



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde

Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial

Nota Técnica nº 2/SES/SUBPAS-SRAS-DAE-CAEA/2020

PROCESSO Nº 1320.01.0152223/2019-67

**Assunto: Critérios de Encaminhamento - referente ao Programa dos Centros Estaduais de Atenção Especializada/SES-MG**

A Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial informa que durante a construção da Resolução SES/MG nº 6.946 de 04 de dezembro de 2019, que regulamenta os Centros Estaduais de Atenção Especializada, e os seus processos de supervisão e avaliação e a metodologia de financiamento dos serviços, foi realizada ampla discussão dos critérios de encaminhamentos com profissionais médicos especialistas que culminou na revisão dos critérios da linha de cuidados da saúde da mulher e da criança.

Dessa forma, os critérios foram consolidados para as 3 categorias contempladas na referida Resolução (anexos 10905294, 10905302, 10905288) com o intuito de auxiliar os processos de trabalho. O documento deverá ser divulgado para os CEAE e toda a Atenção Primária de Saúde (APS) dos municípios de abrangência bem como definido cronograma e estratégias para capacitar os profissionais da APS, como forma de matriciamento.

Salienta-se que nos artigos 8º e 11 da Resolução SES/MG nº 6.946 estão descritas cada uma das categorias do Programa Estadual:

*"Art. 8º - Os Centros Estaduais de Atenção Especializada serão organizados de acordo com a carteira de serviços nas seguintes categorias:*

*I – Categoria 1: oferta de consultas e exames de média complexidade ambulatorial destinados à:*

- 1. gestantes de risco que se enquadram nos critérios de encaminhamento;*
- 2. crianças de risco que apresentem intercorrências repetidas com repercussão clínica, conforme critérios de encaminhamento definidos pela Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial; e*
- 3. propedêutica para câncer de mama e de colo uterino que se enquadram nos critérios de encaminhamento definidos pela Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial.*

*II – Categoria 2: oferta de consultas e exames de média complexidade ambulatorial destinados à:*

- 1. gestantes de risco que se enquadram nos critérios de encaminhamentos;*
- 2. crianças de risco que apresentem intercorrências repetidas com repercussão clínica, conforme critérios de encaminhamento definidos pela Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial;*

3. *propedêutica para câncer de mama e de colo uterino que se enquadram nos critérios de encaminhamento definidos pela Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial;*
4. *usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica de alto risco que se enquadram nos critérios de encaminhamento definidos pela Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial;*
5. *usuários com Diabetes Mellitus de alto risco que se enquadram nos critérios de encaminhamento definidos pela Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial;*  
e
6. *usuários com Doença Renal Crônica que se enquadram nos critérios de encaminhamento definidos pela Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial.*

*III – Categoria 3: oferta de consultas e exames de média complexidade ambulatorial para as especialidades:*

1. *Ginecologia/obstetrícia, mastologia, pediatria, cardiologia, endocrinologia, angiologia, nefrologia e oftalmologia conforme composição prevista para a categoria 2 ampliada, disposta nos Artigos 9º e 10º desta Resolução; e*
2. *Ampliação de linha de cuidado (público alvo e oferta assistencial) para minimamente 3 especialidades da categoria 2 ampliada e inclusão de novas especialidades com garantia de resolutividade em diagnoses e terapias a ser validado pela Coordenação, considerando que haverá a inclusão de novos critérios de encaminhamento para a referida ampliação.*

*Parágrafo único - Os Centros de Categoria 2 são subdivididos em carteira básica e carteira ampliada, de acordo com as especialidades ofertadas, como disposto pelos Art. 10 e 11 desta Resolução".*

*"Art. 11 - Os Centros Estaduais de Atenção Especializada de **Categoria 2 com carteira ampliada**, deverão disponibilizar acesso aos profissionais dos Centros de carteira básica e pelo menos uma das seguintes especialidades para atendimento na linha de cuidado de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica:*

