias com repercussão aguda clínica, síndrome nefróticas e nefríticas com repercussão clínica, distúrbios hidroeletrolíticos com repercussão clínica, insuficiência renal aguda, insuficiência renal crônica com uremia sintomática (doença renal crônica agudizada), hematúria franca com repercussão hemodinâmica e nefro litíase com dor aguda devem ser encaminhados aos serviços de urgência/emergencia.

Informações complementares:

Alterações no exame de urina

▪Encaminhar com relato do tipo de alteração no exame de urina (hematúria, proteinúria) frequência e intensidade, desde que não exista outra causa clínica para a alteração do exame de urina.

Exames complementares necessários:

▪Creatinina;

▪Eletrólitos (Na, K, Ca, P);

▪Glicemia de jejum; Hemoglobina glicada, se houver (obrigatório em pacientes diabéticos);
▪Hemograma;
▪Proteinuria urina 24hs ou amostra isolada (se for o caso);
▪TFG. (clearance);
▪Ultrassonografia de rins e vias urinárias;
▪Ultrassonografia transabdominal de próstata (se for o caso);
▪Uréia;
▪Urina I;
▪Urocultura (se disponível no local).

Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado

▪Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, história pregressa, doenças associadas, tratamentos efetuados e medicamentos em uso.

Exames complementares necessários:
▪Creatinina;
▪Glicemia de jejum;
▪Hemoglobina glicada, se houver (obrigatório em pacientes diabéticos);
▪Proteínas totais e frações;
▪Proteinuria ou albuminuria na urina 24hs (se for o caso)
▪Ultrassonografia de rins e vias urinárias;
▪Uréia;
▪Urina I.

Lesão Renal

▪Diabetes Mellitus;
▪Doenças autoimunes.
▪Doenças reumatológicas;

▪Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, história pregressa, doenças associadas, doença principal, tratamentos efetuados e medicamentos em uso;

▪Hipertensão arterial;

▪Importante que pacientes diabéticos e hipertensos estejam com o controle clínico o mais próximo possível do alvo, principalmente os pacientes diabéticos.

Exames complementares necessários:

▪Colesterol total e frações;

▪Creatinina;

▪Eletrólitos (Na, K, Ca, P)

▪Gasometria venosa (se houver);

▪Glicemia de jejum;

▪Hemoglobina glicada, se houver (obrigatório em pacientes diabéticos);

▪Hemograma;

▪Proteinuria ou albuminuria na urina 24hs;

▪Ultrassonografia de rins e vias urinárias;

▪Uréia;

▪Urina I.

Glomerulopatias

▪Síndrome nefrótica;

▪Síndrome nefrítica.

Exames complementares necessários:

▪Colesterol total e frações;

▪Dosagem de proteínas total e frações;

▪Eletrólitos (Na, K, Ca,);

▪Glicemia de jejum ;

▪Hemoglobina glicada, se houver (obrigatório em pacientes diabéticos);

▪Proteinuria ou albuminuria na urina de 24 horas (>igual 3,5g/dia adultos ou >igual 50mg/kg/dia crianças ou razão Proteína/Creatinina > 2 em amostra isolada de urina);

▪Ultrassonografia de rins e vias urinárias.

▪Ureia; Creatinina;

▪Urina I.

Síndrome nefrítica

Exames complementares necessários:

▪Aferir pressão arterial;

▪Creatinina;

▪Dosagem de proteínas total e frações;

▪Proteinuria ou albuminuria na urina de 24 horas ou razão Proteína/Creatinina > 2 em amostra isolada de urina (pediatria);

▪Ultrassonografia de rins e vias urinária;

▪Ureia;

▪Urina I (hematúria).

Tubulopatias

▪Acidose metabólica persistente;

▪Deformidade óssea;

▪Dermatose pelagróide;

▪Desidratação recorrente;

▪Encaminhar os casos que apresentem evidencias clínicas de uma provável tubulopatia, sendo os dados agrupados ou isolados.

▪Glicosúria com normoglicemia;

▪Polidpsia;

▪Poliúria;

▪Raquitismo;

▪Retardo mental;

▪Retardo pôndero estatural;

▪Sintomatologia:

▪Vômito persistente.

Exames complementares necessários:

▪Creatinina;
▪Eletrólitos (Na, K, Ca, P, Cl)
▪Fosfatase alcalina;
▪Gasometria venosa (calcular AnionGap)
▪Ultrassonografia de rins e vias urinárias (se houver);
▪Ureia;
▪Urina I com eletrólitos urinarios em urina de 24 horas (se houver).

Hipertensão arterial sistêmica em crianças e adolescentes

- Encaminhar quando houver suspeita de hipertensão arterial secundária a uma doença renal, com relato sucinto do quadro clínico.
- Hipertensão primária deve ser seguida na atenção primária com ênfase na conduta não farmacológica (obesidade, hábitos alimentares, sedentarismo e outros correlatos) e farmacológica quando não houver resposta.

Exames complementares necessários:

▪Ácido úrico;
▪Colesterol total e frações;
▪Creatinina;
▪Eletrocardiograma (se houver).
▪Eletrólitos (Na, K, Ca, P)
▪Encaminhar para estudo metabólico os casos de litíase de repetição.
▪Glicemia de jejum;
▪Hemoglobina glicada, se houver (obrigatório em pacientes diabéticos);
▪Hemograma;
▪Litíase de repetição (somente para estudo metabólico)
▪Triglicérides;
▪Ultrassonografia de rins e vias urinárias com Doppler (se houver);

- Ureia;
- Urina I;

Exames complementares necessários:

- amostra do cálculo (se houver);
- raio-x de abdômen em pé;
- ultrassonografia de rins e vias urinárias;
- urina I.

Doença renal crônica

Encaminhar a partir do estágio 3b (TFG < 45 ml/min/1,73 m²) com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, doenças associadas (HAS, diabetes mellitus e glomerulonefrite), exames efetuados, tratamentos efetuados e medicamentos em uso.

Exames complementares necessários:

- Clearence de creatinina;
- Creatinina;
- Glicemia de jejum;
- Hemoglobina glicada , se houver (obrigatória em pacientes diabéticos);
- Hemograma;
- Potássio;
- Proteinuria ou albuminuria na urina de 24 horas ou razão Proteína/Creatinina > 2 em amostra isolada de urina (em pediatria);
- Ultrassonografia de rins e vias urinárias;
- Ureia;
- Urina I.

Transplantado Renal

▪Encaminhar pacientes que tenham necessidade de acompanhamento clínico nefrológico, pós-transplante renal, de acordo com a solicitação do nefrologista escrita em contra–referência.

▪Pacientes transplantados, assintomáticos e com exames laboratoriais normais necessitam de avaliação anual.

Exames complementares necessários:

Exames complementares relacionados ao acompanhamento do quadro de insuficiência renal.

Para manejo na APS:

▪Compete a atenção primária controlar a grande maioria das patologias que podem culminar com agravo renal;

▪Compete à atenção primária identificar, por meio de exames de rastreamento, o surgimento de doença renal;

▪Compete à atenção primária atuar de modo a evitar a progressão da doença renal uma vez instalada;

▪Encaminhar todos os casos com doença renal grau 3 para avaliação da nefrologia, sendo importante que a causa base, passivel de modificação da doença renal , quando identificada , esteja controlada ou o mais próximo possível das metas terapêuticas, para que a abordagem da nefrologia seja mais satisfatória (exemplo: glicemia nos diabéticos):

▪Todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico da APS que o encaminhou e a ele vai retornar com contrarreferência quando liberado pelo especialista.

ESTÁGIO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA - KDIGO	
ESTÁGIO 1	> 90 ml/min/1,73m²
ESTÁGIO 2	60 – 89 ml/min/1,73m²
ESTÁGIO 3 a	45 – 59 ml/min/1,73m²
ESTÁGIO 3 b	30 – 45 ml/min/1,73m²

ESTÁGIO 4	15 – 29 ml/min/1,73m²
ESTÁGIO 5	< 15 ml/min/1,73m²

3.60 Protocolo sugerido para Consulta em Neurocirurgia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- cirurgia da coluna vertebral;
- cirurgia de nervos periféricos;
- neurocirurgia craniana;
- neurocirurgia vascular.

Os encaminhamentos devem ser efetuados preferencialmente pelos médicos especialistas relacionados para cada motivo de encaminhamento.

Excepcionalmente, será aceito encaminhamento por outros médicos especialistas que não sejam os especialistas relacionados em cada motivo de encaminhamento.

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico (sinais e sintomas), tempo de evolução, tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos realizados, exames realizados. Solicitações incompletas serão devolvidas.

Nota: casos agudos suspeitos de patologia de coluna, nervos periféricos, neurovascular e neurocraniano, devem ser encaminhados para serviço de urgência neurocirúrgica hospitalar.

Informações complementares:

Abaixo, seguem as informações complementares relativas ao tratamento dos casos referidos como motivo do encaminhamento. Os casos não mencionados abaixo, não requerem complementação.

Cirurgia da Coluna Vertebral

Encaminhar paciente com diagnóstico de patologia de coluna vertebral para avaliação de indicação de procedimento neurocirúrgico, em segmento de coluna vertebral cervical, torácica, lombar e sacra.

Encaminhar somente os especialistas:

1.neurologistas;
2.oncologistas;
3.ortopedista coluna;
4.ortopedista geral.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x da coluna;
- ressonância nuclear magnética da coluna.

Cirurgia de Nervos Periféricos

Encaminhar paciente com diagnóstico de patologia de nervo periférico, para avaliação de indicação de procedimento neurocirúrgico.

Encaminhar somente os especialistas:

1.neurologistas;
2.oncologistas;
3.ortopedista coluna;
4.ortopedista geral.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- eletroneuromiografia.

Neurocirurgia Craniana (Deformidades, Tumores, Hidrocefalia)

Encaminhar paciente com diagnóstico de patologia intracraniana, para avaliação de indicação de procedimento neurocirúrgico.

Encaminhar somente os especialistas:

1.neurologistas;
2.oftalmologistas;
3.oncologistas;
4.otorrinolaringologistas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- RNM encefálica.

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Neurocirurgia Vascular (Aneurismas e Má Formação Vascular)

Encaminhar paciente com diagnóstico de patologia neurocirurgia vascular, para avaliação de indicação de procedimento neurovascular cirúrgico.

Encaminhar somente os especialistas:

1.– angiologistas;

2.– neurologistas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- tomografia computadorizada;
- ressonância nuclear magnética;
- arteriografia digital (se houver).

Para manejo na APS

Compete à atenção primária fazer o rastreio inicial de patologias de cunho neurológico e que são de possível abordagem cirúrgica e que assim fogem a abordagem da atenção primária. Nesses casos encaminhar incialmente para a neurologia clínica ou ortopedia geral, conforme a patologia em questão, que irão realizar uma triagem para seguimento ao encaminhamento para neurocirurgia.

Algumas situações de solicitações, após avaliação do regulador, para neurologia clínica ou ortopedia geral poderão ser direcionadas diretamente para neurocirurgia

Profissional Solicitante:

- Angiologista;
- Neurologista;
- Oftalmologista;
- Oncologista;
- Ortopedista;
- Otorrinolaringologista.

3.61 Protocolo sugerido para Consulta em Neurologia Adulto e Infantil

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

a) Sexo: ambos

b) Idade: 15 à 130 anos

Infantil de 0 a 14 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- cefaleias típicas sem resposta a terapêutica inicial;
- déficit mental;
- distúrbio de aprendizagem e retardo psicomotor;
- distúrbios de comportamento;
- epilepsia e convulsões sem resposta à terapêutica inicial;
- follow-up de prematuros;
- macrocrania e microcrania;
- suspeita de erros inatos do metabolismo;
- suspeita de síndrome genética (CAMS);
- suspeita diagnóstica de esclerose múltipla ou ELA;
- tontura central, desmaios, confusão mental;
- triagem para aplicação de toxina botulínica, não estética;
- cefaleia com sinais de alarme
- dormência, parestesias, perda de força e paralisia de membros superiores e inferiores;
- suspeita de Parkinson.

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, informando sintomatologia, evolução, exames e tratamentos realizados, medicamentos em uso e a existência de patologias associadas. Solicitações incompletas serão devolvidas.

Nota: casos agudos de cefaleia com sintomatologia intensa, casos de cefaleia abrupta com sintomatologia neurológica associada, deterioração cognitiva, comportamental e neurológica rápida, síndromes compressivas agudas sintomatologia intensa, TCE agudo e suspeita de AVC agudo devem ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência.

Informações Complementares

Abaixo, seguem as informações complementares relativas ao tratamento dos casos referidos como motivo do encaminhamento. Os casos não mencionados abaixo, não requerem complementação.

227

Cefaleia com Sinais de Alarme

Afastar os casos de:

- alteração da acuidade visual;
- cervicalgias;
- hipertensão arterial sistêmica;
- patologias da odontologia.
- sinusites.

Encaminhar os casos de cefaleia de início abrupto e cefaleia crônica com características enxaquecosas, que não respondem a abordagem inicial obrigatória.

Encaminhar casos de cefaleia de difícil controle, associada a sinais de alarme associados como distúrbio de comportamento, convulsões, agravamento progressivo e constante.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- eletroencefalograma (se houver);
- raio-x de crânio e seios da face (se houver).

Epilepsia, Convulsões e Desmaios

Encaminhamento só será aceito após falha abordagem diagnóstica e terapêutica inicial

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- eletroencefalograma;
- tomografia de crânio (se houver).

Macrocrania

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

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

▪ ressonância nuclear magnética de crânio (diagnóstico diferencial com patologia neurocirúrgica: hidrocefalia hipertensiva ou tumores), se houver;

▪ tomografia computadorizada de crânio (se houver).

Microcrania

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, déficit neurológico, formato do crânio, evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso. Curva do perímetro cefálico inferior a 2,5 percentis.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ raios x de crânio;

▪ USG transfontanela para menores de 08 meses de idade (se houver);

▪ tomografia computadorizada de crânio, para maiores de 08 meses de idade.

Distúrbio e Aprendizagem e Retardo Psicomotor

Encaminhar somente os casos onde se constata déficit de desenvolvimento neuropsicomotor sem causa aparente (atentar a outros fatores de ordem psicossocial e familiar e até mesmo de alfabetização que possam interferir neste desenvolvimento)

Distúrbios de comportamento associados ao déficit de desenvolvimento neuropsicomotor devem ser avaliados primeiramente pela psiquiatria.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ eletroencefalograma (se houver);

▪ função renal;

▪ função hepática;

▪ função tireoidiana.

Distúrbios de Comportamento

Adultos ou crianças com distúrbios de comportamento devem ser avaliados primeiramente pelo neurologista, que após avaliação e se assim julgar necessário, irá encaminhar para avaliação da psiquiatria. Salvo se existir suspeita de associação à lesão orgânica.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- função renal;
- função hepática;
- função tireoidiana.

Déficit Mental

Quadros onde exista associação com distúrbios de comportamento, sem lesão orgânica aparente, o paciente deve ser avaliado inicialmente pela psiquiatria.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- eletroencefalograma (se houver);
- função hepática;
- função renal;
- T4;
- TSH;
- VDRL.

Follow-Up de Prematuros

Encaminhar através do pediatra ou médico da estratégia da saúde da família e comunidade.

Encaminhar com laudo médico das intercorrências do período neonatal, tratamentos efetuados. Medicações em uso e outras informações pertinentes do encaminhamento.

Encaminhar com os exames realizados na avaliação do prematuro (se houver).

Suspeita de Erros Inatos do Metabolismo e Outras Doenças Metabólicas

Encaminhar através do pediatra ou médico da estratégia da saúde da família e comunidade

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

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- exames relacionados à hipótese diagnóstica (se houver).

▪ as patologias mais comuns, diagnósticadas através do teste de triagem neonatal, como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias;

▪ outras patologias como galactosemia, leucinose, deficiência de biotinidase, deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase, defeitos da beta-oxidação mitocondrial dos ácidos graxos.

Triagem para Aplicação de Toxina Botulínica

Encaminhar crianças com indicações para aplicação de toxina botulínica.
Informar a patologia e outros dados relevantes.
Encaminhar crianças em acompanhamento multiprofissional.
Prematuros com atraso no desenvolvimento.

Exames complementares não são necessários.

Tonturas, Desmaios, Dificuldade de Memorização, Confusão Mental

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ angioressonância encefálica (se houver);
▪ eletrocardiograma;
▪ função hepática;
▪ função renal**;**
▪ função tireoidiana**;**
▪ glicemia de jejum;
▪ hemograma;
▪ ressonância nuclear magnética encefálica (se houver);
▪ tomografia de crânio (se houver).

Investigação de casos demenciais o preenchimento do Mini-mental Folstein é obrigatória.

Dormência, Parestesias, Perda de Força e "Paralisia" de Membros Superiores e Inferiores

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- eletroneuromiografia de membros inferiores e superiores (se houver);
- raio-x de coluna vertebral;
- raio-x de crânio;
- ressonância nuclear magnética de coluna vertebral (se houver);
- ressonância nuclear magnética de encéfalo (se houver);
- tomografia de crânio (se houver).

Suspeita Diagnóstica de Esclerose Múltipla

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ressonância magnética do segmento afetado (se houver).

Suspeita de Síndrome Genética (CAMS)

Encaminhar casos de anomalia congênita múltipla, suspeita de síndromes genéticas com deficiência ou atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, ou seja, usuário que tenha deficiência mental ou atraso do DNPM e apresente face sindrômica, casos com mais de um deficiente na família e casos com suspeita de doença metabólica.

Suspeita de PARKINSON

Encaminhar casos de suspeita diagnóstica, com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, comorbidades e medicamentos em uso. Investigar predisposição genética, padrão de realização de atividades diárias, histórico de depressão, alterações emocionais; dificuldade para deglutir, mastigação e fala, problemas urinários ou constipação, alterações de pele; padrão de sono e repouso.

Exame físico deve conter se houver rigidez muscular e tremor em repouso, relativamente amplo e lento, principalmente nos dedos, que diminui ou desaparece quando se inicia o movimento. Analisar a escrita, expressão facial, padrão de discurso e se há instabilidade postural ou alteração,

Acrescentar pontuação mini mental.

Para manejo na APS

Muitos dos casos neurológicos como cefaleias típicas e sem sinais de alarme, sequelas de AVE, queixas de esquecimento ou demências e convulsões/epilepsia devem ser manejados na APS;.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como paciente com lesões suspeitas de malignidade; lesões novas ou sem resposta ao tratamento na APS.

Nesses casos, investigar o caso o máximo possível, por exemplo, realizando exame neurológico completo, TC de crânio (contrastada ou não) ou mini-mental Folstein, o ideal é que o paciente seja referenciado após essa investigação.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento.

Investigar outras causas orgânicas que podem dar manifestações neurológicas.

A contrarreferência para a atenção primária será efetuada através de relatório do neurologista com prescrição e o prazo para retorno. Neste período até o retorno o acompanhamento será na UBS/USF/CF.

Profissional Solicitante:

- Médico.

3.62 Protocolo sugerido para Consulta em Neuroftalmologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- Neurites ópticas (isquêmico, desmielinizante ou infecciosa);
- Tumores cerebrais (principalmente hipofisários);
- Doenças que cursem com aumento da pressão intracraniana;
- Doenças carenciais;
- Malformação do nervo óptico;
- Diagnóstico diferenciais de glaucoma.

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, uso de medicamentos;

Profissional Solicitante:

- Médico Infectologista;
- Médico Neurocirurgia;
- Médico Neurologia;
- Médico Oftalmogista;
- Médico Reumatologia.

3.63 Protocolo sugerido para Consulta em Nutrição

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- alergia alimentar;
- anemias;
- baixo peso e/ou magreza;
- crianças com erro inato do metabolismo;
- desnutrição;
- doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, dislipidemias);
- doenças do trato digestivo que necessitam de orientação ou modificação alimentar (gastrite, colites, constipação, doença de crohn);
- doenças endócrinas (DM I e DM II, hipertireodismo, hipotireodismo);
- doenças renais em tratamento conservador (exceto em diálise);
- doenças reumáticas que necessitem orientação e/ou modificação alimentar;
- erros alimentares;
- gestantes acometidas por possíveis alterações e/ou necessidades de cuidado de seu estado nutricional;
- obesidade GI/GII/GII e sobrepeso, seja de origem primária ou secundária;
- pacientes com necessidade de orientação e acompanhamento nutricional, que apresentem as seguintes patologias e/ou agravos nutricionais
- pacientes em uso de terapia enteral nutricional;

- síndrome metabólica.

Nota: o Centro de Doenças Infecto-Parasitárias conta com avaliação e atendimento nutricional local, mediante encaminhamento dos profissionais da unidade.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, quadro nutricional (peso, altura e IMC), cirurgias realizadas (se houver), tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, medicações e/ou outras intervenções realizadas e o quadro clínico atual do paciente,

Não há necessidade de exames complementares, porém, se houver exames relacionados à queixa do paciente, encaminhar.

Para manejo na APS

Quando a unidade de saúde tiver o apoio de equipe NASF-AB, todo usuário deverá ser avaliado pelo profissional nutricionista desta equipe para manejo nutricional e/ou qualificação do encaminhamento, conforme “critérios de acesso e prioridades para atendimento nos NASF-AB”. Na impossibilidade de atenção ao usuário, este deve ser encaminhado considerando os protocolos de acesso a consulta em Nutrição, com a descrição obrigatória e outras informações pertinentes.

Nas unidades de saúde não cobertas por equipes NASF-AB, utilizar o protocolo de encaminhamento para consulta em nutrição, com a descrição obrigatória e outras informações pertinentes.

Para os Serviços de Atenção Multiprofissional

Quando o paciente apresentar deficiência com necessidade de atendimento multiprofissional, favor encaminhar no procedimento “GRUPO - Atendimento / Acompanhamento em Reabilitação nas Multiplas Deficiências” (ver protocolo).

Para atendimento no SAD

Quando houver cobertura de SAD, encaminhar o usuário que tenha necessidade de abreviar ou evitar a hospitalização e apresente afecções agudas ou crônicas agudizadas com necessidade de cuidados intensificados (tratamento parenteral, ventila- ção não invasiva, ventilação invasiva, curativos complexos, antibioticoterapia com restrição ao leito); afecções crônico degenera- tivas com

restrição ao leito que demande necessidade de atendimento multiprofissional até estabilização; cuidados paliativos.

Nota: Para pacientes, em idade adulta, com IMC > 50, encaminhar a consulta em cirúrgia bariátrica – não tem necessidade de acompanhamento de 02 anos.

Profissional Solicitante:

- Médico;

***3.*64 Protocolo sugerido Para Consulta em Oftalmologia**

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

Infantil: 0 a 12 anos.

c) Motivos do encaminhamento:

- catarata;
- cefaleia;
- ceratite;
- conjuntivite;
- déficit visual.
- déficit visual;
- estrabismo;
- glaucoma;
- patologias das pálpebras;
- retinopatia hipertensiva;
- triagem para catarata (santa casa);
- Uveite.

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, uso de medicamentos oculares e lentes corretivas.

Encaminhar com queixas de déficit visual e outras patologias oculares associadas:

ardor;

- diplopia;
- lacrimejamento;
- prurido;
- e outros.

Informar presença de diabetes ou hipertensão arterial e uso de medicamentos. Encaminhar com Teste de Snellen (se possível) efetuado pelo médico clínico ou enfermeira da UBS/USF/CF.

Nota: são prioritários para atendimento em 1ª consulta, os pacientes entre (zero) 0 e 09 anos e os acima de 40 anos.

Casos com queixas de visão com pontos brilhantes (fotopsia) inicialmente e com posterior déficit visual em cortina relacionada ou não a trauma ocular.

Ficar alerta para descolamento de retina e encaminhar para serviço de urgência em oftalmologia para avaliação e tratamento de urgência.

Cefaleia

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos de cefaleia persistente, geralmente frontal (após período escolar ou após esforços visuais), sem outras causas aparentes (ex.: sinusite, inflamações dentárias e enxaqueca).

Informar a pressão arterial e presença de hipertensão arterial, diabetes e alterações da função renal.

Encaminhar com Teste de Snellen (se possível) efetuado pelo médico clínico ou enfermeira da UBS/USF/CF.

Exames complementares não são necessários.

Priorizar os casos de queixas crônicas, crianças até 07 anos e adultos acima de 40 anos, sempre que for a 1ª consulta na especialidade.

Nota: geralmente a cefaleia matinal ou no meio da noite, não está relacionada a problemas oftalmológicos (oculares);

Casos de cefaleia aguda de forte intensidade e com sintomas associados, deverão ser sempre encaminhados para avaliação em serviço de urgência, independente da queixa visual.

Retinopatia hipertensiva

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 252

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos de hipertensão arterial não controlada e os casos de hipertensão arterial controlada em pacientes acima dos 60 anos ou quando o último exame oftalmológico (fundo de olho) tenha sido efetuado há mais de 01 ano.

Exames complementares não são necessários.

Profissional solicitante:

- Médico.

3.65 Protocolo sugerido para Consulta em Oftalmologia Catarata

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar pacientes com faixa etária acima de 50 anos, com queixa de baixa progressiva da visão, visão enevoada, embaçada, com piora da acuidade visual para longe e melhora para perto.

Em pacientes jovens com as mesmas queixas, podem estar relacionadas com cataratas de origem traumática, metabólica, infecciosa e a leucocoria (“pupila esbranquiçada”).

Encaminhar com acuidade visual corrigida.

Não há necessidade de exames complementares.

Nota: são prioritários os pacientes com 01 único olho funcionante e com insucesso no uso de lentes corretivas.

Profissional solicitante:

- Médico oftalmologista.

3.66 Protocolo sugerido para Consulta em Oftalmologia Córnea

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

ceratite (infecção da córnea);

- dor ocular de moderada a intensa, fotofobia, borramento visual e com secreção ocular, geralmente associada ao uso de lentes de contato, traumas e uso

de corticóide tópico.

Encaminhar independe de tratamento inicial ou não.

Não há necessidade de exames complementares.

Nota: os casos suspeitos de ulcera de córnea são considerados de urgência e devem ser encaminhados para serviço de urgência em oftalmologia.

Profissional solicitante:

- Médico oftalmologista.

3.67 Protocolo sugerido para Consulta Oftalmológica em Doença Macular Relacionada a Idade (DMRI)

a) Sexo: ambos

b) Idade: maior de 50 anos

c) Motivos do encaminhamento**:**

- doença vascular relacionada a idade na forma exsudativa ou úmida.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- mapeamento de retina;
- angiofluoresceinografia;
- tomografia de coerência ótica (OCT).

Avaliação, tratamento e reavaliação dar-se-à no Ambulatório de oftalmologia Retina – DMRI – Hospital São Julião.

Profissional solicitante:

- Médico oftalmologista.

3.68 Protocolo sugerido para Consulta em Oftalmologia Estrabismo

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- as patologias palpebrais que tenham indicio de necessidade de tratamento cirúrgico devem ser encaminhadas para serviço especializado em cirurgia plástica;
- desvio ocular e compensação do estrabismo pela posição da cabeça (diagnóstico diferencial do torcicolo congênito).
- os casos de tumores palpebrais e ptose palpebral com dificuldade visual progressiva (PRIORITÁRIOS);

▪ patologias das pálpebras.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

As crianças menores de 07 anos são prioritárias para o atendimento.

Profissional solicitante:

▪Médico oftalmologista.

3.69 Protocolo sugerido para Consulta em Oftalmologia Glaucoma

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- avaliação oftalmológica anual os pacientes com história de glaucoma familiar, mesmo que sejam assintomáticos;

- queixas de déficit visual de início súbito e aqueles com histórico Familiar da patologia.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Não há necessidade de exames complementares.

Nota: os casos com sintomas de déficit visual de início súbito e dor intensa na região orbitária, encaminhar para serviço de urgência em oftalmologia.

Inflamações oculares

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

▪ afastar história pessoal e familiar de glaucoma;

▪ conjuntivite (infecção da conjuntiva);

▪ informar doenças associadas, principalmente diabetes e hipertensão arterial.

Encaminhar os casos com: prurido, ardor, vermelhidão, secreção ocular e borramento da visão.

Encaminhar quando houver insucesso ao tratamento clínico inicial em UBS/

USF/CF (a melhora deve ocorrer entre 03 a 05 dias de tratamento).

Não há necessidade de exames complementares.

Profissional solicitante:

- Médico oftalmologista.

3.70 Protocolo sugerido para Consulta em Oftalmologia Órbita Ocular

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- pacientes com patologias de órbita (doença de tireoide, tumores e fratura de assoalho).

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos com queixas de déficit visual de início súbito e aqueles com histórico Familiar da patologia.

Nota: Os casos de fratura de órbita é considerado urgência.

Profissional solicitante:

- Médico oftalmologista.

3.71 Protocolo sugerido para Consulta em Oftalmologia - Plástica Ocular

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- alterações no posicionamento palpebral: ectrópios; entrópios; esclero-show; ptoses adquiridas;
- doença da conjuntiva (simbléfaro e outros);
- doenças do aparelho lacrimal (dacriocistite e outros);
- doenças e síndromes congênitas que levem a alterações das regiões palpebrais, orbitais ou peri-orbitárias (ptose palpebral congênita; colobomas palpebrais; blefarofimose);
- exoftalmia por doenças de graves;
- lagoftalmo (má oclusão palpebral);
- malformações craniofaciais que envolvam as pálpebras e a região per-

orbitária ou outra condição que envolva essas regiões;

- pacientes com cavidade anoftálmica;
- quaisquer alterações ou doenças das regiões palpebrais, orbitárias e peri-orbitárias que necessitam de avaliação plástica óculo-palpebral;
- sequelas de trauma ou queimaduras nas regiões palpebrais e peri-orbitárias;
- tumores benignos e malignos das regiões palpebrais, orbitarias e peri-orbitárias.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, os pacientes portadores de doenças ou alterações nas regiões das pálpebras, orbitas e peri-orbitárias.

Nota: Não encaminhar pacientes com indicação de blefaroplastia com finalidade estética.

Os atendimentos e as cirurgias de dermatocalase somente serão efetuadas quando houver comprometimento do campo visual, comprovado através de exames específicos que devem ser informados na solicitação da consulta e apresentados ao médico cirurgião plástico.

Profissional solicitante:

- Médico cirurgião plástico;
- Médico endocrinologista;
- Médico neuropediatra;
- Médico oftalmologista;
- Médico oncologista.

3.72 Protocolo sugerido para Consulta em Oftalmologia - Pterígio

O pterígio é uma massa fibrovascular da conjuntiva de forma triangular que se estende do ângulo interno do olho em direção à córnea.

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- pterígio.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Profissional solicitante:

▪Médico oftalmologista.

3.73 Protocolo sugerido para Consulta em Oftalmologia Retina Geral

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ paciente com história de perda súbita da visão;

▪ paciente diabético, principalmente se tiver mais de 5 anos de doença;

▪ pacientes acima de 50 anos com história de degeneração macular;

▪ pacientes com baixa visual severa que não melhora com uso de óculos e que não apresentam problemas de córnea e/ou catarata;

▪ pacientes com embaçamento visual e que apresentem HIV, sífilis, toxoplasmose, tuberculose e outras doenças infecciosas.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Encaminhar os casos com queixas de déficit visual de início súbito e aqueles com histórico Familiar da patologia.

Nota: Os casos de deslocamento de retina deverão ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência oftalmológica.

Profissional solicitante:

▪Médico oftalmologista.

3.74 Protocolo sugerido para Consulta em Oftalmologia – Retinopatia Diabética

a) Sexo: ambos

b) Idade: 05 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ a partir do diagnóstico de Diabetes Mellitus do tipo 2 e anualmente em seguida;

▪ gestante diabética em qualquer idade gestacional.

▪ paciente com diagnóstico há pelo menos 05 anos de Diabetes Mellitus tipo 1 e anualmente em seguida;

▪priorizar o encaminhamento de pacientes com relato de déficit visual e/ou associação com hipertensão arterial. Além da Diabetes Mellitus tipo 1 e 2.

Exames complementares necessários efetuados a menos de 03 meses

- glicemia de jejum;
- hemoglobina glicosilada;
- triglicerídeos.

Em qualquer circunstância nunca encaminhar sem os exames acima referidos.

Nota: não solicitar e/ou agendar consulta para o paciente que já esteja em tratamento para retinopatia diabética em outro serviço de oftalmologia.

Profissional solicitante:

- Médico oftalmologista.

3.75 Protocolo sugerido para Consulta em Oftalmologia - Uveite

a) Sexo: ambos

b) Idade: 05 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- casos com hiperemia ocular, fotofobia, visão embaçada, dor, “moscas volantes”, pupila miótica. Geralmente há ausência de secreção ocular.
- quando houver insucesso no tratamento inicial em UBS/UBSF.

Os sintomas são semelhantes à conjuntivite.

Não há necessidade de exames complementares.

Profissional solicitante:

- Médico oftalmologista.

3.76 Protocolo sugerido para Consulta em Oftalmologia - Vias Lacrimais

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- paciente qualquer idade, principalmente criança com menos de 2 anos e acima de dos 60 anos com quadro de lacrimejamento excessivo por mais de 10 dias podendo ser acompanhado de vermelhidão, dor e secreção purulenta no canto interno do olho.

Profissional solicitante:

- Médico oftalmologista.

3.77 Protocolo sugerido para Consulta em Oncologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- tumores de cabeça e pescoço;
- tumores de mama;
- tumores de pele;
- tumores de tórax;
- tumores do aparelho gastrointestinal;
- tumores do aparelho geniturinário;
- tumores ginecológicos;
- tumores ósseos e tecido conjuntivo.

Cirurgia de Cabeça e Pescoço

- Doença maligna metastática no pescoço;
- Melanoma maligno de pele da face, couro cabeludo e pescoço;
- Neoplasia maligna das glândulas salivares parótida e submandibular;
- Neoplasia maligna de boca (língua, assoalho, gengiva, vestibulo, palato e trígono retromolar) e lábio;
- Neoplasia maligna de faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe);
- Neoplasia maligna de laringe;
- Neoplasia maligna de olho e órbitas;
- Neoplasia maligna de pele da face, couro cabeludo e pescoço;
- Neoplasia maligna de seios da face, cavidade nasal e base de crânio;
- Neoplasia maligna de tireoide e paratireoides.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS/USF/CF: pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 10 anos.

Encaminhar ao oncologista clínico pacientes já operados.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas;

Cirurgião Buco-maxilofacial;

Cirurgião Dentista estomatologista.

Cirurgia Abdominal

Massa sólida ao exame de imagem sugestiva de neoplasia maligna.

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): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais. Incluir relatórios médicos de demais especialidades como otorrinolaringologia, dentista, e outros.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Tumores de Aparelho Gastrointestinal

- Neoplasia maligna de ânus e canal anal;
- Neoplasia maligna de esôfago;
- Neoplasia maligna de estômago;
- Neoplasia maligna de fígado;
- Neoplasia maligna de intestino;
- Neoplasia maligna de pâncreas e periampular;
- Neoplasia maligna de peritôneo – mesothelioma, pseudomyxoma peritoneal;
- Neoplasia maligna de reto;
- Neoplasia maligna de retroperitônio
- Neoplasia maligna de vesícula biliar e vias biliares.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS/USF/CF: pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos.

Neoplasia maligna de Esôfago

Resultado anatomopatológico sugestivo neoplasia maligna

Neoplasia candidata a tratamento neoadjuvante (estágio T2 ou maior, ou linfonodos positivos, seja por estadiamento cirúrgico ou clínico). A avaliação sobre o tratamento inicial deve ser do cirurgião oncológico.

Nota: Pacientes já operados devem ser encaminhados à oncologia clínica.

É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.

246

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 261

Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): endoscopia digestiva, TC, anatomopatológico, broncoscopia se indicado, espirometria e exames laboratoriais, se houver. Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia Maligna de Estômago

▪ inclui pacientes com doença localmente avançada, com linfonodomegalias peri-gástricas, ou seja, pacientes com indicação de tratamento neoadjuvante;

▪ pacientes com doença metastática;

▪ pacientes com doença peritoneal limitada;

▪ pacientes com metástase à distância, mas com sinais de obstrução do trato digestivo ou sangramento;

▪resultado anatomopatológico sugestivo de neoplasia maligna.

Os demais pacientes com doença metastática devem ser encaminhados à oncologia clínica.

Pacientes com forte suspeita clínica e complementar de neoplasia maligna (massa abdominal identificada por métodos de imagem, com critérios radiológicos de forte suspeição de neoplasia maligna).

Nota: pacientes já operados devem ser encaminhados à oncologia clínica.

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): Endoscopia, USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia geral, gastroenterologia, oncologia clínica e radioterapia.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia maligna de Intestino

▪ pacientes com doença localmente avançada;

- pacientes com doença metastática encaminhar para oncologia clínica;
- pacientes com doença peritoneal limitada;
- pacientes com forte suspeita clínica e complementar de neoplasia maligna (massa abdominal identificada por métodos de imagem, com critérios radiológicos de forte suspeição de neoplasia maligna);
- pacientes com metástase à distância, mas com sinais de obstrução do trato digestivo ou sangramento;
- resultado anatomopatológico sugestivo de neoplasia maligna.

Nota: pacientes já operados devem ser encaminhados à oncologia clínica.

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): Endoscopia, USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia geral, gastroenterologia, oncologia clínica e radioterapia.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia maligna de Reto

- metástases à distância que não as citadas e pacientes já operados, encaminhar à oncologia clínica;
- metástases hepáticas, na ausência de disseminação em outros sítios;
- pacientes com doença metastática para: peritônio, com baixo índice de disseminação peritoneal e ausência de disseminação em outros sítios, exceto fígado.

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): Endoscopia, USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia geral, gastroenterologia, oncologia clínica e radioterapia.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Neoplasia maligna de Ânus e Canal Anal

▪todos os pacientes com resultado anatomopatológico sugestivo de neoplasia maligna, na ausência de metástase à distância.

Nota: pacientes já operados devem ser encaminhados à oncologia clínica.

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): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia geral, oncologia clínica e radioterapia, onde se deixe claro tipo de biópsia e tratamento prévio empregado, se for o caso.

Profissionais solicitantes:

Médicos da Atenção Primária e especialistas.

Neoplasia maligna de Fígado

▪resultado anatomopatológico sugestivo de neoplasia maligna para tumores menores de 1,0 cm;

▪ OU, imagem típica (realce na fase arterial com washout na fase venosa) pela ressonância magnética ou tomografia computadorizada com contraste em tumores maiores de 1,0 cm, e ausência de doença metastática (NÃO OBRIGATÓRIO);

▪ pacientes já operados, encaminhar à oncologia clínica.

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): endoscopia, USG, TC, anatomopatológico, RNM e exames laboratoriais (incluindo alfa fetoproteína), se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades gastroenterologia e oncologia clínica.

Profissionais solicitantes:

249

Médicos da APS e especialistas.

Nota: não incluir casos com metástase hepática de outros sítios.

Neoplasia Maligna de Vesícula Biliar e Vias Biliares

▪resultado anatomopatológico sugestivo de neoplasia maligna com acometimento locorregional, e ausência de doença metastática.

▪ pacientes com forte suspeita clínica e complementar de neoplasia maligna (massa abdominal identificada por métodos de imagem – RNM ou TC, com critérios radiológicos de forte suspeição de neoplasia maligna), se houver.

Nota: pacientes já operados devem ser encaminhados à oncologia clínica.

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): exames endoscópicos, ressonância nuclear magnética, USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais (incluindo marcadores tumorais), se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia Maligna de Pâncreas e Periampular

▪ ausência de doença metastática;

▪ massa sólida ou heterogênea ao exame de imagem em sítio pancreático sugestiva de neoplasia maligna (obrigatório afastar cistos e pseudocistos);

▪ pacientes já operados, encaminhar à oncologia clínica.

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): endoscopia, USG, TC, Ressonância nuclear magnética, anátomo-patológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como gastroenterologia, radioterapia e oncologia clínica.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia Maligna de Peritôneo

- carcinomatose peritoneal mucinosa;
- mesotelioma peritoneal;
- pseudomixoma peritoneal;
- todos os pacientes com resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna dos tipos histológicos (não obrigatório).

Nota: pacientes já operados, encaminhar à oncologia clínica, assim como pacientes com metástase extra-abdominal.

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): endoscopia, colonoscopia, USG, TC, anátomo-patológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades, assim como relatório de laparoscopia prévia, caso tenha sido realizada.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia Maligna de Retroperitôneo

- todos os pacientes com resultado anátomo-patológico suspeito neoplasia maligna na ausência de doença metastática.

Nota: pacientes já operados devem ser encaminhados à oncologia clínica.

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): ressonância nuclear magnética, USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Tumores Genitourinários

- neoplasia adrenal;
- neoplasia maligna de bexiga, ureter e pelve renal;
- neoplasia maligna de pênis;
- neoplasia maligna de próstata;
- neoplasia maligna de rim;
- neoplasia maligna de testículo e tumores germinativos extra-gonadais;
- neoplasia maligna de testículo.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS/USF/CF: pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos.

Encaminhar **diretamente a uma UPA** ou **emergência hospitalar**:

- abdome agudo como sangramento intra-abdominal, perfuração ou obstrução intestinal;
- compressão medular;
- hipercalcemia;
- hipertensão intracraniana e rebaixamento de nível de consciência;
- insuficiência respiratória;
- obstrução ou risco iminente de obstrução de via áerea superior;
- obstrução urinária aguda ou obstruções de vias urinárias com insuficiência renal aguda.
- síndrome de veia cava superior.

Neoplasia Maligna de Testículo

- pacientes com exame de imagem com lesão sólida ou sólido-cística de testículo com suspeita de neoplasia maligna, independentemente de terem ou não doença metastática. Além do exame de imagem da bolsa escrotal, preferencialmente, e de forma urgente, devem ser solicitados os marcadores séricos (HCG, Alfa-fetoproteína e LDH).

Nota: pacientes já operados devem ser avaliados no protocolo de urologia oncológica clínica.

É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença de sintomas de grande volume de doença disseminada, como síndrome da veia cava superior, trombose venosa profunda, edema de membros inferiores e aumento importante do volume abdominal de início recente.

Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anátomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Caso o paciente já tenha feito tratamento, biópsia/cirurgia em outro hospital, recomenda-se que o paciente solicite a cópia completa de seu prontuário e os blocos das lâminas da biópsia para levar na primeira consulta e, com isto, agilizar o seu tratamento.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia Maligna de Tumores Germinativos Extragonadais

▪ massa sólida ao exame de imagem com critérios de suspeição de neoplasia maligna;

▪todos os pacientes com resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna.

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): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia maligna de bexiga, ureter e pelve renal

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

▪Resultado de exame de imagem (tomografia computadorizada, ultrassonografia ou ressonância nuclear magnética) com suspeita de neoplasia/tumor/lesão vegetante de bexiga, ureter ou pelve renal

▪Resultado de exame de endoscopia urinária (cistoscopia ou ureteroscopia) com descrição de neoplasia em bexiga, ureter ou pelve renal (localizada e localmente avançada (tumores não músculo invasivos e músculo-invasivos), se houver.