1. *angiologia;*
2. *nefrologia; e*
3. *oftalmologia".*

O quadro a seguir traz a relação dos CEAE e sua classificação por categoria:

<b>CEAE</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
Brasília de Minas	Categoria 2 - carteira ampliada para Angiologia e Nefrologia
Campo Belo	Categoria 1
Capelinha	Categoria 1
Diamantina	Categoria 2 - carteira ampliada para Angiologia e Oftalmologia
Frutal	Categoria 1
Governador Valadares	Categoria 1
Itabira	Categoria 2 - carteira básica
Itabirito	Categoria 2 - carteira ampliada para Oftalmologia
Janaúba	Categoria 2 - carteira básica
Januária	Categoria 1
Jequitinhonha	Categoria 2 - carteira ampliada para Angiologia, Nefrologia e Oftalmologia
Juiz de Fora	Categoria 2 - carteira ampliada para Angiologia, Nefrologia e Oftalmologia

Lavras	Categoria 1
Leopoldina	Categoria 1
Manhuaçu	Categoria 1
Muriae	Categoria 2 - carteira básica
Patos de Minas	Categoria 2 - carteira ampliada para Angiologia, Nefrologia e Oftalmologia
Patrocínio	Categoria 2 - carteira ampliada para Angiologia, Nefrologia e Oftalmologia
Pirapora	Categoria 3 - Ampliação da Linha de cuidado para Angiologia, Cardiologia, Endocrinologia, Ginecologia, Mastologia, Nefrologia, Oftalmologia, Pediatria e Urologia
Ribeirão das Neves	Categoria 1
Santo Antônio do Monte	Categoria 2 - carteira ampliada para Angiologia e Oftalmologia
São João Del Rei	Categoria 1
São Lourenço	Categoria 1
Sete Lagoas	Categoria 1
Taiobeiras	Categoria 1
Teófilo Otoni	Categoria 2 - carteira ampliada para Angiologia, Nefrologia e Oftalmologia
Viçosa	Categoria 2 - carteira ampliada para Nefrologia

Atenciosamente,

Ana Paula Torres de Camargos

**Referência Técnica da Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial**

Débora Cristina Lara Conrado

**Coordenadora de Atenção Especializada Ambulatorial**



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Torres de Camargos, Servidor(a) Público(a)**, em 24/01/2020, às 09:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Debora Cristina Lara Conrado, Servidor(a) Público(a)**, em 24/01/2020, às 09:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.mg.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **10809933** e o código CRC **C933CD67**.

# CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DOS CENTROS ESTADUAIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

## CATEGORIA 1

### *Gestação de Alto Risco*

#### 1. Características individuais e condições sociodemográficas

- Agravos alimentares e nutricionais: obesidade grau III, desnutrição, carências nutricionais (hipovitamoses), transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa, dentre outros);
- Dependência OU uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas.

#### 2. Condições clínicas prévias à gestação

- Doença psiquiátrica grave que necessite de acompanhamento com especialista (psicoses, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outras);
- Hipertensão Arterial Crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo;
- Doenças genéticas maternas;
- Antecedentes de tromboembolismo (Trombose Venosa Profunda ou Embolia Pulmonar);
- Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação) OU Infarto Agudo do Miocárdio;
- Pneumopatias graves (asma em uso de medicamentos contínuos, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, fibrose cística);
- Nefropatias graves (insuficiência renal, rins policísticos);
- Endocrinopatias (diabetes mellitus, hipotireoidismo com tratamento medicamentoso e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia, coagulopatias);
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular, paraplegia e tetraplegia e, outras);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome antifosfolípídeo, artrite reumatoide, esclerose múltipla, outras collagenoses);
- Ginecopatias (mal formações uterinas, útero bicorne, miomas intramurais > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos);
- Câncer: os de origem ginecológica OU invasores OU que estejam em tratamento OU que possam repercutir na gravidez;

- Mulheres transplantadas;
- Mulheres que já realizaram cirurgia bariátrica.