▪Resultado anatomopatológico de ressecção transuretral (RTU) de tumor de bexiga ou biópsia de lesão de bexiga por cistoscopia ou de ureter/pelve renal por ureteroscopia, se houver.

Nota: pacientes com evidências de metástases à distância (inclui metástases linfonodais acima das articulações ilíacas) em exames de imagem devem ser avaliados no protocolo de urologia oncológia clínica.

É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sangramento urinário (hematúria), febre ou outros achados sugestivos de pielonefrite ou infecção urinária febril, diabetes mellitus, hidronefrose (dilatação do sistema coletor renal), piora da função renal (creatinina sérica), outras doenças associadas, medicações em uso (em especial uso de AINEs ou anticoagulantes).

Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anátomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Caso o paciente já tenha feito tratamento, biópsia/cirurgia em outro hospital, recomenda-se que o paciente solicite a cópia completa de seu prontuário e os blocos das lâminas da biópsia para levar na primeira consulta e, com isto, agilizar o seu tratamento.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia Maligna de Pênis

▪pacientes com evidências de neoplasia maligna de pênis por biópsia ou ressecção total do tumor.

254

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 269

▪ pacientes com história de cirurgia de pênis por neoplasia maligna e que desenvolveram aumento de linfonodos inguinais no seguimento oncológico.

Nota: pacientes com evidências de lesões metastáticas outras (inguinais e pélvicas manter este protocolo cirúrgico) comprovadas por exame de imagem (ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada) devem ser avaliados no protocolo de urologia oncológica clínica.

É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, presença de sinais de infecção local que possam sugerir celulite importante de membros inferiores, fasceíte necrosante ou gangrena de Fournier, aumento de linfonodos inguinais ou linfonodos à distância (axilares, supraclaviculares).

Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Nos casos de ressecção completa da lesão em outro serviço de saúde, avaliar o exame anátomo-patológico e enfatizar se a lesão ressecada é (1) de baixo ou alto grau e (2) se há invasão profunda da neoplasia maligna ou não.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Caso o paciente já tenha feito tratamento, biópsia/cirurgia em outro hospital, recomenda-se que o paciente solicite a cópia completa de seu prontuário e os blocos das lâminas da biópsia para levar na primeira consulta e, com isto, agilizar o seu tratamento.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia maligna de próstata

▪pacientes com resultado PI-RADS 4 ou 5 em exame de Ressonância Multiparamétrica da Próstata e PSA maior que 10ng/ml.

Nota: pacientes já operados ou com evidências de metástases à distância em exames de imagem OU com exame de antígeno prostático-específico acima de 100 ng/mL mas sem biópsia devem ser avaliados no protocolo de urologia oncológica clínica.

É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, o valor de PSA e o escore de Gleason da biópsia da próstata.

Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatamopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Caso o paciente já tenha feito tratamento, biópsia/cirurgia em outro hospital, recomenda-se que o paciente solicite a cópia completa de seu prontuário e os blocos das lâminas da biópsia para levar na primeira consulta e, com isto, agilizar o seu tratamento.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia Maligna de Rim

- massa sólida ao exame de imagem sugestiva de neoplasia maligna;
- preferencialmente, com resultado de exames de: hemograma, função renal;
- resultado de exame de imagem de tomografia computadorizada (preferencialmente), ou ultrassonografia e ressonância nuclear magnética com nódulo/massa renal sólido ou sólidocística, suspeita de neoplasia maligna ou cisto renal complexo (que tenham no laudo do exame descrição de pertencer às categorias Bosniak III e IV).

Nota: pacientes já operados ou com evidências de metástases à distância em exames de imagem devem ser avaliados no protocolo de urologia oncológica clínica.

É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, presença de dor abdominal, sangramento urinário (hematúria), obstrução urinária ou necessidade de uso de sonda vesical de demora, presença de trombose venosa profunda ou edema de membros inferiores, perda significativa de peso, a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.

Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Caso o paciente já tenha feito tratamento, biópsia/cirurgia em outro hospital, recomenda-se que o paciente solicite a cópia completa de seu prontuário e os blocos das lâminas da biópsia para levar na primeira consulta e, com isto, agilizar o seu tratamento.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia Maligna de Supra-Renal (Glândula Adrenal) e (Neoplasia de Comportamento Incerto de Suprarenal)

▪ pacientes com evidências em exame de imagem (preferencialmente: tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM) de massa/nódulo de suprarenal (adrenal) MAIOR de 4 cm OU funcionante.

Nota: (1) pacientes com evidências de lesões metastáticas comprovadas por exame de imagem (ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada) devem ser avaliados no protocolo de urologia oncológica clínica.

(2) Pacientes com história prévia de câncer de mama, rim, melanoma, entre outros, devem ser avaliados no protocolo de urologia oncológica clínica.

É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, presença de sinais de edema de membros inferiores, trombose venosa profunda ou sinais que sugiram a presença de tumor funcionante de adrenal, tais como: Síndrome de Cushing (estrias violáceas na pele, fáscies típica, hirsutismo), hipertensão arterial sistêmica crônica que sugira causa secundária (hiperaldosteronismo), sinais de virilização em mulheres, paroxismos de sudorese e hipertensão sugerindo feocromocitoma, além de outros.

Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, RNM, cintilografia com MIBG, anatomopatológico e exames laboratoriais de investigação de tumores funcionantes (potássio, atividade plasmática da renina, cortisol, catécolaminas e metanefrinas urinárias e plasmáticas), se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Caso o paciente já tenha feito tratamento, biópsia/cirurgia em outro hospital, recomenda-se que o paciente solicite a cópia completa de seu prontuário e os

blocos das lâminas da biópsia para levar na primeira consulta e, com isto, agilizar o seu tratamento.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Tumores Ginecológicos

▪neoplasia maligna de colo de útero;

▪ neoplasia maligna de ovário, trompa e peritôneo;

▪ neoplasia maligna de placenta e doença trofoblástica gestacional;

▪ neoplasia maligna de útero e endométrio;

▪ neoplasia maligna de vulva e vagina.

Nota: Pacientes com doença metastática encaminhar à Oncologia Clínica.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS/USF/CF: pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos.

Encaminhar diretamente a uma UPA ou emergência hospitalar:

▪ abdomem agudo como sangramento intra-abdominal, perfuração ou obstrução intestinal;

▪ casos de carcinoma de colo uterino com hemorragia e repercussão hemodinâmica;

▪ compressão medular;

▪ hipercalcemia;

▪ hipertensão intracraniana e rebaixamento de nível de consciência;

▪ insuficiência respiratória;

▪ obstrução ou risco iminente de obstrução de via áerea superior;

▪ obstrução urinária aguda ou obstruções de vias urinárias com insuficiência renal aguda;

▪ síndrome de veia cava superior.

Neoplasia maligna de Colo de Útero

▪ resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna, se houver;

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

▪ resultado anatomopatológico por colposcopia com biópsia confirmando neoplasia intraepitelial de alto grau compreendendo NIC III / carcinoma in situ).

NÃO ENCAMINHAR PARA ESTA AGENDA:

▪ pacientes com doença metastática (devem ser encaminhados à oncologia clínica);

▪ neoplasia in situ tratada.

É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas e medicações em uso.

Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia Maligna de Útero e Endométrio

▪ resultado anatomopatológico de amostra endometrial por curetagem ou histeroscopia confirmando neoplasia maligna, se houver.

Nota: pacientes com doença metastática ou operados devem ser encaminhados à Oncologia Clínica.

É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas e medicações em uso.

Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Neoplasia Maligna de Trompa, Ovário e Peritôneo

▪ massa ovariana complexa (sólida ou mista) sugestiva de neoplasia maligna por exames de imagem. Excluir cistos ovarianos.

▪resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna, se houver.

Nota: pacientes com doença metastática ou operados devem ser

259

encaminhados à Oncologia Clínica.

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): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia Maligna de Placenta e Doença Trofoblástica Gestacional

▪ pacientes com diagnóstico de doença trofoblástica gestacional de alto risco;

▪ pacientes com diagnóstico de doença trofoblástica gestacional de baixo risco refratárias ao tratamento;

▪ pacientes com resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna.

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): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia Maligna de Vulva e Vagina

▪resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna, se houver.

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): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Tumores de Mama Neoplasia Maligna de Mama

▪resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna de mama, invasiva ou in Situ, se houver;

▪ mamografia categoria BI-RADS 4b, 4c e 5 e/ou USG de mamas BI-RADS 5.

Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, mamografia e anatomopatológico, se houver.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Tumores Torácicos

▪ Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão;

▪ Neoplasia maligna mediastino;

▪ Neoplasia maligna parede torácica;

▪ Neoplasia maligna pleura;

▪ Neoplasia maligna traqueia;

▪ Neoplasia secundária nos pulmões.

Critérios de encaminhamento:

▪ massa sólida ao exame de imagem, única, maior que 1,0 cm e não calcificada, com forte suspeição de neoplasia maligna;

▪ resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna, na região torácica, se houver.

Nota: necessário descartar tuberculose por exames complementares.

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): USG, TC, anátomopatológico e exames laboratoriais, se houver.

Incluir relatórios médicos de demais especialidades .

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Tumores de Pele

- Melanoma in situ da pele;
- Melanoma maligno da pele;
- Melanoma.

Critérios de encaminhamento:

- resultado anatomopatológico confirmando câncer de pele não-melanoma, se houver.
- resultado anatomopatológico confirmando melanoma, se houver.

Critérios de exclusão:

- carcinoma basocelular excisado com margens livres;
- carcinoma in situ da pele excisado com margens livres;
- carcinoma in situ da pele;
- ceratoses solares ou fotodano crônico (CID-10 L57);
- não melanoma;
- outras neoplasias malignas da pele;
- pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 10 anos;
- pacientes já tratados e sem evidência de recidiva.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas;

Cirurgião Buco-maxilofacial;

Cirurgião Dentista estomatologista.

Nota: encaminhar as lesões de maior gravidade a fim de evitar casos que possam ser resolvidos em centros de menor complexidade.

Linfoma de Célular T Cutâneo / Linfomas da células T cutâneas e periféricas /

Parapsoríase / Papulose linfomatóide

▪resultado anátomo-patológico confirmando Linfomas da células T.

Critérios de exclusão:

▪ pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 10 anos.

Profissionais solicitantes:

Médicos da Atenção Primária e especialistas.

Ortopedia Oncológica

▪ cirurgia de ressecção de neoplasias malignas primárias de ossos ou partes moles, já comprovadas com diagnóstico anatomopatológico;

▪ imagem compatível com tumor de coluna vertebral invadindo o canal raquimedular ou tumor intraespinal;

▪lesões com suspeita de malignidade ossos ou partes moles, em membros, em exame de imagem, sem diagnóstico anatomopatológico;

▪ lesões primárias de osso e de partes moles em membros, que necessitem de tratamento ortopédico especializado;

▪ neoplasia maligna da coluna vertebral - C41.2.

Situações que não devem ser encaminhadas para o serviço de ortopedia oncológica e devem ser tratadas em sua origem:

▪ fraturas patológicas secundárias a outras neoplasias que não sejam sarcomas, por exemplo, fratura patológica por metástase de câncer de próstata ou mama;

▪ doenças ortopédicas benignas (por exemplo, artrose, lombalgia);

▪ complicações ortopédicas após tratamentos oncológicos não realizados no serviço de referência.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

Neoplasia de Sistema Nervoso Central

▪gliomas e tumores malignos primários de sistema nervoso central CID C70, C71 e C72;

▪todos os pacientes com resultado anatomopatológico confirmando glioma ou outros tumores malignos primários de sistema nervoso central;

▪ lesão de SNC com forte suspeição de neoplasia maligna primária, demonstrada por método de imagem.

Nota: a absoluta maioria de tumores malignos no sistema nervoso central costuma ser metástase de carcinoma de outro sítio neoplásico, como mama, pulmão e intestino. Apenas os tumores primários de sistema nervoso central devem ser encaminhados a este grupo, os demais devem ser encaminhados conforme sua localização inicial.

Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas na UBS/USF/CF: pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos.

Encaminhar diretamente a uma UPA ou emergência hospitalar:

▪ compressão medular;

▪ hipercalcemia;

▪ síndrome de veia cava superior;

▪ obstrução ou risco iminente de obstrução de via áerea superior;

▪ insuficiência respiratória;

▪ abdome agudo como sangramento intra-abdominal, perfuração ou obstrução intestinal;

▪ obstrução urinária aguda ou obstruções de vias urinárias com insuficiência renal aguda;

▪ hipertensão intracraniana e rebaixamento de nível de consciência.

Critérios de encaminhamento:

Nota: Observa-se que a absoluta maioria de tumores malignos no sistema nervoso central costuma ser metástase de carcinoma de outro sítio neoplásico, como mama, pulmão e intestino. Apenas os tumores primários de sistema nervoso central devem ser encaminhados a este grupo, os demais devem ser encaminhados conforme a localização do sítio primário.

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): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais;

Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Profissionais solicitantes:

Médicos da APS e especialistas.

3.78 Protocolo sugerido para Consulta em Ortopedia (Clínica e Cirúrgica)

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

Infantil: 0 a 18 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- avaliação cirúrgica;
- cervicalgia e lombalgia;
- deformidades (membros inferiores, escoliose, cifose);
- dor localizada a esclarecer (articular e tendinite);
- sequelas de fraturas.

Toda terapêutica realizada na atenção primária deve estar descrita no encaminhamento. Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames realizados, tratamentos efetuados e medicamentos em uso.

Solicitações incompletas serão devolvidas.

Nota: fraturas e luxações agudas, lombociatalgias agudas, cervicalgias agudas, Traumas agudos, osteomielite aguda devem ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência.

Informações Complementares

Abaixo, seguem as informações complementares relativas ao tratamento dos casos referidos como motivo do encaminhamento. Os casos não mencionados abaixo, não requerem complementação.

Cervicalgia e Lombalgia

Encaminhar somente os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após a abordagem inicial obrigatória na UBS/USF/CF.

Todos os casos devem ser encaminhados primeiramente para a ortopedia geral e após triagem e possíveis indicações vão ter acesso à ortopedia coluna.

Para o acesso a neurocirurgia coluna é obrigatória a avaliação da ortopedia geral e/ou ortopedia coluna.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raios X da área afetada em AP e perfil.
- TC do segmento afetado (se houver);
- RNM do segmento afetado (se houver).

Deformidades (de Membros Inferiores, Escoliose e Cifose)

Encaminhar crianças com deformidades a partir do nascimento ou da data do diagnóstico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x da área afetada em AP e perfil.

Dor Articular e Tendinite (a Esclarecer)

Encaminhar somente os casos com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após a abordagem inicial obrigatória em APS.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x da área afetada em AP e perfil;
- ultrassonografia da área afetada.

Sequela de Fratura

Informar a presença de dor articular, algias ósseas, calcâneoalgias, artrose de joelhos, pseudoartrose, osteomielite e outras alterações ósseas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x da área afetada em AP e perfil.

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Os encaminhamentos para avaliações das indicações de procedimentos cirúrgicos serão obrigatoriamente efetuados por médicos especialistas em ortopedia geral.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- exame de imagem da área afetada.

Procedimentos cirúrgicos ortopédicos mais comuns:

- retirada de matérial de síntese;
- cistos sinoviais;
- tenossinovite de quervain;
- síndrome do túnel do carpo/canal de Guyon;
- lesão meniscal do joelho;
- lesão ligamentar do joelho;
- necrose avascular de cabeça femoral (Ficat I e II);
- dedo em martelo;
- osteocondroma (tumor benigno).

Retirada de Material de Síntese

Encaminhar com indicação de retirada de material, histórico de cirurgia antiga com consolidação presente, sem deformidades e tempo mínimo vencido para retirada de pinos, fios, parafusos e placas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x da área afetada em 02 incidências.

Cistos Sinoviais

Encaminhar com indicação de tratamento cirúrgico por dor local, sem melhora ou regressão após abordagem da atenção clínica inicial.

Casos assintomáticos não necessitam de encaminhamento.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- USG da área afetada;
- RX da área afetada em 02 incidências.

Tenossinovite de De Quervain

Encaminhar com indicação de tratamento cirúrgico por dor em punho e/ou 1º dedo da mão, já investigados clinicamente, sem outras causas e sem melhora ou regressão ao tratamento clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- USG da área afetada.

Síndrome do Túnel do Carpo/Canal de Guyon

Encaminhar com indicação de tratamento cirúrgico por dor e/ou parestesia e/ou paresia em punho e/ou dedos da mão, já investigados clinicamente, sem outras causa e sem melhora ou regressão ao tratamento clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- USG da área afetada, se houver;
- ENMG, se houver.

Lesão Meniscal do Joelho

Encaminhar com indicação de tratamento cirúrgico por impossibilidade de melhora ou regressão ao tratamento clínico, dor crônica e/ou instabilidade do joelho. (bloqueio/falseio).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- RX de joelho em 02 incidências;
- USG do joelho;
- RNM, se houver.

O exame de ressonância nuclear magnética só deve ser realizado em casos de suspeita de outras lesões associadas, que deverá estar descrita de forma obrigatória na solicitação. Alterações no exame físico bem como RX e USG de joelho por si só já podem indicar lesão isolada de menisco e indicação cirúrgica, sendo assim dispensável a ressonância magnética.

Lembrar que o exame de 100% certeza diagnóstica é a artroscopia, que de diagnóstica pode ser convertida em cirurgia.

Lesão Ligamentar do Joelho

Encaminhar com indicação de tratamento cirúrgico, por impossibilidade de melhora ou regressão da lesão com tratamento clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- RX de joelho em 02 incidências;
- USG do joelho;
- RNM, se houver.

O exame de ressonância nuclear magnética só deve ser realizado em casos de suspeita de outras lesões associadas, que deverá estar descrita de forma obrigatória na solicitação . Alterações no exame físico bem como RX e USG de joelho por si só já podem indicar lesão isolada de menisco e indicação cirúrgica, sendo assim dispensável a ressonância magnética.

Lembrar que o exame de 100% de certeza diagnóstica, é a artroscopia, que de diagnóstica pode ser convertida em cirúrgica.

Necrose Avascular de Cabeça Femoral (Ficat I E II)

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- Raio-x da cabeça do fêmur em 02 incidências;
- RNM, se houver,
- Cintilografia nuclear.

Dedo “em martelo”

Encaminhar com indicação de tratamento cirúrgico para traumas antigos e deformidade sem possibilidade de tratamento clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

Raio-x em 02 incidências.

Osteocondroma e outros tumores ósseos

Encaminhar com indicação de tratamento cirúrgico para ressecção de osteocondroma (TU benigno definido) próximo às regiões metafisárias e /ou outros tumores.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- Raio-x em 02 incidências;
- Cintilografia nuclear.

Nota: o exame de cintilografia óssea deve ser utilizado em suspeita de tumor maligno, para diagnóstico diferencial.

Para manejo na APS

A maioria dos casos de ortopedia como dorsalgia, lombalgias, artralgias, derrames articulares ,tendinites, LER, podem, e devem ser manejados na APS;

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações não é possível de ser realizada na APS, como paciente com possível indicação cirúrgica ou sem melhora ao tratamento feito na APS (após tratamento fisioterápico, uso de medicações alternativas, avaliação do profissional de educação física, etc).

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento;

Todos os acessos à neurocirurgia coluna devem ter avaliação prévia da ortopedia geral e ou ortopedia coluna

Não serão aceitos novas inserções para consulta em ortopedia geral em pacientes já avaliados e com indicação cirúrgica.

Profissional Solicitante:

Consulta em Ortopedia (Clínica):

- Médico;

Consulta em Ortopedia (Cirúrgica):

- Ortopededista;

3.79 Protocolo sugerido para Consulta em Otorrinolaringologia Adulto e Infantil

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- sinusites de repetição ou crônicas;
- otites de repetição;
- obstrução nasal;
- epistaxe de repetição;
- amigdalites de repetição;
- zumbido, surdez, hipoacusia;
- tonturas/vertigens;
- rouquidão.

Cirurgias para avaliação (indicação): adenoidectomia, amigdalectomia, adenoamigdalectomia, frenotomia lingual, timpanotomia para tubo de ventilação.

Atenção à saúde auditiva de alta e média complexidade e craniofacial de alta complexidade.

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames realizados, tratamentos efetuados e medicamentos em uso.

Solicitações incompletas serão devolvidas.

Para manejo na APS:

Muitas queixas relacionadas a ouvidos, nariz e garganta, como otites, amigdalites, sinusites, redução da acuidade auditiva, retirada de corpos estranhos, vertigem postural paroxística benigna (VPPB), entre outras, devem ser manejados inicialmente na APS e com reavaliações pertinentes.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação ou em que o manejo da situação não seja possível de ser realizada na APS, ou falta de resposta à terapêutica instituída inicialmente e após reavaliações.

Investigar e conduzir o caso o máximo possível, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares se necessário e instituindo terapêuticas. O ideal é que o paciente seja referenciado após essa conduta

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista.

Nota: sinusites agudas ou crônicas agudizadas, otites agudas, vertigens agudas com vômitos e perda de equilíbrio, amigdalites agudas, epistaxes agudas volumosas, abcessos amigdalianos.

Informações Complementares

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 286

Abaixo, seguem as informações complementares relativas ao tratamento dos casos referidos como motivo do encaminhamento. Os casos não mencionados abaixo, não requerem complementação.

Sinusites de Repetição ou Crônicas

Encaminhar com sinusites de repetição e os casos que não responderam ao tratamento convencional ou que tenham alterações anatômicas como fator perpetuador da patologia.

Importante investigar fatores que estejam associados a perpetuação e repetição dos casos de sinusite como por exemplo rinite alérgica, cisto de retenção.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x seios da face (mento-naso, fronto-naso e perfil em ortostatismo).

Otites de Repetição

Encaminhar com otites de repetição e os casos que não responderam ao tratamento convencional e após pelo menos duas abordagens com antibióticos diferentes, o ideal é ter abordagem guiada com cultura e antibiograma de secreção do conduto auditivo após primeira falha com antibioticoterapia empírica correta e instituição do segundo esquema de tratamento.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- Cultura e antibiograma de secreção conduto auditivo, se for o caso.

Obstrução Nasal

Encaminhar os casos que tratados clínicamente não apresentaram melhora da queixa, investigar e tratar quadros de rinite alérgica crônica que deverão sempre ser tratados nas UBS e UBSF.

Encaminhar casos com acentuada redução da coluna aérea do cavum.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x seios da face (mento-naso, fronto-naso e perfil em ortostatismo);
- raio-x de cavum.

Epistaxe de repetição

Encaminhar os casos com episódios de repetição, já afastadas as discrasias sanguíneas, com a realização de coagulograma. Investigar e tratar quadros de rinite alérgica.

Em adultos avaliar a presença de hipertensão arterial e uso crônico de medicamentos tópicos vasoconstritores.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- coagulograma (deverá ser avaliado, inicialmente, pelo médico da APS);
- raio-x de cavum;
- raio-x seios da face.

Amigdalites Bacterianas de Repetição

Encaminhar os casos tratados, sem melhora clínica e os casos de repetição (03 ou mais episódios, no período de 06 meses).

Encaminhar somente casos de diagnóstico de certeza de amigdalites bacterianas de repetição.

Não há necessidade de exames complementares.

Zumbido, Hipoacusia, Surdez

Relatar frequência e intensidade das crises. Doenças associadas, principalmente hipertensão arterial e Diabetes Mellitus devem estar controladas o mais próximo possível do alvo terapêutico.

Nos casos que tem as queixas acima (**zumbido, hipoacusia e surdez**), afastar a presença de “rolha de cerúmen, se observado a mesma deve-se realizar o tratamento medicamentoso e lavagem na própria unidade de saúde. Encaminhar casos de hipoacusia e surdez com audiometria alterada.

Zumbidos devem ser encaminhados quando da falta de resposta ao tratamento inicial ou com audiometria alterada.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- audiometria tonal e vocal alterados.

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Nota: antes de solicitar a audiometria certificar-se que a otoscopia do paciente esteja normal.

Tonturas/Vertigens

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames realizados, tratamentos efetuados e medicamentos em uso.

Corrigir causas possíveis como diabetes com glicemias elevadas, medicamentos para HAS, psicotrópicos, sinusites, otites.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- colesterol total e frações;
- creatinina;
- glicose de jejum;
- hemograma com plaquetas;
- T4 livre;
- triglicerídeos;
- TSH;
- Uréia.

Rouquidão

Encaminhar os casos tratados clínicamente, que não apresentam melhora, e os casos com quadro persistente, com duração superior a 15 dias.

Importante investigar e tratar DRGE e fazer orientações de acordo com a atividade laboral (professor, cantor, orador e etc).

A fonoaudiologia pode ter papel importante na prevenção.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- laringoscopia.

Cirurgias para avaliação (indicação) – crianças até 15 anos:

- adenoidectomia;
- amigdalectomia;
- adenoamigdalectomia;
- frenotomia lingual;

274

- timpanotomia para tubo de ventilação.

Encaminhar os casos para avaliação cirúrgica de:

- adenoidectomia, amigdalectomia ou adenoamigdalectomia com queixas de: respiração bucal, roncos frequentes, engasgamentos frequentes, obstrução da via respiratória, amigdalite de repetição;
- frenotomia lingual com queixas de: dificuldade para articular palavras; retração lingual;
- timpanotomia para tubo de ventilação com queixas de: persistência da perda de audição em otite média secretora, apesar de tratamento clínico contínuo.

Não há necessidade de exames complementares.

Profissional solicitante:

- Médico;
- Cirurgião Buco-maxilofacial;

3.80 Protocolo sugerido para Consulta em Psicologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- agressividade;
- automutilação;
- casos não resolutivos após o manejo na atenção primária;
- dificuldade no relacionamento interpessoal (retraimento, isolamento);
- distúrbios do sono: insônia, sonambulismo e terror noturno;
- distúrbios significativos no comportamento alimentar;
- encoprese de fundo não orgânico;
- enurese de fundo não orgânico;
- ideação suicida;
- impulsividade;
- oscilação do humor;
- pacientes sem comprometimento neurológico e transtorno mental;
- sintomas melancólicos intensos;
- transtorno de déficit de atenção e hiperatividade;

- violência (sexual, física, psicológica, laboral).

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão descrever a história da doença, medicações e/ou outras intervenções realizadas e o quadro clínico atual do paciente.

Nota: quando o paciente apresentar múltiplas deficiências ou Transtorno do Espectro Autista (TEA) (com necessidade de atendimento multiprofissional por alteração no desenvolvimento/funcionalidade/autonomia), favor encaminhar no procedimento "Atendimento/Acompanhamento em Reabilitação nas Múltiplas Deficiências" (ver protocolo).

Atendimento em Psicologia na Atenção Primária

Deverão ser manejadas na APS, nas unidades que tem apoio da Equipe NASF-AB, as seguintes patologias/sintomatologias:

- abandono de certas atividades antes desejadas;
- autocuidado diminuído;
- baixa autoestima;
- desânimo;
- dificuldade com regras;
- impaciência;
- labilidade emocional;
- medos exagerados;
- nervosismo;
- onicofagia;
- tristeza e/ou choro recorrente sem motivação.

Atendimento em Psicologia na Saúde Mental

Deverão ser manejadas nas Unidades de Saúde Mental as seguintes patologias:

- autismo com alteração no comportamento/interação social;
- crises de pânico;
- depressão;
- esquizofrenia;
- outros transtornos mentais;
- tentativa de suicídio;

- transtorno bipolar;
- transtorno de ansiedade generalizada;
- transtorno de personalidade;
- transtorno obsessivo compulsivo;
- transtorno opositor desafiador.

Os casos de transtorno mental leve/moderado devem ser primeiramente atendidos pela APS e apenas os casos em que o clínico não obtiver sucesso terapêutico, encaminhar para psiquiatra via SISREG (Consulta em Psiquiatria) para o Ambulatório de Saúde Mental.

Os casos de transtorno mental grave/severo devem ser encaminhados aos CAPS, por meio de acolhimento, das 7h às 19h, todos os dias da semana e abrigamento caso necessário.

Profissional Solicitante:

- Médico

3.81 Protocolo sugerido para Consulta em Pequena Cirurgia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- pequena cirurgia (nevus, tumores de pele, cistos e lipomas);
- pequena cirurgia de face (nevus, tumores de pele, cistos e lipomas).

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, descrição da lesão (dimensão e localização).

Informar histórico de coagulopatia pessoal ou familiar (se houver) e Diabetes Mellitus.

Profissional solicitante:

- Médico.
- Cirurgião Dentista estomatologista.

3.82 Protocolo sugerido para Consulta em Pneumologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

Infantil: 0 a 15 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- asma brônquica;
- bronquiectasias;
- bronquites (aguda e crônica);
- derrame pleural;
- doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
- doenças intersticiais pulmonares;
- hipertensão pulmonar;
- Micobacteriose;
- pneumonia comunitária;
- pneumopatias de repetição;
- tosse crônica;
- tuberculose pulmonar.

Em todo o encaminhamento para a especialidade deverá estar descrito o quadro clínico (queixa e dados importantes do exame físico), medicamentos em uso, tempo de evolução e reavaliações, bem como o motivo do encaminhamento.

Solicitações incompletas serão devolvidas.

Para manejo na APS

A maioria dos casos respiratórios como asma, DPOC e Pneumonias não complicadas devem, ser manejados na APS.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações não é possível ser realizado na APS, como paciente com lesões suspeitas de malignidade; quadros persistentes ou sem resposta ao tratamento inicial na APS.

Investigar e conduzir o máximo possível, realizando além do exame clínico, os exames complementares, dependendo do caso, como raio-x, teste de capacidade respiratória (Espirometria), Genexpert ou baciloscopia de escarro, quando se tratar de suspeita de Tuberculose.

Lembrando que, deve-se solicitar BAAR e Cultura de escarro na solicitação do GAL/Lacen, (a cultura do escarro é processada no Lacen através do envio do matérial pelo Labcen, colhido na própria unidade). O ideal é que o paciente seja

referenciado após essa investigação, devendo-se sempre checar os resultados da cultura na plataforma GAL LACEN MS.

Em caso de Resistência a Rifampicina detectado no Genexpert,convém realizar uma nova amostra para amplificação da resistência e nestes casos o encaminhamento é de caracter de urgência para referência terciaria Hospital São Julião, nos casos de pacientes HIV/AIDS o encaminhamento se dará para o CEDIP/Nova Bahia ou Hospital Universitário Esterina Corsini.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento.

Os casos de pneumotórax, corpo estranho em via aérea baixo, insuficiência respiratória aguda, hemoptise de grande monta, derrames pleurais extensos com dessaturação, pneumonia grave com necessidade de internação, atenção especial aos idosos e crianças com sinais de alarme (cianose, toxemia, demência, uso de musculatura acessória, irritabilidade, dentre outros), bronquiolite moderada ou grave (taquipneia, batimentos de asa do nariz, hipoxemia), crise aguda de asma devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência.

Informações Complementares

Abaixo, seguem as informações complementares relativas ao tratamento dos casos referidos como motivo do encaminhamento. Os casos não mencionados abaixo, não requerem complementação.

Asma Brônquica

Encaminhar os casos de asma brônquica moderada ou severa, sem sucesso com tratamento clínico inicial. Avaliar tais casos na APS com espirometria e incluir os pacientes no Protocolo Clínico de asma classificado pela espirometria,para que estes pacientes não evoluam para remodelamento brônquico pela demora de se instalar tratamento adequado no início de diagnóstico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax em PA e perfil esquerdo;
- espirometria.

Pneumonias de Repetição

Encaminhar os casos que apresentarem cerca de 3 ou mais episódios de infecção documentada no prazo de 12 meses. (3 meses).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax em PA e perfil esquerdo.

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

Encaminhar os casos de DPOC de moderado a severo, que não tenham tido sucesso com o tratamento clínico inicial em UBS/USF/CF**.**

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax em PA e perfil esquerdo;
- espirometria;
- tomografia computadorizada de pulmões (se houver).

Tuberculose Pulmonar

Encaminhar somente casos de difícil seguimento, como efeitos adversos maiores aos tuberculostáticos (trobocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite hepatotoxicidade, alergia aos tuberculostáticos,neuropatia optica, nefrite intersticial, rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal, hipoacusia, vertigem e nistagmo, exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave, psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma, rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal.

TB resistente, falência de tratamento e retratamento que requeira esquema especial de tratamento, intolerância medicamentosa, investigação de tuberculose extrapulmonar, demais casos devem seguir obrigatoriamente na atenção primária.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax em PA e perfil esquerdo;
- prova Tuberculínica PPD (se houver);
- pesquisa de Baar (escarro) 02 amostras ou GeneXpert MTB;
- cultura + antibiograma + Teste de Sensibilidade (se for o caso).

Tosse Crônica

Encaminhar os casos de tosse persistente há mais de 03 meses, afastados os casos de tuberculose pulmonar, doenças intersticiais pulmonares, bronquite crônica, DRGE (doença do refluxo gastro-esofágico), efeitos adversos de medicamentos (IECA, BRA), rinites, exposição ocupacional.

Encaminhar os casos sem sucesso no tratamento clínico inicial nas UBS/USF/CF.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax em PA e perfil esquerdo;
- prova Tuberculínica PPD (se houver);
- espirometria.

Derrame Pleural

Encaminhar somente os casos de derrame pleural de pequena extensão.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax em PA e perfil esquerdo.

Doenças Intersticiais Pulmonares

Encaminhar com diagnóstico indefinido e com queixas de dispneia progressiva e/ou tosse seca, hemoptise e dor torácica ocasional.

Encaminhar os casos de exposição a: Poeiras orgânicas ou químicas (fungos, bactérias, proteínas animal, fibras sintéticas, fumaças e gases); Poeiras inorgânicas (sílica, asbestos, talco, metais, carvão, ferro); Fármacos (antibióticos, antimaláricos, antiarrítmicos, quimioterápicos e cigarros). Fibrose Pulmonar idiopática (Referência HU – Pneumologia (Dra Andressa Matheus).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax em PA e perfil esquerdo;
- prova Tuberculínica PPD (se houver);
- espirometria.

Bronquites

Aguda - encaminhar quando não há sucesso com o tratamento inicial e a tosse persiste (seca ou produtiva) por mais de 03 semanas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax em PA e perfil esquerdo;
- pesquisa de BAAR (escarro) 02 amostras, se for o caso.

Crônica - encaminhar os casos de tosse com muco (catarro) na maioria dos dias do mês, em 03 meses do ano, por 02 anos consecutivos, sem outra patologia que justifique a tosse, SEM MELHORA COM O TRATAMENTO INICIAL.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de tórax em PA e perfil esquerdo;
- raio-x dos seios da face;
- espirmetria.

Hipertensão Pulmonar

Encaminhar casos de hipertensão pulmonar diagnósticados por ecocardiograma, sejam pacientes pneumopatas (DPOC, Bronquiectasias) e ou cardiológicos, que necessitem de acesso ao Protocolo Clínico de Hipertensão Pulmonar pelo Ministério da Saúde – Casa da Saúde-MS.

Profissional solicitante:

- Médico;
- Cirurgião Dentista estomatologista.

3.83 Protocolo sugerido para Consulta em Pneumologia Fibrose Cística – Pediatria e Adulto

a) Sexo: ambos

b) Idade: adulto - 13 à 130 anos

infantil - 0 a 12 anos

d)Motivos do encaminhamento:

- diagnóstico confirmado de fibrose cística ou mucoviscidose.

Para manejo na APS

- casos suspeitos de fibrose cística não deverão ser encaminhados;

▪ somente encaminhar os casos confirmados.

Na UBS/USF/CF deverá ser solicitado o Teste do Suor (iontoforese por pilorcapina ou dosagem de eletrólitos no suor) - 02 exames devem ser realizados.

Se houver dúvidas quanto ao diagnóstico relacionado ao teste de suor (01 exame positivo e outro negativo, teste do suor duvidoso com a dosagem de cloreto de sódio entre 40 e 60 – mEq/L), encaminhar ao especialista conforme a sintomatologia para o Gastroenterologia ou Pneumologista

Informações Complementares

A fibrose cística (FC), também chamada de mucoviscidose, é uma doença genética autossômica recessiva.

A FC é uma doença que acomete vários órgãos e sistemas, principalmente o sistema respiratório e o aparelho digestivo, sendo o acometimento pulmonar responsável pela maior morbimortalidade dos pacientes.

Há suspeita de Fibrose Cística quando houver as seguintes situações:

▪ alcalose metabólica crônica.

▪ azospermia obstrutiva (ausência bilatéral de vasos diferentes ou rudimentares);

▪ baqueteamento digital;

▪ deficiência de vitaminas lipossolúveis;

▪ desnutrição protéico-calórica;

▪ doença endobrônquica: tosse produtiva prolongada, sibilância de repetição, alterações persistentes no raio-x de tórax ou na omografia computadorizada de tórax, evidência de doença obstrutiva na espirometria;

▪ doença hepatobiliar crônica;

▪ edema por hipoproteinemia;

▪ íleo meconial;

▪ infecções ou colonização brônquica por bactérias patogênicas para Fibrose Cística (Staphilococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Stenotrophomonas malthophilia, Burkholderia cepacea);

▪ insuficiência pancreática exócrina;

▪ pacientes com Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) alterado para Fibrose Cística (IRT>70) que tenha escapado a busca ativa da Triagem Neonatal realizada pelo IPED/APAE.;

- pancreatite recorrente;
- pólipos nasais;
- síndrome da obstrução intestinal distal;
- síndrome de perda de sal, depleção ou perda aguda de sal, desidratação frequente;
- sinusite crônica.

Nota: todas as situações descritas acima, justificam a solicitação do Teste do Suor que deve ser solicitado 02 vezes. Não há prazo para a realização do segundo exame, mas será marcado a data pelo laboratório que realiza o exame.

O Teste do Suor (iontoforese por pilorcapina ou dosagem de eletrólitos no suor) é um exame especifico para diagnóstico de Fibrose Cística, ou seja, só é realizado para confirmar ou afastar este diagnóstico específico. O teste pesquisa a presença de cloreto de sódio no suor.

O diagnóstico deverá ter sido confirmado com pelo menos um dos exames abaixo:

- 02 (dois) Testes do Suor alterado - acima de 60 mEq/L de cloreto de sódio;
- presença de 02 mutações genéticas conhecidas da Fibrose Cística.

Locais para realização do teste do suor:

- IPED/APAE;
  - O agendamento é feito por telefone no IPED/APAE (67) 3348-7800;
  - De segunda a quinta feira. Não é realizado exames em véspera de feriados.
  - O resultado do exame será disponibilizado pelo IPED/APAE;
  - A solicitação do teste deve ser feita através do laudo de solicitação de procedimento ambulatorial da SESAU (pacientes de Campo Grande).

Local para atendimento de consultas em fibrose cística:

- ambulatório do IPED/APAE – Campo Grande;
- ambulatório de Fibrose Cística Pediátrica;
- ambulatório de Fibrose Cística Adulto.

Profissional Solicitante:

▪Médico;

3.84 Protocolo sugerido para Consulta em Proctologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- alteração de hábito intestinal/constipação;
- cisto pilonidal;
- condiloma acumidado;
- diverticulose colonica;
- dor anal e/ou sangramento;
- hemorroidas grau 3 e 4 sintomáticas;
- incontinência anal;
- lesões e tumores em região anal;
- neoplasia colorretal
- pólipos.

É obrigatória a descrição do exame orificial no encaminhamento, incluído o toque retal. Solicitações incompletas serão devolvidas.

Para manejo na APS

▪abordagem inicial de prevenção terapêutica da grande maioria das patologias orificiais.

▪ identificação e intervenção bem como orientações de fatores causais das patologias orificiais.

▪ fazer a identificação das diversas patologias orificiais bem como o rastreio de neoplasias tanto orificias como trato intestinal baixo.

▪ abordar, inicialmente, casos de fissuras anais, hemorroidas grau I e II devem ser abordadas inicialmente na atenção primária.

Encaminhar os casos com indicação cirúrgica, ou falha terapêutica ou ainda não passiveis de tratamento na atenção primária.

Nota: sangramento intestinal baixo com repercussão hemodinâmica, hemorroidas III ou IV trombosadas com sintomatologia dolorosa intensa, sinais de obstrução intestinal, diarreia com desidratação encaminhar ao serviço de urgência/emergência.

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Informações Complementares

Abaixo, seguem as informações complementares relativas ao tratamento dos casos referidos como motivo do encaminhamento. Os casos não mencionados abaixo, não requerem complementação.

Dor Anal e/ou Sangramento Anal

Encaminhar com queixa de dor anal e/ou sangramento anal (associadas ou não), descrevendo a inspeção da região anal e toque.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- parasitológico de fezes seriado;
- retossigmoidoscopia ou colonoscopia (conforme o caso);
- enema opaco (se houver).

Hemorróidas

Encaminhar somente hemorroidas grau II e III, ou com histórico de trombose de repetição ou sangramentos intermitentes, descrevendo a inspeção da região anal e toque

Hemorroidas grau I e II é de abordagem da APS. Justifica-se encaminhar somente persistência de sintomas dolorosos (trombose) e ou sangramentos.

Não há necessidade de exames complementares.

Alteração do Hábito Intestinal/Constipação

O encaminhamento só deve ocorrer após abordagem de mudança do hábito alimentar e/ou comportamental que tenha relação como causa da alteração do habito intestinal.

Descrever a dieta atual, características das fezes, alteração do hábito intestinal se recente ou não, associação ou presença de tumoração, sangramento anal, perda de peso, anemia, doenças associadas e **a inspeção da região anal e o toque.**

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- parasitológico de fezes seriado;

286

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

- retossigmoidoscopia ou colonoscopia (conforme o caso);
- enema opaco (se houver).

Lesões e/ou Tumorações em Região Anal

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos efetuados e medicamentos em uso, descrevendo a inspeção da região anal com as características da lesão e/ou tumoração e o toque.

Não há necessidade de exames complementares.

Cisto Pilonidal

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Serão considerados como exame físico: inspeção e palpação local, pesquisa de orifícios fistulosos. Casos agudos: nódulo doloroso na região sacrococcígea, abscesso local, febre, dificuldade para sentar-se. Casos Crônicos: Drenagem purulenta espontânea, trajeto fistuloso com OE, secreção fétida.

Incontinência Anal

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Serão considerados como exame físico: alteração das consistência das fezes, diminuição da capacidade e/ou complacência retal, sensibilidade retal diminuída, lesão anatômica muscular, denervação do assoalho pélvico, toque retal.

Diverticulose Colônica

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Condiloma Acuminado

Encaminhar pacientes com lesões sugestivas e não resolutivas a tratamentos anteriores pela rede básica.

Serão considerados como exame físico: verrugas com superfície irregular, frequentemente múltiplas, da cor da pele, avermelhadas ou escuras, as grandes tem a forma de “couve-flor”

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- anatomopatológico positivo para HPV.

Pólipos

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Serão considerados como exame físico: geralmente não causam sintomas e só são descobertos quando é realizada a colonoscopia.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- marcadores tumorais;
- pesquisa de sangue oculto nas fezes,
- transito intestinal.

Neoplasias Colorretal

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Serão considerados como exame físico: sangramento retal, constipação, diarréia, dor abdominal, anemia, sangue oculto nas fezes, perda de peso.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- radiografia simples,
- ultrassonografia,
- tomografia,

- CEA,
- alfafetoproteína, CA19,9.

Profissional solicitante:

- Médico.

3.85 Protocolo sugerido para Consulta em Psiquiatria

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) motivos do encaminhamento:

- abuso de substâncias;
- ansiedade;
- auto agressão ou tentativa de auto extermínio
- casos refratários de depressão;
- deficiências da persistência e da atenção APENAS se forem excessivas para a idade e a inteligência da criança ou do adolescente e afetarem seu funcionamento ou aprendizagem normal. os problemas comportamentais característico devem ter início antes dos 6 anos de idade, com duração com mais de seis meses e não se limitar apenas a um ambiente.
- distúrbios alimentares.
- esquizofrenia;
- estresse pós-traumático;
- pânico;
- transtorno obsessivo crônico (toc);

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, obrigatoriamente e de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Todas as solicitações incompletas serão devolvidas.

Para manejo na APS

A maioria dos casos psiquiátricos como depressão, ansiedade, Transtorno Obsessivo Crônico (TOC), pânico, estresse pós-traumático e abuso de substâncias devem ser manejados inicialmente na APS;

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação ou complementação da terapêutica, ou algumas patologias que não são possíveis de ser seguidas na APS.

O médico da APS só deverá referenciar o paciente após essa investigação e tratamentos iniciais visando à melhora ou estabilização do paciente.

Não vão ser aceitas solicitações de consultas em psiquiatria sem um manejo inicial do paciente (o que pode trazer prejuízo ao paciente e piora clínica), o que deverá estar descrito na solicitação.

Importante em casos de pré-adolescentes, adolescentes e mesmo adultos investigar o uso ou não de álcool e drogas, investigar também causas não psiquiátricas que possam interferir na saúde mental**.**

Após abordagem da psiquiatria, com definição de diagnóstico e terapêutica o paciente deverá ser seguido na APS.

Nota: pacientes com transtorno mental descompensado (surtos psicóticos, com ideal suicida e outros) e que oferece risco a si próprio e a terceiros devem ser encaminhados para serviços de urgência e emergência psiquiátrica, não sendo regulados pelo SISREG Ambulatorial.

Com relação à saúde mental do pré-adolescente e do adolescente deve-se estar preparado para entender e atuar como orientador, e observar a realidade familiar que o paciente esta vivenciando, não sendo necessária, na grande maioria dos casos, a prescrição de medicamentos, bem como encaminhamentos à psiquiatria. Em Unidades com apoio da equipe multiprofissional do NASF-AB, os pacientes devem ser manejados

Profissional Solicitante:

- Médico.

3.86 Protocolo sugerido para Consulta em Reumatologia (Infantil e Adulto)

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

Infantil 0 a 17 anos.

c) Motivos do encaminhamento:

- artrites agudas;
- artrites crônicas;
- artrose;
- dor em membros inferiores e superiores;

- esclerodermia;
- espondilite anquilosante.
- fibromialgia - dor generalizada;
- lombalgias e lombociatalgias;
- lúpus eritematoso sistêmico (LES).

Artrites Agudas

Sintomas clínicos com até 06 semanas de duração.
Principais patologias: Febre reumática; Artrites reativas; Vasculites.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:
- acido úrico;
- ASLO;
- CPK;
- creatinina;
- fator antinuclear (FAN);
- fator reumatoide;
- hemograma completo;
- mucoproteinas;
- PCR,
- raio-x da(s) articulação(ões) acometida(s);
- urina I;
- VHS.

Febre Reumática

Encaminhar com história de amigdalite há 02 ou 03 semanas e com sintomas que preencham os critérios de Jones (sinais maiores: cardite, artrite, coréia, nódulos subcutâneos, eritema marginado e os sinais menores: febre, artralgia, alteração de provas inflamatórias e alteração no eletrocardiograma).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:
- ASLO;
- cocardiograma (sopros, se for o caso).

- ECG (se for o caso);
- fator reumatoide;
- hemograma;
- mucoproteinas;
- PCR;
- VHS.

Artrites Crônicas

Sintomas clínicos com mais de 06 semanas de duração. Encaminhar queixas de dores articulares com mais de seis semanas de duração.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- Anti CCP;
- FAN;
- fator reumatoide;
- hemograma completo;
- mucoproteinas;
- PCR;
- raio-x da articulação com maior tempo de evolução;
- VHS.

Artrose

Informar história de artralgia mecânica com mais de seis semanas de evolução, com presença de edema e/ou deformidades.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- fator reumatóide;
- hemograma;
- mucoproteinas;
- PCR;
- raio-x das articulações afetadas em AP e perfil (encaminhar a radiografia da articulação contralatéral, mesmo sem sintomatologia);

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

- VHS.

Fibromialgia - Dor Generalizada

Não existe exame complementar para diagnóstico de fibromialgia, este é essencialmente clínico, por isso deve-se excluir outras patologias (LER, tendinites, bursites, artrites) antes de firmar o diagnóstico de fibromialgia.

Lombalgias e Lombociatalgias

Encaminhar os casos de recidiva ou insucesso no tratamento efetuado e que não possuem alterações ao exame físico ou mesmo de imagem que indica uma abordagem da ortopedia e até mesmo neurocirurgia.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de coluna lombo sacra AP/perfil;
- tomografia de coluna (se for o caso).

Esclerodermia

Encaminhar com sinais e sintomas de: espessamento localizado ou linear da pele, fenômeno de Raynaud, úlceras espontâneas da pele.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- biópsia da pele (se houver);
- FAN (fator anti-nuclear).

Dor em Membros

Causas mais comum: dor do crescimento, hipermobilidade articular, fibromialgia juvenil, distrofia simpático reflexa, fase inicial de leucoses, tumores ósseos benignos ou malignos (principalmente se houver dor localizada e fixa).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- hemograma;
- mucoproteínas;
- PCR;
- raio-x da região acometida (se for o caso);
- VHS.

Lupus Eritematoso Sistêmico (LES)

Critérios de Diagnóstico:

- acometimento neurológico: convulsão ou psicose sem outras causas aparentes.
- acometimento renal;
- aftas orais ou nasais;
- alteração hematológica;
- artrite – compromete articulações periféricas;
- erupção discoide – placas eritematosas com escamação aderente;
- erupção malar – eritema da região malar e dorso do nariz;
- fator anti-nuclear: positivo.
- foto sensibilidade – erupção cutânea a exposição solar;
- Presença de anticorpos: anti-dsDNA positivo e/ou anti-SM positivo e/ou anti-cardiolipinas positivas.
- serosite – pleurite e pericardite.

Nota: para o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES) são necessários 03 ou 04 dos critérios acima.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- anti-cardiolipinas IGM e IGG;
- anti-dsDNA;
- anti-SM;
- FAN;
- hemograma completo;
- urina tipo I.

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Existindo um diagnóstico clínico reumatológico de certeza, em crianças não é necessário aguardar o resultado dos exames para encaminhar ao centro de referência em reumatologia pediátrica; pois o atraso no diagnóstico e instituição do tratamento correto pode ser fator de pior prognóstico para crianças.

Espondilite Anquilosante

Encaminhar os casos de recidiva ou insucesso no tratamento efetuado, com presença de lombalgia inflamatória por, no mínimo, 3 meses (melhora com movimento e não alivia com repouso); limitação de mobilidade; sacroiliíte em exames de imagem.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de coluna lombo sacra AP/perfil;
- tomografia de coluna (se for o caso).

Encaminhamentos incompletos não serão aceitos

Para manejo na APS

A maioria dos sintomas em reumatologia é inespecífica, tais como, cefaleia, fraqueza, cansaço, mialgia, artralgia, lesões na pele, nefropatia, oftalmopatia, cardiopatia, dentre outros; tornando-se o diagnóstico muitas vezes baseado em um conjunto de sinais e sintomas, bem como exames laboratoriais e dosagem de auto anticorpos. Devido a isso o médico que atua na atenção primária deve ser criterioso ao encaminhar os pacientes ao especialista, sempre lembrando que a maioria dos sintomas são gerais e não corresponde necessariamente a uma doença reumatológica de base e que, portanto, podem e devem ser investigados e manejados na APS.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como pacientes com dúvidas no diagnóstico, artropatia inflamatória, suspeita de esclerodermia, lúpus, síndrome de Sjogren, artrite reumatoide, dificuldade no manejo terapêutico ou efeitos adversos exuberantes dos fármacos utilizados, outros.

Sempre investigar o caso o máximo possível, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares, se necessário, o ideal

295

é que o paciente seja referenciado após essa investigação e condutas terapêuticas iniciais também.

Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento ao especialista.

Nota: artrite séptica confirmada ou suspeita, artrite aguda pós-trauma, LES agudo e complicado (febre, nefropatia, neuropatia), lombociatalgia compressiva agudos sem resposta a analgésicos e aine, cardite reumática aguda descompensada (miocardite, derrame pericárdico, sopro cardíaco + sintomas de ic descompensada), crises álgicas intensas e refratárias aos analgésicos/aine, suspeita da síndrome do anticorpo antifosfolipídeo (SAF) com complicações - TVP, embolia pulmonar, aborto, isquemia mesentérica, LES + neutropenia com febre devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência.

Profissional solicitante:

- Médico.
- Cirurgião Dentista estomatologista;

3.87 Protocolo sugerido para Consulta em Terapia Ocupacional

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- Alterações e deficiências cognitivas que gerem impacto na funcionalidade e autonomia do sujeito nas suas habilidades de desempenho ocupacional (motoras, processuais e de interação social);
- Alterações musculoesqueléticas, osteomioarticulares e sensoriais que gerem prejuízo no desempenho ocupacional, tais como tendinite e tenossinovite;
- Alterações nas áreas de ocupação (AVD'S, AIVD'S), descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social;
- Alterações neuro sensório motoras que gerem prejuízo no desenvolvimento ocupacional, tais como acidente vascular cerebral,
- Alterações/atraso nos desenvolvimento neuropsicomotor sem lesão neurológica que gerem prejuízo nas áreas de ocupação;

- Avaliação, prescrição, confecção e treinamento de tecnologia assistiva (órteses, próteses, adaptação e outros meios auxiliares de locomoção);
- Doenças osteomioarticulares relacionadas ao trabalho;
- Lesões de membros superiores (dedos, mão, punho, cotovelos e ombros);
- Situações de agudização nos diversos quadros psiquiátricos;
- Transtornos mentais graves e severos com perdas funcionais, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas;
- Traumatismo crânio-encefálico, lesão medular, paralisia cerebral, doença neurodegenerativa.

Informações obrigatórias nas solicitações:

Descrever a história da doença, medicações e/ou outras intervenções realizadas e o quadro clínico atual do paciente.

Para manejo na APS

Quando houver cobertura de NASF-AB, o caso primeiro deverá ser avaliado por um profissional de nível superior da equipe de referência da atenção primária e de acordo com os ”critérios e prioridades para encaminhamento e atendimento NASF-AB” o mesmo encaminhará ao profissional terapeuta ocupacional para atendimento ou encaminhamento à especialidade.

Nas áreas SEM COBERTURA de NASF-AB, utilizar protocolo de encaminhamento para a especialidade descrevendo as informações obrigatórias.

Para os serviços de atenção multiprofissional

Quando o paciente apresentar deficiência física com necessidade de atendimento multiprofissional, favor encaminhar no procedimento “Grupo - Atendimento / Acompanhamento em Reabilitação nas Multiplas Deficiências” (ver protocolo).

Para atendimento no SAD

Quando houver cobertura de SAD, encaminhar o usuário que tenha necessidade de abreviar ou evitar a hospitalização e apresente: afecções agudas ou

crônicas agudizadas com necessidade de cuidados intensificados (tratamento parenteral, ventilação não invasiva, ventilação invasiva, curativos complexos, antibioticoterapia com restrição ao leito); afecções crônico degenerativas com restrição ao leito que demande necessidade de atendimento multiprofissional até estabilização; cuidados paliativos.

Nota: Criança de 0 a 4 anos – antes da avaliação psicológica deve ser encaminhada para terapia ocupacional, para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor e verificar se é somente caso para a psicologia.

Profissional Solicitante:

- Médico.

3.88 Protocolo sugerido para Consulta em Urologia Adulto e Infantil

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- alterações no PSA nos homens entre 45-75 anos de idade;
- disfunção miccional;
- disfunção sexual;
- doenças genitais complexas ou que exigem tratamento cirúrgico;
- doenças prostáticas;
- esterilidade conjugal;
- hematúria não glomerular;
- infecção urinária de repetição;
- infecções sexualmente transmissíveis;
- preventivo para câncer de próstata ente 45-75 anos de idade;
- procedimentos cirúrgicos urológicos;
- tumores renais, adrenais, ureterais, vesicais, prostáticos, genitais e de retroperitôneo;
- urolítiase;
- vasectomia (planejamento familiar cirúrgico masculino).
-

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, medicamentos em uso e e comorbidades associadas se houver

Toda a propedêutica e terapêutica devem estar descritos no encaminhamento. Solicitações incompletas serão devolvidas.

Para manejo na APS

A maioria dos casos urológicos como disfunção sexual e infecções genitais podem e devem ser manejados na APS.

Somente encaminhar os casos em que o especialista será indispensável para investigação e tratamento de situações que não seja possível ser realizada na APS. Procurar investigação máxima na APS sendo o mais resolutivo possível antes do encaminhamento.

Nota: pielonefrites agudas complicada, obstrução urinaria aguda, priapismo, cólica renal aguda complicada ou sem melhora clínica, traumas urogenitais complexos, hematúria macroscópica, escroto agudo e abcessos Urogenitais, devem ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência.

Informações Complementares

Abaixo, seguem as informações complementares relativas ao tratamento dos casos referidos como motivo do encaminhamento. Os casos não mencionados abaixo, não requerem complementação.

Alterações no exame de urina (urinálise)

Encaminhar somente os casos já avaliados e investigados na atenção primária e que necessitam de abordagem especializada complementar.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- creatinina;
- exame de imagem do aparelho urinário;
- uréia;

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

- urina I;
- Urocultura.

Infecção urinária de repetição

Pacientes diabéticos devem estar com níveis de glicemia sob controle ou o mais próximo do alvo terapêutico.

Só serão aceitos encaminhamentos de pacientes com descrição de antecedentes de 03 ou mais episódios de infecção do trato urinário nos últimos 12 meses ou mais de 2 ITUs nos últimos 6 meses e refratária ao tratamento (inclusive após tratamento de germe especifico seguindo urocultura), com suspeita de causas urológicas e descartadas outras causas clínicas e principalmente comportamentais.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- exame de imagem do aparelho urinário;
- urina I;
- urocultura com antibiograma.

Urolitíase

Cálculos menores ou iguais a 8mm, sem sintomas e sem complicações (hidronefrose, por exemplo), não necessitam de avaliação urológica e não devem ser encaminhados. Somente os cálculos sintomáticos ou acima de 8,0mm devem ser encaminhados.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- exame de imagem do aparelho urinário com descrição do laudo;
- urina I;
- urocultura com antibiograma.

Doenças prostáticas (prostatite / hiperplasia prostática benigna / tumor de próstata)

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Casos de sintomas do trato urinário inferior (STUI) só serão aceitos em situação de falha do tratamento inicial ou complicações (infecção urinária de repetição, cálculo vesical, IRA pós renal, hidronefrose bilateral, hematúria).

A descrição do toque retal e valor do PSA são obrigatórios. PSA alterado, sem queixa clínica, com exame toque retal normal em homens de 45-75 anos de idade.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- PSA total e livre;
- ultrassonografia abdominal de próstata com resíduo pós miccional;
- ultrassonografia de rins e vias urinárias;
- urina I;
- urocultura.

Tumores Renal e Vesical

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- exame de imagem do aparelho urinário com descrição do laudo;
- urina I;
- urocultura com antibiograma.

Infecções Sexualmente Transmissíveis

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, após insucesso no tratamento inicial e/ou com indicação de procedimento urológico.

Disfunção Sexual

Encaminhar, após abordagem inicial obrigatória na Atenção Primária, com relato sucinto de quadro clínico, evolução, tratamentos efetuados e medicação em uso.

Serão aceitos, apenas, os casos de falha terapêutica específica inicial, obedecendo as contraindicações e após avaliação de profissional da saúde mental, quando necessário.

301

Informar comorbidades associadas, tais como: hipertensão arterial; diabetes; doenças crônicas, degenerativas e psicossomáticas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares para suspeita de hipogonadismo (queda da libido):

- FSH;
- LH;
- prolactina;
- testosterona total e livre.

Esterilidade Conjugal (Primária e/ou Secundária)

Encaminhar para a atenção especializada casos após descartar o fator feminino e com os exames complementares do esposo**,** além da anamnese com exame físico.

A investigação de esterilidade conjugal só deve ser iniciada após 1 ano de tentativa de gravidez sem sucesso, sem uso de métodos contraceptivos, com relações sexuais saudáveis e habituais.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- Espermograma completo com laudo e tempo de abstinência de 3-5 dias;
- Ultrassonografia de bolsa testicular com doppler e descrição do laudo.

Hidrocele

Encaminhar casos cirúrgicos.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- coagulograma;
- hemograma;
- ultrassonografia de bolsa testicular;
- urina tipo I;
- urocultura.

Varicocele

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ ultrassonografia de bolsa testicular com alteração do tamanho testicular ou espermograma alterado.

Tumor Testicular

Massa testicular.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- coagulograma;
- hemograma;
- ultrassonografia de bolsa testicular;
- urina tipo I;
- urocultura.
- Alfa Fetoproteína;
- DHL;
- dosagem de BHCG;

Postectomia

Presença de doença com anel fimótico ou balanospostite de repetição devido ao excesso de prepúcio.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- coagulograma;
- hemograma;
- urina tipo I;
- urocultura.

Hipospadia e Epispadia

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico e antecedentes de infecções urinárias.

Encaminhar com a idade entre 06 a 18 meses.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrassonografia de abdômen total;
- ultrassonografia de bolsa escrotal;
- ultrassonografia do aparelho urinário;
- urina tipo I;
- urocultura.

Criptorquidia (Orquidopexia)

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, tratamento hormonal (se realizado) e medicamentos em uso.

Encaminhar com a idade entre 12 a 24 meses.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ultrassonografia de abdômen total;
- ultrassonografia de região inguinal;
- ultrassonografia do aparelho urinário;
- urina tipo I;
- urocultura.

Profissional Solicitante:

- Médico.

3.89 Protocolo sugerido para Consulta em Urologia Andrologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 15 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- anorgasmia;
- disfunção erétil;

304

- dispareuni;
- distúrbios androgênico do envelhecimento masculino (DAEM);
- ejaculação precoce.

Distúrbio do envelhecimento masculino (DAEM) – "Andropausa"

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico (redução da libido, piora da qualidade da ereção, alterações cognitivas, tais como: mudança de humor, menor atividade intelectual, dificuldade de concentração, problemas de memória e desorientação), tempo de evolução, exames, tratamentos realizados e medicamentos em uso

Informar uso de medicamentos contínuos, presença de tabagismo, alcoolismo e inatividade física, cirurgias ou tratamentos prévios.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- FSH;
- LH;
- prolactina;
- PSA total e livre (45-75 anos);
- testosterona total e livre.

Disfunção erétil

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

- hipertensão arterial;
- diabetes;
- psicossomática.

Para exames complementares: deverá ser avaliado caso a caso. Ex: pacientes jovens sem comorbidades podem ser tratados sem exames.

Distúrbios da ejaculação

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter,

de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados, medicamentos em uso e presença de comorbidades associadas, principalmente de fundo emocional.

Não há necessidade de exames complementares.

Normalmente, podem ser tratados sem exames. Avaliar caso a caso.

Nota: Indicar a necessidade de avaliação com profissional de saúde mental (psiquiatra / psicólogo).

Postectomia

Encaminhar com relato sucinto do quadro clínico, queixa e outras informações pertinentes.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- creatinina (se houver);
- glicemia de jejum (se houver);
- hemograma e coagulograma;
- urina tipo 1 e urocultura.

Profissional solicitante:

- Médico.

3.90 Protocolo sugerido para Consulta em Urologia - Avaliação Litotripsia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Indicações**:**

- cálculos renais caliciais sintomáticos ou maiores que 5mm;
- cálculos renais piélicos (são sintomáticos);
- cálculos renais coraliformes (com restrições);
- cálculos ureterais não impactados.

Contraindicações:

- gestantes;
- hipertensos descompensados;
- infecção do trato urinário clínicamente ativa, com quadro febril;
- paciente com arritmia cardíaca e marcapassos cardíacos;
- paciente em uso de anticoagulante;
- presença simultânea de um fator obstrutivo da unidade renal a ser tratada.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x de abdômen total com laudo;
- urocultura e antibiograma;
- USG de abdômen total ou USG rins e vias urinárias.

Profissional solicitante:

- Médico;

3.91 Protocolo sugerido para Consulta em Urologia Cirúrgica

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- hipospadia
- doenças escrotais benignas sintomáticas
- fimose
- hidronefrose
- hiperplasia prostática benigna (HPB) complicado
- neoplasia de próstata
- urolitíase
- cistos complexos renais
- tumores malignos urogenitais

Hipospadia

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 322

Encaminhar com relato sucinto crianças com hipospádia e/ou testículo não palpável (unilatéral ou bilatéral) ou outras características sugestivas de anomalia da diferenciação sexual, após avaliação na maternidade ou emergência sinais e sintomas (incluir posição do meato uretral, suspeita de estenose uretral, suspeita de anomalia da diferenciação sexual ou outras anormalidades como criptorquidia e hérnia inguinal).

Doenças escrotais benignas

▪ Hidrocele que persiste em crianças com mais de 12 meses de idade; ou dúvida diagnóstica de hidrocele e associação com hérnia ou outra alteração escrotal;

▪ Varicocele associada a alguma das seguintes características: testículo ipsilatéral diminuído (diferença de 20% entre os testículos); condição testicular adicional que afete a fertilidade (testículo retido, ausente ou atrófico); alteração do espermograma (em adolescentes).

▪ Testículo ectópico, palpável ou não palpável em qualquer idade;

▪ Dúvida diagnóstica entre testículo retrátil e criptorquidia.

Encaminhar com relato sucinto dos sinais e sintomas (dor ou sensação de peso escrotal, descrever se o volume escrotal é variável ou estável, palpação de testículo em bolsa testicular e após tração manual, alterações no volume testicular, palpação de varicocele, presença de hérnia inguinal, atrofia de bolsa testicular, anomalia de diferenciação sexual.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ imagem do aparelho urinário, bolsa testicular e região inguinal

Fimose

Indicações de encaminhamento:

▪ fimose persistente após tratamento conservador em crianças com mais de 5 anos, quando há desejo de intervenção cirúrgica;

▪ fimose fisiológica ou patológica persistente após tratamento conservador, em qualquer idade, e que apresente uma das seguintes complicações:

- infecções urinárias de repetição;
- balanopostite recorrente;
- sangramento pelo orifício prepucial;
- retenção urinária crônica (formação de balão que necessita ser reduzido manualmente).

Ereção dolorosa

Balanite xerótica obliterante (dermatite atrófica crônica caracterizada por tecido cicatricial esbranquiçado).

Encaminhar paciente com relato sucinto do quadro clínico, descrevendo tratamentos realizados e tempo de evolução.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- coagulograma.
- hemograma;
- urina I;
- urocultura.

Hidronefrose

Encaminhar com relato sucinto dos sinais e sintomas (presença de massa abdominal ou bexiga palpáveis ao exame físico, anomalias na coluna vertebral ou membros inferiores, infecções urinarias, hematúria, déficit de crescimento); história gineco-obstétrica.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- ecografias obstétricas, com data;
- ecografias pós-natais de vias urinárias, com data;
- urina tipo 1;
- urocultura.

Hiperplasia Prostática Benigna (HBP)

▪ Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou retenção urinária);

▪ HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência);

▪ HPB e infecção urinária recorrente (ver protocolo Infecção Urinária Recorrente);

▪ Hematúria de causa prostática;

▪ Cálculos vesicais;

▪ Sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) refratário ao tratamento clínico otimizado com uso de medicamento alfa-bloqueador por pelo menos 30 dias em doses usuais (doxazosina 4 mg/dia) e, nos casos de próstata maior que 40 g ou PSA total maior que 1,4 ng/ml, uso concomitante de inibidor da 5-alfa redutase (finasterida 5 mg/dia) por pelo menos 6 meses.

Encaminhar com relato sucinto dos sinais e/ou sintomas (tempo de início, histórico de retenção urinária, descrição de toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo); tratamento em uso ou já realizado para sintomas urinários (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ creatinina sérica;

▪ ecografia abdominal, vias urinárias e próstata;

▪ PSA Total, com data;

▪ ureia;

▪ urina tipo 1;

▪ urocultura.

Neoplasia de Próstata

▪ Neoplasia em biópsia prostática;

▪ Suspeita clínica (toque retal suspeito com nódulo, endurecimento);

▪ Pacientes com sintomas de trato urinário inferior e PSA total elevado para sua idade (ver quadro 1 no anexo para limites de normalidade do PSA total por faixa etária). Nesses casos excluir infecção urinária ou prostatite.

▪ Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total maior ou igual a 10 ng/ml;

▪ Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total menor do que 10 ng/ml persistentemente elevado para sua idade (repetir PSA total após 1 mês).

Encaminhar com relato sucinto dos sinais e sintomas (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo).

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ PSA total, com data (se PSA total < 10 ng/mL em paciente assintomático ou com sintomas de infecção urinária/prostatite, descreva dois exames com intervalo mínimo de um mês);

▪ resultado de biópsia ou imunohistoquimica;

▪ resultado de biópsia prostática, se realizada;

▪ urina tipo 1, com data;

▪ urocultura, com data.

Disfunção Sexual Masculina

▪ Disfunção erétil refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por 3 meses (ver tratamento no quadro 2 do anexo);

▪ Disfunção erétil e contraindicação (hipersensibilidade ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5;

▪ Doença de peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual.

Encaminhar com relato sucinto dos sinais e sintomas, tratamento em uso ou já realizado para disfunção erétil (medicamentos utilizados), outros medicamentos em uso com posologia, se paciente com Doença de Peyronie, apresenta

incapacidade de manter relação sexual (sim ou não), se suspeita de hipogonadismo, descreva, com data, o resultado do perfil hormonal.

Exame complementares: avaliar caso a caso, pedir perfil hormonal se queixas de déficit de libido.

Litíase Renal

- Cálculo ureteral maior que 8,0 mm;
- Cálculo ureteral menor que 8,0 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico;
- Cálculo vesical maior que 1,0 cm;
- Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção trato urinário); ou
- Cálculo renal assintomático maior que 8,0 mm.

Encaminhar com relato sucinto dos sinais e sintomas, tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal, investigação de causas tratáveis de litíase renal. Se sim, descrever achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- creatinina sérica;
- exame de imagem do aparelho urinário;
- urina tipo 1;
- Urocultura.

Cistos/Doença Policística Renal

- Cistos com alterações sugestivas de malignidade (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações ou resultado de tomografia com classificação de Bosniak maior ou igual a 2F).
- Cistos simples grandes sintomáticos (dor lombar, hipertensão de difícil controle, obstrução de via urinária).

Encaminhar paciente com relato sucinto dos sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outro achado relevante), presença de história familiar para doença policística renal, e graus de parentesco com o paciente.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ creatinina sérica, com data.

▪ exame de imagem, com data, descrevendo o tamanho dos cistos, número e localização

urina tipo 1 (se hematúria, 2 exames com 8 semanas de diferença entre eles);

▪ urocultura.

Doença Renal Crônica

▪ Hematúria persistente (confirmada em dois exames de EAS, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de dismorfismo eritocitário negativo), independente da taxa de filtração glomerular.

▪ Alterações que provoquem lesão ou perda da função renal por causa urológica.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, exames e tratamentos realizados e medicamentos em uso.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria;

▪ resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data.

▪ resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de diferença entre eles);

▪ urina tipo 1 (quando houver hematúria, descreva 2 exames, com 8 semanas de diferença entre eles, e pesquisa hemácias dismórficas[1]), com data;

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 328

Infecção Urinária Recorrente

▪ Alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano).

Encaminhar relato sucinto do quadro clínico, número de infecções urinárias nos últimos 12 meses. Descrever se foi realizado profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita (medicamento, dose e posologia); em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino. Avaliação ginecológica prévia.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ ecografia das vias urinárias, com data;

▪ resultado de exame de creatinina sérica, com data.

Profissional solicitante:

▪Médico;

3.92 Protocolo sugerido para Consulta em Urologia - Disfunção Miccional

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ enurese associada a sintomas diurnos de trato urinário inferior (polaciúria, urgência com ou sem incontinência, jato fraco, infecções urinárias recorrentes) ou disfunção vesical;

▪ incontinência urinária diurna associada a outros sintomas de trato urinário inferior (polaciúria, urgência com ou sem incontinência, jato fraco, infecções urinárias recorrentes);

▪ incontinência urinária diurna associada a suspeita ou diagnóstico de disrrafismos espinhais (como meningomielocele, lipomeningocele, agenesia sacral e lesões ocultas);

▪ incontinência urinária e enurese.

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 329

Encaminhar com relato sucinto de quadro clínico com sinais e sintomas (descreva se incontinência urinária é diurna ou exclusivamente noturna, se existem outros sintomas associados como polaciúria, noctúria, urgência, incontinência fecal ou constipação e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor), suspeita de enurese secundária (história de ter atingido continência urinária noturna por algum um período previamente). Se enurese monossintomática, descreva tratamento conservador realizado.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- glicemia e creatinina, com data;
- urina tipo 1;
- urocultura.

Profissional solicitante:

- Médico.

3.93 Protocolo sugerido para Consulta em Urologia - Ginecologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 18 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- anormalidades da estática pélvica;
- incontinência urinária.

Anormalidades da Estática Pélvica

Pacientes com prolapso genital sintomático, independentemente do grau, que desejam tratamento cirúrgico ou paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (fisioterapia de reabilitação do assoalho pélvico e biofeedback, intervenções no estilo de vida, como perda de peso, se necessário, e diminuição da ingestão de cafeína ou álcool).

Encaminhar com relato sucinto dos sinais e sintomas (descrever exame especular e toque vaginal) e tratamentos em uso ou já realizados.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- imagem do trato urinário;
- urina tipo 1;
- urocultura.

Incontinência Urinária

Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado - fisioterapia de reabilitação do assoalho pélvico e biofeedback, mudança no estilo de vida, como perda de peso, se necessário, e diminuição da ingesta de cafeína ou álcool.

Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.

Encaminhar com relato sucinto dos sinais e sintomas, descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso), tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia), outros medicamentos em uso.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- resultado do estudo urodinâmico com data;
- urina tipo 1;
- urocultura com data.

Profissional solicitante:

- Médico.

3.94 - Protocolo sugerido para Consulta em Urologia IST

a) Sexo: Masculino

b) Idade: 13 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- Úlceras genitais/anais (Sífilis, Cancro Mole, Herpes, Donovanose, Linfogranuloma);
- Corrimento (Candidiase, Gonorreia, Clamídia, Tricomoníase);
- Verrugas genitais/anais (Condiloma).

316

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 331

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Observações: Conforme PCDT 2020 do Ministério da Saúde, as IST's deverão ser tratadas na Atenção Primária. Favor encaminhar ao especialista exclusivamente quando houver falha no tratamento inicial.

Descrição obrigatória:

Encaminhar com relato sucinto contendo a história clínica, tratamento prévio realizado, descrever medicamentos, duração, descrição da lesão, incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quanto condiloma anorretal).

Exames complementares:

- Testes Rápidos de IST's, com data.

Profissional solicitante:

- Médico
- Enfermeiro

3.95 Protocolo sugerido para Planejamento Familiar – Feminino

a) Sexo: feminino

b) Idade: 25 à 49 anos;

Com dois filhos vivos ou situações de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto (é preciso relatório com justificativa assinado pelo médico assistente).

O encaminhamento deve conter número de filhos; se possui parceiro fixo, data do consentimento assinado por paciente e parceiro fixo (quando houver) e comorbidades de risco à futuras gestações ou à saúde da mulher (sim ou não, se sim, quais?).

O acesso dar-se-á, inicialmente, através da palestra de orientação que será realizada pelo prestador.

Profissional Solicitante:

- Médico clínico geral;
- Enfermeiro.

317

3.96 Protocolo sugerido para Consulta em Urologia (Planejamento Familiar Cirúrgico Masculino - Vasectomia)

a) Sexo: masculino

b) Idade: 18 à 130 anos

O planejamento familiar cirúrgico masculino (cirurgia de vasectomia), por fazer parte do programa de planejamento familiar cirúrgico do casal (REMUS), não será regulado pela Central de Regulação de consultas.

As informações contidas neste protocolo sobre a vasectomia são orientações ao médico da APS.

Na UBS/USF/CF é informado o local do programa do planejamento familiar da REMUS.

Informações exigidas na lei federal nº 9263 de 12 de janeiro de 1996, sobre planejamento familiar, com observação rigorosa para os artigos: 1º, 2º, 3º, 9º, 10º, 11º e 12º.

Art. 1º - o planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta lei.

Art. 2º - para fins desta lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único – é proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º - o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Art. 9º - para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único – a prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10 – somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fertilidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.

II – risco de vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º - é condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º - é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º - não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente

Profissional Solicitante:

- Médico.

4 PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Quadro 5 - Indicação de exames para síndromes neurológicas

Síndrome neurológica	Exame indicado
Enxaquecas: com localização, início tardio maior de 40 anos, do esforço/coito, refratária ao tratamento, noturnas.	Tomografia computadorizada
Cefaleias crônicas, mas com mudança na característica da dor.	Tomografia computadorizada
Epilepsia tardia (maiores de 18 anos)	Tomografia computadorizada
Nevralgia do trigêmeo	Ressonância magnética
As tomografias devem ser objeto de pedido específico em relação ao uso de contraste. Deve-se especificar sem contraste ou com contraste.	

Quadro 6 - Indicação de exames para síndrome craniana

Síndrome craniana	Exame indicado
Sela túrcica, TU de órbita, fossas anterior, média e posterior.	Ressonância magnética

Não há justificativa inicial para solicitar exames de imagem para:

- cefaleias crônicas com mais de 25 anos de história;
- cefaleias tensionais;
- enxaquecas típicas sem localização.

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Quadro 7 - Indicação de exames para síndromes raquidianas

Síndrome raquiana	Exame indicado
Coluna cervical – síndromes radiculares medulares. Coluna dorsal – síndromes radiculares medulares.	Ressonância magnética
Coluna lombar – síndromes radiculares	Ressonância magnética ou tomografia computadorizada
Lesões vasculares	*Exame indicado*
Intracranianas	Angiografia digital
Extracraniana	Ecodoppler (constatada alteração, proceder com angiografia digital)

Quadro 8 - Indicação de exames para doenças do SNC (crânio)

Crânio/doenças do SNC	1ª opção	2ª opção	3ª opção
Traumatismo crânio-encefálico	TAC	RM	AC OU ACD
AVC isquêmico	RNM E ARM	TAC E ATC	ACD
AVC hemorrágico – hemorragia I.C	RNM OU TAC	RM OU ATC	AC OU ACD
AVC hemorrágico – hemorragia subaracnóide	RNM E ARM	TAC OU ATC	AC OU ACD
Processo inflamatório do SNC	RM	TAC	AC OU ACD
Tumores do SNC	RNM	TAC	AC OU ACD
Doenças congênitas do SNC	RNM	TAC	----------
Má-formação vascular do SNC	RNM OU ARM	TAC OU ATC	AC OU ACD

321

Doenças metabólicas do SNC	RNM	TAC	----------
Doenças degenerativas do SNC	RNM	TAC	----------
Acidente vascular isquêmico medular	RNM E ARM	AC OU ACD	----------
Acidente vascular hemorrágico de medula espinhal	RNM E ARM	ACD	----------
Tumores de medula espinhal e envoltórios meníngeos	RNM	MTAC	----------
Processos inflamatórios em medula espinhal e envoltórios meníngeos	RNM	MTAC	----------
Trauma de medula espinhal	RNM	MTAC	----------

Quadro 9 - Indicação de exames para doenças da região cervical

Doenças da região cervical	1ª opção	2ª opção	3ª opção
Traumatismo de coluna cervical sem déficit neurológico	RX	TAC	RNM
Trauma de coluna cervical com déficit neurológico	RX E RNM	TAC	----------
Trauma de partes moles da região cervical	RX E RNM	TAC	----------
Trauma vascular cervical	RNM, ARM E ACD	TAC E ATC	----------
Doenças inflamatórias da região cervical	RNM OU TAC	----------	----------

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Doenças congênitas de pescoço	RNM OU TAC	----------	----------
Tumores de região cervical	RNM OU TAC	----------	----------

Quadro 10 - Indicação de exames para doenças vascular carotídea e vértebro-basilar

Doença vascular carotídea e vértebro-basilar	1ª opção	2ª opção	3ª opção
Atéromas nas carótidas cervicais	USD	ARM OU ATC	AC OU ACD
Doença arterial vertebro-basilar	ARM, ATC	AC OU ACD	----------

Quadro 11 - Indicação de exames para doenças do pulmão

Doenças do pulmão	1ª opção	2ª opção	3ª opção
Processos inflamatórios	RX	TAC	----------
Tumores de pulmão	RX	TAC	RNM
Doenças congênitas	RX	TAC E ATC	RNM
Má-formação vascular pulmonar	TAC E ATC	RNM E ARM	AC OU ACD
Tromboembolismo pulmonar	TAC E ATC	RNM E ARM	AC OU ACD

Quadro 12 - Indicação de exames para doenças do mediastino

Doenças do mediatismo	1ª opção	2ª opção	3ª opção
Doenças congênitas	RX	TAC	RNM

Doenças inflamatórias	RX	TAC	RNM
Tumores mediastinais	RX	TAC	RNM
Doenças vasculares do mediastino	TAC E ATC OU RNM E ARM	AC OU ACD	----------
Doenças do sistema cardiovascular	**1ª opção**	**2ª opção**	**3ª opção**
Doenças cardiovasculares congênitas	RX E ECC	RNM, ARM	----------
Doenças cardiovasculares coronárias adquiridas	CAC	----------	----------
Doenças cardiovasculares adquiridas em grandes vasos	AC OU ACD	RNM, ARM, OU TAC E ATC	RX
Doenças cardíacas adquiridas	AC, ECC	RX, RNM E ARM	RX, RNM E ARM

Quadro 13 - Indicação de exames para doenças da mastóide

Doenças da mastóide	1ª opção	2ª opção	3ª opção
Doenças congênitas da mastóide	TAC	RNM	RX
Doenças inflamatórias da mastóide	TAC	RX	----------
Tumores da mastóide	TAC	RX	----------
Traumatismo da mastóide	TAC	RX	----------

Quadro 14 - Indicação de exames para doenças da face

Doenças da face	1ª opção	2ª opção	3ª opção

Traumatismo de face	RX	TAC	----------
Processos inflamatórios da face (sinusite)	RX	TAC	RNM
Tumores da face	RX	TAC OU RNM	----------
Doenças congênitas da face	RX	TAC	RNM
Implantes e correções dentárias	RNM	TAC	RX
Doenças da calota craniana e ossos da face	RX	TAC	RNM
Doenças da órbita	RNM	TAC	----------

Quadro 15 - Indicação de exames para doenças da coluna vertebral

Coluna vertebral				
Coluna cervical-dorsal-lombar	**1ª opção**	**2ª opção**	**3ª opção**	**4ª opção**
Hérnia de disco	RX	RNM	TAC	MTAC
Processos inflamatórios da coluna	RX	RNM	TAC	MTAC
Trauma da coluna sem déficit neurológico	RX	TAC	RNM	MTAC
Trauma de coluna com déficit neurológico	RX	RNM	TAC	MTAC
Aparelho locomotor				
Doenças músculo esqueléticas	**1ª opção**	**2ª opção**	**3ª opção**	**4ª opção**
Trauma músculo esquelético	RX	US	RNM	TAC
Processo inflamatório músculo esquelético	RX	US	RNM	TAC
Tumores músculo esquelético	RX	US	TM	TAC

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 340

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Doenças vasculares oclusivas periféricas	ARM	AC OU ACD	----------	----------

Quadro 16 - Indicação de exames para doenças do abdômen

Abdômen	1ª opção	2ª opção	3ª opção	4ª opção
Processo inflamatório do esôfago-estômago-duodeno	Endoscopia Digestiva Alta (EDA)	SGD	----------	----------
Tumores do esôfago-estômago-duodeno	Endoscopia Digestiva alta (EDA)	SGD	----------	----------
Hemorragia digestiva alta	AC E EDA	Arteriografia seletiva	Cintilografia	----------
Processo inflamatório intestinal	Colonoscopia	Enema opaco (EO)	Incluir RNM ou TAC nas complicações	----------
Tumores do intestino delgado	TIA	TAC OU RNM	----------	----------
Tumores do intestino grosso	Colonoscopia	Enema opaco	TAC E RNM	----------
Obstruções mecânicas intestinais	RX	EO e colonoscopia	----------	----------
Isquemia mesentérica	RX - US	colonoscopia	RNM E ARM	----------
Processos inflamatórios da árvore biliar e vesícula	US	TAC, RNM E CRM	CPRE	
Tumores da árvore biliar e vesícula	US	TAC, RNM E CRM	CPRE	CTPH
Litíase biliar	US	TAC, RNM E	CPRE	CTPH

326

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

		CRM		
Tumores de fígado	US	TAC E RNM	AC OU ACD	----------
Processo inflamatório fígado	US	RNM OU TAC	----------	----------
Tumores de pâncreas	US	RNM OU TAC	----------	----------
Processo inflamatório do pâncreas	----------	TAC	----------	----------

Quadro 17 - Indicação de exames para doenças do aparelho urinário

Doenças do aparelho urinário	1ª opção	2ª opção	3ª opção	4ª opção
Litíase renal e uretral	RX	US	Endoscopia urológica (EU)	PG
Processo inflamatório renal	US	EU	TAC OU RM	PG
Tumores de urotélio	EU	US	PG	----------
Hematúria má-formação vascular	US	EU	AC OU ACD	----------
Bexiga-tumores	US	EU	RNM OU TAC	----------
Tumores de rim	US	RNM	----------	----------

Quadro 18 - Indicação de exames para doenças da pelve

Doenças da pelve	1ª opção	2ª opção	3ª opção	4ª opção
Tumores ap. Genital	US	RNM	----------	----------
Processo inflamatório do aparelho genital	US	RNM	EU	----------

Quadro 19 - Indicação de exames para doenças vasculares abdominais

Doenças vasculares abdominais	1ª opção	2ª opção	3ª opção	4ª opção
Aneurismas de aorta abdominal	US	RNM ou TAC	ARM ou ATC	AC ou ACD
Doença arterial oclusiva aorta e ramos	AC ou ACD	ARM	ATC	----------

LEGENDA

1 TAC – tomografia computadorizada
2 ATC – angiotomografia ou tomoangiografia
3 MTAC – mielotomografia ou tomomielografia
4 ECC – ecocardiograma
5 RNM – ressonância magnética
6 ARM – angioressonância magnética
7 CRM – colangiorressonância magnética
8 AC – angiografia convencional
9 ACD – angiografia convencional dinâmica
10 RX – raio-x
11 USD – ultassom Doppler
12 USG – ultrassonografia
13 CAC – cineangiocoronariografia
14 SGD – seriografia esôfago-estômago-duodeno
15 EDA – endoscopia digestiva
16 EO – enema opaco
17 CPRE – colangiopancreatografia retrograda endoscópica
18 CTPH – colangiopancreatografia transparieto-hepática

4.1Protocolo sugerido para Angiorressonância Cerebral

A angioressonância cerebral é considerada o melhor exame para diagnóstico do cérebro, **porém não é indicada** para:

- clipes de aneurismas;

- corpo estranho metálicos;
- implantes e aparelhos oculares (exceto lentes intraoculares para catarata;
- implantes metálicos.
- implantes otológicos cocleares metálicos;
- marcapasso ou desfibrilador implantado;
- sangramentos;
- suspeita e/ou rotura de órgão sólido.