### **3. História reprodutiva anterior:**

- Morte perinatal explicada OU inexplicada;
- Abortamento habitual;
- História prévia de insuficiência cervical/incompetência istmo-cervical;
- Isoimunização Rh em gestação anterior;
- Infertilidade;
- Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal
- Acretismo placentário;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva com desfecho desfavorável materno (síndrome HELLP, eclampsia, parada cardiorrespiratória ou admissão em UTI durante a internação) e/ou perinatal;
- Prematuridade.

### **4. Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual**

- Doença psiquiátrica grave que necessite de acompanhamento com especialista (psicoses, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outras);
- Câncer: que esteja em tratamento ou que possa repercutir na gravidez;
- Gestação múltipla;
- Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou quando não houve tempo hábil para a sua interrupção legal;
- Hipertensão Arterial Crônica diagnosticada na gestação OU hipertensão arterial gestacional OU pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade
- DMG (após diagnóstico laboratorial, conforme parâmetros do Ministério da Saúde);
- Infecção urinária de repetição ( $\geq 3$  episódios) OU  $\geq 2$  episódios de pielonefrite;
- Doenças infecciosas:
  - ✓ Sífilis terciária, resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;
  - ✓ Toxoplasmose

- ✓ Rubéola;
  - ✓ Citomegalovírus;
  - ✓ Herpes simples;
  - ✓ Tuberculose;
  - ✓ Hanseníase;
  - ✓ Hepatites;
  - ✓ Condiloma acuminado - verruga viral no canal vaginal ou colo uterino  
OU lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal;
  - ✓ Diagnóstico de HIV/Aids.
- Desvio quanto ao crescimento uterino: CIUR, macrosomia, suspeita CIUR por altura uterina quando não houver ecografia disponível OU desvio quanto ao volume de líquido amniótico: oligodrâmnio ou polihidrâmnio
  - Suspeita atual de insuficiência cervical/incompetência istmo-cervical;
  - Anemias: Hemoglobina (< 8 g/dl) OU Anemia refratária a tratamento (em caso de Hb < 6g/dl – vide urgência/emergência da Cartilha de Atenção à Saúde da Gestante da SES/MG)
  - Hemorragias da gestação (sangramento ativo - vide urgência/emergência da Cartilha de Atenção à Saúde da Gestante da SES/MG;
  - Acretismo placentário OU placenta prévia não-sangrante;
  - Colestase gestacional (prurido gestacional, icterícia persistente);
  - Malformação fetal\* (fenda labial ou palatina, sindactilia, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, meningomielocoele / espinha bífida, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, anencefalia, cardiopatia) OU arritmia cardíaca fetal\*;
  - Isoimunização Rh\*

***\*Estas condições demandam um fluxo especial composto por serviço de medicina fetal.***

## *Saúde da Criança*

### **1. Neonatologia**

- Prematuridade  $\leq 32$  semanas e/ou peso ao nascer  $\leq 1500$ g (Necessário apresentar relatório do parto e cartão de pré-natal);  
RN entre  $> 32$  semanas a  $< 36$  semanas e/ou peso ao nascer entre  $\geq 1500$ g a  $\leq 2300$ g;  
**Critério de alta na ausência de outras comorbidades significativas associadas:**  
Peso  $\geq 2500$ g e desenvolvimento adequado para idade de acordo com o marco de desenvolvimento preconizado pelo Ministério da Saúde (Caderneta da Criança).
- RN que tiveram sofrimento fetal agudo: APGAR  $< 7$  no 5º min de vida (Necessário apresentar relatório da maternidade ou unidade neonatal e cartão de pré-natal da mãe);
- Egressos de internação Unidade Neonatais de Cuidados Progressivos (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Convencional, Unidade de Cuidado Intermediário Canguru); – Necessário apresentar sumário de alta hospitalar.
- Doenças Infecciosas de transmissão perinatal: HIV, Z-STORCH (Zika, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simples e Chikungunya);
- Recém-nascidos com doença crônica (pulmonar, cardíaca, renal, hepática, endócrina, neurológica, hematológica);
- Recém-nascidos com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor.