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:
- aneurisma;
- avaliação cerebral de vasos sanguíneos (sem contraste);
- avaliação de vasos (usa contraste apenas para grandes vasos – aorta torácica e abdominal);
- estenose;
- indicado para exame de órgãos “parados”
- oclusão
- substituição da angiografia convencional.

Pré-requisitos:
- exame físico;
- história clínica;
- raios-x simples de abdômen;
- tomografia computadorizada de abdômen total, se necessário;
- ultrassonografia de abdômen total, se necessário.

Profissional Solicitante:
- Médico anestesista especialista em clínica da dor;
- Médico angiologista;
- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico endocrinologista;

▪Médico gastroenterologista com área de atuação em hepatologia;
▪Médico hepatologista;
▪Médico nefrologista;
▪Médico oncologista.

4.2 Protocolo sugerido para Arteriografia

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:
▪ dilatações aneurismáticas;
▪ estenose de vasos;
▪ transplante renal.

Pré-requisitos:
▪ exame físico;
▪ história clínica;
▪ radiografia do segmento;
▪ ultrassonografia com doppler colorido arterial (se houver).

Profissional Solicitante:
▪Médico cardiologista;
▪Médico cirurgião cardiovascular;
▪Médico cirurgião vascular;
▪Médico hematologista;
▪Médico nefrologista;
▪Médico neurocirurgião;
▪Médico neurologista.

4.3 Protocolo sugerido para Audiometria

a) Sexo: ambos
b) Idade: 04 à 130 anos
▪ audiometria de reforço visual;

- audiometria tonal liminar;
- audiometria vocal (Logoaudiometria).

c) Motivos do encaminhamento:

- alterações da leitura e escrita;
- atraso da fala.
- disacusia - Perda da qualidade auditiva, independente da intensidade sonora;
- dislalia - Dificuldade de articular palavras (troca letras);
- distúrbios articulatórios (alteração da fala);
- gagueira - Desordem da fala com repetição de sons e sílabas com paradas involuntárias;
- hipoacusia - Perda auditiva sem perda da qualidade, o aumento da intensidade sonora melhora a audição;
- otite média (secretora, aguda, recorrente);
- tonturas;
- zumbidos.

Deverão ser encaminhados para Audiometria observando-se os seguintes pontos abaixo:

a) NÃO encaminhar com cerúmen no conduto auditivo externo, devendo ser efetuada sua remoção, quando encaminhado por médico;

b) Usuários que já usam Aparelho de Amplificação Sonora Individual, recebido por uma instituição que oferta o serviço pelo SUS em Campo Grande deve ser agendado na própria instituição a qual está vinculado.

Profissional Solciitante:

- Fonoaudiólogo;
- Médico APS;
- Médico neurologista.
- Médico otorrinolaringologista;
- Médico pediatra;
- Psicólogo.

4.4 Protocolo sugerido para Biópsia de Próstata

a) Sexo: masculino

b) Idade: maior que 40 anos, precauções para maiores de 75 anos

c) Motivos de encaminhamento:

- estadiamento Gleason de CA de Próstata;
- níveis elevados de PSA (>4);
- nódulos detectados ao toque retal;
- relação PSA livre/total menor que 0,12% (quando PSA total acima de 4)
- USG transretal com nódulos hipoecoicos Suspeitos (USG ABD não é indicatico).

Profissional Solicitante:

- Médico Oncologista;
- Médico Urologista.

4.5 Protocolo sugerido para Cateterismo Cardíaco (Coronariografia, Cinecoronariografia, Cineangiocoronariografia).

É exame de padrão ouro para avaliar circulação arterial cardíaca.

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- angina estável;
- angina instável;
- avaliação da dor precordial atípica;
- dor torácica com indicadores de risco (teste ergométrico ou cintilografia miocárdica com isquemia cardíaca);
- estudo das cardiopatias congênitas;
- infarto agudo do miocárdio recente ou tardio (acompanhamento);
- investigação de insuficiência cardíaca;
- pacientes assintomáticos;* (com história prévia de DAC);
- pacientes selecionados que foram submetidos previamente a angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio;
- pacientes selecionados sob avaliação de risco para cirurgia não cardíaca;
- presença de arritmias cardíacas não esclarecidas;

- situações especiais:
- suspeita de espasmo coronariano;
- suspeita ou presença de doença arterial coronariana;
- valvopatias adquiridas.

Serão considerados como pré-requisito para solicitação do procedimento a história clínica e os exame clínico.

Encaminhar exames de ECG, T.E., ECO de stress, laudos de CAT ou angioplastia (prévios) e laudos de CAT ou angioplastia (prévios) e laudo de cirurgia de revascularização do miocárdio (prévio).

Profissional Solicitante:

- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião cardíaca.

4.5Protocolo sugerido para Campimetria

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos.

c) Motivos de encaminhamento:

- Controle do Glaucoma;
- Doenças da Mácula.

Contraindicação:

Não há.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica.

Profisisonal Solicitante:

- Médico Oftalmologista.

4.6Protocolo sugerido para Cintilografia das Articulações e/ou Extremidades e/ou Osso

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- necrose da cabeça fêmur;
- processos expansivos gerais;
- pioartroses.

Contraindicação:

- fraturas (para diagnóstico).
- lesões ligamentares, condrais ou dos meniscos (vistas na RMN);

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- RMN articulação (inconclusiva);
- USG articulação.

Profissional Solicitante:

- Médico infectologista.
- Médico oncologista;
- Médico ortopedista.

4.7 Protocolo sugerido para Cintilografia com Gálio 67

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- cirurgia de Revascularização.
- febre de origem obscura;
- hipertensão Secundária;
- infecções;

- metástases;
- miocardite;
- pesquisa de trânsito colônico;
- Tumores.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- exames laboratoriais (se houver);
- história clínica;
- raio-x simples;
- TC ou RMN (conforme o caso).

Profissional Solicitante:

- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião cardíaca;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico hematologista;
- Médico infectologista;
- Médico nefrologista;
- Médico oncologista;
- Médico ortopedista.

4.8 Protocolo sugerido para Cintilografia do Corpo Inteiro

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- avaliar integridade de próteses articulares;
- doença de Paget;
- dores ósseas (diagnóstico);
- fratura de fadiga (por estresse);
- hiperparatireoidismo;
- metástases (diagnóstico e acompanhamento), câncer avançado de mama e próstata;

- necroses ósseas;
- osteomielite (diagnóstico e acompanhamento);
- tumores (diagnóstico e estadiamento).

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- TC (se houver).

Nota: contraindicada para diagnóstico de fraturas simples e processos alérgicos a substâncias e farmacologias utilizadas no procedimento (Gálio e Tecnésio).

Profissional Solicitante:

- Médico ortopedista;
- Médico oncologista;
- Médico reumatologista;
- Médico neurologista;
- Médico endocrinologista;
- Médico infectologista;
- Médico cirurgião de cabeça e pescoço.

4.9 Protocolo sugerido para Cintilografia de Fígado, Baço e Vias Biliares

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- detectar escapes biliares por trauma ou cirurgia;
- diagnóstico diferencial para a atresia de vias biliares (em RN com icterícia neonatal);
- disfunção dos esfíncteres;
- hemangiomas hepáticos;
- traumas e cirurgias hepáticas com suspeita de perda de integridade das vias biliares.

Contraindicação:

- cálculos renais e biliares;
- colecistite infecciosa.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- tomografia computadorizada de abdômen superior. (se houver, conforme o caso);
- USG do abdome superior.

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião pediátrico;
- Médico gastroenterologista;
- Médico neonatologista;
- Médico pediatra.

4.10Protocolo sugerido para Cintilografia das Glândulas Lacrimais (Dacriocintilografia)

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- obstrução das vias lacrimais excretoras (diagnóstico).

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raio-x de seios da face.

Profissional Solicitante:

- Médico oftalmologista.

4.11 Protocolo sugerido para Cintilografia das Glândulas Salivares Com ou Sem Estímulo

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- avaliação funcional da glândula;
- processos inflamatórios da glândula;
- síndrome de Sjögren;
- tumorações nodulares (diferenciação entre benigno e maligno).

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- ultrassonografia cervical com laudo.

Profissional Solicitante:

- Dentista cirurgião bucomaxilo;
- Médico cirurgião cabeça e pescoço;
- Médico oncologista;
- Médico otorrinolaringologista;
- Médico reumatologista.

4.12 Protocolo sugerido para Cintilografia Linfática (Linfocintilografia)

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- doppler negativo para patologia venosa;
- linfedema de outras causas;
- linfedema pós-cirúrgico oncológico;
- pesquisa de linfonodo sentinela.

Pré-requisitos:

- doppler venoso (se for caso);
- exame anatomopatológico positivo para câncer;
- exame físico;
- história clínica.

Profissional Solicitante:

- Médico angiologista;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico mastologista;
- Médico oncologista.

4.13 Protocolo sugerido para Cintilografia de Mama Bilateral

a) Sexo: ambos
b) Idade: 20 a 60 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- diferenciação entre lesões cicatriciais e recidivas tumorais em cirurgias de mamas; detectar linfonodo sentinela em câncer de mama;
- nódulos inconclusivos na ultrassonografia mamária ou mamografia.

Contraindicação:

- menopausadas (prevenção de câncer de mama);
- lesões menores que 1,0 cm.

Cuidados:

- amamentação - descontinuar por 24hs após a administração do rádio-fármaco.
- gravidez - ponderar os benefícios em detrimento da exposição à radiação.

Pré- requisitos:

- exame físico;
- história clínica;

- Mamografia;
- ultrassonografia mamária.

Profissional Solicitante:

- Médico ginecologista;
- Médico mastologista;
- Médico oncologista.

4.14 Protocolo sugerido para Cintilografia da Medula (Mielocintilografia)

a**) Sexo:** ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- infecções.
- metástases;
- tumores.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- TC (tomografia computadorizada) e/ou RNM (ressonância nuclear magnética), conforme o caso.

Profissional Solicitante:

- Médico infectologista;
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista;
- Médico oncologista.

4.15 Protocolo sugerido para Cintilografia para Pesquisa de Diverticulite de Meckel

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- suspeitas de sangramento de divertículo.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raio-x contrastado (não conclusivo ou não indicado);
- USG de abdome (não conclusivo).

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral;
- Médico proctologista;
- Médico gastroenterologista.

4.16 Protocolo sugerido para Cintilografia do Refluxo Vesicoureteral

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- alterações anatômicas do trato gênito urinário em crianças;
- diagnóstico e acompanhamento dos casos de refluxo vesicoureteral.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- uretrocistografia (se houver).

Profissional Solicitante:

- Médico ginecologista;
- Médico pediatra;
- Médico urologista;

Nota: cintilografia do refluxo vesicoureteral substitui o exame de uretrocistografia, com mais sensibilidade e menor exposição à radiação. Só pode ser realizado em crianças com bom controle esfincteriano.

4.17 Protocolo sugerido para Cintilografia Renal

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- avaliar cicatrizes remanescentes de infecções renais;
- avaliar diagnóstico diferencial entre tumor e hipertrofia da coluna de Bertin;
- avaliar envolvimento renal de tumores;
- avaliar parênquima renal;
- avaliar refluxo vesico-uretral (cistocintolografia);
- hipertensão renovascular;
- paciente transplantado (acompanhamento);
- quantificar córtex renal funcionante (segmento de pielonefrite por refluxo);
- verificar função do rim direito ou esquerdo (fluxo, déficit glomerular, obstrução de vias excretoras, função tubular).

Contraindicações:

- alterações morfológicas;
- cálculo renal, vesical ou uretral;
- tumores (diagnóstico e estadiamento).

Pré-requisitos:

- exame físico;
- exames laboratoriais;
- história clínica;
- ultrassonografia de rins e vias urinárias;
- urofluxometria (se houver).

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Profissional Solicitante:

- Médico cardiologista;
- Médico nefrologista;
- Médico oncologista;
- Médico pediatra;
- Médico urologista.

4.18 Protocolo sugerido para Cintilografia do Sistema Cardiovascular

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- alterações de contratilidade miocárdica;
- avaliação funcional e prognóstica na insuficiência cardíaca;
- avaliar função biventricular global;
- coronariopatias (seguimento);
- diferenciar isquemia miocárdica de necrose miocárdica;
- isquemia (localização e extensão);
- miocardite;
- pacientes sob quimioterapia cardiotóxica (seguimento);
- pós IAM - (infarto do miocárdio);
- procedimento de revascularização (acompanhamento);
- quantificar fluxos anômalos.

Pré-requisitos:

- angiografia simples (se indicado);
- cateterismo (se indicado);
- doppler de vaso periférico;
- ecocardiograma com laudo;
- eletrocardiograma com laudo;
- história clínica;
- teste de esforço com laudo.

Profissional Solicitante:

343

- Médico angiologista;
- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião cardíaco;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico hemodinamicista;
- Médico oncologista.

4.19 Protocolo sugerido para Cintilografia do Sistema Digestivo

a) Sexo: ambos
b) Idade: 12 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:
- análise do trânsito esofágico e gástrico para esvaziamento e refluxo;
- avaliar área do sangramento digestivo;
- gastroparesia (diabéticos);
- sangramento digestivo não detectável.

Pré-requisitos:
- colonoscopia (se houver).
- endoscopia digestiva alta (se houver);
- exame físico;
- história clínica;

Profissional Solicitante:
- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião pediátrico;
- Médico gastroenterologista;
- Médico oncologista:
- Médico pediatra;
- Médico proctologista.

4.20 Protocolo sugerido para Cintilografia do Sistema Endócrino

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- carcinoma diferenciado tireoidiano (tratamento de metástases);
- distúrbios funcionais das tireoides e paratireoides;
- tireoide ectópica (identificação);
- tireoidites e tireotoxicoses (diagnóstico);
- tratamento hormonal (acompanhamento);
- tumores e nódulos (diagnóstico).

Pré-requisitos:

- exame físico;
- exames laboratoriais (TSH e T4);
- história clínica;
- ultrassonografia de tireoide e/ou paratireoides.

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião de cabeça e pescoço.
- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião Pediátrico;
- Médico endocrinologista;
- Médico nefrologista;
- Médico oncologista;

4.21 Protocolo sugerido para Cintilografia do Sistema Hematológico

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- avaliar sequestro de hemácias;
- AVC hemorrágico;
- determinar tempo de sobrevida das hemácias;
- hemorragias de origem obscura;
- visualizar e quantificar hemorragia em qualquer órgão ou seguimento com determinação da volemia.

Contraindicações:

- AVC isquêmico;
- hemorragia esôfago-gástrico.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- exames laboratoriais (se houver);
- história clínica;
- RNM (se indicado);
- TC crânio.

Profissional Solicitante:

- Médico hematologista;
- Médico oncologista;
- Médico neurologista;
- Médico neurocirurgião;
- Médico angiologista;
- Médico pediatra / neonatologista;
- Médico hemodinamicista;
- Médico nefrologista.

4.22 Protocolo sugerido para Cintilografia do Sistema Neurológico

a) **Sexo:** ambos

b) **Idade:** 0 à 130 anos

c) **Motivos do encaminhamento:**

- acompanhamento de tumores cerebral (tratados);
- atrofia cerebral;
- avaliar extensão de acidente vascular cerebral;
- demências em geral;
- detectar isquemia;
- doenças degenerativas (parkinson, alzheimer);
- estudo do fluxo sanguíneo cerebral;
- fluxo liquórico;
- hidrocefalia;

- investigação de epilepsia;
- pós-carótidoangioplastia (controle).

Pré-requisitos:

- história clínica;
- exame físico;
- eletroencefalograma (com laudo);
- tomografia cerebral e/ou ressonância magnética (com laudos).

Profissional Solicitante:

- Médico geriatra;
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista;
- Médico oncologista.

4.23 Protocolo sugerido para Cintilografia do Sistema Respiratório

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- embolia pulmonar (diagnóstico e extensão).

Contraindicações:

- pneumopatias inflamatórias simples;
- tumores (diagnóstico).

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raio-x do tórax PA/perfil com laudo;
- TC do tórax (conforme o caso).

Profissional Solicitante:

- Médico cardiologista;

- Médico cirurgião torácico;
- Médico pneumologista.

4.24 Protocolo sugerido para Cintilografia Teste do Perclorato com Radioisótopo

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:
- pesquisar organificação do iodo. (o perclorato compete pela captação ativa nas células foliculares com o iodo não organificado).

Pré-requisitos:
- exame físico;
- exames hormonais tireoidianos;
- história clínica;
- ultrassonografia de tireoide.

Profissional Solicitante:
- Médico endocrinologista.

4.25 Protocolo sugerido para Imunocintilografia

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:
- metástases e envolvimento ganglionar de melanoma maligno, carcinoma de cólon e de ovário em localização extra-hepática ou após cirurgia ou radioterapia.
- neoplasias (identificação e mapeamento);
- processos inflamatórios.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- exames complementares referentes às patologias de câncer.
- história clínica;

Profissional Solicitante:

- Médico hematologista
- Médico imunologista;
- Médico oncologista.

Nota: O referido exame se utiliza de anticorpos monoclonais marcados com tecnécio 99 m ou índio 111.

4.26Protocolo sugerido para Clister Opaco

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- alteração do hábito intestinal (constipação/diarréia alternantes);
- constipação crônica refratária ao tratamento clínico;
- doença de crohn;
- doença diverticular;
- dolicocolon;
- fístulas enterovesicais;
- massas abdominais;
- neoplasias;
- obstrução intestinal subaguda.

Pré-requisitos:

- colonoscopia (se houver);
- exame físico;
- história clínica;
- raio-x simples de abdômen com laudo;
- retossigmoide ou outro exame (se houver).

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião pediátrico;
- Médico gastroenterologista;
- Médico irurgião geral;
- Médico oncologista.
- Médico proctologista.

4.27 Protocolo sugerido para Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE)

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:
- colocação de próteses (endoprótese biliar);
- dilatação de estenoses biliares;
- esclarecer imagens em vesícula e pâncreas; observadas em tomografia de abdômen;
- icterícia a esclarecer;
- pancreatite;
- papilotomia;
- remoção de cálculos encravados nos canais biliares;
- remoção de corpo estranho ou impacto alimentar nos canais biliares;
- suspeita de tumor de pâncreas.

Pré-requisitos:

- encaminhar com exames relacionados com a investigação diagnóstica (amilase, bilirrubinas, USG de vias biliares, colangiografia).

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral;
- Médico gastroenterologista;
- Médico oncologista.

4.28 Protocolo sugerido para Colonoscopia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- alteração ou alternância do ritmo intestinal;
- angiodisplasia;
- aumento do CEA;
- avaliação preventiva em pacientes de 40 anos ou mais (ou 10 anos antes do início da doença na família), com história família de neoplasia de ovários, mamas e útero;
- corpo estranho;
- diarréia crônica;
- doença diverticular do cólon;
- doenças inflamatórias intestinais (RCUI e S.Crohn);
- doliconcólon;
- dor abdominal persistente;
- dor retal.
- esquistossomose retal;
- hemorragia digestiva baixa;
- história familiar de neoplasia de cólon;
- massa abdominal intracavitária;
- paciente maiores de 50 anos com antecedentes pessoais, pólipo, retocolite e doença de chron;
- paciente sem queixas após 60 anos (exame a cada 10 anos até 80 anos).
- patologias congênitas anorretais;
- pólipos do cólon;
- pós-operatório de neoplasia de cólon
- retite actínica;
- sangue oculto nas fezes (+);
- tumor maligno e benigno de cólon.

Pré-requisitos:

- história clínica detalhada com antecedentes pessoais e familiares relacionados à patologia;
- exame físico específico do aparelho digestivo;
- ultrassonografia, retosigmoidoscopia ou exame radiológico anterior (abdômen total).

Contraindicações:

- cirurgia de alça intestinal recente;
- paciente debilitado;
- suspeita de perfuração de víscera oca.

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião pediátrico;
- Médico gastroenterologista;
- Médico geriatra;
- Médico oncologista;
- Médico proctologista.

4.29 Protocolo sugerido para Densitometria Óssea

a) Sexo: ambos

b) Idade: 60 à 130 anos

c) Motivo do encaminhamento:

- alcoolismo crônico;
- baixa ingestão de cálcio.
- calciúria de 24 horas;
- endocrinopatias com perda de massa óssea;
- fratura não traumática;
- fratura patológica, comorbidade, iatrogenia;
- hiperparatireoidismo;
- hipoestrogenismo;
- homens com idade acima de 70 anos sem fator de risco

- homens com idade maior que 50 anos com fratura de baixo impacto de fêmur quadril ou vértebra;
- insuficiência renal crônica;
- menopausa;
- mulher com idade acima de 65 anos sem fatores de risco;
- mulheres com idade acima de 50 anos com fatores de risco para fraturas
- osteoporose (seguimento);
- raios-x de coluna e/ou fêmur sugestivo de osteoporose;
- rins policísticos;
- síndrome de má absorção crônica ou desnutrição;
- tabagismo crônico;
- terapia de reposição hormonal (seguimento);
- uso crônico de corticoide.

Pré-requisitos:

- história clínica;
- exames laboratoriais (distúrbios hormonais);
- raios-x simples (fraturas, cifose, osteopenia).

Nota: pacientes com idade inferior a 55 anos com 01 ou mais fatores de risco:

- índice de massa corpórea abaixo de 20;
- menopausa antes dos 45 anos;
- uso crônico de anticonvulsivantes.

Os pré-requisitos não se aplicam aos pacientes a partir de 65 anos. Caso a primeira densitometria óssea referencial tenha tido resultado *normal*, o 2º exame deve ser realizado após 05 anos. Neste caso o histórico do paciente não será considerado como fator de risco.

Controle de tratamento – intervalo entre 02 exames é entre 01 e 02 anos, medicamento em uso, data e resultado do último exame de densitometria.

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Profissional Solicitante:

- Médico endocrinologista;
- Médico geriatra;
- Médico ginecologista;
- Médico mastologista;
- Médico médico APS;
- Médico nefrologista
- Médico oncologista
- Médico ortopedista;
- Médico reumatologia.

4.30 Protocolo sugerido para Doppler Artéria Aorta Abdominal

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- aneurismas (diagnóstico, acompanhamento evolutivo e pré operatório)
- angina abdominal;
- arterites;
- avaliar enxerto e endoprótese pós-cirurgia;
- dissecção aórtica;
- massa pulsátil.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raios-x simples (conforme o caso).

Profissional Solicitante:

- Médico angiologista;
- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião vascular;

- Médico nefrologista;
- Médico oncologista;
- Médico urologista.

4.31 Protocolo sugerido para Doppler Artérias dos Membros Inferiores

a) **Sexo:** ambos

b) **Idade:** 0 à 130 anos

c) **Motivos do encaminhamento:**

- aneurisma das artérias poplíteas;
- Arterites;
- ausência de pulso arterial do membro inferior;
- avaliação de enxerto pós-cirurgia;
- claudicação intermitente do membro inferior;
- diminuição do pulso arterial do membro inferior;
- embolia;
- massas pulsáteis;
- parestesia de membros inferiores;
- pé diabético;
- Trombose.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raios-x simples (conforme o caso);
- USG (se houver).

Profissional Solicitante:

- Médico angiologista;
- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico endocrinologista;
- Médico hematologista;
- Médico hemodinamicista;

- Médico nefrologista;
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista;
- Médico oncologista.

4.32 Protocolo sugerido para Doppler Artérias dos Membros Superiores

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:
- arterite/endarterite em fístula arteriovenosa;
- embolia;
- hemangioma;
- parestesia;
- sinais de atérosclerose obliterante periférica;
- síndrome de compressão da subclávia;
- traumatismo com pressão ou lesão vascular;
- trombose arterial aguda.

Pré-requisitos:
- exame físico;
- história clínica;
- raios-x simples (conforme o caso);
- USG prévio se houver.

Profissional Solicitante:
- Médico angiologista;
- Médico cardiologista;
- Médico endocrinologista;
- Médico neurologista;
- Médico neurocirurgião;
- Médico nefrologista;
- Médico oncologista;
- Médico hematologista;

- Médico cirurgião vascular.

4.33 Protocolo sugerido para Doppler Artérias Renais

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- avaliação de recém-nascido com diagnóstico de hidronefrose antenatal;
- avaliação e acompanhamento de transplante renal;
- hipertensão renovascular;
- rejeição de enxerto transplantado;
- sopro abdominal (artéria renal);
- tumores renais e suprarrenais.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raios-x simples (conforme o caso).

Profissional Solicitante:

- Médico angiologista;
- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico hematologista;
- Médico nefrologista;
- Médico neurologista;
- Médico oncologista;
- Médico pediatra/ neonatologista;
- Médico urologista.

4.34 Protocolo sugerido para Doppler Carótidas e Vertebrais

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- amaurose unilatéral;
- avaliação para cirurgia de artérias carótidas e/ou vertebrais;
- avaliar roubo da subclávia (suspeita);
- isquemia cerebral transitória ou prolongada;
- massa pulsátil cervical;
- pré-operatório de revascularização do miocárdio, acima de 70 anos;
- síncope;
- síndrome vertiginosa;
- sopro carotídeo.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raios-x simples (conforme o caso).

Profissional Solicitante:

- Médico angiologista;
- Medico cardiologista;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico hematologista;
- Médico nefrologista;
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista;
- Médico oftalmologista;
- Médico oncologista;
- Médico reumatologista.

4.35Protocolo sugerido para Doppler de Veias Cervicais

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- síndrome de compressão da veia cava superior;
- sopro cervical contínuo (fístula arteriovenosa).

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raios-x simples (conforme o caso).

Profissional Solicitante:

- Médico angiologista;
- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião de cabeça e pescoço;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico hematologista;
- Médico nefrologista;
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista;
- Médico oncologista;
- Médico reumatologista.

4.36Protocolo sugerido para Doppler Veias dos Membros Inferiores

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- avaliação de anomalias vasculares ;
- avaliação de varizes recidivantes
- avaliação do sistema venoso superficial e profundo;
- edema dos membros inferiores;
- embolia pulmonar e paradoxal;
- esclarecimento diagnóstico de edema sem sinais de IVC;
- investigação de trombose venosa prévia e insuficiência valvular;
- trauma do vaso;;
- tromboflebite;
- trombose venosa profunda;
- úlcera venosa;

- varizes.

Pré-requisitos:

- história clínica;
- exame físico;
- raio-x simples (conforme o caso);
- USG prévio (se houver).

Profissional Solicitante:

- Médico angiologista;
- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião torácico;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico endocrinologista;
- Médico hematologista;
- Médico nefrologista;
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista;
- Médico oncologista;
- Médico pneumologista.

4.37 Protocolo sugerido para Doppler Veias dos Membros Superiores

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- edema;
- fístula e mal formação arteriovenosas;
- hemangioma;
- sequela de traumatismo com sinais ou sintomas de pressão ou lesão vascular.
- trombose venosa.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raio-x simples (conforme o caso);
- USG prévio (se houver).

Profissional Solicitante:

- Médico angiologista;
- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião vascular.
- Médico hematologista;
- Médico nefrologista;
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista;
- Médico oncologista;
- Médico pneumologista;

4.38 Protocolo sugerido para Ecocardiografia Transesofágica

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- avaliação de perviabilidade de forame oval;
- pesquisa de trombos intratriais;
- pré ou pós cardioversão;
- pesquisa de comunicação interatrial (CIA);
- pesquisa de vegetação por endocardite em válvula mitral;
- pesquisa de vegetação em prótese;
- suspeita de dissecção aórtica;
- pesquisa de causas emboligênicas;
- pré-operatório em geral.

Pré-requisitos:

- eletrocardiograma;
- exame clínico;

- história clínica;
- teste ergométrico, ecocardiograma (prévio).

Profissional Solicitante:

- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião cardiovascular;
- Médico neurologista.

4.39 Protocolo sugerido para Ecocardiografia Transtorácica

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- arritmia e síncope;
- avaliação da função ventricular esquerda e das cardiomiopatias;
- avaliação de dor torácica;
- avaliação no infarto agudo do miocárdio;
- cardiologia pediátrica, cardiologia fetal e cardiopatias congênitas no adulto;
- doença arterial coronária;
- doença da aorta torácica, artéria pulmonar, veias cavas e pulmonares;
- doenças cardioembólicas;
- doenças do pericárdio;
- hipertensão arterial sistêmica;
- hipertensão pulmonar, tromboembolismo pulmonar e doenças pulmonares;
- infarto agudo do miocárdio;
- insuficiência cardíaca em pacientes com achados clínicos de maior gravidade e aqueles que não melhoram com intervenções terapêuticas iniciais;
- massas intracardíacas e tumores cardíacos;
- pacientes em quimioterapia cardiotóxica (seguimento).
- valvopatias, sopros cardíacos e próteses valvares.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- exames complementares (ECG, T.E. e outros, se houverem);
- história clínica.

Profissional Solicitante:

- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião cardíaco;
- Médico nefrologista;
- Médico neurologista;
- Médico oncologista;
- Médico pneumologista.

Nota: o exame de ecocardiograma pode ser solicitado em situações específicas, tais como:

a) na sala de emergência; no politraumatizado;

b) check up ou rastreamento populacional de cardiopatia;

c) na gestação;

d) no coração de atleta;

e) ecocardiograma intracardíaco de cirurgia cardíaca e não cardiáca;

f) orientaçoes de procedimentos intervencionistas na sala de hemodinâmica;

h) nas doenças sistêmicas com envolvimento cardíaco.

4.40 Protocolo sugerido para Ecocardiograma Fetal

a) Sexo: feminino - gestante

b) Idade: gestante em qualquer idade

- deve-se observar o período gestacional a partir da 24ª semana gestacional até a 28ª semana gestacional.

c) Motivos do encaminhamento:

- avaliação detalhada da morfologia cardíaca fetal por ecocardiograma 3d/4d;
- avaliação do coração fetal no primeiro trimestre da gestação por ecocardiografia transvaginal ou transabdominal

- cariótipo fetal alterado;
- detecção ou exclusão de anormalidades cardíacas fetais estruturais ou funcionais como rotina da avaliação pré-natal, independentemente da presença de fatores de risco para cardiopatias;
- distúrbio no ritmo cardíaco fetal;
- doença materna metabólica (diabetes);
- exposição materna à agentes cardio-teratogênicos (drogas, álcool, infecções ou agentes radioativos);
- fertilização in vitro;
- gemelaridade;
- hidropisia fetal;
- hidropsia fetal não imune;
- história de cardiopatia fetal em gestação anterior;
- história de perdas fetais anteriores;
- história familiar de cardiopatia gongênita;
- idade materna avançada (>35 anos) sem investigação de cariótipo fetal, com translucência nucal alterada ou teste bioquímico de rastreamento alterado;
- infecções virais ou parasitárias maternas;
- lúpus eritematoso sistêmico ou outra colagenose materna;
- malformações extracardíacas;
- oligodrâmnio ou polidrâmnio;
- restrição do crescimento intrauterino;
- USG obstétrico que não foi possível visualizar totalmente o coração fetal;
- USG obstétrico sugestivo de alteração cardíaca;
- uso materno de indometacina, aspirina, anti-inflamatórios e outros agentes que interfiram no metabolismo da prostaglandina;
- uso materno de substâncias com potencial efeito deletério sobre o coração fetal (álcool, fumo e drogas com ação sobre o sistema nervoso central).

Pré-requisitos:

- exame bioquímico de rastreamento alterado;
- história materna gestacional;

- USG obstétrico com suspeita de cardiopatia fetal para anomalia fetal.

Profissional Solicitante:

- Médico cardiologista pediátrico;
- Médico ginecologista.

Nota: o rastreamento de "screening" das cardiopatias congênitas nas gestantes de baixo risco deve ser efetuado durante o exame de ultrassonografia obstétrica de rotina do pré-natal, preferencialmente até a 24ª semana gestacional, utilizando os cortes de quadro de câmaras associados aos de saída da aorta e saída da pulmonar.

Nota: todas as gestantes que se incluam nas indicações acima devem ser encaminhadas para avaliação do cardiologista pediátrico.

Nota: para a gestante de muito alto risco, pode ser realizada a ecocardiografia fetal transvaginal, entre a 12ª e 17ª semana de gestação (translucência nucal aumentada, cariótipo fetal alterado, filho anterior com cardiopatia, diabetes melittus gestacional).

4.42 Protocolo sugerido para Eletrocardiograma (ECG)

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- angina pectoris;
- arritmias;
- avaliação de paciente com insuficiência cardíaca, cor pulmonale, cardiopatia congênita, valvular ou miocardiopatia a cada 6 meses.
- avaliação prognóstica, evolutiva ou pré-operatória de coronariopatia, três meses após o último ECG;
- AVC recente;
- dispnéia;
- dor torácica;
- fadiga extrema ou inexplicada;

- hipertensão arterial pulmonar;
- hipertensão arterial sistêmica;
- miocardiopatias;
- paciente mais de 70 anos, a cada ano;
- pacientes de 1ª consulta;
- pós IAM;
- pré e pós-operatórios de angioplastia transluminal coronária e revascularização do miocárdio;
- pré-operatório;
- revisão de cardiopata com novas manifestações clínicas ou eletrocardiografias sugestivas de Insuficiência Cardíaca ou Coronária;
- sincope ou pré-síncope;
- uso de medicamentos que possam alterar o ritmo cardíaco.

Pré-requisitos:

- eletrocardiograma prévio (se houver);
- exame físico;
- história clínica.

Profissional Solicitante:

- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico endocrinologista;
- Médico médico APS;
- Médico nefrologista;
- Médico neurologista;
- Médico pediatra;
- Médico pneumologista;
- Médico psiquiatra.

4.43 Protocolo sugerido para Eletroencefalograma

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- ausência (todos os tipos);
- cefaleia (para pesquisa de fator determinante cerebral);
- convulsão maior, menor e focal (diagnóstico, acompanhamento e planejamento terapêutico);
- determinar morte cerebral em comatosos.
- encefalopatia metabólica;
- intoxicação por drogas;
- narcolepsia.

Pré-requisitos:

- história clínica detalhada;
- exame físico com ênfase nos dados neurológicos principalmente focais.

Profissional Solicitante:

- Médico médico APS;
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista;
- Médico neuropediatra;
- Médico pediatra.
- Médico psiquiatra.

4.44 Protocolo sugerido para Eletroneuromiografia

O procedimento eletrodiagnóstico consiste em uma avaliação clínica e eletrofisiológica, das funções dos músculos, junções neuromusculares, nervos periféricos motores, sensitivos e autônomos, raízes nervosas, medula, reflexos espinhais movimentos anormais, potenciais evocados dos membros até a medula e cérebro.

Este exame inclui como eletroneuromiografia a velocidade de condução e teste de estímulos.

Critérios do exame: avaliar membro comprometido e o sadio, inclusive reflexo H, onda F, 01 nervos sensitivo e 01 motores de cada membro *(duração média de 45 a 60 minutos)*.

a) Sexo: ambos
b) Idade: 5 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- compressão cérvico-torácica;
- compressão ulnar;
- diagnóstico diferencial entre mononeurites múltiplas e polineurites dolorosas;
- disfunção sexual masculina;
- distonias;
- doenças de junção neuromuscular (miastenia gravis);
- doenças do neurônio motor (poliomielite, atrofia muscular espinal, esclerose lateral amiotrófica);
- doenças do sistema nervoso central;
- doenças musculares (distrofias, síndromes miotônicas, miopatias congênitas, metabólicas ou adquiridas).
- dor em região cervical e braço;
- incontinência esfincteriana anal;
- lesões de gânglios das raízes dorsais (herpes zoster, ataxia de friedreich, neuropatia sensitiva hereditária);
- miopatias;
- mononeurite múltipla;
- neuromonopatias motoras e sensitivas;
- paralisia facial;
- plexopatias (lesão do plexo braquial e lesões plexias traumáticas);
- polineuropatias desmielinizantes (sindrome de guillain-barré);
- polirradiculoneurites agudas/crônicas;
- radiculopatia cervicais e lombo sacras;
- síndrome do desfiladeiro cérvico – torácico (compreensão da artéria/veia/nervo);
- síndrome do túnel carpiano (mononeurite simples).

368

Contraindicação:

- em uso de heparina ou derivados com ttpa 2x ou mais o valor normal;
- paciente com marcapasso e cateter intracardiaco (próteses valvares e stents não trazem qualquer limitação);
- pacientes com contagem de plaquetas inferior a 50.000;
- uso de anticoagulante oral com rni desconhecido ou acima de 2;
- crianças menores de 5 anos;
- pacientes com erisipela, flebite, abscessos cutâneos e outras infecções cutâneas.

Tipos de eletroneuromiografia:

- estimulação repetitiva.
- face;
- membros inferiores;
- membros superiores;
- tórax.

Profissional Solicitante:

- Médico dermatologista com atuação específica em hanseníase;
- Médico neurologista;
- Médico neuropediatra;
- Médico ortopedista.
- Médico reumatologista.

Nota: A estimulação repetitiva é indicada no caso de MIASTENIA GRAVIS, uma doença que acomete os nervos e músculos. O paciente que estiver em uso do medicamento Brometo de Piridostigmina (Mestinon®) e for realizar o exame de eletroneuromiografia de estimulação repetitiva deve interromper o uso deste 24h antes do dia do exame.

Os pacientes agendados para realização do referido exame devem tomar banho no dia do exame, não usar cremes e/ou emulsões de pele, protetor solar ou óleo no corpo.

As crianças agendadas para o procedimento deverão ser marcadas no

último horário do período, considerando um tempo maior para realização do mesmo mediante a pouca colaboração durante o exame.

4.45 Protocolo sugerido para Endoscopia Digetiva

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- acompanhamento de Esôfago de Barrett ou Metaplasia Intestinal Gástrica.
- câncer gástrico;
- cirrose hepática;
- confirmação de erradicação de H. pylori
- controle de tratamento de patologia gastro intestinal;
- disfagia;
- dispepsia não controlada
- doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) não controlado com tratamento otimizado (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena) por 2 meses;
- esofagite de refluxo;
- gastrite;
- hemorragia digestiva alta;
- hérnia de hiato;
- metástases;
- odinofagia;
- pessoa com idade maior ou igual a 50 anos com dispepsia recente, de causa inexplicada;
  - pessoa com dispepsia que necessita iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação;
- pré-operatório de gastroplastia.

- suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal superior;
  - investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida (homens com hemoglobina menor que 13 g/dl e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dl), sem outros sinais e sintomas que orientem investigação;
- úlcera duodenal com pesquisa de helicobacter pylori;
- úlcera gástrica com pesquisa de helicobacter pylori;
- varizes esofagianas;

Pré-requisitos:

- altura ;
- comorbidade ;
- eletrocardiograma;
- exame físico;
- história clínica;
- peso;
- pressão arterial.

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgia geral;
- Médico clínico geral;
- Médico gastroenterologista.

4.46 Protocolo sugerido para Endoscopia Respiratória

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- Abcessos pulmonares;
- Anormalidades na radiografia de tórax;
- Aspiração de corpo estranho;
- Atelectasia persistente;
- Derrame pleural indefinido;
- Estridores;

- Fítula broncopleural;
- Hemoptise;
- Impactação de muco;
- Inalação tóxica/queimadura/ inalação de gás superaquecido;
- Infecções Pulmonares de etiologia indefinida;
- Localização de fístula broncopleural;
- Massa paratraqueal/hilar/mediastinal/nasofágica;
- Nódulos e massas pulmonares;
- Pneumonoia graves/refratárias ao tratamento;
- Posicionamento traqueostomia/TOT;
- Rouquidão Inesplicada;
- Sibilos persistentes/localizados;
- Suspeita de aspiração de corpo estranho;
- Suspeita de Fístula traqueoesofágica;
- Suspeita de obstrução das vias aéreas;
- Suspeita de traqueomalácia/broncomálacia;
- Tosse persistente/inexplicável;
- Trauma toráxico/cervical.

Pré-requisitos:

- comorbidade ;
- exame físico;
- história clínica;
- radiografia de tórax em PA e Perfil e/ou Tomografia de Tórax.

Profissional Solicitante:

- Médico clínico geral;
- Médico pneumologista.

4.47 Protocolo sugerido para Espirometria

a) Sexo: ambos

b) Idade: 05 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- avaliação de paciente com doença pulmonar restritiva (intrínseca e extrínseca);
- avaliação de pacientes com asma;
- avaliação de pacientes com DPOC;
- avaliação de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva;
- avaliação de pacientes tabagistas crônicos;
- avaliação pré-operatória (escala de torrington henderson);
- avaliação pré-operatória de cirurgia abdominal alta e cirurgia de cabeça e pescoço com mais de 03 horas de duração;
- avaliação pulmonar de pacientes com doenças sistêmicas de envolvimento pulmonar (esclerose sistêmica progressiva, lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide);
- avaliar a capacidade laboral;
- avaliar trabalhadores expostos ao contato com aerodispersóides (fibrinogênico e não fibrinogênico);
- doenças neuromusculares (+avaliação da força dos músculos respiratórios);
- investigar tosse e dispneia.

Contraindicações:

- aneurisma (cerebral, torácico, abdominal);
- cirurgia oftalmológica recente;
- cirurgia torácica ou abdominal recentes;
- crise hipertensiva;
- hemoptise de causa desconhecida;
- incapacidade de permanecer sentado;
- infarto do miocárdio recente;
- infecções respiratórias ativas ou recentes (pneumonia, resfriado, gripe, dentre outras);
- instabilidade cardiocirculatória;
- náuseas e vômitos;
- pneumotórax;
- redução do nível de consciência;
- tromboembolismo pulmonar.

Profissional Solicitante:

- Médico alergologista/imunologista.
- Médico APS;
- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião cardiovascular;
- Médico cirurgião torácico;
- Médico médico do trabalho;
- Médico pediatra;
- Médico pneumologista;
- Médico reumatologista.

4.48 Estudo Eletrofisiológico

a) Sexo: ambos

b) Idade: 05 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

Encaminhar pacientes com arritmias passíveis de tratamento por ablação por radiofrequência, já diagnosticadas e confirmadas por ECG.

Motivos de encaminhamento:

- Flutter atrial;
- Síndrome de pré-excitação;
- Taquicardia supraventricular;
- Taquicardia ventricular.

Encaminhar relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, exames já realizados e medicamentos em uso;

Exames complementares:

- Encaminhar o eletrocardiograma (ECG) que comprova a arritmia registrada numa das crises ou o ECG ou Holter com pré-excitação comprovada.
- Exames de analises clínicas: creatinina, potássio, glicemia de jejum.

374

Caso tenha feito outros exames, como RX de tórax e ecocardiograma, orientar o paciente levar para a consulta.

Nota: Prioridade para a regulação: pacientes com síncope ou taquicardias com comprometimento hemodinâmico.

Profissional Solicitante:

- Médico Cardiologista;
- Médico Cirugião Cardíaco.

4.47 Protocolo sugerido para Estudo Urodinâmico Completo

Compreende um conjunto de exames complementares que visualizam o funcionamento da uretra, bexiga e do assoalho pélvico. Consiste em: fluxometria, cistometria, estudo fluxo-pressão e eletromiografia.

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Indicações Pediatria:

- bexiga neurogênica, não neurogênica;
- distúrbios miccionais;
- enurese;
- paralisia cerebral e/ou mielomeningocele;

d) Indicações Ginecologia:

- incontinência urinária feminina;
- obstrução urinária na mulher;
- ITU de repetição e avaliação de dor pélvica.

e) Indicações Urologia:

- avaliação de obstrução urinária;
- incontinência urinária masculina.

f) Indicações Neurologia:

- avaliação de bexiga neurogênica;
- trauma raquimedular.

g) Indicações Ortopedia:

- trauma raquimedular;
- avaliação de bexiga neurogênica;

h) Indicações Clínica Médica:

- avaliação de bexiga diabética.

Pré-requisitos:

- antibioticoterapia profilática por 03 dias. Iniciando no dia anterior ao exame marcado (sulfa ou quinolona);
- encaminhar com exame de urina ou urocultura negativos (recentes);
- exame físico;
- exames relacionados a patologia a ser investigada (se houver);
- história clínica de forma detalhada;
- tratamentos realizados (clínico e/ou cirúrgico) e medicamentos em uso.

Contraindicação:

- gravidez
- infecção do trato urinário;
- impossibilidade de progressão do catéter uretral;
- lesão medular aguda em menores de 3 meses de idade.

Profissional Solicitante:

- Médico APS;
- Médico ginecologista;
- Médico neurologista;
- Médico ortopedista;
- Médico pediatria;
- Médico urologista.

Nota: procedimento realizado com anestesia local sem restrição de idade. Não marcar o procedimento sem os exames de urina realizados (urina I ou urocultura – negativos). Pacientes com bexiga neurogênica, com bacteriúria assintomática em uso de antibióticos, poderão realizar o exame.

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

4.49Protocolo sugerido para Holter 24 horas

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- arritmias;
- avaliação de isquemia miocárdica;
- avaliação de terapêutica antiarrítmica;
- HAS (hipertensão arterial sistêmica);
- HVE (hipertrofia ventricular esquerda);
- IAM (pós IAM) – infarto agudo do miocárdio;
- ICC (insuficiência cardíaca congestiva);
- miocardiopatias;
- síncope ou perda transitória de consciência.
- valvulopatias.

Pré-requisitos:

- eletrocardiograma com laudo;
- exame físico;
- história clínica;
- teste ergométrico ou ecocardiograma (se houver).

Profissional Solicitante:

- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião cardíaco.

4.50Protocolo sugerido para Imitanciometria

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- auxiliar no diagnóstico diferencial das perdas auditivas e patológicas com síndrome vertiginosa e zumbidos;
- avaliar a função auditiva (independente da resposta do paciente);

377

- avaliar a função tubária sem perfuração auditiva;
- avaliar a função tubária;
- avaliar alteração do ouvido médio;
- pacientes expostos a 85 decibéis;
- pesquisar o recrutamento nas perdas neurosensoriais.

Nota: NÃO encaminhar com cerúmen no conduto auditivo externo, devendo ser efetuada sua remoção, quando encaminhado por médico;

Profissional Solicitante:

- Fonoaudiólogo;
- Médico neurologista.
- Médico otorrinolaringologista.

4.51Protocolo sugerido para Mamografia Bilateral

a) Sexo: ambos
b) Idade: 35 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:
- mamografia de rastreamento;
- mamografia diagnóstica.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- USG ou mamografia prévia (se houver).

Mamografia de rastreamento

- Em mulheres assintomáticas, com exame clínico das mamas normal, sem TRH e idade entre 40 e 65 anos, com intervalo máximo de 02 anos entre os exames para idade entre 50 e 65 anos e anual para idade entre 40 e 49 anos (além do médico, o exame pode ser solicitado por enfermeiro habilitado na realização do exame clínico das mamas);

- Em mulheres entre 50 e 69 anos , assintomáticas;
- Em mulheres entre 40 a 49 anos, anualmente, assintomáticas;
- Em mulheres acima de 35 anos, assintomáticas e com alto fator de risco;
- Antes de iniciar a terapia de reposição hormonal (TRH) para estabelecer o padrão mamário e detectar lesões não palpáveis e no controle anual durante a TRH (exame solicitado somente por médico).

Mamografia diagnóstica

- Mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, com fator de risco;
- Nódulos, espessamentos;
- Alterações da pele das mamas;
- Fluxo capilar;
- Linfonodo axilar suspeito;
- Mulheres em tratamento de reposição hormonal, inicial e controle anual, durante a TRH;
- Achado anormal em mamografia anterior;
- Ultrassonografia com imagem de nódulo (cístico, sólido e/ou misto).

Períodos para repetição do exame:

- qualquer queixa, a qualquer momento para acompanhamento;
- 35 anos se grupo de risco – anual;
- acima de 40 anos – anual;
- de 50 a 65 anos – bianual;
- acima de 65 – de acordo com expectativa de vida e a critério médico;
- mulheres em TRH – anual;
- mulheres acima de 50 anos em pré-cirurgia plástica de mama;
- mulheres pós-mastectomia – anual. independente da faixa etária.
- mamografia BI-RADS 3 – controle radiologico de lesão provavelmente benigna, semestral no primeiro ano e anualmente nos 02 anos seguintes.

Profissional Solicitante:

- Enfermeiro APS;

379

- Médico da APS;
- Médico Ginecologista
- Médico Mastologista;
- Médico Oncologista;

Nota: mama masculina – apesar de pouco frequente, a mama masculina também pode ser acometida por doença maligna, que se expressa radiologicamente com as mesmas formas que na mama feminina (microcalcificações, nódulos, etc).

A ginecomastia é outra indicação de exame, permitindo diferenciar a ginecomastia verdadeira (aumenta da glândula com a presença de parênquima mamária) da ginecomastia falsa ou lipomastia (aumento da glândula por proliferação adiposa).

4.52 Protocolo sugerido para Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)

a) Sexo: ambos

b) Idade: 18 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ avaliação de sintomas causados pela hipertensão arterial sistêmica (palpitações, cefaleia occipital, dispneia paroxística ou não, fadiga, prostração, mal estar geral com ou sem palidez, pré-sincope ou síncope);

▪ avaliar abruptas variações da pressão arterial sistêmica (uso de medicamentos, idosos, diabéticos, menopausadas e grávidas);

- avaliar hipotensão arterial e síncope hipotensiva;
- avaliar o tratamento da hipertensão sistêmica;
- avaliar paciente suspeito de hipertensão arterial lábil ou episódica;
- avaliar paciente suspeito de hipertensão sistêmica do jaleco branco;
- avaliar pressão arterial limítrofe;
- avaliar suspeita de disfunção autonômica.

Pré-requisitos:

- eletrocardiograma com laudo;
- exame físico detalhado;

- história clínica;
- teste ergométrico (se houver).

Profissional Solicitante:

- Médico APS;
- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião cardiovascular;
- Médico nefrologista;
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista.

4.53 Protocolo sugerido para PET-SCAN Oncológico

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- avaliação de nódulo pulmonar solitário;
- câncer colorretal;
- câncer de cabeça e pescoço;
- câncer de esôfago.
- câncer pulmonar;
- diagnóstico do câncer de mama metastático;
- linfoma;
- Melanoma.

Pré-requisitos:

- história clínica, exames complementares específicos.

Câncer pulmonar de células não pequenas comprovado por biópsia, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- para caracterização das lesões;
- no estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
- na detecção de recorrências.

Linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- no estadiamento primário;
- na avaliação da resposta terapêutica;
- no monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não-Hodgkin.

Câncer colo-retal, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- câncer recidivado potencialmente ressecável;
- CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional;
- recidivas, com achados radiológicos inconclusivos com ou sem CEA aumentado.

Avaliação de nódulo pulmonar solitário quando preenchido todos os seguintes critérios:

- ressonância magnética
- tomografia computadorizada inconclusivas;
- nódulo maior que um centímetro;
- não espiculados;
- sem calcificações.

Diagnóstico do câncer de mama metastático quando os exames de imagem convencionais apresentarem achados equívocos.

Câncer de cabeça e pescoço, quando pelo menos um dos critérios for preenchido:

- presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de metástase quando outros exames de imagem não forem suficientemente esclarecedores quanto à natureza da lesão;
- quando a biópsia por agulha de uma lesão ou linfonodo cervical apresentar como resultado “carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico” cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não suficientemente esclarecedor.

Melanoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

▪no estadiamento do melanoma de alto risco (tumor ≥1,5 mm de espessura, ou com linfonodo sentinela positivo, ou com linfonodo clínicamente positivo) sem evidência de metástase e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores;

▪para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de SNC ou lesões muito pequenas <3mm de espessura).

Câncer de esôfago “localmente avançado” para a detecção de metástase à distância, quando outros exames de imagem não foram suficientemente esclarecedores (TC de tórax e USG ou TC de abdomen).

Profissional Solicitante:

▪Médico hematologista;
▪Médico neurologista;
▪Médico oncologista;
▪Médico pneumologista.

4.54 Protocolo sugerido para Polissonografia

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

▪ cansaço, exaustão ou sonolência durante o dia (como, por exemplo, adormecer enquanto dirige);
▪ circunferência do pescoço > 40 cm;
▪ HAS refratária;
▪ idade > 50 anos;
▪ IMC > 35 Kg/m2;
▪ relato de parada da respiração (apnéia) ou engasgo durante o seu sono? ;
▪ ronco alto (alto o suficiente que pode ser ouvido através de portas fechadas ou incomodar o companheiro);
▪ suspeita de síndrome da apneia obstrutivo do sono (SAOS).

Pré-requisitos:

▪ distúrbio de comportamento durante sono (p.ex. agressividade noturna, sonambulismo);

▪ distúrbio do movimento durante sono (p. ex. paralisia do sono, síndrome das pernas inquietas);

▪ quadros de insônia há mais 6 meses (para iniciar ou manter o sono), após avaliação com a psiquiatria;

▪ sonolência diurna excessiva, sonolência de difícil controle, com grave impacto na vida pessoal e profissional.

Profissional Solicitante:

▪Médico cardiologista;

▪Médico neurologista;

▪Médico otorrinolaringologista;

▪Médico pneumologista;

▪Médico psiquiatra.

4.55 Protocolo sugerido para Punção de Mamas

a) Sexo: ambos

b) Idade: Mulher - com idade ≥ a 35 anos

Homem - sem restrição de idade

c) Motivos do encaminhamento:

▪ nódulo sólido recente em mulher com idade superior a 35 anos;

▪ nódulo em mulher com história prévia de câncer de mama, hiperplasia intraductal e/ou carcinoma in situ;

▪ história familiar de alto risco para câncer de mama;

▪ pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama em idade < 50 anos; ou

▪ pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;

▪ homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama, sem restrição de idade;

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 399

▪ lesões concomitantes suspeitas ou altamente suspeitas homo ou contralateral; ou indicação de terapia de reposição hormonal; ou

▪ história familiar de alto risco para câncer de mama;

▪ três ou mais casos de câncer de mama + um caso de câncer de ovário em qualquer idade em familiares de primeiro grau (mãe, filha ou irmã); ou

▪ mais de três casos de câncer de mama em familiares de primeiro grau (mãe, filha ou irmãs) detectados com idade ≤ 50 anos; ou

▪ par de irmãs (ou mãe e filha) com um dos seguintes critérios (≤ 50 anos):

▪ dois casos de câncer de mama; ou - dois casos de câncer de ovário; ou

▪ um caso de câncer de mama + 1 caso de câncer de ovário.

Profissional solicitante:

▪Médico clínico geral;

▪Médico ginecologista/obstetra;

▪Médico mastologista.

4.56 Protocolo sugerido para Punção por Agulha Grossa (Core Biopsy) em Lesões Mamárias

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

Indicações para PAAF

▪ cisto mamário com conteúdo intracístico (vegetações ou outras inclusões intracísticas;

▪ cisto mamário grande ou sintomático;

▪ nódulo mamário sólido.

Exames necessários:

▪ mamografia bilateral (se houver) – acima de 40 anos é obrigatória;

▪ ultrassonografia de mamas.

Na solicitação do PAAF é obrigatório informar no laudo do exame e na solicitação, qual lesão ou quais lesões serão puncionadas. A PAAF diferencia

imediatamente os cistos dos nódulos sólidos mamários, possibilita avaliação citológica das lesões mamárias, porém não faz o diagnóstico entre carcinoma *in situ* e carcinoma invasor e o matérial não pode ser enviado para avaliação imuno-histoquímica.

Indicações para Core Biopsy:

- lesões da categoria BI-RADS 3 (únicas ou múltiplas, unilateral ou bilaterais), nas situações abaixo:
  - antes de iniciar terapia de reposição hormonal;
  - intenção de gravidez;
  - antes de cirurgias plásticas das mamas;
  - alto risco para câncer de mama;
  - paciente e médico não seguros quanto a realização do controle semestral em relação à lesão BI-RADS 3.
- lesão da categoria BI-RADS 4;
- lesão da categoria BI-RADS 5;
- lesões suspeitas, após tratamento conservador ou com PAAF negativa, nas situações abaixo:
  - lesão proliferativa atípica, sendo sugerido estudo histopatológico;
  - material insuficiente para o diagnóstico;
  - ausência de células ductais em PAAF de nódulo sólido.

Exames necessários:

- ultrassonografia de mamas (se houver);
- mamografia bilateral obrigatória.

A biópsia por agulha grossa, (*core biopsy)* vem sendo utilizada como alternativa à biópsia cirúrgica (incisional) da mama, tornando-se, o método padrão para avaliação patológica diagnóstica das lesões mamárias. A realização de *core biopsy* pré-operatório reduz em até 60% o número de cirurgias desnecessárias, com taxa de falsos negativos aceitáveis.

Na solicitação de *Core Biopsy* é obrigatório informar no laudo do

exame e na solicitação, qual lesão e/ou lesões, deverão ser puncionadas.

A Core Biopsy é uma biópsia de fragmento com acurácia e taxa de falso negativas (2%) idênticas à da biópsia cirúrgica. Tem boa relação custo/eficácia, sobretudo no manejo das lesões da categoria 4 do BI-RADS, cujo risco varia de 3 a 94% e engloba a maioria das lesões suspeitas com recomendação de estudo histopatológico e grande número de resultados benignos que não necessita de tratamento cirúrgico.

Profissional Solicitante:

- Médico ginecologista;
- Médico mastologista;
- Médico oncologista.

4.57 Protocolo sugerido para Punção de Tireoide (PAAF)

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- nódulo tireoidiano palpável;
- ultrassonografia de tireoide com nodulação não palpável;
- nódulos maiores que 1,0 cm;
- nódulos menores que 1,0 cm em pacientes com características clínicas para alta suspeição de malignidade;
- nódulos com hipoecogenicidade associada a microcalcificações, ausência de halo ou halo incompleto, margens irregulares ou hipervascularização - aumento do fluxo sanguíneo intranodular.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- laudo de USG anterior (nódulo não palpável).

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião de cabeça e pescoço;

- Médico cirurgião geral;
- Médico endocrinologista;
- Médico oncologista;
- Médico pediatra.

4.58 Protocolo sugerido para Radiografia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

Diagnóstico das afecções osteoarticulares, torácicas, abdominais e dos tecidos moles.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica.

Profissional Solicitante:

- Médico.

4.59 Protocolo sugerido para Ressonância Nuclear Magnética da Articulação Temporomandibular (ATM) – Bilateral

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- artropatias inflamatórias;
- artrose;
- degeneração do disco da ATM.
- derrames intra-articulares;
- luxações discais anteriores irredutíveis;
- patologia articular;
- patologia intercapsular;

Contraindicação:

- clipes de aneurismas;
- corpo estranho metálicos;
- implantes e aparelhos oculares (exceto lentes intraoculares para catarata;
- implantes otológicos cocleares metálicos;
- marcapasso ou desfibrilador implantado.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raio-x de ATM;
- tomografia de ATM (se houver).

Profissional Solicitante:

- Dentista cirurgião bucomaxilofacial;
- Médico anestesista especialista em clínica da dor;
- Médico cirurgião de cabeça e pescoço;
- Médico neurologista;
- Médico otorrinolaringologista.

4.60 Protocolo sugerido para Ressonância Nuclear Magnética da Coluna Vertebral

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- complicações pós-operatórias;
- esclerose múltipla;
- fraturas tratadas;
- hérnia de disco;
- infecções (suspeita)
- investigação de tuberculose extra-pulmonar;
- lesões articulações;

389

- metástases (detecção e acompanhamento);
- notalgia parestésica;
- processos expansivos;
- traumatismos;
- tumores ósseos primários (suspeita).

Contraindicação:

- fraturas (detecção);
- implantes metálicos.

Pré-requisitos:

- exame clínico;
- história clínica;
- raios x simples com laudo;
- ultrassonografia da articulação (se necessário e se houver).

Profissional Solicitante:

- Médico anestesista especialista em clínica da dor;
- Médico infectologista;
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista;
- Médico oncologista.
- Médico ortopedista;
- Médico pneumologista;
- Médico reumatologista.

4.61 Protocolo sugerido para Teste de Esforço ou Ergométrico

a) Sexo: ambos

b) Idade: 12 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- arritmia cardíaca;
- avaliação cardiológica em atletas;
- avaliação de capacidade funcional;
- eletrocardiograma alterado;

- hipertensão ventricular esquerda;
- investigação de doença arterial coronariana;
- marca-passo ventricular;
- risco de doença arterial coronariana;
- wpw (wolf-parkinson-white).

Pré-requisitos:

- eletrocardiograma;
- exame físico;
- história clínica.

Profissional Solicitante:

- Médico Cardiologista;
- Médico Cirurgião Cardiovascular;
- Médico Clínica Médica;
- Médico Geriatra;
- Médico Hematologista.

4.62 Protocolo sugerido para Tomografia Computadorizada de Articulações de Membros Superiores

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- fraturas (cominutivas);
- lesões articulares;
- má formação congênita;
- metástases (detecção e acompanhamento);
- processos expansivos;
- traumatismos articulares;
- tumores (diagnósticos e estadiamento).

Pré-requisitos:

- exame físico;

- história clínica;
- raios x de articulação com laudo;
- ultrassonografia articular.

Procedimentos a serem considerados no ato da solicitação:

- tomografia de articulação esternoclaviculares;
- tomografia de articulações dos ombros;
- tomografia de articulações dos cotovelos;
- tomografia de articulações dos punhos.

Profissional Solicitante:

- Médico anestesista especialista em clínica da dor;
- Médico oncologista;
- Médico ortopedista;
- Médico reumatologista.

4.63 Protocolo sugerido para Tomografia Computadorizada de Coerência Óptica (OCT)

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- alta miopia;
- buraco macular (estadiamento);
- degeneração macular relacionada à idade (dmri) – (diagnóstico, acompanhamento terapêutico e indicação de retratamento);
- distrofias retinianas;
- doenças da retina:
- edema macular cistóide;
- edema macular diabético;
- estrias angióides;
- membrana epirretiniana;
- membrana neovascular sub-retiniana;
- tumores oculares.

Pré-requisitos:

- história clínica com suspeita diagnóstica.

Profissional Solicitante:

- Médico oftalmologista.

4.64 Protocolo sugerido para Tomografia Computadorizada de Coluna (Cervical, Torácica e Lombossacra) Com ou Sem Contraste

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- estenose do canal medular (suspeita);
- fratura (suspeita);
- hérnia discal;
- má formação congênita (hemi-vértebras);
- metástases (detecção e acompanhamento);
- processos expansivos;
- tumores (diagnóstico e estadiamento).

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raios-x simples de coluna.

Profissional Solicitante:

- Médico anestesista especialista em clínica da dor;
- Médico cirurgião de cabeça e pescoço (para tomografia computadorizada de coluna cervical);
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista;
- Médico oncologista;

- Médico ortopedista;
- Médico reumatologista.
- Médico reumatologista.

4.65 Protocolo sugerido para Tomografia Computadorizada de Crânio e Sela Túrcica

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- acidente vascular cerebral;
- alterações endócrinas e estudo da hipófise.
- aneurismas e outras formações vasculares;
- cefaleia grave a esclarecer;
- convulsões localizadas;
- convulsões recentes a esclarecer;
- doenças degenerativas do encéfalo;
- hemorragias (nas primeiras 24 a 48 horas);
- hidrocefalia;
- infartos cerebrais isquêmicos agudos.
- metástases (detecção e acompanhamento);
- processos expansivos da sela túrcica;
- processos expansivos;
- prolactinomas.
- traumatismos;
- tumores (diagnóstico e estadiamento).

Pré-requisitos:

- exame de liquor (se doença infecciosa);
- exame físico;
- história clínica;
- raios-x simples.

Profissional Solicitante:

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

- Médico anestesista especialista em clínica da dor;
- Médico cirurgião de cabeça e pescoço;
- Médico endocrinologista;
- Médico geriatria;
- Médico infectologista;
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista;
- Médico oncologista.

4.66 Protocolo sugerido para Tomografia Computadorizada de Hemitorax/Mediastino (por Planos)

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:
- patologias do timo;
- tumores do mediastino;
- tumores pulmonares.

Pré-requisitos:
- história clínica;
- raios-x de tórax.

Profissional Solicitante:
- Médico anestesista especialista em clínica da dor;
- Médico cirurgião torácico;
- Médico oncologista;
- Médico pneumologista.

4.67 Protocolo sugerido para Tomografia Computadorizada da Pelve/Bacia

395

Procedimento contra indicado para gestantes ou em caso de suspeita de gravidez.

a) **Sexo:** ambos

b) **Idade:** 0 à 130 anos

c) **Motivos do encaminhamento:**

- aneurisma;
- cálculo renal;
- malformações congênitas;
- metástases (detecção e acompanhamento);
- processos expansivos;
- processos inflamatórios;
- traumatismos;
- tumores (diagnóstico e estadiamento).

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- ultrassonografia da pelve.

Profissional Solicitante:

- Médico anestesista especialista em clínica da dor;
- Médico angiologista;
- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico ginecologista;
- Médico oncologista;
- Médico ortopedista;
- Médico urologista.

4.68 Protocolo sugerido para Tomografia Computadorizada de Pescoço

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento (geralmente com uso de contraste):

- estadiamento de neoplasias;
- estudo de carótidas e vertebrais;
- má formação vascular;
- processos inflamatórios;
- tumores.

Pré-requisitos:

- história clínica;
- exame físico;
- raios-x simples;
- ultrassonografia do pescoço.

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião de cabeça e pescoço;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico neurologista;
- Médico oncologista.

4.69 Protocolo sugerido para Tomografia dos Seios da Face

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento**:**

- pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face (polipose sinusal);
- processos inflamatórios da face (celulite facial, abscesso em face).
- sinusopatia crônica;
- trauma facial;
- tumores.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raios-x dos seios da face com laudo.

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 412

Profissional Solicitante:

- Cirurgião Dentista bucomaxilofacial;
- Médico cirurgião de cabeça e pescoço;
- Médico estomatologista;
- Médico oncologista;
- Médico otorrinolaringologista.

4.70 Protocolo sugerido para Tomografia Computadorizada de Tórax

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- bronquiectasias (acompanhamento);
- doenças da aorta (aneurisma/dissecção/alargamento de mediastino);
- fratura de costelas com lesão pulmonar ou pleural;
- investigação sistêmica e metabólica devido: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses.
- mediastino, hilos, pleura (avaliação);
- metástases (detecção e acompanhamento);
- nódulos não-neoplásicos (avaliação e acompanhamento);
- pneumopatias intersticiais;
- sangramento (vias aéreas);
- síndrome de compressão da veia cava superior.
- traumatismo;
- tromboembolismo pulmonar;
- tumores (diagnóstico e estadiamento);

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raios-x de tórax PA/perfil.

Profissional Solicitante:

- Médico cardiologista;
- Médico cirurgião cardíaco;
- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião torácico;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico oncologista;
- Médico pneumologista;
- Médico reumatologista.

4.71 Protocolo sugerido para Tomomielografia Computadorizada

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:
- avaliação morfológica do canal medular – avulsão de raiz nervosa;
- Hidromielia;
- lesão do plexo branquial;
- lesões císticas intra-raquideas;
- neoplasia do canal medular;
- síndrome da cauda equina;
- trauma do canal medular.

Pré-requisitos:
- história clínica;
- raios-x da região afetada;
- tomografia computadorizada e/ou ressonância nuclear magnética (inconclusivas).

Profissional Solicitante:
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista;
- Médico oncologista;
- Médico ortopedista.

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

4.72 Protocolo sugerido para Ultrassonografia de Abdomen Inferior (Pélvico)

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- apendicite;
- avaliação de dor pélvica;
- avaliação de infecção pélvica;
- calculose uretral baixa;
- calculose vesical;
- lesão pélvica expansiva palpável;
- orientação de punção biópsia por agulha;
- tumor vesical;
- tumores pélvico.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raios-x simples de abdômen (se houver);
- ultrassonografia pélvico (se houver).

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião pediátrico;
- Médico da APS;
- Médico gastroenterologia;
- Médico geriatra;
- Médico pediatria.

4.73 Protocolo sugerido para Ultrassonografia de Abdomen Superior (Fígado, Vesícula, Vias Biliares e Baço)

a) Sexo: ambos

400

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- colelitíase;
- hepatopatias;
- tumores.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raio-x simples (conforme o caso);
- USG prévio (se houver).

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião pediátrico;
- Médico da APS;
- Médico gastroenterologista;
- Médico geriatra;
- Médico pediatra.

4.74 Protocolo sugerido para Ultrassonografia Abdomen Total

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- alterações morfofuncionais (má formação de vísceras);
- aneurismas;
- colelitíase;
- dor abdominal;
- estudo do retroperitônio;
- hepatoesplenomegalia.
- lesões tumorais (císticas e sólidas);
- nefrolitíase;
- orientar biópsia para punção de lesões tumorais;

- pancreatopatias;
- traumas.

Pré-requisitos:

- exames físicos específicos;
- história clínica detalhada;
- raios-x simples (conforme o caso).

Profissional Solicitante:

- Médico angiologista;
- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião pediátrico;
- Médico cirurgião vascular;
- Médico da APS;
- Médico gastroenterologista.
- Médico ginecologista;
- Médico oncologista;
- Médico pediatra;
- Médico urologista.

4.75 Protocolo sugerido para Ultrassonografia de Abdomen Total e Ultrassonografia Pélvica em Clínica Ginecológica (Associação)

a) Sexo: feminino

b) Idade: acima de 40 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- bi-anual no climatério, em mulher menopausada com útero, com ou sem TRH;
- câncer de mama, em mulher histerectomizada/ooforectomizada;
- pós menopausada sem útero, quando há indicação de ultrassonografia de abdômen total;
- suspeita ou diagnóstico de câncer ginecológico.

Profissional Solicitante:

- Médico ginecologista;
- Médico mastologista;
- Médico oncologista.

4.76 Protocolo sugerido para Ultrassonografia do Aparelho Urinário (Rins e Vias Urinárias)

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:
- disfunção miccional;
- hipertensão arterial sistêmica renovascular (suspeita);
- insuficiência renal;
- litíase;
- rim policístico;
- Tumores.

Pré-requisitos:
- exame físico;
- história clínica;
- raios-x simples (conforme o caso);
- USG anterior (se houver).

Profissional Solicitante:
- Médico cirurgião geral;
- Médico da APS;
- Médico nefrologista;
- Médico oncologista;
- Médico pediatra;
- Médico urologista.

4.77 Protocolo sugerido para Ultrassonografia de Articulação

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- artrite séptica;
- bursites;
- cistos sinoviais;
- derrames articulares;
- disfunção da articulação temporo-mandibular;
- espessamento de bainha tendinosa de qualquer natureza;
- lesão muscular e tendinosa;
- lesão por esforço repetitivo (ler);
- tendinites.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raios-x simples (conforme o caso).

Profissional Solicitante:

- Médico da APS;
- Médico ortopedista;
- Médico pediatra;
- Médico reumatologista.

4.78 Protocolo sugerido para Ultrassonografia de Bolsa Escrotal

a) Sexo: masculino

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- aumento de bolsa escrotal (hidrocele, hematocele);
- cistos de cordão;
- criptorquidia;
- infecções;
- torções;
- tumores;

- variococele.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- rx simples (conforme o caso).

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião pediátrico;
- Médico da APS;
- Médico pediatra;
- Médico urologista.

4.79 Protocolo sugerido para Ultrassonografia Doppler Colorido de Órgão ou Estrutura

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- tumores;
- cistos;
- lesões suspeitas de neoplasia

pré-requisitos:

- história clínica;
- USG pélvico.

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião pediátrico;
- Médico da APS;
- Médico ginecologista;
- Médico oncologista;

▪Médico pediatra.

4.80 Protocolo sugerido para Ultrassonografia Doppler Fluxometria Obstétrica

Procedimento indicado a partir do 2º trimestre para casos de gestação de alto risco.

a) Sexo: ambos

b) Idade: acima de 12 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- crescimento intra-uterino retardado (ciur);
- diabetes gestacional;
- doença hipertensiva na gestação;
- doenças maternas associadas a gestação;
- gravidez múltipla.
- idade gestacional a partir de 27 semanas;
- oligodramnia ou polidramnia.

Pré-requisitos:

- exame obstétrico – pressão arterial, altura uterina, batimento cardíacos fetal;
- história clínica, patologia associada e medicamentos em uso;
- idade gestacional em semanas e/ou data da última menstruação (DUM);
- número de gestações, número de parto normal/cesárea, número de abortos;
- USG anterior (datar e descrever o resultado).

Profissional Solicitante:

- Médico ginecologista/obstetra;
- Médico da APS.

Nota: prioridade de solicitação é para o profissional que realiza os procedimentos relacionados à gestação de alto risco. Neste caso, o solicitante poderá informar a data e/ou período em que o exame deva ser realizado.

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

4.81 Protocolo sugerido para Ultrassonografia Ginecológica, USG pélvica ginecológica e/ou USG pélvica transvaginal

a) Sexo: ambos

b) Idade: acima de 12 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- amenorréia primária;
- amenorréia secundária não relacionada a gravidez;
- anexites;
- diagnóstico diferencial de tumores pélvicos;
- dor pélvica aguda;
- dor pélvica crônica;
- gestação de primeiro trimestre;
- Investigação climatérica inicial;
- investigação de massa abdominal;
- sangramento genital anormal no menacme;
- sangramento genital pós-menopausa;
- seguimento periódico de climatério (anual com ou sem T.H.).
- tumores e cistos ovarianos pré e pós-menopausa.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- raio-x simples, conforme o caso;
- USG prévio (se houver).

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião pediátrico;
- Médico da APS;
- Médico ginecologista/obstetra.

407

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

4.81 Protocolo sugerido para Ultrassonografia do Globo Ocular/Órbita (Monocular)

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- aumento de volume;
- corpo estranho intra ou retrobulbar;
- extrusão (principalmente unilatéral);
- infecções;
- tumores.

Pré-requisitos:

- exame de laboratório (TSH, T4, T3);
- exame físico;
- história clínica.

Profissional Solicitante:

- Médico endocrinologista;
- Médico neurocirurgião;
- Médico neurologista;
- Médico oftalmologista.

4.82 Protocolo sugerido para Ultrassonografia Mamária Bilateral

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- complemento de mamografia Bi-RADS 0 (zero);
- controle de cistos mamários;
- controle de pós-operatório de mamas;
- ginecomastia (aumento de glândula mamária masculina);
- identificação e caracterização de anormalidades palpáveis e não palpáveis;
- imagem suspeita em mamografia de pacientes com idade igual ou inferior a 35 anos;
- massas palpáveis em mulheres com idade abaixo de 35 anos;

408

▪ para guiar procedimentos invasivos (aspiração de cistos e aspiração com agulha fina para procedimentos pré-cirúrgicos e biópsia).

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica;
- mamografia – para os casos de mamografia Bi-rads 0 (zero);
- USG prévio (se houver).

Profissional Solicitante:

- Médico da APS;
- Médico ginecologista;
- Médico mastologista;
- Médico oncologista.

4.83 Protocolo sugerido para Ultrassonografia Morfológica Fetal

A época ideal para avaliar a morfologia fetal é corresponde o período entre 18 e 24 semanas de gestação (2º trimestre).

a) Sexo: ambos
b) Idade: acima de 12 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- abortamento anterior;
- alterações do líquido amniótico (aumento ou diminuição);
- análise morfológica;
- biometria fetal completa;
- diabetes mellitus da gravidez;
- gestação múltipla;
- gestação prévia com alteração genética;
- história pregressa de má formação congênita e/ou aneuploidia;
- idade materna maior ou igual a 35 anos;
- idade paterna maior ou igual a 55 anos;
- rastreamento de aneuploidias;

409

- suspeita de infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegavírus, etc.);
- uso de drogas teratogênicas.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- história clínica.

Profissional Solicitante:

- Médico ginecologista;
- Médico obstetra.

4.84 Protocolo sugerido para Ultrassonografia Obstétrica

a) Sexo: feminino
b) Idade: acima de 12 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- acretismo placentário (suspeita);
- amniorrexe prematura confirmada;
- ausência de BCF;
- circular de cordão;
- crescimento intrauterino restrito (CIUR);
- doença hipertensiva da gravidez (DHEG);
- erro provável de data de parto;
- gestante obesa grau 3;
- gravidez múltipla;
- localização da placenta, nos casos de suspeita de placenta prévia;
- medida de espessura do colo uterino;
- oligodrâmnio e polidrâmnio;
- seguimento de desenvolvimento fetal;
- sofrimento fetal.

Pré-requisitos:

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

▪ exame obstétrico – pressão arterial, altura uterina, batimento cardíacos fetal;

▪ história clínica. patologia associada e/ou indicação descrita acima e medicamentos em uso;

▪ idade gestacional em semanas e/ou data da última menstruação (DUM);

▪ número de gestações, número de parto normal/cesárea, número de abortos;

▪ USG anterior (descrever o resultado).

Profissional Solicitante:

▪ Enfermeiro (UBS/USF/CF);

▪ Médico da APS.

▪ Médico ginecologista/obstetra.

4.85 Protocolo sugerido para Ultrassonogria Obstétrica com Doppler Colorido e Pulsado

Procedimento Indicado no 3° trimestre para casos de gestação de alto risco.

a) Sexo: feminino

b) Idade: acima de 12 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ alteração metabólica gestacional;

▪ alteração na doppler fluxometria obstétrica.

Profissional Solicitante:

▪Médico da APS;

▪Médico ginecologista/obstetra.

4.86 Protocolo sugerido para Ultrassonografia Transnucal

a) Sexo: feminino

b) Idade: gestação entre 10 a 14 semanas (mensuração de prega nucal)

c) Motivos do encaminhamento:

▪ gestação em idade avançada;

411

- pesquisa de síndromes genéticas.

Pré-requisitos:

- gestação de alto risco;
- mãe acima de 35 anos e história de gravidez anterior afetada;
- período gestacional indicado 1º e 3º trimestre;
- rastreamento de cardiopatias e outras síndromes;
- rastreamento de cromossomopatias.

Profissional Solicitante:

- Médico clínico geral.

4.87 Protocolo sugerido para Ultrassonografia de Parede Abdominal

a) Sexo: ambos
b) Idade: 0 à 130 anos
c) Motivos do encaminhamento:

- endometrioma;
- granuloma;
- hematúria;
- hérnia;
- tumoração.

Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião pediátrico;
- Médico da APS;
- Médico ginecologista;
- Médico oncologista;
- Médico pediatria.

4.88 Protocolo sugerido para Ultrassonografia de Pênis

a) Sexo: masculino

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- deformidade congênita;
- deformidade peniana;
- disfunção erétil;
- doença de Peyronie;
- priapismo;
- trauma peniano.

Profissional Solicitante:

- Médico clínico geral;
- Médico pediatra;
- Médico urologista.

4.89 Protocolo sugerido para Ultrassonografia da Próstata por Via Abdominal e Via Transretal

a) Sexo: masculino

b) Idade: acima de 45 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- abscessos;
- câncer prostático (suspeita);
- hipertropia prostática benigna;
- prostatismo;
- prostatite.

Pré-requisitos:

- dosagem de PSA total;
- exames físicos;
- história clínica;
- USG anterior (se houver).

Nota: Ultrassonografia prostática com Doppler também é indicada para detectar aumento da vascularização e seleção de sítios para biópsia prostática.

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral;
- Médico da APS;
- Médico oncologista;
- Médico urologista.

4.90 Protocolo sugerido para Ultrassonografia da Tireoide

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- cistos;
- hipertireoidismo;
- hipotireoidismo;
- tumores.

Pré-requisitos:

- exame físico;
- exames de laboratório (TSH, T4, T3).
- história clínica;

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião de cabeça e pescoço;
- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião pediátrico.
- Médico cirurgião torácico;
- Médico da APS;
- Médico endocrinologista;
- Médico geriatra;
- Médico oncologista;
- Médico pediatra;

▪Médico pneumologista.

4.91 Protocolo sugerido para Ultrassonografia Transfontanela

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ avaliar efeitos hemodinâmicos e repercussão de doença obstrutiva das carótidas extracranianas;

▪ avaliar roubo da subclávia;

▪ estenose dos vasos intracranianos de maior calibre;

▪ hidrocefalia;

▪ monitorar vasoespasmo;

▪ rastrear comprometimento da circulação cerebral na anemia falciforme.

Pré-requisitos:

▪ história clínica;

▪ exame físico;

▪ raios-x simples (conforme o caso).

Profissional Solicitante:

▪Médico neurologista;

▪Médico neuropediatra;

▪Médico pediatra.

4.92 Protocolo sugerido para Uretrocistocopia

É um exame complementar que visualiza a anatomia da uretra, próstata e bexiga.

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ avaliação de bexiga: (hematúria, divertículos vesicais, fistulas vesicais, tumores vesicais, cálculos vesicais, ITU de repetição e avaliação de meatos ureterais);

▪ avaliação de próstata: (tamanho e obstrução);

▪ patologias da uretra: (válvula de uretra posterior, estenose e divertículos).

Pré-requisitos:

▪ encaminhar com o exame de urina e urocultura negativos;

▪ encaminhar com outros exames relativos à patologia investigada;

▪ fazer antibioticoterapia profilática por três dias, iniciando no dia anterior ao exame marcado (sulfa, ou quinolona).

Profissional Solicitante:

▪Médico da APS;

▪Médico ginecologista;

▪Médico pediatra;

▪Médico urologista.

Nota: para realizar o exame em crianças e adolescentes é necessária sedação anestésica, adultos podem ser examinados com anestesia local.

4.93 Protocolo sugerido para Uretrocistografia Miccional

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ lesão medular (seguimento);

▪ lesões obstrutivas da bexiga ou uretra;

▪ lesões traumáticas do trato urinário inferior;

▪ nefropatia de refluxo (sinais);

▪ pré-operatório de transplante renal.

Contraindicações:

- hemorragia;
- pielonefrite;
- traumas perineais.

Pré-requisitos:

- história clínica;
- exame físico;
- USG do aparelho urinário ou pelve (se houver);
- raio-x contrastado (se houver).

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral;
- Médico cirurgião pediátrico;
- Médico ginecologista;
- Médico nefrologista;
- Médico urologista.

4.94 Protocolo sugerido para Urografia Excretora

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- avaliar alterações na face postero lateral da bexiga;
- avaliar anomalias congênitas do trato urinário;
- avaliar hematúria macro e microscópica;
- avaliar obstruções altas ou baixas;
- calculose (diagnóstico e planejamento terapêutico);
- hidronefrose;
- lesões uretrais e renais duvidosas;
- tumores intraluminares: piélicos ou uretrais.

Contraindicação:

- alergia ao contraste iodado;
- descompensação cardíaca;

- desequilíbrio do cálcio ou tetania;
- desidratação;
- diabete mellitus descompensada;
- hipotensão;
- insuficiência renal descompensada;
- mieloma múltiplo;
- pielonefrite aguda.

Pré-requisitos:

- história clínica;
- exame físico;
- raios-x simples abdomen com laudo;
- USG renal (rins e vias urinárias).

Profissional Solicitante:

- Médico cirurgião geral e pediátrico;
- Médico nefrologista;
- Médico oncologista;
- Médico urologista.

4.95 Protocolo sugerido para Videolaringoscopia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 à 130 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- anomalias congênitas de laringe;
- disfagia;
- disfonia;
- epistaxe de repetição;
- estenose subglótica congênita ou adquirida (pós-intubação traqueal prolongada);
- estridor;
- granuloma das cordas vocais;
- pólipos das cordas vocais;

- refluxo gastresofágico;
- respiração bucal;
- Tumores.

Pré-requisitos:

- exame otorrinolaringológico completo;
- história clínica.

Profissional Solicitante:

- Médico oncologia;
- Médico otorrinolaringologista;
- Médico pneumologista.

5 ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

A consolidação do Protocolo de Acesso para as Especialidades Odontológicas constitui ferramenta imprescindível para a continuidade do processo de promoção de saúde bucal, indo desde a prevenção específica até a reabilitação protética, cabendo à regulação ambulatorial colaborar como agente facilitador entre a atenção primária e os serviços especializados.

Considerando principalmente as peculiaridades da Atenção em Saúde Bucal, a regulação dos procedimentos odontológicos visa garantir acesso equânime para toda a população referenciada ao município de Campo Grande, atendendo preceitos que vão desde a classificação de urgência e risco, regionalização do fluxo de atendimento, correlações especificas entre as especialidades, até a necessidade de intervenção odontológica em âmbito hospitalar.

Cabendo a ressalva de que procedimentos regulados por um sistema informatizado podem ser mensurados de maneira a constituir significativo banco de dados capaz de guiar as ações de planejamento em saúde, atribuindo validade epidemiológica a este processo. Em linhas gerais a regulação do acesso às especialidades odontológicas soma esforços na longa jornada em busca por serviços de saúde capazes de corresponder às necessidades da população, ponderando sempre os benefícios e a melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS.