### **2. Pediatria**

- Crianças egressas da UTI Pediátrica – Necessário apresentar relatório de alta hospitalar;
- Crianças com doenças gastrointestinais crônicas com repercussão nutricional (diarréia crônica, doença celíaca, atresia das vias biliares cirroses, alergias e intolerâncias alimentares, doença do refluxo gastresofágico);
- Crianças com doenças respiratórias crônicas, 2 (dois) ou mais episódios de pneumonia comprovado por exame (raio-x) e com histórico de internação nos últimos 12 (doze) meses;
- Crianças com asma persistente moderada não controlada e persistente grave conforme definição do caderno de atenção básica, bebê chador – mais de 3 (três) episódios de broncoespasmo em 60 dias, sem melhora ao tratamento adequado –

Necessidade de interconsulta com Atenção Primária com periodicidade de no mínimo 45 dias de intervalo entre as consultas;

- Crianças com alterações renais crônicas, com destaque para (hidronefrose, hematúria persistente por mais de 60 (sessenta) dias – macro ou microscópica com ou sem hipertensão arterial; infecção urinária recorrente – comprovada por exames de urocultura sem resposta ao tratamento instituído, síndrome nefrótica;
- Crianças com alterações endócrinas (diabetes mellitus, distúrbios da tireóide);
- Crianças com quadro de obesidade (grau I com comorbidade) e/ou desnutrição (moderada a severa);
- Crianças de 0 a 6 anos com atraso em seu desenvolvimento global a despeito de uma estimulação adequada
- Crianças com hipertensão arterial;

---

**Atenção:** Os Centros Estaduais de Atenção Especializada – CEAE possuem proposta de atendimento diferenciado ao ofertado pela APS com cuidado interdisciplinar, que é um pilar do cuidado crônico. Dessa forma, o acompanhamento da saúde da criança deve ser compartilhado com a APS, sendo o CEAE o centro colaborador do Plano de Cuidados.

---

## ***Propedêutica do câncer de colo uterino***

### **1. Sangramento Uterino Anormal**

- Mulher na menacme (período fértil) com sangramento disfuncional sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses como preconizado no “PROTÓCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DAS MULHERES” (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem);
- Mulher na menacme (período fértil) com sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e pelo menos, mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno).
- Diagnóstico ultrassonográfico de pólipos ou hiperplasia endometrial
- Mulheres pós-menopausa com sangramento uterino anormal (sem terapia hormonal) quando não há a oferta de ecografia transvaginal na APS.

### **2. Patologia do Colo Uterino**

- **Resultado de exame citopatológico do colo uterino:**
  - Dois exames consecutivos, com intervalo de 6 meses, com resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas de repetição (ASC-US);
  - Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);
  - Células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (AGC);
  - Células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau);
  - Dois exames consecutivos, com intervalo de pelo menos 6 meses, com resultado de lesão intraepitelial de baixo grau;
  - Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL);
  - Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor;
  - Adenocarcinoma in situ ou invasor;
  - Mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doença autoimune ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) ou atipia de significado indeterminado escamosa possivelmente não neoplásica (ASC-US);

- Lesão sugestiva de câncer do colo uterino

### **3. Condiloma acuminado/ Verrugas genitais**

- Verrugas genitais em gestantes, crianças, mulheres imunossuprimidas, doença disseminada ou verrugas de grande volume.

### **4. Dor pélvica crônica de causa ginecológica não responsiva aos tratamentos previstos no “PROTÓCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DAS MULHERES”**

## ***Propedêutica do câncer de mama***

### **1. Neoplasia da Mama**

- Diagnóstico histopatológico ou citopatológico de neoplasia da mama (confirmação ou suspeita);
- Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de neoplasia da mama (ver quadro 1);
- Achados em exame de imagem altamente sugestivos de neoplasia da mama (ver quadro 2);
- Resultados de exames de imagem com laudo de classificação BI-RADS 0, 3,4,5.
- Hiperemia mamária não relacionada à mastite puerperal;
- Pacientes candidatas a reconstrução da mama após cirurgia oncológica radical.

#### **Quadro 1 – Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de câncer de mama**

Nódulo palpável endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas; ou
Nódulo palpável com conteúdo sanguinolento na aspiração; ou
Nódulo palpável com linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes; ou
Descarga papilar suspeita: - sanguínea serossanguínea ou cristalina “água de rocha”; ou - qualquer descarga papilar uniductal e espontânea; ou - qualquer descarga papilar em mulher com idade superior a 50 anos.
Retração ou distorção mamilar recente; ou
Espessamento ou retração cutânea recente.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015)

#### **Quadro 2 - Achados em exame de imagem altamente sugestivos de neoplasia mamária.**

BIRADS 4 e 5; ou
Nódulo sólido com características de malignidade; ou
Cisto complexo (conteúdo espesso, ecotextura heterogênea, vegetações ou com conteúdo sólido); ou
Microcalcificação suspeita: - ramificadas, vermiformes, puntiformes; - associada a outros achados como: distorção, dilatação ductal e assimetrias.
Distorção ou assimetria focal da arquitetura.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015)

### **Protocolos recomendados:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Controles dos cânceres do colo do útero e mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico - 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada Ambulatorial: Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde da Gestante: Critérios de Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante. Belo Horizonte, 2016.

# CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DOS CENTROS ESTADUAIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

## CATEGORIA 2

### *Gestação de Alto Risco*

#### 1. Características individuais e condições sociodemográficas

- Agravos alimentares e nutricionais: obesidade grau III, desnutrição, carências nutricionais (hipovitamoses), transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa, dentre outros);
- Dependência OU uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas.

#### 2. Condições clínicas prévias à gestação

- Doença psiquiátrica grave que necessite de acompanhamento com especialista (psicoses, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outras);
- Hipertensão Arterial Crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti- hipertensivo;
- Doenças genéticas maternas;
- Antecedentes de tromboembolismo (Trombose Venosa Profunda ou Embolia Pulmonar);
- Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação) OU Infarto Agudo do Miocárdio;
- Pneumopatias graves (asma em uso de medicamentos contínuos, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, fibrose cística);
- Nefropatias graves (insuficiência renal, rins policísticos);
- Endocrinopatias (diabetes mellitus, hipotireoidismo com tratamento medicamentoso e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia, coagulopatias);
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular, paraplegia e tetraplegia e, outras);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome antifosfolípídeo,

artrite reumatoide, esclerose múltipla, outras colagenoses);

- Ginecopatias (mal formações uterinas, útero bicornes, miomas intramurais > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos);
- Câncer: os de origem ginecológica OU invasores OU que estejam em tratamento OU que possam repercutir na gravidez;
- Mulheres transplantadas;
- Mulheres que já realizaram cirurgia bariátrica.

### **3. História reprodutiva anterior:**

- Morte perinatal explicada OU inexplicada;
- Abortamento habitual;
- História prévia de insuficiência cervical/incompetência istmo-cervical;
- Isoimunização Rh em gestação anterior;
- Infertilidade;
- Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal
- Acretismo placentário;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva com desfecho desfavorável materno (síndrome HELLP, eclampsia, parada cardiorrespiratória ou admissão em UTI durante a internação) e/ou perinatal;
- Prematuridade.