5.1 Protocolo sugerido para Consulta em Endodontia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 6 a 110 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- dentes com necessidades de tratamento endodôntico (uni, bi, tri radiculares);
- pulpites irreversíveis (biopulpectomias ou necropulpectomias);
- comprometimento pulpar por fratura ou trauma;
- dentes com lesão apical de origem endodôntica ou endo-pério (constada radiograficamente);
- dentes com necessidade endodôntica em virtude de procedimento protético;
- retratamento de canais mediante constatação da necessidade do procedimento (independendo do local de execução da endodontia prévia).
- terceiros molares.

Orientações Gerais para encaminhamento

Somente encaminhar pacientes com demais etapas clínicas concluídas, quando não for possível efetuar ao menos a adequação e orientações de higiene bucal.

Exclusivamente dentes permanentes, encaminhando somente após a total remoção de cárie e verificação da real necessidade de tratamento.

Realizar abertura coronária antes de encaminhar.

Sempre informar qual ou quais dentes são indicados para endodontia.

Se necessário, realizar reconstrução do elemento dentário permitindo adaptação do grampo para isolamento absoluto.

Dentes com necessidades de tratamento endodôntico (uni, bi, tri radiculares)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (se houver).

Nota: pacientes com relato de dor difusa ou irradiada e /ou abcessos em evolução acompanhados por edema e sintomatologia dolorosa deverão ser considerados como prioritários.

Pulpites irreversíveis (biopulpectomias ou necropulpectomias)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (se houver).

Nota: considerar mesmo critério descrito pela observação anterior.

Comprometimento pulpar por fratura ou trauma

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico, descrevendo tempo do ocorrido e caracterização da sintomatologia dolorosa, se houver.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (se houver);
- raio-x panorâmico (se houver).

Nota: pacientes que se encontrarem em acompanhamento para evolução clínica de trauma dentário deverão ser priorizados.

Dentes com lesão apical de origem endodôntica ou endo-pério (constada radiograficamente)

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Verificar comprometimento da região de furca mediante sondagem prévia, descrevendo os achados no relato do quadro clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (se houver).

Dentes com necessidade endodôntica em virtude de procedimento protético

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Verificar se o paciente possui interesse na confecção de peças protéticas.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (se houver).

Retratamento de canais radiculares.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico, contendo descrição da condição atual do dente, independendo do local de execução da endodontia prévia.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (se houver).

Nota: especificamente nos casos de retratamento, o paciente será submetido à avaliação do especialista para verificação da necessidade e/ou viabilidade do tratamento.

Terceiros molares

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico, contendo descrição da condição atual do dente.

422

Verificar se há função mastigatória e/ou ausência de 1º e/ou 2º molar (es) no quadrante.

Verificar se o dente apresenta prognóstico favorável e verificar se existe a possibilidade de acesso dos instrumentos endodônticos.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (se houver).

Nota: especificamente nos casos de tratamento endodôntico de terceiros molares, o paciente será submetido à avaliação do especialista para verificação viabilidade do tratamento.

Nota: Serão consideradas prioritárias todas as solicitações decorrentes de encaminhamentos internos, entre especialidades do próprio CEO, sendo observados os critérios descritos anteriormente.

Nota: para todos os procedimentos descritos acima, a correta descrição do quadro de saúde, histórico médico e grau de complexidade em que se encontra o paciente é de responsabilidade do **Solicitante,** devendo ser transcrita na íntegra pelo **Operador** no ato da regulação.

A ausência de informações que justifiquem prioridade (CID, histórico, pareceres etc.) acarretarão em:

1-**Devolução** para correto preenchimento do encaminhamento por parte da unidade solicitante;

2- **Classificação como não prioritário** de acordo com os dados descritos no ato da regulação

5.2Protocolo sugerido para a Consulta em Periodontia

5.3

a) Sexo: ambos

b) Idade: 12 a 110 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- aumento de coroas clínicas, cirurgias pré-protéticas mediante indicação das demais especialidades, orientando o paciente quanto ao eventual ônus da etapa protética;

- cálculo subgengival associado à perda óssea localizada;
- cirurgia periodontal com acesso por dente;
- cunha distal/mesial no caso de bolsa periodontal (superior 4 mm) para regiões de trauma e difícil higienização.
- gengivectomias e gengivoplastias decorrentes de processos hiperplásicos, frenectomias e bridectomias mediante indicação;
- periodontopatias avançadas;
- retalho a campo aberto/raspagem a céu aberto.

Orientações Gerais para encaminhamento

Não deverão ser encaminhados pacientes sem o tratamento básico realizado ou pacientes com higiene bucal muito precária e sem perfil de adesão à proposta terapêutica.

Dentes com mobilidade grau III são considerados indicação para exodontia.

Nos casos de cirurgia periodontal, remover todo tecido cariado e realizar selamento provisório.

Periodontopatias avançadas

Considerar como parâmetro, presença de bolsa periodontal superior a 4mm.

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (se houver);
- raio-x interproximal (se houver).

Nota: quadros de doença periodontal com comprometimento de vários sextantes, com secreção purulenta via sulco gengival, perda óssea com comprometimento periodontal de elemento dentário, com potencial protético ou pilar de prótese, deverão ser considerados prioritários.

Cirurgia periodontal com acesso por dente

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (obrigatório);
- raio-x interproximal (se houver).

Nota: cirurgias periodontais necessárias para reabilitação protética de dentes anteriores em pacientes com ou passiveis de comprometimento estético, deverão ser priorizados.

Cálculo subgengival associado à perda óssea localizada

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (obrigatório);
- raio-x interproximal (se houver).

Aumento de coroas clínicas e/ou cirurgias pré-protéticas

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Caso o procedimento se destine à confecção de prótese unitária, o paciente deverá ser orientando previamente quanto ao eventual ônus da etapa protética.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (obrigatório);
- raio-x interproximal (se houver).

Gengivectomias e gengivoplastias

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (obrigatório);
- raio-x interproximal (se houver).

Procedimento voltado para os casos de processos hiperplásicos, frenectomias e bridectomias.

Cunha distal/mesial no caso de bolsa periodontal (superior 4 mm)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Procedimento indicado para regiões de trauma e difícil higienização.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (obrigatório);
- raio-x interproximal (se houver).

Retalho a campo aberto/raspagem a céu aberto

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Procedimento indicado para presença de bolsa profunda (≥ 7 mm), dificuldade de acesso para controle de placa, correção de defeitos estéticos gengivais.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (se houver);
- raio-x interproximal (se houver).

Nota: Serão consideradas prioritárias todas as solicitações decorrentes de encaminhamentos internos, entre especialidades do próprio CEO, sendo observados os critérios descritos anteriormente.

426

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Nota: para todos os procedimentos descritos acima, a correta descrição do quadro de saúde, histórico médico e grau de complexidade em que se encontra o paciente é de responsabilidade do **Solicitante,** devendo ser transcrita na íntegra pelo **Operador** no ato da regulação.

A ausência de informações que justifiquem prioridade (CID, histórico, pareceres etc.) acarretarão em:

1-**Devolução** para correto preenchimento do encaminhamento por parte da unidade solicitante;

2- **Classificação como não prioritário** de acordo com os dados descritos no ato da regulação

5.3 Protocolo sugerido para a Consulta Ambulatorial em Cirurgia Bucomaxilo-facial

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 a 110 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ apicectomias, obturação retrógrada e curetagem periapical;

▪ cirurgia de dentes inclusos/semi-inclusos;

▪ cirurgia de tecidos duros e moles (tórus palatino e mandibular, cistos, outros);

▪ cirurgias pré-protéticas;

▪ correções de comunicação buco sinusal, fistulas intra e/ou extra oral;

▪ excisão de Rânula e demais fenômenos de retenção bem como cálculos de glândula salivar.

▪ exodontia de terceiro molar;

▪- exodontia de dentes anquilosados/ com dilaceração apical/ raízes retentivas;

▪ frenectomia lingual (maiores de 5 anos);

▪ ulectomias, osteotomias corretivas;

Nota: A lista completa dos procedimentos considerados como de

competência do Cirurgião Bucomaxilofacial a serem realizados nas dependências dos Centros de Especialidade Odontológicas encontra-se disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html

Orientações Gerais para Encaminhamento

▪ Somente encaminhar pacientes atendidos pelas unidades de atenção primária, que antes de encaminhar pacientes para a especialidade de cirurgia, deverão realizar adequação do meio bucal com selamento permanente ou provisório das cavidades abertas e remoção de cálculo supra gengival.

▪ As cirurgias básicas devem ser realizadas nas unidades de saúde da atenção primária.

▪ Poderão ser encaminhados para cirurgia, pacientes com necessidade de exodontia complexa, mediante descrição detalhada do caso clínico.

▪ No ato do encaminhamento, anexar radiografia do elemento dentário ou região em questão (em unidades que possuam aparelho de raios-X) ou solicitação para a especialidade de Radiologia, que deverá ser realizada antes da data agendada para a cirurgia.

▪ Ao encaminhar pacientes com idade avançada, avaliar custo-benefício e a viabilidade de realização do procedimento cirúrgico.

▪ Pacientes encaminhados para cirurgia parendodôntica deverão ter canal tratado ou retratado adequadamente nos últimos 14 dias.

▪ O profissional executante poderá solicitar exames laboratoriais complementares se achar necessário.

Apicectomias, obturação retrógrada e curetagem periapical

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

O procedimento deve ser solicitado pelo Endodontista e a solicitação deve conter parecer deste profissional.

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (obrigatório)

Cirurgia de dentes inclusos, semi-inclusos e impactados

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico, mencionando eventuais medicamentos prescritos.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical nítido no ato da primeira consulta (obrigatório)

Exodontia de terceiros molares

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico, mencionando eventuais medicamentos prescritos.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical nítido e recente no ato da primeira consulta (obrigatório)

Exodontia de dentes anquilosados/ com dilaceração apical/ raízes retentivas;

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico, mencionando eventuais medicamentos prescritos.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- rx periapical nítido e recente no ato da primeira consulta (obrigatório)

Frenectomia lingual

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

429

Procedimento destinado aos indivíduos maiores de 5 anos.

Pode ser solicitado por profissionais cirurgiões dentistas, fonoaudiólogos e médicos.

Ulectomias e/ou osteotomias corretivas

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico, mencionando eventuais medicamentos prescritos.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal nítido no ato da primeira consulta (obrigatório).

Nota: o profissional executante poderá solicitar exames laboratoriais complementares, se achar necessário.

Cirurgia de tecidos duros e moles

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (obrigatório);
- raio-x interproximal (se houver).

Nota: este procedimento destina-se à intervenção cirúrgica para tórus palatino e mandibular, cistos entre outros. Pacientes que necessitem desses procedimentos para realização de peças protéticas, deverão ser considerados prioritários.

Cirurgias pré-protéticas

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (obrigatório);
- raio-x interproximal (se houver).

Nota: pacientes que necessitem desses procedimentos para realização de peças protéticas deverão ser considerados prioritários.

Correções de comunicação buco sinusal

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x oclusal (se houver);
- raio-x panorâmico (se houver).

Nota: pacientes que necessitem destes procedimentos deverão ser considerados prioritários.

Excisão de fenômenos de retenção (Rânulas e cálculos de glândulas salivares)

As solicitações que visam atendimento nessa especialidade deverão conter, de forma sucinta, o quadro clínico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (caso este apresente imagem de relevância);
- raio-x panorâmico (se houver).

Nota: Serão consideradas prioritárias todas as solicitações decorrentes de encaminhamentos internos, entre especialidades do próprio CEO, sendo observados os critérios descritos anteriormente.

Para todos os procedimentos de competência da especialidade de Cirurgia Bucomaxilo-facial o profissional executante poderá solicitar exames laboratoriais

complementares, se achar necessário.

Procedimentos classificados como de maior complexidade que **não** são listados como de competência dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são contemplados pelo "Protocolo sugerido para Consulta em Cirurgia Traumato-Bucomaxilofacial" a saber:

- biópsias do complexo maxilomandibular;
- cirurgia com finalidade ortodôntica;
- doenças relacionadas às glândulas salivares (maiores/menores);
- enxertos ósseos;
- fraturas faciais;
- mal oclusões dento-esqueléticas (cirurgia ortognáticas);
- malformações congênitas ou adquiridas da maxila e mandíbula;
- neoplasias do complexo maxilomandibular (benignas/malignas);
- transplante e reimplante dentário;
- tratamento cirúrgico dos cistos do complexo maxilomandibular;
- outras malformações ou doenças.

Nota: os procedimentos listados acima são considerados como procedimentos de média e alta complexidade e, por sua vez, deverão ser realizados em ambiente hospitalar, seguindo as especificações do protocolo que rege a especialidade cirurgia traumato-bucomaxilofacial.

Nota: para todos os procedimentos descritos acima, a correta descrição do quadro de saúde, histórico médico e grau de complexidade em que se encontra o paciente é de responsabilidade do **Solicitante,** devendo ser transcrita na íntegra pelo **Operador** no ato da regulação. A ausência de informações que justifiquem prioridade (CID, histórico, pareceres etc.) acarretarão em:

1-**Devolução** para correto preenchimento do encaminhamento por parte da unidade solicitante;

2- **Classificação como não prioritário** de acordo com os dados descritos no ato da regulação

5.4 Protocolo sugerido para a Consulta em Estomatologia

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 a 110 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ achados radiográficos que suscitem alterações ósseas / morfológicas;

▪ alterações de normalidade que suscitem diagnóstico duvidoso;

▪ lesões bucais com características ulcerativas;

▪ lesões com alteração de coloração, volume, textura e função dos tecidos moles do meio bucal;

▪ lesões decorrentes de peças protéticas antigas ou desadaptadas;

▪ lesões ou alterações morfológicas que necessitem de diagnostico especializado;

▪ pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia e radioterapia.

Orientações Gerais para Encaminhamento

Fornecer todas as orientações possíveis quanto a complexidade e necessidade de diagnóstico complementar para o paciente.

Especificar, no ato do encaminhamento, detalhadamente a:

1- localização (região, hemiarcada, dentes próximos etc.);

2- formato e/ou características

3- CID ou Provável CID das respectivas lesões.

Se possível encaminhar tomadas radiográficas da região em questão, em anexo.

Lesões bucais com características ulcerativas

Perda de solução de continuidade, com persistência em meio bucal em intervalo de tempo maior que quinze dias.

Lesões com alteração de coloração, volume, textura e função dos tecidos moles do meio bucal

Podendo ser de origem traumática ou erupção espontânea.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

433

▪ raio-x periapical para regiões de gengiva inserida (se houver).

Lesões ou alterações morfológicas que necessitem de diagnostico especializado

Considerar as aliterações que possam ser associadas a processos neoplásicos ou não, referenciando os casos que necessitem de biópsia incisional ou excisional.

Lesões decorrentes de peças protéticas antigas ou desadaptadas

Orientar o paciente quanto a eventual necessidade de troca das peças protéticas.

Alterações de normalidade que suscitem diagnóstico duvidoso

Considerar Relatos ou sintomatologia manifestados pelos pacientes que suscitem quadro patológico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ raio-x periapical para regiões de tecidos duros (se houver).

Achados radiográficos que suscitem alterações ósseas / morfológicas

Encaminhar pacientes que necessitem de diagnostico diferencial e/ou histopatológico.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ raio-x periapical e/ou interproximal (se houver).

Pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia e radioterapia

Encaminhar pacientes submetidos aos tratamentos de quimioterapia e radioterapia para monitoramento das condições bucais.

Nota: este item considera acesso para atendimento oncológico dos pacientes classificados como de Alta Complexidade.

Nota: para todos os procedimentos descritos acima, a correta descrição do quadro de saúde, histórico médico e grau de complexidade em que se encontra o paciente é de responsabilidade do **Solicitante,** devendo ser transcrita na íntegra pelo **Operador** no ato da regulação.

A ausência de informações que justifiquem prioridade (CID, histórico, pareceres etc.) acarretarão em:

1- **Devolução** para correto preenchimento do encaminhamento por parte da unidade solicitante;

2- **Classificação como não prioritário** de acordo com os dados descritos no ato da regulação.

5.5 Protocolo sugerido para a Consulta em Prótese Dentária

a) Sexo: ambos

b) Idade: 12 a 110 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- prótese dentária parcial superior;
- prótese total inferior;
- prótese total maxilar superior;
- próteses total dupla (para ambas as arcadas);
- reembasamento de prótese e readaptação da base acrílica.

Orientações Gerais para Encaminhamento

Deverão ser encaminhados pacientes com demais etapas clínicas e atendimentos especializados concluídos.

Pacientes com necessidades cirúrgicas complexas (correção de rebordo alveolar, expansão de fundo de fórnix, levantamento de seio maxilar, por exemplo) deverão ser encaminhados primeiramente para o Cirurgião Bucomaxilofacial.

É obrigação da atenção primária verificar as condições do rebordo alveolar, ausência de hiperplasias e exodontias realizadas em período superior a 30 (trinta) dias.

Certificar-se de que pacientes encaminhados para confecção de Prótese Parcial Acrílica tenham recebido as orientações quanto a higiene e manutenção das peças protéticas.

Prótese Total Maxilar Superior

Deverá ser solicitada mediante encaminhamento emitido por profissionais de UBS, USF, CF, Policlínicas e CEOS respectivamente, consideradas as orientações gerais para encaminhamento.

Próteses Total Dupla (Para ambas as arcadas)

Deverão ser mencionadas no encaminhamento como “Prótese Total Dupla”.

Deverá ser solicitada mediante encaminhamento emitido por profissionais de UBS, USF, CF, Policlínicas e CEOS respectivamente, consideradas as orientações gerais para encaminhamento.

Prótese Dentária Parcial Superior

Modalidade de Prótese destinada somente para arcada superior, considerar comprometimento estético.

O término do tratamento clinico e periodontal é pré-requisito para solicitação deste procedimento.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

▪ raio-x periapical dos dentes remanescentes envolvidos na confecção da prótese (se houver)

Prótese Total Inferior

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 451

Deverá ser solicitada mediante encaminhamento emitido por profissionais de UBS, USF, CF, Policlínicas e CEOS respectivamente, consideradas as orientações gerais para encaminhamento.

Reembasamento de prótese e readaptação de peças protéticas

Poderá ser solicitado o reembasamento ou reajuste da peça protética que necessite de adaptação da área de suporte. O reembasamento ou reajuste deverá ser solicitado nos procedimentos protéticos disponíveis, de acordo com a necessidade da prótese, ou seja, reembasamento de prótese total dupla deverá ser solicitado no procedimento de Prótese Total Dupla e descrever no histórico do procedimento de que necessita de reembasamento ou reajuste. E, assim, sucessivamente.

Este procedimento só poderá ser requisitado para próteses realizadas pela atenção odontológica da REMUS.

Nota: Serão consideradas prioritárias para esta especialidade todas as solicitações de pacientes com comprometimento da saúde geral do indivíduo em virtude da ausência da função mastigatória.

Nota: Serão consideradas prioritárias todas as solicitações decorrentes de encaminhamentos internos, entre especialidades do próprio CEO, sendo observados os critérios descritos anteriormente.

Nota: para todos os procedimentos descritos acima, a correta descrição do quadro de saúde, histórico médico e grau de complexidade em que se encontra o paciente é de responsabilidade do **Solicitante,** devendo ser transcrita na íntegra pelo **Operador** no ato da regulação.

A ausência de informações que justifiquem prioridade (CID, histórico, pareceres etc.) acarretarão em:

1- **Devolução** para correto preenchimento do encaminhamento por parte da

unidade solicitante;

2- **Classificação como não prioritário** de acordo com os dados descritos no ato da regulação.

5.6 Protocolo sugerido para a Consulta em Radiologia Odontológica

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 a 110 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ pacientes com dificuldade de realização de tomada radiográfica na atenção primária;

▪ pacientes com necessidade de raio-x para fechamento de diagnóstico;

▪ pacientes com necessidades cirúrgicas.

Orientações Gerais para Encaminhamento

Unidades de Saúde que possuem aparelhos de raio-x poderão encaminhar pacientes cuja condição clínica dificulte ou inviabilize a tomada radiográfica necessitando de atendimento e/ou laudo especializado.

Não encaminhar pacientes cuja a avaliação clínica inicial descarta a necessidade do exame radiográfico, exceto para os casos que envolvam a avaliação de possíveis comorbidades (rastreamento de fístulas, dor de origem inespecífica, alterações ósseas próximas a dentes de exodontia indicada e/ou abertura coronária, por exemplo).

Enumerar corretamente as tomadas radiográficas e, caso sejam necessárias mais de uma por paciente, especificar detalhadamente, justificando a necessidade das mesmas.

Orientar os pacientes quanto a importância das radiografias para a continuidade do tratamento, bem como sua correta manutenção e armazenamento.

Pacientes com dificuldade de realização de tomada radiográfica na atenção primária

Encaminhar pacientes com dificuldade de posicionamento ou estabilização da película radiográfica.

Pacientes com necessidade de Raio-x para fechamento de diagnóstico

Encaminhar paciente com necessidade de diagnóstico diferencial ou com necessidade de técnica radiográfica diferenciada.

Pacientes com necessidades cirúrgicas

Encaminhar pacientes em que a tomada radiográfica seja pré-requisito para realização do procedimento cirúrgicos.

Nota: Serão consideradas prioritárias todas as solicitações decorrentes de encaminhamentos internos, entre especialidades do próprio CEO, sendo observados os critérios descritos anteriormente.

Para todos os procedimentos descritos acima, a correta descrição do quadro de saúde, histórico médico e grau de complexidade em que se encontra o paciente é de responsabilidade do **Solicitante,** devendo ser transcrita na íntegra pelo **Operador** no ato da regulação.

A ausência de informações que justifiquem prioridade (CID, histórico, pareceres etc.) acarretarão em:

1- **Devolução** para correto preenchimento do encaminhamento por parte da unidade solicitante;

2- **Classificação como não prioritário** de acordo com os dados descritos no ato da regulação.

5.7 Protocolo sugerido para a Consulta em Odontologia para Pacientes Portadores de Necessidades Especiais (pessoas com deficiência).

a**) Sexo: ambos**

b) Idade: 0 a 110 anos

c) Motivos do encaminhamento:

▪ comprometimento ou restrição fisiológica que demandem atenção especializada;

▪ deficiências sensoriais;

▪ desvios de interação social que caracterizem transtornos e/ou déficit cognitivos;

▪ desvios e limitações intelectuais;

▪ distúrbios motores;

▪ distúrbios neurológicos;

▪ distúrbios psicológicos e/ou psiquiátricos;

▪ doenças de cunho sistêmico com caráter limitante;

▪ doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central;

▪ doenças endócrino-metabólicas;

▪ doenças infectocontagiosas;

▪ má formações e transtornos de caráter congênito;

▪ má formações e transtornos de caráter genético;

▪ pacientes oncológicos.

Orientações Gerais Para Encaminhamento

Encaminhar pacientes atendidos pelas unidades de atenção primária, que mesmo constatada a necessidade de tratamento odontológico, não permitiram e/ou inviabilizaram o atendimento clínico ambulatorial convencional.

Fornecer todas as orientações possíveis em relação à complexidade do quadro apresentado pelo paciente no ato do encaminhamento, bem como demais informações de relevância do quadro de saúde geral do mesmo.

Especificar por escrito no campo “Observações” da solicitação, a justificativa para a não realização do atendimento odontológico pela unidade/profissional em questão.

Sempre que possível, o paciente identificado como Portador de Necessidades Especiais deverá comparecer ao atendimento com um acompanhante e/ou responsável conhecedor de seu quadro e histórico clínico.

Pacientes não colaborativos atendidos nos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO - serão encaminhados para atendimento odontológico hospitalar somente pelos especialistas.

Os pacientes em tratamento médico cuja condições sistêmicas comprometam o atendimento odontológico, deverão apresentar laudo médico para início tratamento.

Desvios e limitações intelectuais

Encaminhar pacientes com déficit de atenção/aprendizado severos e graves ou portadores de retardo mental e/ou deficiência intelectual.

Pacientes que se encontrem dentro desta classificação e que se apresentarem colaborativos, serão considerados de competência da atenção primária.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal (se houver)

Malformação e transtorno de caráter congênito

Encaminhar portadores de anomalias e deformidades de ordem congênitas, englobando todas as enfermidades que se apresentem na ocasião do nascimento.

Pacientes que se encontrem dentro desta classificação e que se apresentarem colaborativos, serão considerados de competência da atenção primária.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal (se houver)

Malformação e transtorno de caráter genético

Encaminhar pacientes portadores de anomalias e deformidades de ordem genética, englobando as síndromes correspondentes de características próprias (trissomias, nulissomias etc.).

Pacientes que se encontrem dentro desta classificação e que se apresentarem colaborativos, serão considerados de competência da atenção primária.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal (se houver)

Distúrbios neurológicos

Encaminhar pacientes com diagnóstico específico, juntamente com laudo médico que comprove o quadro sugerido.

Pacientes que se encontrem dentro desta classificação e que se apresentarem colaborativos, serão considerados de competência da atenção primária.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal (se houver)

Doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central

Encaminhar pacientes com diagnóstico de doenças do neurônio motor, escleroses, demência senil e/ou doença de Alzheimer, com quadro geral que comprometa o atendimento ambulatorial.

Pacientes que se encontrem dentro desta classificação e que se apresentarem colaborativos, serão considerados de competência da atenção primária.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal (se houver)

Distúrbios psicológicos e/ou psiquiátricos

Encaminhar pacientes sob acompanhamento médico e/ou psicológico com (quadro de esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão severa etc.)

Pacientes que se encontrem dentro desta classificação e que se apresentarem colaborativos, serão considerados de competência da atenção primária.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal (se houver)

Distúrbios motores

Encaminhar pacientes cuja alteração fisiológica e/ou motora constituam dificuldade ou mesmo impossibilitem o tratamento odontológico ambulatorial.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal (se houver)

Nota: pacientes com alteração fisiológica e/ou motora que não incorram em comprometimento do sistema estomatognático, serão considerados como de referência para a atenção primária.

Deficiências sensoriais

Encaminhar pacientes cuja deficiência sensorial constituam dificuldade ou mesmo impossibilitem o tratamento odontológico ambulatorial.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal (se houver)

Nota: pacientes cuja deficiência sensorial motora não incorra em comprometimento para o atendimento odontológico (pacientes portadores de cegueira, por exemplo), serão considerados como de referência para a atenção primária, caso não apresentem comorbidade associada que confira viabilidade ao encaminhamento.

Doenças endócrinometabólicas

Encaminhar pacientes que apresentem quadro metabólico alterado e/ou descompensado, cujo quadro sistêmico comprometa ou mesmo impossibilite o tratamento odontológico ambulatorial.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal (dependendo do procedimento solicitado)

Nota: pacientes considerados controlados, fora de risco ou mesmo dentro do padrão aceitável de homeostasia metabólica, serão considerados como de referência para a atenção primária.

Doenças infectocontagiosas

Encaminhar pacientes diagnosticados como portadores de doenças autoimunes e/ou doenças infectocontagiosas que se encontrem descompensados ou debilitados em função das mesmas.

Os pacientes deverão apresentar autorização para tratamento odontológico fornecido pela equipe médica responsável.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal (dependendo do procedimento solicitado)

Nota: pacientes considerados descompensados, com quadro clínico desfavorável, deverão ser considerados urgência.

Desvios de interação social que caracterizem transtornos e/ou déficit cognitivos

Encaminhar pacientes diagnosticados dentro do Transtorno do Espectro do Autista (TEA) e pacientes com transtornos cognitivos que impossibilitem o atendimento ambulatorial.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal (dependendo do procedimento solicitado ou da possibilidade de execução)

Nota: pacientes considerados colaborativos, deverão ser considerados urgência. Serão considerados como de referência para a atenção primária.

Comprometimento ou restrição fisiológica que demandem atenção especializada

Encaminhar pacientes portadores de alterações e/ou malformações musculoesqueléticas que comprometam região de cabeça, pescoço e orofaringe, cujo quadro geral comprometa ou mesmo impossibilite o tratamento odontológico ambulatorial.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal (dependendo do procedimento solicitado)

Nota: pacientes considerados controlados, fora de risco ou mesmo dentro do padrão aceitável de homeostasia metabólica, serão considerados como de referência para a atenção primária.

Doenças de cunho sistêmico com caráter limitante

Encaminhar pacientes portadores de alterações sistêmicas que incorram em risco ou mesmo impossibilite o tratamento odontológico ambulatorial.

Encaminhar pacientes cadeirantes ou com dificuldade de locomoção, que não consigam acomodar-se no equipo odontológico.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical e/ou interproximal (dependendo do procedimento solicitado)

Pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia e radioterapia (CID C)

Encaminhar pacientes submetidos aos tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia.

Estes pacientes serão considerados prioritários.

Nota: este item TAMBÉM considera acesso para atendimento oncológico dos pacientes classificados como de Alta Complexidade (acesso aos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO- para as Unidades de Assistência de Alta Complexidade - UNACON).

Nota: o profissional especialista encaminhará para atendimento hospitalar, pacientes que se encontrem dentro das classificação acima descritas, mas não se apresentarem colaborativos ao ponto de incorrer em risco para si ou para os demais envolvidos no atendimento.

Nota: Serão consideradas prioritárias todas as solicitações decorrentes de encaminhamentos internos, entre especialidades do próprio CEO, sendo observados os critérios descritos anteriormente.

para todos os procedimentos descritos acima, a correta descrição do quadro de saúde, histórico médico e grau de complexidade em que se encontra o paciente é de responsabilidade do **Solicitante**. A ausência de informações que justifiquem prioridade (CID, histórico, pareceres etc.) acarretarão em:

1- **Devolução** para correto preenchimento do encaminhamento por parte da unidade solicitante;

2- **Classificação como não prioritário** de acordo com os dados descritos no ato da regulação.

5.8 Protocolo sugerido para o Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais (sob sedação – atendimento odontológico hospitalar)

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 a 110 anos

c) Motivos do encaminhamento:

- alterações sistêmicas e/ou fisiológicas de caráter limitante ou morbidade;
- desvios e limitações intelectuais e/ou déficit cognitivos;
- distúrbios psicológicos e/ou psiquiátricos;
- doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central;
- má formações e transtornos de caráter congênito e/ou genético.

Nota: o protocolo de Tratamento para Pacientes com Necessidades Especiais (Sob Sedação) é para uso dos Centro de Especialidades Odontológicas. As unidades de APS deverão fazer uso do Protocolo sugerido para a Consulta em Odontologia para Pacientes Portadores de Necessidades Especiais (Pessoa com Deficiência), item 5.7, para encaminhar para os CEO's.

Orientações Gerais para encaminhamento

O atendimento odontológico abrangendo a especialidade de Odontologia para Portadores de Necessidades Especiais sob sedação, poderá ser solicitado somente por profissionais lotados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON).

Pacientes considerados para o tratamento sob sedação deverão ser encaminhados para os serviços de referência obrigatoriamente com informações e histórico detalhado que justifique a inviabilidade clínica;

Não deverão ser encaminhados pacientes cujos pais e/ou responsáveis não estejam de acordo com o tratamento proposto ou questionem a conduta clínica bem como diagnóstico do profissional que realizar a referência.

Desvios e limitações intelectuais e/ou déficit cognitivos

Encaminhar pacientes com déficit de atenção/aprendizado severos e graves ou portadores de retardo mental e/ou deficiência intelectual que justifique o atendimento sob sedação.

Encaminhar pacientes com transtornos cognitivos, com grau de interação e/ou compreensão deficitária cujo comportamento incorra risco para o atendimento em ambulatório justificando o atendimento sob sedação.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

- no ato da consulta especializada o paciente e/ou responsável deverá apresentar histórico médico/odontológico que justifique o procedimento âmbito hospitalar.
- laudos, pareceres ou diagnósticos documentados, juntamente com demais exames complementares que especifiquem o quadro clínico do paciente.

Má formações e transtornos de caráter congênito e/ou genético

Encaminhar portadores de anomalias e deformidades de ordem congênitas, englobando todas as enfermidades que se apresentem na ocasião do nascimento e que incorram em risco para o atendimento em ambulatório, justificando o atendimento sob sedação.

Encaminhar pacientes portadores de anomalias e deformidades de ordem genética englobando as síndromes correspondentes de características próprias (trissomias, nulissomias etc.), com quadro geral justifique atendimento sob sedação.

Deverão ser informados no ato da solicitação, os seguintes exames complementares:

▪ no ato da consulta especializada o paciente e/ou responsável deverá apresentar histórico médico/odontológico que justifique o procedimento âmbito hospitalar;

▪ laudos, pareceres ou diagnósticos documentados, juntamente com demais exames complementares que especifiquem o quadro clínico do paciente.

Doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central

Encaminhar pacientes com diagnóstico de doenças do neurônio motor, escleroses, demência senil e/ou doença de Alzheimer, com quadro geral que justifique atendimento sob sedação.

No ato da consulta especializada, o paciente e/ou responsável deverá apresentar histórico médico/odontológico que justifique o procedimento no âmbito hospitalar.

Será necessário apresentar laudos, pareceres ou diagnósticos documentados, juntamente com demais exames complementares que especifiquem o quadro clínico do paciente.

Distúrbios psicológicos e/ou psiquiátricos

Encaminhar pacientes sob acompanhamento médico, psicológico e/ou psiquiátrico com quadro de esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão severa e etc. Encaminhar, também, pacientes sem poder de decisão ou considerados incapazes, com quadro geral que justifique atendimento sob sedação.

No ato da consulta especializada, o paciente e/ou responsável deverá apresentar histórico médico/odontológico que justifique o procedimento no âmbito hospitalar.

Será necessário apresentar laudos, pareceres ou diagnósticos documentados, juntamente com demais exames complementares que especifiquem o quadro clínico do paciente.

Alterações sistêmicas e/ou fisiológicas de caráter limitante ou morbidade

Encaminhar pacientes portadores de alterações e/ou malformações musculoesqueléticas que comprometam região de cabeça, pescoço e orofaringe, cujo quadro justifique atendimento sob sedação.

Encaminhar pacientes portadores de alterações sistêmicas que incorram em risco ou mesmo impossibilite o tratamento odontológico ambulatorial, cujo quadro justifique atendimento sob sedação.

No ato da consulta especializada, o paciente e/ou responsável deverá apresentar histórico médico/odontológico que justifique o procedimento no âmbito hospitalar.

Será necessário apresentar laudos, pareceres ou diagnósticos documentados, juntamente com demais exames complementares que especifiquem o quadro clínico do paciente.

Nota.: para todos os procedimentos descritos acima, a correta descrição do quadro de saúde, histórico médico e grau de complexidade em que se encontra o paciente é de responsabilidade do **Solicitante**. A ausência de informações que justifiquem prioridade (CID, histórico, pareceres etc.) acarretarão em:

1- **Devolução** para correto preenchimento do encaminhamento por parte da unidade solicitante;

2- **Classificação como não prioritário** de acordo com os dados descritos no ato da regulação.

5.9 Protocolo sugerido para a Consulta em Odontopediatria

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 a 11 anos, 11 meses e 29 dias

c) Motivos do encaminhamento:

- adequação do meio bucal;
- tratamento restaurador;
- tratamento endodôntico;
- cirurgia odontopediátrica geral.

Orientações Gerais para encaminhamento

Só serão aceitos encaminhamentos provenientes da Atenção Primária de crianças não colaborativas, cujo comportamento incorra em risco às mesmas e aos profissionais envolvidos no atendimento.

Deverão ser encaminhadas para a especialidade após 03 tentativas de atendimento sem sucesso (relatadas em prontuário físico e/ou eletrônico) na unidade de origem.

Pais, responsáveis e a própria criança deverão ser orientados quanto aos procedimentos de higiene bucal e controle de biofilme.

Nos casos de urgência, a Atenção Primária deverá prestar o primeiro atendimento ao paciente, medicar e orientar adequadamente.

Informar aos responsáveis pelo menor que a consulta especializada não garante a mudança de comportamento da criança e nem de que aceitará o tratamento sem contenção apropriada.

Adequação do meio bucal

Encaminhar pacientes portadores de extensas lesões de carie comprometendo vários elementos dentários

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (se houver);
- raio-x interproximal (se houver).

Tratamento restaurador

Encaminhar pacientes portadores de lesões de cárie cuja conduta dos mesmos impossibilite o procedimento restaurador pela atenção primária.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (se houver);
- raio-x interproximal (se houver).

Tratamento endodôntico

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 466

Encaminhar pacientes portadores de lesões de cárie com invasão e/ou comprometimento da polpa dentária com indicação de pulpotomia ou pulpectomia.

Lesões de periápice com secreção purulenta drenante, comprometimento do tecido subjacente ou mesmo do germe do dente permanente, deverão ser indicados para exodontia.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (se houver).
-

Cirurgia odontopediátrica geral

Encaminhar pacientes portadores de indicação cirúrgica de dentes decíduos, pacientes com elementos dentários com lesões de periápice e/ou secreção purulenta drenante.

Deverão ser informados os seguintes exames complementares:

- raio-x periapical (se houver);
- raio-x interproximal (se houver).
-

Nota: Serão consideradas prioritárias todas as solicitações decorrentes de encaminhamentos internos, entre especialidades do próprio CEO, sendo observados os critérios descritos anteriormente.

Nota: para todos os procedimentos descritos acima, a correta descrição do quadro de saúde, histórico médico e grau de complexidade em que se encontra o paciente é de responsabilidade do **Solicitante**. A ausência de informações que justifiquem prioridade (CID, histórico, pareceres etc.) acarretarão em:

1- **Devolução** para correto preenchimento do encaminhamento por parte da unidade solicitante;

2- **Classificação como não prioritário** de acordo com os dados descritos no ato da regulação.

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 467

5.10 Protocolo sugerido para a Consulta em Frenectomia (odontopediatria)

a) Sexo: ambos

b) Idade: 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias

c) Motivos do encaminhamento:

Anquiloglossia

▪ esse procedimento é especificamente destinado para atendimento dos casos de Anquiloglossia.

▪ pacientes diagnosticados de acordo com a classificação de Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool), que apresentem escores baixos mediante avaliação, classificados com severo ou moderado.

▪ pacientes submetidos a testes de diagnóstico para a avaliação do frênulo lingual em bebês, onde o somatório dos escores da avaliação anatomofuncional indiquem a necessidade cirúrgica;

▪ pacientes neonatos diagnosticados com dificuldade na amamentação em função de déficit de motilidade da língua;

▪ pacientes diagnosticados com interferência na fonética associados à hiperplasia do freio lingual;

▪ pacientes com dificuldades de mastigação, deglutição e/ou qualquer outra alteração bucal relacionada a hiperplasia do freio lingual diagnosticada pelo médico, cirurgião-dentista ou fonoaudiólogo.

Deverá ser informados no ato da solicitação, o parecer do Fonoaudiólogo atestando a necessidade do procedimento (se houver).

No caso de recém-nascidos é necessária a menção dos resultados das aplicações dos protocolos de avaliação de mamada (Bristol ou Unicef) no ato da solicitação do procedimento.

Observações Gerais necessárias

1). Este procedimento se destina especificamente às crianças menores de 5 anos.

2) Pacientes recém-nascidos serão priorizados em função das implicações nutricionais e de desenvolvimento que estes possam apresentar em detrimento da Anquiloglossia.

3) Pacientes com idade inferior a 12 meses, com suspeita de desmame precoce em razão de alterações de forma/motilidade da língua serão considerados prioridade.

Nota: para todos os procedimentos descritos acima, a correta descrição do quadro de saúde, histórico médico e grau de complexidade em que se encontra o paciente é de responsabilidade do **Solicitante**.

A ausência de informações que justifiquem prioridade (CID, histórico, pareceres etc.) acarretarão em:

1- **Devolução** para correto preenchimento do encaminhamento por parte da unidade solicitante;

2- **Classificação como não prioritário** de acordo com os dados descritos no ato da regulação.

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 469

Anexos

Protocolo de Acesso



Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Anexo 1

Laudo para Solicitação de Consulta Especializada

Sistema de Regulação

Identificação do Paciente

Nome: _____ Nasc: _____/_____/_____

CNS: _____ Prontuário: _____

CPF: _____ Sexo: ☐M ☐F Raça/Cor: _____

Nome da Mãe: _____ Tel Contato: _____

Nome do Responsável: _____ Tel Contato: _____

Endereço (Rua, Número, Bairro): _____

Município de Residência: _____ UF: _____ CEP: _____

Identificação do Solicitante

Unidade: _____ CNES: _____

Município: _____ Tel/Fax: _____

Identificação da Solicitação Consulta Especializada

Nome:	Código: 0301010072	Cid 10:

Informações para a Solicitação do Atendimento

Queixa | Quadro Clínico | Exame Físico | Exames Complementares Realizados | Medicamentos em Uso | Outros

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Motivo do Encaminhamento com Hipótese Diagnóstica

_____

_____

Profissional Solicitante

Nome: _____ Conselho de Classe: _____

Data: _____/_____/_____

Horário: _____

_____
Assinatura e Carimbo

Motivo da Recusa para o Agendamento

_____

Data: _____/_____/_____ Horário: _____/_____/_____

456

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Laudo de Consulta Especializada para Contra-Referência

Sistema de Regulação

Identificação do Agendamento no Executante

Unidade: _____ CNES: _____

Endereço: _____

Município: _____ Tel./Fax: _____

Data: _____/_____/_____ Horário: _____ **Chave:** _____

Profissional Executante: Tel.: _____

Atendimento efetuado na Referência Especializada

Consulta especializada em: _____

Cid 10 Definitivo: _____

Informações do Atendimento Realizado

Diagnóstico Definitivo | Exames Complementares com Resultados | Medicação Prescrita | Orientações

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Retorno para nova consulta com o especialista a partir de: _____/_____/_____

Profissional Executante

Nome: _____ Conselho de Classe: _____

Data: _____/_____/_____

Horário: _____

_____
Assinatura e Carimbo

*O Preenchimento deverá ser legível (Letra de Forma, Preferencialmente);
**O Paciente é responsável pela guarda e a apresentação do formulário na referência e contra-referência;
***O extravio do formulário implica em perda do agendamento.
****O Paciente deverá estar munido dos últimos exames realizados para avaliação do médico/odontólogo especialista e do médico/odontólogo da contra-referência (UBS/USF/CF/Referência).

457

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Anexo 2

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

fls.1/2

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE | 2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE | 4 - SEXO: Mas. ☐ Fem. ☐ | 5 - Nº DO PRONTUÁRIO
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | 7 - DATA DE NASCIMENTO | 8 - RAÇA/COR | 8.1 - ETNIA
9 - NOME DA MÃE | 10 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE
11 - NOME DO RESPONSÁVEL | 12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO | 16 - UF | 17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | 20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 32 - QTDE
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | 37-CID10 PRINCIPAL | 38-CID10 SECUNDÁRIO | 39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 42-DATA DA SOLICITAÇÃO | 45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF | 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF | 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50-DATA DA AUTORIZAÇÃO | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 – NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | 55 - CNES

458

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 - Página 473

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Anexo 3

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:	Cód. CNES:	Op. Solicitante:	Op. Videofonista:

DADOS DO PACIENTE

CNS:			
Nome do Paciente	Nome Social/Apelido: ---	Data de Nascimento:	Sexo:
Nome da Mãe	Raça:		Tipo Sanguíneo: ---
Nacionalidade:	Município de Nascimento:		
Tipo Logradouro:	Logradouro:		Complemento:
Número:	Bairro:		CEP:
País de Residência:	Município de Residência:		
Telefone(s):			

(Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:		Situação Atual:		
CPF do Médico Solicitante:	CRM:	Nome Médico Solicitante:		Vaga Solicitada: 1ª Vez
Diagnóstico Inicial:		CID:	Risco:	
Unidade Desejada: ---		Data Desejada: ---	Data Solicitação:	
Procedimentos Solicitados:		Cód. Unificado:	Cód. Interno:	

HISTÓRICO DE OBSERVAÇÕES

459

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

Anexo 4

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE | 2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE | 4 - SEXO (Mas. ☐ Fem. ☐) | 5 - Nº DO PRONTUÁRIO
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | 7 - DATA DE NASCIMENTO | 8 - RAÇA/COR | 8.1 - ETNIA
9 - NOME DA MÃE | 10 - TELEFONE DE CONTATO (DDD / Nº DO TELEFONE)
11 - NOME DO RESPONSÁVEL | 12 - TELEFONE DE CONTATO (DDD / Nº DO TELEFONE)
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO | 16 - UF | 17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | 20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | 37-CID10 PRINCIPAL | 38-CID10 SECUNDÁRIO | 39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 42-DATA DA SOLICITAÇÃO | 45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF | 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF | 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50-DATA DA AUTORIZAÇÃO | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | 55 - CNES

460

Protocolo de Acesso: Para consultas, exames e Procedimentos

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL - DADOS COMPLEMENTARES fls.2/2

1 - ONCOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO

59-Localização do tumor primário | 60-CID-10 Topografia

58-LINFONODOS REGIONAIS NVOLVIDOS SIM NÃO NÃO AVALIÁVEIS | 61-Localização de Metástase(s)

57-Estadiamento | 58-Estádio (outro sistema) | 56-Grau Histopatológico

62-Diagnóstico Citológico/Histopatológico | 41-Data

1.1 - QUIMIOTERAPIA

62 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)? ☐ SIM ☐ NÃO

Tratamento(s) Anterior(es)	63-Descrição	64-Data de Início
1º		
2º		
3º		

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

65-Continuidade do Tratamento ☐ NÃO ☐ SIM | 66-Data de Início do Tratamento Solicitado | 67-ESQUEMA (Sigla ou abreviatura) | 68-Nº Total de Vezes Planejadas | 69-Nº de Vezes Autorizadas

1.2 - RADIOTERAPIA

70 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)? ☐ SIM ☐ NÃO

Tratamento(s) Anterior(es)	71 - Descrição	72 - Data de Início
1º		
2º		
3º		

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

73 - Continuidade do Tratamento ☐ NÃO ☐ SIM | 74 - Data de Início do Tratamento Solicitado | 75 - Finalidade ☐ RADICAL ☐ PALIATIVA ☐ ADJUVANTE ☐ PRÉVIA ☐ ANTIÁLGICA ☐ ANTIHEMORRÁGICA

ÁREA IRRADIADA

	76 - CID Topográfico	77 - Descrição	78 - Nº Campos/Incidências	79 - Data de Início	80 - Data de Término
1					
2					
3					

2 – NEFROLOGIA

81-PRIMEIRO ATENDIMENTO

DATA DA 1ª DIÁLISE REALIZADA

Uréia | ml | ACESSO VASCULAR ☐ Sim ☐ Não

Peso | Kg | ☐ HIV ☐ Positivo ☐ Negativo

Diurese | ml | ☐ HCV ☐ Positivo ☐ Negativo

Glicose | mg/dl | ☐ HBs Ag ☐ Positivo ☐ Negativo

Albumina | % | Ultrassonografia Abdominal ☐ Sim ☐ Não

Hb | g%

82-SEGUIMENTO

TRU | Neurite na fase da CNCDG ☐ Sim ☐ Não

Hb | g% | ☐ HIV ☐ Positivo ☐ Negativo

Albumina | g% | ☐ HCV ☐ Positivo ☐ Negativo

Internação de Parada | DTD | ☐ HBs Ag ☐ Positivo ☐ Negativo

SOLICITAÇÃO	AUTORIZAÇÃO
83-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE	84-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

461

PORTARIA N. 10, DE 14 DE SETEMBRO DE 2026.

Designa servidor para atuar como Médico Regulador na Central Municipal de Regulação do Sistema Único de Saúde de Maracaju – MS, e dá outras providências.

O(A) SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARACAJU, Estado de Mato Grosso do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Orgânica do Município e pela legislação vigente, na condição de gestor(a) do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, e

CONSIDERANDO a Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que atribui à direção municipal do SUS o controle, a avaliação e a organização dos serviços de saúde em seu território;
CONSIDERANDO a Portaria GM/MS n. 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS e estabelece que a regulação do acesso à assistência abrange a regulação médica, exercida por profissional médico com autoridade sanitária para a garantia do acesso, com base em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização;
CONSIDERANDO a Resolução SMS n. 001, de 14 de setembro de 2026, que adotou, no âmbito do Município de Maracaju, o Protocolo de Acesso para Consultas, Exames e Procedimentos da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS como instrumento oficial de referência para a regulação do acesso ambulatorial;
CONSIDERANDO que a operação do Sistema Nacional de Regulação – SISREG no perfil de regulador é atribuição privativa de profissional médico, nos termos das normas do Ministério da Saúde;
CONSIDERANDO a necessidade de formalizar a designação de profissional médico responsável pela análise, autorização, priorização e negativa fundamentada das solicitações de consultas especializadas, exames e procedimentos eletivos no âmbito da Central Municipal de Regulação;
RESOLVE:
Art. 1º Designar o servidor VINICIUS GABRIEL BEILNER, Médico, matrícula n. 52896, para atuar como Médico Regulador na Central Municipal de Regulação do Sistema Único de Saúde de Maracaju – MS.
Art. 2º Compete ao servidor designado, no exercício da função de Médico Regulador:
I – analisar as solicitações de consultas especializadas, exames e procedimentos eletivos inseridas no Sistema Nacional de Regulação – SISREG, ou em sistema que venha a substituí-lo, procedendo à sua autorização, devolução para complementação ou negativa fundamentada;
II – realizar a classificação de risco e a priorização das solicitações segundo a gravidade clínica, com base no protocolo de acesso adotado pelo Município e nas diretrizes clínicas do Ministério da Saúde;
III – exercer a autoridade sanitária na regulação do acesso, nos termos da Política Nacional de Regulação do SUS;
IV – decidir de forma fundamentada sobre os casos não contemplados no protocolo e sobre as situações excepcionais justificadas pelo profissional solicitante;
V – orientar os profissionais solicitantes das unidades de saúde quanto ao correto preenchimento das solicitações e à aplicação do protocolo de acesso;
VI – manter registro dos atos de regulação, com os respectivos motivos, para fins de monitoramento, auditoria e resposta a órgãos de controle;
VII – participar do monitoramento das listas de espera, do absenteísmo e da perda primária de vagas, propondo medidas de melhoria;
VIII – subsidiar a Secretaria Municipal de Saúde com informações técnicas para a elaboração de respostas a demandas administrativas e judiciais relativas ao acesso a consultas, exames e procedimentos;
IX – manter sigilo sobre as informações clínicas e pessoais dos usuários a que tiver acesso, observada a Lei Federal n. 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), e o Código de Ética Médica.
Art. 3º Fica autorizada a solicitação, junto ao gestor do SISREG competente, da criação ou atualização do acesso do servidor designado no perfil de Médico Regulador, vinculado ao Município de Maracaju – MS.
Art. 4º Nas ausências e impedimentos legais do servidor designado, a função será exercida por profissional médico indicado pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante ato próprio.
Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Registre-se. Publique-se. Cumpra-se.

Chirlei Oliveira Rocha
Secretária Municipal de Saúde

DIÁRIO OFICIAL

MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS

D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 **- Página 477**

PUBLICAÇÕES A PEDIDO

ATA N° 004/2026 DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - CMDPD/MARACAJU - MS

CMDPD
Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência

Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Maracaju-MS
Criado pela Lei Municipal nº 1.701-2012, de 20 de dezembro de 2012
Rua Francisco Marcondes, 301 Centro, Fone 3454-1167
Email: cmdpd@maracaju.ms.gov.br

ATA Nº004/2026 DA REUNÃO ORDINÁRIA CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA- CMDPD/MARACAJU-MS. Aos dezoito dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e seis, as oito horas, na Sede dos Conselhos cito Rua Francisco Marcondes-301-Maracaju-MS, reuniram-se os membros do Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência-CMDPD/Maracaju MS, com a seguinte pauta do dia: **1) ELEIÇÃO MESA DIRETORA; 2) OFÍCIO SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL Nº086/2026.** Estavam presentes os seguintes conselheiros: Pamela Sanabria Duartez Chemi, Maria Aparecida dos Santos, Walter Luiz Medeiros, Jaqueline Barbosa da Silva Queiroz, Zilda Pereira Melo, Juliana Moura Cardosa, Marcella Papa Nogueira Martins e Gizelly Pereira Rodrigues Furtado – Secretária Executiva do Conselho. A Secretária Executiva deu abertura à Assembleia, agradecendo a presença de todos os participantes. Em seguida, iniciou a Reunião Ordinária, informando aos conselheiros presentes que, em razão da solicitação de desligamento do Conselho apresentada pelo então Presidente, Sr. Nelson dos Santos, o Conselho encontra-se, atualmente, sem Presidente. A Secretária Executiva ressaltou que, conforme estabelecido na Lei Municipal e no Regimento Interno do Conselho, faz-se necessária, na presente reunião, a realização da eleição para o cargo de Presidente do Conselho. Na oportunidade, a Secretária Executiva solicitou aos conselheiros interessados em se candidatar ao cargo que manifestassem seu interesse sendo que precisa ser representante da sociedade civil. Enquanto aguardava a manifestação dos candidatos, informou que a 1ª Secretária do Conselho Marcella Papa daria continuidade aos trabalhos da reunião. Seguindo para o próximo item **2) OFÍCIO SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL Nº086/2026** a secretária Marcella leu o oficio na integra, referente a uma denúncia apresentada a este conselho referente a "barra de apoio na entrada principal do CadÚnico", em desacordo com as Leis Federais nº10.098/2000 e Lei nº13.146/2015 e nº10.741/2003, a secretaria de Assistência Social presta os seguintes esclarecimentos: que foi solicitada a Secretaria Municipal de Obras a adequação necessária, porem como o município não possuía contrato vigente para o serviço de serralheira, o que impossibilitou a instalação da barra de apoio. Ressaltando que a contratação do serviço e a aquisição de materiais deve observar os procedimentos estabelecidos pela legislação de licitações e contratos administrativos. Dessa forma foi necessário aguardamos a conclusão do processo licitatório para que fosse possível a contratação deste serviço. Após a regularização da licitação, esta secretaria (SAS) reiterou, por meio de diversas C.I (comunicação interna), a necessidade de execução das adequações junto à Secretaria de Oras. Em resposta, fomos informados que, em razão da elevada demanda de serviços, a secretaria de obras segue uma programação já estabelecida, e que assim que finalizar uma obra em andamento, seguirá para as adequações do CadÚnico serão iniciadas. O oficio na integra será arquivado a disposição de todos na sede deste conselho. A 1ª secretária Marcella após concluir a pauta, solicitou novamente que fossem apresentados os candidatos a presidência do conselho, o conselheiro titular Walter Luiz se candidatou a presidência do conselho após debate foi aprovado por unanimidade, ficando inalterados os outros membros da mesa Diretora. Ficando assim: Presidente: **Walter Luiz Medeiros**, Vice – Presidente: **Wanderson Blendo Barbosa Silva**, 1ª Secretária: **Marcella Papa Nogueira Martins** e 2ª Secretária: **Mariana Rodrigues da Silva Barbosa**, que será regulamentada na Resolução CMDPD nº 001/2026 e publicada em Diário Oficial. A Secretária Marcella Papa, agradeceu a presença de todos e deu por encerrada a reunião. Nada mais havendo a tratar, eu, Marcella Papa Nogueira Martins, encerro e assino esta ata juntamente com o Conselheiro Presidente Walter Luiz Medeiros e com os demais presentes a lista de presença em anexo.

Marcella Papa Nogueira Martins
1ª Secretária do CMDPD

Walter Luiz Medeiros
Presidente CMDPD

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 **- Página 478**

CMDPD
Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência

Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Maracaju-MS
Criado pela Lei Municipal nº 1.701-2012, de 20 de dezembro de 2012
Rua Francisco Marcondes, 301 Centro, Fone 3454-1167
Email: cmdpd@maracaju.ms.gov.br

Lista de presença referente à REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **ATA Nº 004/2026** referente ao dia **18/08/2026** às 8h.

	NOME	ASSINATURA
01	Pamela S. D. Oliveira	Pamela Sanabria
02	Maria Aparecida dos Santos	Maria Ap Santos
03	WALTER LUIZ MENEZES	
04	Jaqueline Barbosa da Silva da Silva Tilda Pereira Mello	Jaqueline Barbosa Tilda
05		
06	Juliana Moura Cardoso	Juliana Moura Cardoso
07	Marcella Lopes Nogueira Martins	Nogueira
08	Grizelly Pereira Rodrigues Furtado	
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		

CMDPD
Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência
Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Maracaju-MS
Criado pela Lei Municipal nº 1.701-2012, de 20 de dezembro de 2012
Rua Francisco Marcondes, 301 Centro, Fone 3454-1167
Email: cmdpd@maracaju.ms.gov.br

RESOLUÇÃO CMDPD Nº 001/2026, de 18 de agosto de 2026.

Dispõe sobre a **Eleição da Mesa Diretora** do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Maracaju-MS- **CMDPD.**

O Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Maracaju - MS– CMDPD, órgão colegiado de caráter permanente, propositivo, deliberativo e fiscalizador, de composição paritária entre representantes governamentais e sociedade civil, vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social que lhe dará apoio administrativo dentro de suas competências e atribuições regimentais,

CONSIDERANDO a deliberação da plenária do CMDPD, Ata nº 004/2026, da Reunião Ordinária aos dezoito dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e seis, na Sede dos Conselhos, sito a Rua Francisco Marcondes, 301, Centro, neste Município de Maracaju-Mato Grosso do Sul.

CONSIDERANDO o Decreto Nº 334/2025 de 29 de setembro de 2025, que nomeia os membros deste conselho;

CONSIDERANDO a **Lei Municipal** nº 1.701-2012, de 20 de dezembro de 2012.

R E S O L V E:

Artigo 1º - Aprovar a Mesa Diretora que serão compostos pelos conselheiros: **Presidente: Walter Luiz Medeiros**, Vice – Presidente: **Wanderson Blendo Barbosa Silva**, 1ª Secretária: **Marcella Papa Nogueira Martins** e 2º Secretária: **Mariana Rodrigues da Silva Barbosa**.

Artigo 2º - Esta resolução entra em vigor em conformidade com a ata CMDPD nº004/2026, revogando as disposições em contrário.

MARACAJU-MS, 18 de agosto de 2026.

Walter Luiz Medeiros
Presidente do CMDPD

CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO E CONTROLE SOCIAL DO FUNDO DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA E DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM EDUCAÇAO CACS-FUNDEB

Criado pela Lei Municipal nº 1.494/2007 de 30 de março de 2007. Reestruturado pela Lei Municipal nº 2.005/2021, 08 de abril de 2021. Regulamentado pela Lei Federal 14.113, de 25 de dezembro de 2020. Criação do Fundo Lei Municipal nº 1.493/2007 de 30 de março de 2007

Rua Francisco Marcondes, 301- centro. Fone 3454-1167

ATA Nº 06/2026 – CACS/FUNDEB – MARACAJU/MS. REUNIÃO ORDINÁRIA. Aos treze dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e seis, nas dependências da Sede dos Conselhos Municipais, no Município de Maracaju, Estado de Mato Grosso do Sul, realizou-se reunião ordinária do Conselho de Acompanhamento e Controle Social do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – CACS-FUNDEB, para apreciação e análise de documentos relacionados ao Programa Nacional de Apoio ao Transporte do Escolar – PNATE e ao Transporte Escolar Municipal, referentes aos exercícios de 2023, 2024 e 2025, bem como para análise da documentação referente à aplicação dos recursos do FUNDEB, especialmente quanto à remuneração dos profissionais da educação e à utilização dos recursos destinados às parcelas de 70% e 30%. Estiveram presentes os membros do Conselho constantes da lista de presença da reunião, a qual integra os registros desta ata para todos os fins, ficando a presença dos participantes devidamente registrada por meio das respectivas assinaturas. A reunião foi iniciada pela Presidente do CACS-FUNDEB, Márcia Helena de Andrade Sidrins, que agradeceu a presença e a participação de todos os membros, ressaltando a importância da atuação dos conselheiros no acompanhamento, fiscalização e controle social dos recursos públicos destinados à educação, destacando que a participação efetiva dos membros é fundamental para garantir transparência, responsabilidade e respeito aos princípios da administração pública. Na sequência, foi apresentada a pauta da reunião, tendo como principais assuntos a apreciação da documentação relacionada ao PNATE e ao Transporte Escolar Municipal, referente aos exercícios de 2023, 2024 e 2025, bem como a análise da documentação financeira e administrativa relacionada à aplicação dos recursos do FUNDEB e à remuneração dos profissionais da educação do Município de Maracaju. Dando continuidade aos trabalhos, foi realizada a leitura do Ofício nº 014/2026 – CACS/FUNDEB – Maracaju/MS, encaminhado à Secretaria Municipal de Educação, datado de 21 de maio de 2026, por meio do qual o Conselho solicitou informações complementares referentes ao PNATE e ao Transporte Escolar dos exercícios de 2023, 2024 e 2025. O referido ofício foi encaminhado considerando as atribuições legais do Conselho de acompanhamento, controle social e fiscalização da aplicação dos recursos públicos da educação, bem como a necessidade de acompanhamento contínuo da execução dos recursos destinados ao transporte escolar. Na leitura do documento, foram apresentados os principais itens solicitados à Secretaria Municipal de Educação, incluindo demonstrativos dos valores recebidos pelo Município por meio do PNATE, extratos bancários das contas vinculadas ao programa, prestações de contas encaminhadas ao FNDE, relação das rotas do transporte escolar, quilometragem de cada rota, número de alunos atendidos, relação da frota utilizada, contratos de transporte escolar, relatórios de empenhos, liquidações e pagamentos, despesas com combustível, manutenção, peças, pneus, seguros e demais custos operacionais, notas fiscais, relatórios de controle da execução das rotas, saldos financeiros e eventuais relatórios de fiscalização ou auditoria. Em seguida, foi realizada a leitura do Ofício de resposta encaminhado pela Secretaria Municipal de Educação, contendo as informações e documentos referentes aos exercícios de 2023, 2024 e 2025 relacionados ao Transporte Escolar Municipal e ao PNATE. Os documentos recebidos foram apresentados aos membros presentes para conhecimento e análise, sendo registrado que toda a documentação encaminhada pela Secretaria Municipal de Educação, juntamente com os demais documentos utilizados para os trabalhos de acompanhamento e fiscalização, permanece devidamente arquivada nas dependências da Sede dos Conselhos Municipais, ficando à disposição do CACS-FUNDEB para consultas, análises e demais procedimentos necessários ao exercício do controle social. Na sequência, a Presidente informou aos membros sobre o trabalho de análise das contas referentes ao primeiro e ao segundo bimestres do exercício de 2026, destacando que foram realizados procedimentos de conferência e análise da documentação apresentada ao Conselho, incluindo folhas de pagamento, documentos

financeiros, balanços, documentação bancária e demais registros relacionados à aplicação dos recursos do FUNDEB. Durante os trabalhos, foram realizados cruzamentos das informações constantes na documentação analisada, especialmente quanto aos valores destinados à remuneração dos profissionais da educação, buscando verificar a correspondência entre os registros financeiros, os pagamentos realizados e as informações constantes nos sistemas oficiais. Também foi realizado o cruzamento das informações com os dados registrados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Educação – SIOPE, considerando a responsabilidade do Conselho no acompanhamento das informações necessárias à validação do sistema e à manifestação quanto à sua conformidade. A Presidente esclareceu aos membros que a análise teve como objetivo verificar a consistência das informações apresentadas, possibilitando ao Conselho exercer suas atribuições de acompanhamento e controle social de forma responsável, transparente e democrática. Após a conferência da documentação referente ao primeiro e ao segundo bimestres, os membros presentes tomaram conhecimento dos documentos analisados, sendo registrado que, dentro da documentação apresentada e dos cruzamentos realizados pelo Conselho, não foram identificados irregularidades, agravantes ou inconsistências relevantes relacionadas às folhas de pagamento e à remuneração dos profissionais da educação do Município de Maracaju, conforme os documentos disponibilizados para análise. Ressaltou-se que o trabalho realizado pelo Conselho possui caráter de acompanhamento e fiscalização, buscando sempre assegurar que os recursos públicos vinculados à educação sejam aplicados de acordo com suas finalidades e que as informações apresentadas estejam de acordo com os registros financeiros e administrativos disponíveis. Foi também destacada a importância da análise conjunta das informações bancárias, financeiras, administrativas e dos dados registrados no SIOPE, de modo a proporcionar maior segurança e transparência aos procedimentos realizados pelo Conselho. Em relação à aplicação dos recursos do FUNDEB, foi reforçada a necessidade de acompanhamento da utilização dos recursos destinados à remuneração dos profissionais da educação, correspondente à parcela mínima de 70% dos recursos do Fundo, bem como do acompanhamento da aplicação da parcela de até 30% destinada às demais despesas permitidas, observando-se sempre a legislação vigente e as finalidades estabelecidas para os recursos do FUNDEB. Os membros presentes acompanharam as explicações apresentadas pela Presidente, podendo tomar conhecimento dos documentos e das informações analisadas durante a reunião. Na oportunidade, foi reafirmado que o CACS-FUNDEB continuará realizando o acompanhamento dos recursos da educação com responsabilidade, independência, transparência e respeito às atribuições legais do Conselho, buscando contribuir para o fortalecimento do controle social e para a correta aplicação dos recursos públicos. Após as discussões e os esclarecimentos apresentados, não havendo outros questionamentos ou assuntos a serem tratados, a Presidente agradeceu novamente a presença e a participação dos membros, ressaltando que a atuação coletiva do Conselho é essencial para o acompanhamento das políticas públicas educacionais e para a garantia da transparência na gestão dos recursos públicos. Ficou registrado, ainda, que os documentos analisados e os demais documentos apresentados durante a reunião permanecerão arquivados na Sede dos Conselhos Municipais, juntamente com os registros do CACS-FUNDEB, para eventual consulta e continuidade dos trabalhos de acompanhamento e fiscalização. Nada mais havendo a tratar, a Presidente deu por encerrada a reunião ordinária do CACS-FUNDEB, sendo lavrada a presente ata, que, após lida e considerada de acordo, será assinada somente pela Presidente do CACS-FUNDEB, ficando a participação dos demais membros comprovados pela respectiva lista de presença, que permanecerá anexada aos registros da reunião. Maracaju/MS, 13 de agosto de 2026.

Márcia Helena de Andrade Sidrins
Presidente do CACS-FUNDEB

CACS FUNDEB	**CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO E CONTROLE SOCIAL DO FUNDO DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA E DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM EDUCAÇAO CACS-FUNDEB** Criado pela Lei Municipal nº 1.494/2007 de 30 de março de 2007. Reestruturado pela Lei Municipal nº 2.005/2021, 08 de abril de 2021. Regulamentado pela Lei Federal 14.113, de 25 de Dezembro de 2020. Criação do Fundo Lei Municipal nº 1.493/2007 de 30 de março de 2007 Email – fundeb@maracaju.ms.gov.br Rua Francisco Marcondes, 301- centro. Fone 3454-1167

LISTA DE PRESENÇA DIA 13 DE AGOSTO DE 2026, ATA 06/2026, REUNIÃO ORDINARIA.

PARECER DO PNAE 2023,2024,2025.

NOME COMPLETO	ASSINATURA
Rosangela Ebrele medeiros	Rosangela E. medeiros
Márcia Palma da Cunha de Pidiras	
Ftal. ZANGELA SCHOTTI	
Almanar de Souza Freitas	
Telma Mathias Reis	
Cidalgina Mª B. M. Cruz	
Ana Mary Terra Braga	Ana Mary Terra Braga

CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO E CONTROLE SOCIAL DO FUNDO DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA E DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM EDUCAÇAO CACS-FUNDEB
Criado pela Lei Municipal nº 1.494/2007 de 30 de março de 2007. Reestruturado pela Lei Municipal nº 2.005/2021, 08 de abril de 2021. Regulamentado pela Lei Federal 14.113, de 25 de dezembro de 2020. Criação do Fundo Lei Municipal nº 1.493/2007 de 30 de março de 2007
Rua Francisco Marcondes, 301- centro. Fone 3454-1167

RELATÓRIO TÉCNICO DE ACOMPANHAMENTO
Programa Nacional de Apoio ao Transporte do Escolar – PNATE
Exercício Financeiro de 2023

Município: Maracaju/MS
Fundamentação Legal: Lei Federal nº 14.113/2020; Lei nº 10.880/2004; Resoluções do FNDE aplicáveis ao PNATE.

1. FINALIDADE
O presente Relatório Técnico tem por finalidade registrar as atividades de acompanhamento e controle social exercidas pelo Conselho de Acompanhamento e Controle Social do FUNDEB (CACS-FUNDEB) sobre a execução dos recursos do Programa Nacional de Apoio ao Transporte do Escolar (PNATE), referentes ao exercício financeiro de 2023, no Município de Maracaju/MS. A análise foi realizada com base na documentação disponibilizada, incluindo extratos bancários, demonstrativos de aplicações financeiras, registros de liberações do FNDE, notas de empenho, liquidações, ordens de pagamento, notas fiscais e comprovantes bancários.

2. DOCUMENTAÇÃO ANALISADA
- Relatório Técnico – Execução Financeira do PNATE – Exercício 2023
- Extratos bancários da conta específica do PNATE
- Demonstrativos de aplicações financeiras
- Relação de liberações de recursos do FNDE
- Notas de empenho, liquidações e ordens de pagamento
- Notas fiscais e comprovantes bancários
- Documentação referente a combustíveis, manutenção e seguro da frota
- Documentos de movimentação financeira apresentados no PDF escaneado
- Documentação complementar relacionada à execução do transporte escolar

3. FORMA DE CONFERÊNCIA E ARQUIVAMENTO
A conferência realizada pelo CACS-FUNDEB teve como objetivo verificar, de forma documental, a movimentação dos recursos do PNATE no exercício de 2023 e identificar se os pagamentos encontrados estavam acompanhados de documentos que permitissem sua rastreabilidade.

De forma simples, a conferência foi realizada seguindo estas etapas:
- 1. Verificação dos valores de recursos recebidos do FNDE e dos rendimentos das aplicações financeiras.
- 2. Conferência dos extratos bancários da conta específica do Programa, observando créditos, movimentações, pagamentos e resgates.
- 3. Verificação dos documentos de despesa encontrados, como notas de empenho, liquidações, ordens de pagamento, notas fiscais e comprovantes bancários.
- 4. Identificação das despesas relacionadas ao transporte escolar, especialmente combustível, manutenção de veículos e seguro da frota.
- 5. Registro das limitações documentais, especialmente quando se trata de empenhos ou contratos globais, evitando considerar automaticamente todo o valor empenhado como despesa paga com recursos do PNATE em 2023.

Ao final da análise, os documentos que serviram de base para este relatório permanecerão arquivados na sede dos Conselhos, no Município de Maracaju/MS, para fins de organização, rastreabilidade, consulta e eventual fiscalização pelos conselheiros e pelos órgãos de controle competentes.
O arquivamento dos documentos não impede futuras conferências ou diligências. Caso seja necessário complementar a análise, os documentos poderão ser novamente consultados para confronto com os registros contábeis e financeiros.

4. RESUMO DOS RECURSOS

Exercício	Recursos Recebidos
2023	R$ 73.076,59

Total recebido no exercício: R$ 73.076,59, sem prejuízo dos rendimentos identificados nas aplicações financeiras.

5. DADOS OPERACIONAIS

Exercício de 2023

- A documentação analisada demonstra a existência de movimentação específica dos recursos do PNATE para despesas relacionadas ao transporte escolar.
- Foram identificados documentos relativos ao abastecimento de veículos, manutenção da frota e contratação de seguro veicular.
- O conjunto documental disponibilizado não apresenta, de forma consolidada, quantitativo de rotas, estudantes atendidos ou quilometragem diária, razão pela qual esses dados não são estimados neste relatório.
- Os extratos bancários apresentados registram movimentações da conta específica do PNATE ao longo de 2023.
- Também foram identificados registros de aplicações financeiras e respectivos resgates/movimentações.

6. APLICAÇÃO DOS RECURSOS

- Combustíveis – foi identificado pagamento de R$ 2.675,00 à empresa Fênix Distribuição e Serviços Ltda., além de empenho de R$ 4.676,00.
- Peças para manutenção – consta aquisição/documentação no valor de R$ 217.960,00 junto à empresa N M Comercial EIRELI.
- Seguro veicular – identificado empenho de R$ 52.000,00 para contratação do seguro da frota, com pagamento identificado de R$ 6.090,23 e retenção de IRRF de R$ 149,76.
- Aplicações financeiras – foram identificados rendimentos decorrentes da aplicação dos recursos mantidos na conta específica do Programa.
- Demais despesas relacionadas ao transporte escolar – a documentação demonstra utilização dos recursos em despesas vinculadas à manutenção e funcionamento do transporte escolar.

7. ACHADOS DA ANÁLISE

- Foram identificados repasses acumulados do FNDE no montante de R$ 73.076,59 durante o exercício de 2023.
- Os extratos bancários demonstram movimentação por meio de conta específica do Programa.
- Foram identificados rendimentos provenientes das aplicações financeiras dos recursos.
- A documentação permite rastrear parte significativa da execução financeira por meio de empenhos, liquidações, ordens de pagamento, notas fiscais e comprovantes bancários.
- Foram identificadas despesas relacionadas a combustível, manutenção de veículos e seguro da frota.

- A documentação apresentada demonstra compatibilidade geral entre os créditos do FNDE, a movimentação financeira e os pagamentos identificados.
- Registra-se, entretanto, que alguns documentos correspondem a contratos ou empenhos globais, não sendo possível afirmar, apenas com a documentação disponibilizada, que todo o valor empenhado tenha sido pago exclusivamente com recursos do PNATE no exercício de 2023.

8. CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS

O Conselho destaca que o PNATE possui natureza suplementar e que os recursos do Programa devem ser aplicados nas finalidades relacionadas ao apoio ao transporte escolar. A análise realizada restringe-se à documentação disponibilizada nesta oportunidade e às competências de acompanhamento e controle social previstas na Lei nº 14.113/2020, não substituindo a atuação dos órgãos de controle interno e externo da Administração Pública. Recomenda-se, para o fechamento integral da execução financeira do exercício, o confronto dos extratos bancários com o razão contábil e com a relação completa de empenhos, liquidações e pagamentos.

9. CONCLUSÃO

Após a análise da documentação disponibilizada referente ao exercício de 2023, o Conselho de Acompanhamento e Controle Social do FUNDEB conclui que foram identificados recursos do PNATE recebidos do FNDE no montante de R$ 73.076,59, além de rendimentos de aplicações financeiras, bem como despesas relacionadas ao transporte escolar, especialmente combustível, manutenção de veículos e seguro da frota. A documentação apresentada permite acompanhar, de forma geral, a movimentação financeira e os documentos comprobatórios analisados. Ressalva-se que a consolidação integral da execução depende do confronto com o razão contábil e com a relação completa de empenhos e pagamentos, conforme registrado na documentação técnica analisada. Os documentos utilizados na conferência permanecerão arquivados na sede dos Conselhos, em Maracaju/MS, assegurando a rastreabilidade e a disponibilidade para futuras consultas e fiscalizações.

PARECER DO CACS-FUNDEB

Diante da documentação analisada, este Conselho manifesta-se favoravelmente ao acompanhamento da execução dos recursos do Programa Nacional de Apoio ao Transporte do Escolar – PNATE, referentes ao exercício de 2023, considerando os documentos disponibilizados, sem prejuízo da conferência complementar dos registros contábeis e das fiscalizações posteriores pelos órgãos competentes.

Maracaju/MS, 13 de Agosto de 2026.

Márcia Helena de Andrade Sidrins
Márcia Helena de Andrade Sidrins
Presidente do CACS-FUNDEB

CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO E CONTROLE SOCIAL DO FUNDO DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA E DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM EDUCAÇAO CACS-FUNDEB
Criado pela Lei Municipal nº 1.494/2007 de 30 de março de 2007. Reestruturado pela Lei Municipal nº 2.005/2021, 08 de abril de 2021. Regulamentado pela Lei Federal 14.113, de 25 de dezembro de 2020. Criação do Fundo Lei Municipal nº 1.493/2007 de 30 de março de 2007
Rua Francisco Marcondes, 301- centro. Fone 3454-1167

RELATÓRIO TÉCNICO DE ACOMPANHAMENTO
Programa Nacional de Apoio ao Transporte do Escolar – PNATE
Exercícios Financeiros de 2024 e 2025

Município: Maracaju/MS
Fundamentação Legal: Lei Federal nº 14.113/2020; Lei nº 10.880/2004; Resoluções do FNDE aplicáveis ao PNATE.

1. FINALIDADE

O presente Relatório Técnico tem por finalidade registrar as atividades de acompanhamento e controle social exercidas pelo Conselho de Acompanhamento e Controle Social do FUNDEB (CACS-FUNDEB) sobre a execução dos recursos do Programa Nacional de Apoio ao Transporte do Escolar (PNATE), considerando as informações encaminhadas pela Secretaria Municipal de Educação por meio do Ofício nº 187/2026. A análise foi realizada nos termos do artigo 33 da Lei Federal nº 14.113/2020, que atribui ao Conselho o acompanhamento da aplicação dos recursos públicos destinados à educação.

2. DOCUMENTAÇÃO ANALISADA

- Ofício nº 187/2026
- Demonstrativos de receitas do PNATE
- Extratos bancários da conta específica
- Relação das rotas do transporte escolar
- Relação da frota
- Demonstrativos de despesas
- Informações sobre prestação de contas ao FNDE
- Informações operacionais do transporte escolar
- Saldo financeiro dos exercícios

3. RESUMO DOS RECURSOS

Exercício	Recursos Recebidos
2024	R$ 153.759,60
2025	R$ 145.037,44

Total analisado: R$ 298.797,04.

4. DADOS OPERACIONAIS

Exercício de 2024

- Aproximadamente 50 rotas.
- 1.652 estudantes atendidos.
- 8.772 km percorridos diariamente.
- Atendimento às áreas urbana, rural, assentamentos e comunidades indígenas.
- Saldo financeiro em 31/12/2024 de R$ 570,28. Exercício de 2025
- Aproximadamente 50 rotas.
- 1.554 estudantes atendidos.
- 7.839,54 km por dia letivo.
- Atendimento às redes municipal, estadual e demais instituições autorizadas.

5. APLICAÇÃO DOS RECURSOS

- Inspeções obrigatórias da frota.
- Aquisição de pneus.
- Abastecimento dos veículos.
- Pagamento de tributos incidentes.
- Demais despesas necessárias à manutenção do serviço.

6. ACHADOS DA ANÁLISE

- Houve demonstração dos valores recebidos pelo Município.
- Foi apresentada relação das rotas atendidas.
- Foi informada a quantidade de estudantes beneficiados.
- Foram apresentados dados da frota utilizada.
- Foram informadas as principais despesas realizadas com recursos do Programa.
- Foi informada a prestação de contas ao FNDE.
- Foram apresentados os saldos financeiros dos exercícios.

7. CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS

O Conselho destaca que o PNATE possui natureza suplementar, não sendo suficiente para custear integralmente o transporte escolar municipal; que o Município informou realizar complementação com recursos próprios para assegurar a continuidade do serviço; e que o acompanhamento do Conselho restringe-se às competências previstas na Lei nº 14.113/2020, sem substituir a atuação dos órgãos de controle interno e externo da Administração Pública, especialmente a Controladoria Interna do Município, o Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul (TCE-MS) e, no âmbito dos recursos federais, os órgãos de controle competentes, incluindo o Tribunal de Contas da União (TCU).

8. CONCLUSÃO

Após a análise da documentação encaminhada pela Secretaria Municipal de Educação, o Conselho de Acompanhamento e Controle Social do FUNDEB conclui que os recursos do PNATE foram aplicados em despesas compatíveis com as finalidades do Programa, conforme demonstrado na documentação apresentada; que as informações encaminhadas permitem o acompanhamento da execução física e financeira do Programa; e que não foram constatadas, na documentação analisada, inconsistências que inviabilizem o acompanhamento da execução dos recursos. O Conselho recomenda que a Administração Municipal mantenha atualizados os registros administrativos, financeiros e operacionais, assegurando a transparência e facilitando as futuras ações de fiscalização e controle social. Ressalta-se, ainda, que toda a documentação que subsidiou este relatório permanece devidamente arquivada na sede dos Conselhos, garantindo a rastreabilidade dos atos e a disponibilidade para futuras auditorias e fiscalizações.

PARECER DO CACS-FUNDEB

Diante da documentação analisada, este Conselho manifesta-se favoravelmente à regularidade das informações apresentadas relativas à execução do Programa Nacional de Apoio ao Transporte do Escolar – PNATE, referentes aos exercícios de 2024 e 2025, sem prejuízo das fiscalizações posteriores pelos órgãos competentes.

Maracaju/MS, 13 de Agosto de 2026.

Márcia Helena de Andrade Sidrins
Presidente do CACS-FUNDEB

CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO E CONTROLE SOCIAL DO FUNDO DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA E DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM EDUCAÇAO CACS-FUNDEB
Criado pela Lei Municipal nº 1.494/2007 de 30 de março de 2007. Reestruturado pela Lei Municipal nº 2.005/2021, 08 de abril de 2021. Regulamentado pela Lei Federal 14.113, de 25 de dezembro de 2020. Criação do Fundo Lei Municipal nº 1.493/2007 de 30 de março de 2007
Rua Francisco Marcondes, 301- centro. Fone 3454-1167

RELATÓRIO DE CONHECIMENTO, ARQUIVAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO DEMONSTRATIVO DO FUNDEB
1º BIMESTRE DE 2026

1. OBJETO

O presente relatório tem por objeto registrar, para fins de arquivamento e acompanhamento pelo Conselho de Acompanhamento e Controle Social do FUNDEB – CACS/FUNDEB, o conhecimento do Quadro Demonstrativo das Receitas e Despesas com o FUNDEB da Prefeitura Municipal de Maracaju-MS, referente ao 1º Bimestre de 2026.

Ressalta-se que o referido demonstrativo é elaborado e lançado pelo próprio Município, tendo como fonte o Balanço do Município. Assim, o presente registro do CACS/FUNDEB tem caráter de conhecimento, acompanhamento e organização documental, não se confundindo com elaboração, homologação ou aprovação das informações apresentadas pelo Poder Executivo.

2. INFORMAÇÕES CONSTANTES NO DEMONSTRATIVO

Conforme o documento apresentado pelo Município, no 1º Bimestre de 2026 foram registradas receitas do FUNDEB no valor de R$ 10.509.746,32, sendo R$ 9.720.337,96 referentes às transferências de recursos do FUNDEB e R$ 724.811,31 referentes à Complementação da União ao FUNDEB – VAAR, além de R$ 64.597,05 de rendimentos de aplicação financeira.

Quanto às despesas, o demonstrativo registra R$ 7.724.958,02 destinados à remuneração dos profissionais da educação básica, sendo R$ 6.344.870,52 no Ensino Fundamental e R$ 1.380.087,50 no Ensino Infantil, dos quais R$ 726.340,05 correspondem à Creche e R$ 653.747,45 à Pré-Escola. Não foram registradas outras despesas do FUNDEB no período.

O demonstrativo informa ainda aplicação de 78,95% na remuneração dos profissionais da educação básica, acima do mínimo de 70% indicado no próprio documento. Registra também disponibilidade financeira até o bimestre de R$ 2.983.085,49, correspondente ao saldo financeiro conciliado informado pelo Município.

3. REGISTRO E ACOMPANHAMENTO PELO CACS/FUNDEB

Para fins de controle documental, o presente relatório será arquivado junto aos documentos de acompanhamento do CACS/FUNDEB, possibilitando o registro histórico dos demonstrativos apresentados pelo Município e seu acompanhamento ao longo do exercício financeiro de 2026.

O registro ora realizado não implica aprovação das receitas, despesas, cálculos, percentuais ou demais informações constantes do demonstrativo, uma vez que estas informações são de responsabilidade do Município, que as lança e apresenta no documento oficial. Eventuais análises, verificações ou apontamentos específicos poderão ser realizados pelo Conselho no exercício de suas atribuições, mediante exame da documentação pertinente.

4. CONCLUSÃO

Diante do exposto, fica registrado o conhecimento do CACS/FUNDEB acerca do Quadro Demonstrativo das Receitas e Despesas com o FUNDEB referente ao 1º Bimestre de 2026, para fins de arquivamento, acompanhamento e composição do histórico documental do Conselho, resguardando-se que o presente relatório não constitui manifestação conclusiva nem aprovação das contas ou dos dados lançados pelo Município.

Maracaju-MS, 13 de agosto de 2026.

Márcia Helena de Andrade Sidrins
Presidente do CACS/FUNDEB

CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO E CONTROLE SOCIAL DO FUNDO DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA E DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM EDUCAÇAO CACS-FUNDEB
Criado pela Lei Municipal nº 1.494/2007 de 30 de março de 2007. Reestruturado pela Lei Municipal nº 2.005/2021, 08 de abril de 2021. Regulamentado pela Lei Federal 14.113, de 25 de dezembro de 2020. Criação do Fundo Lei Municipal nº 1.493/2007 de 30 de março de 2007
Rua Francisco Marcondes, 301- centro. Fone 3454-1167

RELATÓRIO DE CONHECIMENTO, ARQUIVAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO DEMONSTRATIVO DO FUNDEB
2º BIMESTRE DE 2026

1. OBJETO

O presente relatório tem por objeto registrar, para fins de arquivamento e acompanhamento pelo Conselho de Acompanhamento e Controle Social do FUNDEB – CACS/FUNDEB, o conhecimento do Quadro Demonstrativo das Receitas e Despesas com o FUNDEB da Prefeitura Municipal de Maracaju-MS, referente ao 2º Bimestre de 2026.

Ressalta-se que o referido demonstrativo é elaborado e lançado pelo próprio Município, tendo como fonte o Balanço do Município. Assim, o presente registro do CACS/FUNDEB tem caráter de conhecimento, acompanhamento e organização documental, não se confundindo com elaboração, homologação ou aprovação das informações apresentadas pelo Poder Executivo.

2. INFORMAÇÕES CONSTANTES NO DEMONSTRATIVO

Conforme o documento apresentado pelo Município, no 2º Bimestre de 2026 foram registradas receitas do FUNDEB no valor de R$ 20.348.903,31, sendo R$ 18.886.447,09 referentes às transferências de recursos do FUNDEB, R$ 1.298.808,06 referentes à Complementação da União ao FUNDEB – VAAR e R$ 163.648,16 de rendimentos de aplicação financeira.