### **4. Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual**

- Doença psiquiátrica grave que necessite de acompanhamento com especialista (psicoses, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outras);
- Câncer: que esteja em tratamento ou que possa repercutir na gravidez;
- Gestação múltipla;
- Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou quando não houve tempo hábil para a sua

interrupção legal;

- Hipertensão Arterial Crônica diagnosticada na gestação OU hipertensão arterial gestacional OU pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade
- DMG (após diagnóstico laboratorial, conforme parâmetros do Ministério da Saúde);
- Infecção urinária de repetição ( $\geq 3$  episódios) OU  $\geq 2$  episódios de pielonefrite;
- Doenças infecciosas:
  - ✓ Sífilis terciária, resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;
  - ✓ Toxoplasmose
  - ✓ Rubéola;
  - ✓ Citomegalovírus;
  - ✓ Herpes simples;
  - ✓ Tuberculose;
  - ✓ Hanseníase;
  - ✓ Hepatites;
  - ✓ Condiloma acuminado - verruga viral no canal vaginal ou colo uterino OU lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal;
  - ✓ Diagnóstico de HIV/Aids.
- Desvio quanto ao crescimento uterino: CIUR, macrossomia, suspeita CIUR por altura uterina quando não houver ecografia disponível OU desvio quanto ao volume de líquido amniótico: oligodrâmnio ou polihidrâmnio
- Suspeita atual de insuficiência cervical/incompetência istmo-cervical;
- Anemias: Hemoglobina ( $< 8$  g/dl) OU Anemia refratária a tratamento (em caso de Hb  $< 6$ g/dl – vide urgência/emergência da Cartilha de Atenção à Saúde da Gestante da SES/MG)
- Hemorragias da gestação (sangramento ativo - vide

urgência/emergência da Cartilha de Atenção à Saúde da Gestante da SES/MG;

- Acretismo placentário OU placenta prévia não-sangrante;
- Colestase gestacional (prurido gestacional, icterícia persistente);
- Malformação fetal\* (fenda labial ou palatina, sindactilia, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, meningomielocoele / espinha bífida, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, anencefalia, cardiopatia) OU arritmia cardíaca fetal\*;
- Isoimunização Rh\*

***\*Estas condições demandam um fluxo especial composto por serviço de medicina fetal.***

## *Saúde da Criança*

### **1. Neonatologia**

- Prematuridade  $\leq 32$  semanas e/ou peso ao nascer  $\leq 1500$ g (Necessário apresentar relatório do parto e cartão de pré-natal);  
RN entre  $> 32$  semanas a  $< 36$  semanas e/ou peso ao nascer entre  $\geq 1500$ g a  $\leq 2300$ g;  
**Critério de alta na ausência de outras comorbidades significativas associadas:** Peso  $\geq 2500$ g e desenvolvimento adequado para idade de acordo com o marco de desenvolvimento preconizado pelo Ministério da Saúde (Caderneta da Criança).
- RN que tiveram sofrimento fetal agudo: APGAR  $< 7$  no 5º min de vida (Necessário apresentar relatório da maternidade ou unidade neonatal e cartão de pré-natal da mãe);
- Egressos de internação Unidade Neonatais de Cuidados Progressivos (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Convencional, Unidade de Cuidado Intermediário Canguru);  
– Necessário apresentar sumário de alta hospitalar.
- Doenças Infecciosas de transmissão perinatal: HIV, Z\_STORCH (Zika, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simplex e Chikungunya);
- Recém-nascidos com doença crônica (pulmonar, cardíaca, renal, hepática, endócrina, neurológica, hematológica);
- Recém-nascidos com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor.

### **2. Pediatria**

- Crianças egressas da UTI Pediátrica – Necessário apresentar relatório de alta hospitalar;
- Crianças com doenças gastrointestinais crônicas com repercussão nutricional (diarréia crônica, doença celíaca, atresia das vias biliares cirroses, alergias e intolerâncias alimentares, doença do refluxo gastresofágico);

- Crianças com doenças respiratórias crônicas, 2 (dois) ou mais episódios de pneumonia comprovado por exame (raio-x) e com histórico de internação nos últimos 12 (doze) meses;
- Crianças com asma persistente moderada não controlada e persistente grave conforme definição do caderno de atenção básica, bebê chiador – mais de 3 (três) episódios de broncoespasmo em 60 dias, sem melhora ao tratamento adequado – Necessidade de interconsulta com Atenção Primária com periodicidade de no mínimo 45 dias de intervalo entre as consultas;
- Crianças com alterações renais crônicas, com destaque para (hidronefrose, hematúria persistente por mais de 60 (sessenta) dias – macro ou microscópica com ou sem hipertensão arterial; infecção urinária recorrente – comprovada por exames de urocultura sem resposta ao tratamento instituído, síndrome nefrótica;
- Crianças com alterações endócrinas (diabetes mellitus, distúrbios da tireóide);
- Crianças com quadro de obesidade (grau I com comorbidade) e/ou desnutrição (moderada a severa);
- Crianças de 0 a 6 anos com atraso em seu desenvolvimento global a despeito de uma estimulação adequada
- Crianças com hipertensão arterial;

---

**Atenção:** Os Centros Estaduais de Atenção Especializada – CEAE possuem proposta de atendimento diferenciado ao ofertado pela APS com cuidado interdisciplinar, que é um pilar do cuidado crônico. Dessa forma, o acompanhamento da saúde da criança deve ser compartilhado com a APS, sendo o CEAE o centro colaborador do Plano de Cuidados.

---

## *Ginecologia*

### **1. Sangramento Uterino Anormal**

- Mulher na menacme (período fértil) com sangramento disfuncional sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses como preconizado no “PROTÓCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DAS MULHERES” (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem);
- Mulher na menacme (período fértil) com sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e pelo menos, mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno).
- Mulheres pós-menopausa com sangramento uterino anormal (sem terapia hormonal) quando não há a oferta de ecografia transvaginal na APS.
- Diagnóstico ultrassonográfico de pólipos ou hiperplasia endometrial

### **2. Patologia do Colo Uterino**

- **Resultado de exame citopatológico do colo uterino:**
  - Dois exames consecutivos, com intervalo de 6 meses, com resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas de repetição (ASC-US);
  - Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);
  - Células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (AGC);
  - Células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau);
  - Dois exames consecutivos, com intervalo de pelo menos 6 meses, com resultado de lesão intraepitelial de baixo grau;
  - Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL);
  - Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor;
  - Adenocarcinoma in situ ou invasor;

- Mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doença autoimune ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) ou atipia de significado indeterminado escamosa possivelmente não neoplásica (ASC-US);
- Lesão sugestiva de câncer do colo uterino

### **3. Condiloma acuminado/ Verrugas genitais**

- Verrugas genitais em gestantes, crianças, mulheres imunossuprimidas, doença disseminada ou verrugas de grande volume.

### **4. Dor pélvica crônica de causa ginecológica não responsiva aos tratamentos previstos no “PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DAS MULHERES”**

## ***Propedêutica de câncer de mama***

### **1. Neoplasia da Mama**

- Diagnóstico histopatológico ou citopatológico de neoplasia da mama (confirmação ou suspeita);
- Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de neoplasia da mama (ver quadro 1);
- Achados em exame de imagem altamente sugestivos de neoplasia da mama (ver quadro 2);
- Resultados de exames de imagem com laudo de classificação BI-RADS 0, 3,4,5.
- Hiperemia mamária não relacionada à mastite puerperal;
- Pacientes candidatas a reconstrução da mama após cirurgia oncológica radical.

#### **Quadro 1 – Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de câncer de mama**

Nódulo palpável endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas; ou
Nódulo palpável com conteúdo sanguinolento na aspiração; ou
Nódulo palpável com linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes; ou
Descarga papilar suspeita: - sanguínea serossanguínea ou cristalina “água de rocha”; ou - qualquer descarga papilar uniductal e espontânea; ou - qualquer descarga papilar em mulher com idade superior a 50 anos.
Retração ou distorção mamilar recente; ou
Espessamento ou retração cutânea recente.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015)

#### **Quadro 2 - Achados em exame de imagem altamente sugestivos de neoplasia mamária.**

BIRADS 4 e 5; ou
Nódulo sólido com características de malignidade; ou
Cisto complexo (conteúdo espesso, ecotextura heterogênea, vegetações ou com conteúdo sólido); ou

Microcalcificação suspeita:

- ramificadas, vermiformes, puntiformes;
- associada a outros achados como: distorção, dilatação ductal e assimetrias.