Quanto às despesas, o demonstrativo registra R$ 17.282.967,78 destinados à remuneração dos profissionais da educação básica, sendo R$ 15.902.880,28 no Ensino Fundamental e R$ 1.380.087,50 no Ensino Infantil, dos quais R$ 726.340,05 correspondem à Creche e R$ 653.747,45 à Pré-Escola. Não foram registradas outras despesas do FUNDEB no período.

O demonstrativo informa aplicação de 89,13% na remuneração dos profissionais da educação básica, acima do mínimo de 70% indicado no próprio documento. Registra também disponibilidade financeira até o bimestre de R$ 3.369.408,59, correspondente ao saldo financeiro conciliado informado pelo Município.

3. REGISTRO E ACOMPANHAMENTO PELO CACS/FUNDEB

Para fins de controle documental, o presente relatório será arquivado junto aos documentos de acompanhamento do CACS/FUNDEB, possibilitando o registro histórico dos demonstrativos apresentados pelo Município e seu acompanhamento ao longo do exercício financeiro de 2026.

O registro ora realizado não implica aprovação das receitas, despesas, cálculos, percentuais ou demais informações constantes do demonstrativo, uma vez que estas informações são de responsabilidade do Município, que as lança e apresenta no documento oficial. Eventuais análises, verificações ou apontamentos específicos poderão ser realizados pelo Conselho no exercício de suas atribuições, mediante exame da documentação pertinente.

4. CONCLUSÃO

Diante do exposto, fica registrado o conhecimento do CACS/FUNDEB acerca do Quadro Demonstrativo das Receitas e Despesas com o FUNDEB referente ao 2º Bimestre de 2026, para fins de arquivamento, acompanhamento e composição do histórico documental do Conselho, resguardando-se que o presente relatório não constitui manifestação conclusiva nem aprovação das contas ou dos dados lançados pelo Município.

Maracaju-MS, 13 de agosto de 2026.

Márcia Helena de Andrade Sidrins
Presidente do CACS/FUNDEB

CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO E CONTROLE SOCIAL DO FUNDO DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA E DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM EDUCAÇAO CACS-FUNDEB
Criado pela Lei Municipal nº 1.494/2007 de 30 de março de 2007. Reestruturado pela Lei Municipal nº 2.005/2021, 08 de abril de 2021. Regulamentado pela Lei Federal 14.113, de 25 de dezembro de 2020. Criação do Fundo Lei Municipal nº 1.493/2007 de 30 de março de 2007
Rua Francisco Marcondes, 301- centro. Fone 3454-1167

ATA Nº 07/2026 – REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CACS-FUNDEB. Aos quinze dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e seis, às treze horas e trinta minutos, nas dependências da Sede dos Conselhos Municipais, situada na Rua Francisco Marcondes, nº 301, Centro, no Município de Maracaju, Estado de Mato Grosso do Sul, reuniram-se os membros do Conselho de Acompanhamento e Controle Social do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – CACS-FUNDEB, sob a presidência da Conselheira Márcia Helena de Andrade Sidrins, para tratar do processo de transiçao do Conselho para o mandato de dois mil e vinte e sete a dois mil e trinta, especialmente das providências necessárias à organização e ao acompanhamento da transição entre o mandato vigente e o novo mandato. A Presidente iniciou a reunião cumprimentando os conselheiros presentes e destacando a importância de que o processo de renovação seja conduzido de forma organizada, transparente e devidamente documentada, em observância à Lei Federal nº 14.113, de 25 de dezembro de 2020, às orientações do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE, à legislação municipal aplicável e ao Regimento Interno do CACS-FUNDEB. Foi esclarecido que compete ao Conselho acompanhar e registrar o processo de renovação, verificar a observância dos procedimentos e prazos, acompanhar as providências adotadas pelo Poder Executivo Municipal, pela Secretaria Municipal de Educação e pelos segmentos responsáveis pelas indicações, bem como manter organizada a documentação pertinente, sem substituir as competências administrativas dos demais responsáveis pelo processo. Após as discussões, os membros deliberaram pela constituição de uma Comissão específica para acompanhar as providências relacionadas ao processo da nova composição do CACS-FUNDEB para o mandato de 2027 a 2030. Ficou definido que a Comissão será composta por três membros do Conselho, escolhidos entre os conselheiros, sendo um deles designado como Presidente da Comissão, a quem caberá coordenar os trabalhos e organizar os encaminhamentos necessários, mantendo os demais membros do Conselho informados acerca das providências realizadas. Para composição da Comissão, foram escolhidos os seguintes conselheiros: 1) Márcia Helena de Andrade Sidrins, que exercerá a função de Presidente da Comissão; 2) Rosangela Cabrele Medeiros; e 3) Elizangela Rigotti. Ficou registrado que a Comissão atuará exclusivamente no âmbito das atribuições conferidas pelo CACS-FUNDEB, acompanhando o processo de renovação, sem interferir nas competências próprias do Poder Executivo Municipal, da Secretaria Municipal de Educação ou dos segmentos responsáveis pelas indicações dos representantes do novo mandato. Toda documentação produzida ou recebida durante os trabalhos da Comissão deverá ser organizada e mantida junto aos registros do CACS-FUNDEB, garantindo a transparência e a rastreabilidade dos procedimentos. Nada mais havendo a tratar, a Presidente agradeceu a presença e a participação dos conselheiros e declarou encerrada a

reunião. Para constar, foi lavrada a presente ata que, após lida e aprovada, será assinada pela Presidente, ficando a lista de presença e os demais documentos pertinentes devidamente anexados.

Márcia Helena de Andrade Sidrins
Presidente do CACS-FUNDEB

CACS FUNDEB	**CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO E CONTROLE SOCIAL DO FUNDO DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA E DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM EDUCAÇAO CACS-FUNDEB** Criado pela Lei Municipal nº 1.494/2007 de 30 de março de 2007. Reestruturado pela Lei Municipal nº 2.005/2021, 08 de abril de 2021. Regulamentado pela Lei Federal 14.113, de 25 de Dezembro de 2020. Criação do Fundo Lei Municipal nº 1.493/2007 de 30 de março de 2007 Email – fundeb@maracaju.ms.gov.br Rua Francisco Marcondes, 301- centro. Fone 3454-1167

LISTA DE PRESENÇA DIA 15 DE SETEMBRO DE 2026, ATA 07 /2026, REUNIÃO EXTRAORDINARIA.

NOME COMPLETO	ASSINATURA
Mônica Helena de Andrade Nunes	
Rosangela Gabriele medeiros	
ELIZANGELA REGOTH BARBOSA	
Ana Mary Terra Lopes	Ana Mary Terra Lopes
Danielle Charopaz de Oliveira	
Aidalgina Mª B. M. Cruz	
Ginomar de Souza Freitos	

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 **- Página 495**

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE MARACAJU-MS
Criado pela Lei Municipal nº 1069/94, de 28 de novembro de 1994
Rua Francisco Marcondes, 301 - Maracaju- MS – CEP 79.150-000
Fone: (67)3454-1167 - E-mail: cmas@maracaju.ms.gov.br

ATA Nº014/2026 DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. No dia 01 (um) do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e seis, às treze horas e trinta minutos, na sede dos conselhos, sito à Rua Francisco Marcondes, 301, Centro, Maracaju MS, reuniu-se os representantes do Conselho Municipal de Assistência Social com seguinte Pauta: **1) BALANCETES DOS MESES DE ABRIL E MAIO DE 2026; 2) PLANO DE TRABALHO DA FUNDAÇÃO ANÁLIA FRANCO – EMENDA PARLAMENTAR; 3) PLANO DE TRABALAHO FUNDAÇÃO ANÁLIA FRANCO- EMENDA PARLAMENTAR; 4) PLANO DE TRABALHO INSTITUTO PEQUENO CIDADÃO – EMENDA PARLAMENTAR; 5) OFÍCIO Nº24/26- APAE – DOCUMENTO PARA ATUALIZAÇÃO; 6) OFÍCIO Nº 017/26 – PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CLUBE SOCIAL DESPORTIVO IDOSOS EM AÇÃO; 7) OFÍCIO Nº100/26 – CENSO SUAS 2026 – CMAS.** Estavam presentes os seguintes conselheiros: Giliana de Matos Damaceno, Debora Aparecida Cabreira Cunha, Jorgina Gonçalves Morinigo Braga, Angela da Silva Franco, Jacirene Areco Chaves, Natália de Rezende Soares, Jaine Beatriz da Silva e Aurenice Vilalba da Silva Simões. A conselheira Presidente Giliana de Matos iniciou a assembleia cumprimentando e agradecendo a presença de todos, apresentou a Pauta. Para iniciar o item 1- **BALANCETES DOS MESES DE ABRIL E MAIO DE 2026** a Presidente informou que a Comissão de Análise dos Balancetes se reuniu para apreciar e analisar os balancetes referentes aos meses de abril e maio de 2026. Após a análise, a Comissão manifestou-se favoravelmente, sendo os referidos balancetes aprovados. Seguindo para o próximo item 2- **PLANO DE TRABALHO DA FUNDAÇÃO ANÁLIA FRANCO – EMENDA PARLAMENTAR** foi apresentado a este Conselho o Plano de Trabalho da Fundação Anália Franco, referente à emenda parlamentar destinada pelo Vereador Bruno Barros, no valor de **R$ 20.000,00 (vinte mil reais),** conforme Anexo III. A Fundação Anália Franco encaminhou o projeto para a realização de serviços de manutenção predial e melhorias estruturais no Lar do Idoso, considerando a necessidade de garantir melhores condições de segurança, funcionalidade e bem-estar aos 53 idosos acolhidos pela instituição. A solicitação fundamenta-se na necessidade de realização de manutenções preventivas e corretivas em ambientes essenciais e de uso diário dos idosos, especialmente na cozinha, no refeitório e nos banheiros. As intervenções têm como objetivo contribuir para a melhoria das condições estruturais e de utilização desses espaços, assegurando um ambiente mais adequado, seguro e digno aos residentes. Diante da relevância da proposta e da necessidade de manutenção dos espaços utilizados diariamente pelos idosos, o Plano de Trabalho foi apresentado a este Conselho para conhecimento e apreciação. Após análise e debate o Plano de Trabalho foi aprovado por unanimidade e será regulamentado na **Resolução CMAS nº027/26** e publicada em Diário Oficial. Seguindo para a próxima pauta 3 - **PLANO DE TRABALAHO FUNDAÇÃO ANÁLIA FRANCO-EMENDA PARLAMENTAR** Foi apresentado o Plano de Trabalho da Fundação Anália Franco – Lar do Idoso, referente à emenda parlamentar destinada pelo Vereador Diogo Frizzo, no valor de **R$ 10.000,00 (dez mil reais)**, conforme Anexo III. O Lar do Idoso encaminhou o projeto para a aquisição de enxovais, considerando que essa medida é necessária para contribuir com a manutenção de condições adequadas de higiene, conforto e bem-estar dos idosos acolhidos pela instituição. A aquisição dos enxovais visa atender às necessidades de uso diário dos idosos, contribuindo para a higiene pessoal, o conforto e a qualidade de vida dos residentes, bem como para a manutenção de condições adequadas de acolhimento. Diante da relevância da proposta e da necessidade de disponibilizar materiais essenciais utilizados diariamente pelos idosos, o Plano de Trabalho foi apresentado a este Conselho para conhecimento e apreciação. Após análise e debate o Plano de Trabalho foi aprovado por unanimidade e será regulamentado na **Resolução CMAS nº028/26** e publicada em Diário Oficial. A próxima pauta 4 - **PLANO DE TRABALHO INSTITUTO PEQUENO CIDADÃO – EMENDA PARLAMENTAR** Foi apresentado a este Conselho o Plano de Trabalho do Instituto Pequeno Cidadão, conforme Anexo I da Instrução Normativa nº 001/2026, referente à emenda parlamentar destinada pelo Vereador Edney Gomes Vieira, no valor de **R$ 15.000,00 (quinze mil reais).** O Instituto encaminhou projeto para

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE MARACAJU-MS
Criado pela Lei Municipal nº 1069/94, de 28 de novembro de 1994
Rua Francisco Marcondes, 301 - Maracaju- MS – CEP 79.150-000
Fone: (67)3454-1167 - E-mail: cmas@maracaju.ms.gov.br

a aquisição de bens materiais destinados às salas de música dos polos da Vila Juquita e do Cambaraí, onde são atendidas aproximadamente 60 crianças. O projeto tem como objetivo assegurar condições térmicas adequadas nos espaços utilizados para o desenvolvimento das ações socioassistenciais complementares promovidas pelo Instituto nos dois polos, contribuindo para a melhoria das condições ambientais, do conforto, da salubridade e da permanência dos beneficiários atendidos. Foi apresentado, ainda, parecer da Procuradoria Municipal de Maracaju, que será anexado ao respectivo Plano de Trabalho e permanecerá arquivado na sede deste Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, para fins de registro e consulta. Após análise e debate pelos conselheiros presentes, o Plano de Trabalho foi aprovado por unanimidade, sendo a deliberação regulamentada por meio da **Resolução CMAS nº 029/2026** e publicada em Diário Oficial. A próxima pauta o item **5) OFÍCIO Nº24/26- APAE – DOCUMENTO PARA ATUALIZAÇÃO** Foi encaminhada a este Conselho pela APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais a ficha cadastral atualizada dos funcionários que compõem o quadro da instituição. O documento será anexado à documentação correspondente e permanecerá arquivado na sede deste Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, para fins de registro e consulta. A próxima pauta **6 - OFÍCIO Nº 017/26 – PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CLUBE SOCIAL DESPORTIVO IDOSOS EM AÇÃO** foi encaminhada a este Conselho pelo Clube Social do Idoso, entidade devidamente cadastrada neste Conselho, a prestação de contas referente ao mês de julho, relativa à emenda parlamentar no valor total de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), cujo repasse está sendo realizado de forma parcelada, mês a mês, no valor de R$ 8.035,00 (oito mil e trinta e cinco reais) iniciando no mês de julho. A documentação apresentada será anexada aos registros correspondentes e permanecerá arquivada na sede deste Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, para fins de acompanhamento, registro e consulta. Para finalizar as pautas o item **OFÍCIO Nº100/26 – CENSO SUAS 2026 – CMAS** A Secretaria Municipal de Assistência Social encaminhou a este Conselho o **Censo SUAS 2026**, para preenchimento pelo Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS. Foi informado que o formulário deverá ser devidamente preenchido e encaminhado à Secretaria Municipal de Assistência Social até o dia **21 de setembro de 2026**, acompanhado das respectivas assinaturas dos conselheiros responsáveis pelo preenchimento. Após o preenchimento e assinatura, a documentação será encaminhada dentro do prazo estabelecido para as providências necessárias. A presidente encerrou a reunião agradecendo a presença de todos os presentes. Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada, e eu, Natália de Rezende Soares, lavrei a presente ata que segue assinada por mim e pelo presidente. Os demais conselheiros assinam lista de presença anexo.

Natália de Rezende Soares
Conselheira do CMAS

Giliana de Matos Damaceno
Presidente do CMAS

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE MARACAJU-MS
Criado pela Lei Municipal nº 1069/94, de 28 de novembro de 1994
Rua Francisco Marcondes, 301 - Maracaju- MS – CEP 79.150-000
Fone: (67)3454-1167 - E-mail: cmas@maracaju.ms.gov.br

Lista de presença referente a Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Assistência Social- CMAS. **ATA Nº014/2026**, de 01 de setembro de 2026 às 13h30min, na Sede dos Conselhos.

ORD	NOME	ASSINATURA
1	Dulce de C. da Cunha	
2	Jorgina g. m. Brosa	
3	Angela da Silva Franco	
4	Jocirene Arco Lacos	
5	Natália de Rezende Sousa	
6	Giliana de Matos Bonacena	
7	Jaina Beatriz da Silva	
8	Simone Vitalla da Silva Sinto	
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE MARACAJU-MS
Criado pela Lei Municipal nº 1069/94, de 28 de novembro de 1994
Rua Francisco Marcondes, 301 - Maracaju- MS – CEP 79.150-000
Fone: (67)3454-1167 - E-mail: cmas@maracaju.ms.gov.br

RESOLUÇÃO CMAS Nº 027/2026, de 01 de setembro de 2026.

Dispõe sobre a aprovação de emenda parlamentar de autoria do Vereador Bruno Barros, destinada à manutenção predial e melhorias estruturais do Lar do Idoso.

O **Conselho Municipal de Assistência Social de Maracaju**, dentro de suas competências e atribuições regimentais, considerando a deliberação da plenária do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, **ATA Nº 014/2026** da REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, ao primeiro dia do mês de setembro de dois mil e vinte e seis, na Sede dos Conselhos, sito à Rua Francisco Marcondes, 301, Centro, neste Município de Maracaju-Mato Grosso do Sul.

CONSIDERANDO o disposto na Lei Federal nº 8.742/1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que estabelece a assistência social como política de seguridade social não contributiva, destinada a garantir os mínimos sociais e a proteção social;

CONSIDERANDO o disposto na Lei Federal nº 10.741/2003 – Estatuto da Pessoa Idosa, que assegura à pessoa idosa o direito à dignidade, ao bem-estar, à segurança e à qualidade de vida;

CONSIDERANDO a necessidade de manutenção e melhorias na estrutura física do **Lar do Idoso**, visando garantir melhores condições de atendimento e acolhimento;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovou a emenda parlamentar de autoria do Vereador Bruno Barros, no valor de **R$ 20.000,00 (vinte mil reais)**, destinada à manutenção predial e melhorias estruturais do Lar do Idoso.

Art. 2º Fica aprovado o **Plano de Trabalho** apresentado ao Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, para aplicação dos recursos mencionados no Art. 1º, devendo sua execução observar o Plano de Trabalho aprovado, a legislação vigente, as normas de execução orçamentária e financeira e as demais exigências estabelecidas pelo Município e pelos órgãos de controle.

Art. 3º O Plano de trabalho apresentado terá vigência no período de setembro de 2026 a novembro de 2026.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MARACAJU-MS, 01 de setembro de 2026.

Giliana de Matos Damaceno
Presidente do CMAS

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE MARACAJU-MS
Criado pela Lei Municipal nº 1069/94, de 28 de novembro de 1994
Rua Francisco Marcondes, 301 - Maracaju- MS – CEP 79.150-000
Fone: (67)3454-1167 - E-mail: cmas@maracaju.ms.gov.br

RESOLUÇÃO CMAS Nº 028/2026, de 01 de setembro de 2026.

Dispõe sobre a aprovação de recurso oriundo de Emenda Parlamentar do Vereador Diogo Frizzo, destinado à aquisição de enxovais para os idosos atendidos pelo Lar do Idoso.

O **Conselho Municipal de Assistência Social de Maracaju**, dentro de suas competências e atribuições regimentais, considerando a deliberação da plenária do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, **ATA Nº 014/2026** da REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, ao primeiro dia do mês de setembro de dois mil e vinte e seis, na Sede dos Conselhos, sito à Rua Francisco Marcondes, 301, Centro, neste Município de Maracaju-Mato Grosso do Sul.

CONSIDERANDO a competência do Conselho Municipal de Assistência Social para deliberar e acompanhar a aplicação dos recursos destinados à execução da Política de Assistência Social no Município;

CONSIDERANDO o disposto na Lei Federal nº 8.742/1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que estabelece a assistência social como política de seguridade social não contributiva, destinada a garantir os mínimos sociais e a proteção social

CONSIDERANDO o disposto na Lei Federal nº 10.741/2003 – Estatuto da Pessoa Idosa, que assegura à pessoa idosa o direito à dignidade, ao bem-estar, à segurança e à qualidade de vida;

CONSIDERANDO a necessidade de garantir melhores condições de acolhimento, proteção e dignidade às pessoas idosas atendidas pelo **Lar do Idoso**;

CONSIDERANDO a importância da aquisição de enxovais destinados aos idosos acolhidos, contribuindo para a melhoria das condições de atendimento e bem-estar dos usuários;

RESOLVE:

Art. 1º Fica aprovada a utilização do recurso oriundo de Emenda Parlamentar de autoria do Vereador Diogo Frizzo, no valor de **R$ 10.000,00 (dez mil reais)**, destinado à aquisição de enxovais para os idosos atendidos pelo Lar do Idoso.

Art. 2º Fica aprovado o **Plano de Trabalho** apresentado ao Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, para aplicação dos recursos mencionados no Art. 1º, devendo sua execução observar o Plano de Trabalho aprovado, a legislação vigente, as normas de execução orçamentária e financeira e as demais exigências estabelecidas pelo Município e pelos órgãos de controle.

Art.3º Os enxovais adquiridos com os recursos mencionados nesta Resolução serão destinados aos idosos acolhidos pelo Lar do Idoso, visando assegurar condições adequadas de conforto, higiene, proteção e dignidade.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Maracaju, 01 de setembro de 2026.

Giliana de Matos Damaceno
Presidente do CMAS

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE MARACAJU-MS
Criado pela Lei Municipal nº 1069/94, de 28 de novembro de 1994
Rua Francisco Marcondes, 301 - Maracaju- MS – CEP 79.150-000
Fone: (67)3454-1167 - E-mail: cmas@maracaju.ms.gov.br

RESOLUÇÃO CMAS Nº 029/2026, de 01 de setembro de 2026.

Dispõe sobre a aprovação de recurso financeiro oriundo de Emenda Parlamentar do Vereador Edney Gomes Vieira, destinado à aquisição de bens materiais para climatização e estruturação dos Polos Vila Juquita e Cambaraí, e dá outras providências.

O **Conselho Municipal de Assistência Social de Maracaju**, dentro de suas competências e atribuições regimentais, considerando a deliberação da plenária do CMAS, ATA Nº 014/2026 da REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, ao primeiro dia do mês de agosto de dois mil e vinte e seis, na Sede dos Conselhos, sito à Rua Francisco Marcondes, 301, Centro, neste Município de Maracaju-Mato Grosso do Sul.

Considerando a Lei Federal nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), especificamente o direito ao desenvolvimento integral sob condições dignas de existência e a garantia de espaços seguros e saudáveis para atividades socioeducativas;

Considerando a Lei Federal nº 8.742/1993 - Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que orienta a prestação de serviços socioassistenciais voltados à garantia de proteção social e ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;

Considerando a necessidade urgente de adequação térmica e estrutural dos espaços que atendem diretamente **60 crianças** inseridas nos polos do Instituto Pequeno Cidadão - IPC;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a aplicação do recurso financeiro de Emenda Parlamentar no valor de **R$ 15.000,00 (quinze mil reais)**, de autoria do Vereador Edney Gomes Vieira.

Art. 2º Aprovar o **Plano de Trabalho na integra do Instituto Pequeno Cidadão – IPC**, referente à Emenda Parlamentar, para aquisição de materiais permanentes (aparelhos de ar-condicionado, climatizadores ou similares), com o objetivo de assegurar as condições térmicas e ambientais adequadas nas salas de música das seguintes unidades do Polo Vila Juquita e do Polo Cambaraí.

Art. 3º A aquisição dos materiais visa qualificar o atendimento das 60 crianças beneficiárias, garantindo que as atividades culturais e musicais funcionem como ferramentas efetivas de proteção social e convivência comunitária.

Art. 4º Esta resolução entra em vigor em conformidade com a Ata CMAS Nº014/2026, revogando disposições em contrário.

Maracaju-Ms, 01 de setembro de 2026.

Giliana de M Damaceno

Giliana de Matos Damaceno
Presidente do CMAS

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 **- Página 501**

Conselho Municipal de Educação de Maracaju

CMEM – CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE MARACAJU-MS
Criado pela Lei Municipal 2.050 de 14 de dezembro de 2021
Rua Francisco Marcondes, 301 – Centro.
Fone: 3454-1167._ Maracaju - MS

ATA Nº 024/2026

Aos dezessete dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e seis, às dezesseis horas, na Sede dos Conselhos de Políticas Públicas, sito à Rua Francisco Marcondes, 301 – Centro, nesta cidade de MARACAJU – Mato Grosso do Sul, reuniram-se os membros do **Conselho Municipal de Educação do Município de Maracaju/MS – CMEM**, tendo como pauta: **Discussão sobre a rotatividade de servidores contratados por períodos de 14 dias nos CIEIs (CENTRO INTEGRADO DE EDUCAÇÃO INFANTIL) e os impactos pedagógicos e administrativos no atendimento da Educação Infantil.** Estavam presentes os seguintes conselheiros: 1- Adalgisa Maria Batista Moraes Cruz (representante do Ensino Fundamental); 2- Zélio Boeira de Araújo (representante dos Gestores Escolares Municipais), 3- Simone Gloria de Sena (representante da Educação Especial), 4- Marcia da Silva Borges Prates Leme (representante da Educação Infantil do Ensino Público), 5- Eliane Terezinha Tulio Ferronatto (representante do Ensino Superior), 6- Rita Renovato Assis (representante do Ensino da Zona Rural), 7- Ludemar Solis Nazareth Azambuja (representante da Entidade Classista dos Professores) e 8- Michele Gabe Barbosa (representante da Secretaria Municipal de Educação); e Cristiane dos Santos Teixeira, gestora do CIEI Waltrudes Ferreira Muzzi; Daysa Christiane Gonçalves Irala, Gestora Escolar do CIEI Gregoria Martins; Daniela dos Santos Almeida, gestora do CIEI Senhora Maria Dalphina Rezende de Castro; Mariene da Silva Dionísio Magalhães, gestora do CIEI São Benedito e Ligiane Francisco Soares, gestora do CIEI Nossa Senhora Auxiliadora. Ao dar início aos trabalhos, a Presidência relembrou que a convocação desta reunião extraordinária decorreu diretamente de uma importante articulação prévia, na qual a Sra. Ludemar, na qualidade de presidente do SIMTREMA, compareceu pessoalmente à sede dos Conselhos para relatar que os gestores dos CIEIs gostariam de uma assembleia com este Conselho. Diante dos fatos expostos, o assunto foi devidamente pautado para deliberação nesta reunião extraordinária e a palavra foi franqueada aos(às) gestores(as) presentes, onde cada gestora expôs a realidade de sua respectiva unidade escolar, relatando as principais problemáticas enfrentadas, a real demanda diária de pessoal, a necessidade urgente de estabilidade no quadro de assistentes e as profundas inquietações pedagógicas e administrativas geradas pela descontinuidade do serviço. Após todos os gestores manifestarem suas inquietações e demandas, a presidente agradeceu a presença de todos e pediu que os mesmos se retirassem para que fosse feito a deliberação pelos conselheiros, estes se retiraram do recinto para que os conselheiros iniciassem a fase de deliberação interna. Os(as) conselheiros debateram amplamente as informações apresentadas e, por resolução unânime, deliberaram pela imediata representação e cobrança de providências junto ao Poder Executivo através da aprovação e envio do Ofício nº 052, direcionado às Secretarias Municipais de Administração, de Educação, de Fazenda, ao Setor Jurídico do Município e ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal, ficando registrado que o teor exato das deliberações e exigências aprovadas consta integralmente no corpo do referido ofício. Nada mais havendo a tratar, a Presidência agradeceu a presença de todos e encerrou a reunião. A presente Ata será assinada pela Presidente. As assinaturas de todos os presentes constarão na lista de presença anexa, parte integrante desta Ata.

Adalgisa Maria Batista Moraes Cruz – Presidente_____

gov.br
Documento assinado digitalmente
ADALGISA MARIA BATISTA MORAES CRUZ
Data: 31/08/2026 17:09:53-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

1

Conselho Municipal de Educação de Maracaju - MS
Criado pela Lei Municipal 2.050 de 14 de dezembro de 2001
Sede dos Conselhos
Rua Francisco Marcondes, 301 – Centro.
Fone: 3454-1167. Maracaju - MS

Conselho Municipal de Educação de Maracaju

LISTA DE PRESENÇA ATA 024/2026, REUNIÃO REALIZADA DIA 17 DE AGOSTO DE 2026 AS 16 HS.

	NOME	ASSINATURA
1	Rita Renarato Assis	
2	Michele Gabe Barbosa	
3	Ludemar Soliz Nazareth Ayambuja	
4	Simone Glória de Jesus	
5	Zélica Bedina de Araújo	
6	Eleine Fernandes	
7	Marcia da Silva B. Prates Lemes	
8	Cristiane dos Santos Teixeira	
9	Daysa Christiane	
10	Adelegiva Mª B. M. Cruz	
11	Daniela dos Santos Almeida	
12	Marieze da S.D. Magalhães	
13	Ligiane Francisco Soares	
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

1

Conselho Municipal de Educação de Maracaju

CMEM – CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE MARACAJU-MS
Criado pela Lei Municipal 2.050 de 14 de dezembro de 2021
Rua Francisco Marcondes, 301 – Centro.
Fone: 3454-1167._ Maracaju - MS

ATA Nº 025/2026

Aos vinte e seis dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e seis, às treze horas, na Sede dos Conselhos de Políticas Públicas, sito à Rua Francisco Marcondes, 301 – Centro, nesta cidade de MARACAJU – Mato Grosso do Sul, reuniram-se os membros do **Conselho Municipal de Educação do Município de Maracaju/MS – CMEM** , tendo como pautas: **1) Ofício Circular nº 028 (e anexos) recebido do Vereador Robert Ziemann; 2) Notas Técnicas 04 e 05 e a Orientação Normativa nº 01/2026 recebidas da UNCME/MS (União Nacional dos Conselhos Municipais da Educação de Mato Grosso do Sul); 3) Reformulação da Deliberação das Escolas de Tempo Integral; 4) Assuntos Gerais.** Estavam presentes os seguintes conselheiros: 1- Adalgisa Maria Batista Moraes Cruz (representante do Ensino Fundamental); 2- Zélio Boeira de Araújo (representante dos Gestores Escolares Municipais), 3- Simone Gloria de Sena (representante da Educação Especial), 4- Marcia da Silva Borges Prates Leme (representante da Educação Infantil do Ensino Público), 5- Eliane Terezinha Tulio Ferronatto (representante do Ensino Superior), 6- Rita Renovato Assis (representante do Ensino da Zona Rural), 7- Ludemar Solis Nazareth Azambuja (representante da Entidade Classista dos Professores) e 8- Michele Gabe Barbosa (representante da Secretaria Municipal de Educação). A presidente do conselho, conselheira Adalgisa Maria Batista Moraes Cruz deu início a reunião cumprimentando e agradecendo a presença de todos, e apresentou as pautas do dia: **1) Leitura e Deliberação de Ofício Recebido.** Dando início aos trabalhos do dia, a Senhora Presidente realizou a leitura do Ofício recebido e abriu a palavra aos conselheiros, que debateram e analisaram detalhadamente o assunto e os pontos apresentados no referido documento, manifestando suas considerações e ponderações técnicas. Com base nas diretrizes acordadas no debate, a Senhora Presidente elaborou a minuta do Ofício Resposta e a submeteu à apreciação do colegiado. Após análise do texto, todos os presentes concordaram por unanimidade com os termos propostos, deliberando pela aprovação integral da resposta. Por fim, determinou-se à secretaria o envio do correspondente Ofício Resposta à instituição remetente. **2) Leitura de Notas Técnicas da UNCME/MS.** Na sequência, a Senhora Presidente realizou a leitura das notas técnicas recebidas da União Nacional dos Conselhos Municipais de Educação (UNCME/MS), sendo elas: a Nota Técnica UNCME/MS nº 04/2026, que dispõe sobre orientações aos Conselhos Municipais de Educação do Estado de Mato Grosso do Sul a respeito de Saúde e Bem-Estar Animal; e a Nota Técnica UNCME/MS nº 05/2026, que trata das orientações para a implementação dos conteúdos da Lei Maria da Penha (Lei Federal nº 11.340/2006 e Lei nº 14.164/2021) no âmbito dos sistemas municipais de ensino. Após as leituras, a Presidência esclareceu ao colegiado que este Conselho, por meio dos conselheiros da gestão anterior, já havia deliberado sobre os referidos assuntos. Foi ressaltado que as normativas correspondentes já se encontram publicadas e vigentes, nominalmente: a Deliberação nº 063, de 06 de março de 2026, que estabelece diretrizes normativas para a implementação da Educação para a Proteção e Bem-Estar Animal, de forma transversal, contínua e institucionalizada, no âmbito do Sistema Municipal de Ensino de Maracaju-MS; e a Deliberação nº 068, de 14 de maio de 2026, que estabelece diretrizes para a prevenção, identificação e enfrentamento da violência contra a mulher e a promoção da cultura de paz no âmbito do Sistema Municipal de Ensino de Maracaju-MS. Diante do exposto, os conselheiros deram-se por cientes das notas técnicas, ratificando a suficiência das deliberações municipais vigentes. No mesmo ato, a Presidente procedeu à leitura da Orientação Normativa UNCME/MS nº 01/2026, que trata da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 1.035, de 25 de julho de 2026. Com base na leitura, os conselheiros trocaram informações preliminares sobre o tema e acordaram que buscarão subsídios e maiores informações sobre o teor da referida normativa, visando embasar uma futura deliberação detalhada pelo colegiado.

CMEM – CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE MARACAJU-MS
Criado pela Lei Municipal 2.050 de 14 de dezembro de 2021
Rua Francisco Marcondes, 301 – Centro.
Fone: 3454-1167._ Maracaju - MS

3) Escola em Tempo Integral. Com a palavra, a Senhora Presidente, Adalgisa, informou aos conselheiros que este Conselho Municipal de Educação já elaborou e aprovou a Deliberação nº 026, de 25 de fevereiro de 2025, que institui o Programa Escola em Tempo Integral no âmbito da Rede Municipal de Ensino de Maracaju/MS. No entanto, ressaltou que, conforme orientação recebida da União Nacional dos Conselhos Municipais de Educação (UNCME), todos os municípios devem se atentar às recentes mudanças e atualizações trazidas pelas resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE) e realizar as alterações necessárias no ato normativo local. Diante disso, a Presidência comunicou que dará início aos estudos técnicos pertinentes para que, na próxima reunião ordinária, seja elaborada e apresentada uma nova deliberação para o Sistema Municipal de Ensino de Maracaju/MS. **4) Assuntos Gerais.** No espaço reservado aos assuntos gerais, foi colocada em pauta a necessidade de substituição da representação da conselheira suplente junto ao Plano Municipal pela Primeira Infância (PMPI), cuja vacância e necessidade de nova indicação decorreram da recente troca de gestão. Diante disso, a conselheira Rita Renovato Assis colocou seu nome à disposição e apresentou sua candidatura para apreciação do plenário. Após análise dos presentes, o colegiado manifestou concordância unânime, restando aprovada a indicação da conselheira Rita para assumir a referida suplência técnica. Em decorrência dessa aprovação, determinou-se que a secretaria do conselho elabore e encaminhe o ofício formalizando a referida indicação ao órgão competente. Nada mais havendo a tratar, deu-se por encerrada a sessão, da qual eu, na qualidade de secretária, lavrei a presente ata que será assinada por mim e pela presidente. As assinaturas dos demais conselheiros constarão na lista de presença anexa, parte integrante desta Ata.

Edmara Tavares de Souza – Secretária_____

Adalgisa Maria Batista Moraes Cruz – Presidente_____

Documento assinado digitalmente
gov.br EDMARA TAVARES DE SOUZA
Data: 01/09/2026 08:13:17-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Documento assinado digitalmente
gov.br ADALGISA MARIA BATISTA MORAES CRUZ
Data: 31/08/2026 17:18:24-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Conselho Municipal de Educação de Maracaju - MS
Criado pela Lei Municipal 2.050 de 14 de dezembro de 2001
Sede dos Conselhos
Rua Francisco Marcondes, 301 – Centro.
Fone: 3454-1167. Maracaju - MS

Conselho Municipal de Educação de Maracaju

LISTA DE PRESENÇA ATA 025/2026, REUNIÃO REALIZADA DIA 26 DE AGOSTO DE 2026 AS 13 HS.

	NOME	ASSINATURA
1	Zélio Bezerra de Araujo	
2	ELIANE FERNONATTO	
3	Rita Renovato Assis	
4	Marcia da Silva Borges Prates Lemos	
5	Ludemar Soles Nazareth Caprioglio	
6	Simone Glória de Sena	
7	Michele Gaspe Barbosa	
8	Edalgisa maria B. M. Az	
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

1

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS
D.O.M. ANO XIII Nº 4204, Quarta-feira, 16 de Setembro de 2026 **- Página 506**

CMEM – CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE MARACAJU-MS
Criado pela Lei Municipal 2.050 de 14 de dezembro de 2021
Rua Francisco Marcondes, 301 – Centro.
Fone: 3454-1167._ Maracaju - MS

ATA Nº 026/2026

Aos dois dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e seis, às treze horas, na Sede dos Conselhos de Políticas Públicas, sito à Rua Francisco Marcondes, 301 – Centro, nesta cidade de MARACAJU – Mato Grosso do Sul, reuniram-se os membros do **Conselho Municipal de Educação do Município de Maracaju/MS – CMEM** , tendo como pautas: **1) Ofício Circular nº 267/2026 (e minuta) recebido da Secretaria Municipal de Educação; 2) Reformulação da Deliberação das Escolas de Tempo Integral; 4) Assuntos Gerais.** Estavam presentes os seguintes conselheiros: 1- Adalgisa Maria Batista Moraes Cruz (representante do Ensino Fundamental); 2- Zélio Boeira de Araújo (representante dos Gestores Escolares Municipais), 3- Simone Gloria de Sena (representante da Educação Especial), 4- Marcia da Silva Borges Prates Leme (representante da Educação Infantil do Ensino Público), 5- Eliane Terezinha Tulio Ferronatto (representante do Ensino Superior), 6- Rita Renovato Assis (representante do Ensino da Zona Rural), 7- Ludemar Solis Nazareth Azambuja (representante da Entidade Classista dos Professores) e 8- Michele Gabe Barbosa (representante da Secretaria Municipal de Educação). A presidente do conselho, conselheira Adalgisa Maria Batista Moraes Cruz, declarou aberta a sessão, cumprimentou os presentes e procedeu à ordem do dia. **1) Leitura e Deliberação de Ofício Recebido.** A presidente fez a leitura do Ofício recebido da SEME que trata do **Encaminhamento de Minuta de Projeto de Lei para apreciação**, seguido da leitura da minuta do Projeto de Lei que institui a **Política Municipal de Alfabetização de Maracaju/MS**. Na oportunidade, a presidência destacou a relevância desse momento de estudo, compartilhando os conhecimentos e experiências trocados com conselheiros de outros estados e municípios durante sua participação em congressos da área. Ressaltou, ainda, que as discussões nesses eventos evidenciaram a preocupação de gestores públicos com o investimento na pasta da educação em regiões que alcançaram índices elevados no **IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica)**. À medida que cada capítulo e artigo eram lidos pela presidência, abria-se espaço para manifestação dos conselheiros, os quais debateram a aplicação prática das regras propostas, registraram anotações e trocaram informações com base nas legislações vigentes, visando garantir a eficácia do projeto no município. O colegiado realizou o estudo minucioso da matéria, avaliando item por item e tecendo considerações técnicas, os apontamentos foram direcionados à presidência para análise final e posterior elaboração do parecer técnico deste conselho.**2) Escola em Tempo Integral**. A presidência propôs o adiamento do tema para o próximo encontro. A decisão ocorreu em função do tempo dedicado à análise detalhada da minuta do Ofício nº 267/2026, informou que, devido à complexidade e à necessidade de aprofundamento nos estudos da primeira pauta, este assunto será transferido para a próxima reunião. Justificou que o conselho também precisa analisar os novos conteúdos recebidos da conselheira Eliane Terezinha Tulio Ferronatto, os quais poderão ser inseridos na deliberação em andamento. Ressaltou, por fim, que não haveria tempo hábil na presente sessão para realizar a leitura do material já elaborado para apreciação. **3) Assuntos Gerais.** A presidente compartilhou informações sobre uma conversa informal que teve na Secretaria Municipal de Educação, oportunidade em que se tratou da reformulação do **Sistema Municipal de Ensino**. Na ocasião, foi sugerido à presidente que o conselho fizesse uma parceria nessa nova elaboração. Em seguida, a presidente realizou a leitura do documento que já está sendo preparado para envio à SEME, fazendo-o apenas para o conhecimento dos conselheiros. Com a conclusão de todas as pautas, a presidência encerrou a sessão, da qual eu, na qualidade de secretária, lavrei a presente ata que será assinada por mim e pela presidente. As assinaturas dos demais conselheiros constarão na lista de presença anexa, parte integrante desta Ata.

Edmara Tavares de Souza – Secretária_____

Adalgisa Maria Batista Moraes Cruz – Presidente_____

Documento assinado digitalmente
gov.br EDMARA TAVARES DE SOUZA
Data: 04/09/2026 09:11:31-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Documento assinado digitalmente
gov.br ADALGISA MARIA BATISTA MORAES CRUZ
Data: 03/09/2026 17:04:29-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Conselho Municipal de Educação de Maracaju

Conselho Municipal de Educação de Maracaju - MS
Criado pela Lei Municipal 2.050 de 14 de dezembro de 2001
Sede dos Conselhos
Rua Francisco Marcondes, 301 – Centro.
Fone: 3454-1167. Maracaju - MS

LISTA DE PRESENÇA ATA 026/2026, REUNIÃO REALIZADA DIA 02 DE SETEMBRO DE 2026 AS 13 HS.

	NOME	ASSINATURA
1	Simone Glória de Jesus	
2	Edileia Batista de Araújo	
3	Marcia da Silva B. Prates Soares	
4	Adalgisa Mª B. M. Cruz	
5	Eliane Fernandes	
6	Ludemar Solis Nazareth Ozombela	
7	Rita Renarato Assis	
8	Michele Gabe Barbosa	
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

1

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE MARACAJU - MS

Telefones Úteis	
APAE	3454-1398
Câmara Municipal	3454-8000
Cartório Eleitoral	3454-1720
Clínica da Mulher	3454-1690
Corpo de Bombeiros	193
Defensoria Pública	3454-3340
Delegacia de Polícia Civil	3454-1972
Delegacia de Polícia Militar	192
Dep. Vigilância Sanitária	3454-5620
Gerência Municipal de Trânsito	3454-4620
Gerência Munic. de Transporte e Manutenção	3454-2408
Hospital Municipal	3454-1721
Prefeitura Municipal de Maracaju	3454-1320
PAC - Posto de Atendimento ao Contribuinte	3454-4546
Prevmmar	3454-3576
Procon	3454-5092
Secretaria Munic. de Administração	3454-1320
Secretaria Munic. de Assistência Social	3454-1363
Secretaria Munic. de Desenv. Econômico e Meio Ambiente	3454-1731
Secretaria Munic. de Educação	3454-1982
Secretaria Munic. de Esportes	3454-1221
Secretaria Munic. de Governo	3454-1320
Secretaria Munic. de Obras e Urbanismo	3454-4040
Secretaria Munic. de Planejamento e Fazenda	3454-1320
Secretaria Munic. de Saúde	3454-1321
Secretaria Munic. de Cultura	3454-2569

MUNICIPIO DE MARACAJU: 03442597000112
Assinado por: MUNICIPIO DE MARACAJU: 03442597000112
Data: 16/09/2026 17:04:08