Distorção ou assimetria focal da arquitetura.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015)

## Atenção à hipertensão, diabetes mellitus e doença renal crônica

### 1. Usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica:

a) Alto ou muito alto grau de risco, conforme quadro a seguir:

#### Quadro 3- Estratificação de risco de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica para a organização da rede de atenção

Risco	Critérios (Risco de evento cardiovascular maior – Framingham revisado D’Agostino et al – e capacidade para o autocuidado*)
<b>Baixo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 10% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado <b>suficiente e</b></li><li>✓ Ausência de LOA identificadas** e</li><li>✓ Ausência de condições clínicas associadas.***</li></ul>
<b>Moderado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 10% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado <b>insuficiente ou</b></li><li>• <b>10 a 20%</b> de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos.</li></ul> - Em qualquer uma das opções é obrigatória a <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ausência de LOA identificadas** e</li><li>✓ Ausência de condições clínicas associadas.***</li></ul>
<b>Alto</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &gt; 20% risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado <b>suficiente e/ou</b></li><li>• <b>LOA</b> identificadas**, com capacidade de autocuidado <b>suficiente</b>.</li></ul> - Em qualquer uma das opções é obrigatória a <ul style="list-style-type: none"><li>• Ausência de condições clínicas associadas.***</li></ul>
<b>Muito Alto</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &gt; 20% risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado <b>insuficiente e/ou</b></li><li>• <b>LOA</b> identificadas**, com capacidade de autocuidado <b>insuficiente e/ou</b></li><li>• Presença de condições clínicas associadas.***</li></ul>

**Onde:** LOA = Lesões de órgãos alvo. **Fonte:** Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2013 e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2012.

\* Entende-se como capacidade de autocuidado insuficiente (conceito operacional) a limitação em níveis relevantes da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações: Dificuldade de compreensão de sua condição crônica; desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição; baixo suporte familiar e social; não se ver como agente de mudança de sua saúde; recolher-se em sua condição crônica; estar sem ação para melhoria de sua condição; abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e depressão grave com prejuízo nas atividades diárias (adaptado de Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2013).

\*\* Entende-se por lesões de órgãos alvo (LOA): hipertrofia de ventrículo esquerdo identificada no eletrocardiograma de rotina, estágio de função renal 3B ou achados evidenciados em exames anteriores não recomendados como rotina na atenção primária (espessura médio-intimal de carótida > 0,9 mm ou placa de ateroma em carótida, índice tornozelo-braquial < 0,9 e velocidade de onda de pulso > 12 m/s).

\*\*\* Entende-se por condições clínicas associadas: doença cerebrovascular (acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório); doença cardiovascular (angina, infarto agudo do miocárdio, revascularização coronária, insuficiência cardíaca); doença arterial periférica; retinopatia avançada (papiledema, hemorragias e exsudatos) e doença renal crônica (categoria de função renal 4 ou 5).

- b) Hipertensão Arterial Resistente;
- c) Suspeita de Hipertensão Arterial Sistêmica Secundária

**2. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)**

**3. Usuários com Diabetes Mellitus:**

- a) Tipo 1;
- b) Tipo 2, nos seguintes casos:
  - I – alto e muito alto grau e risco especialmente se em uso de insulina ou se em uso de antidiabético oral em dose plena e insulinização impossível de ser realizada na atenção primária;
  - II – usuário recém-diagnosticado + indicação de insulinização (glicemia acima de 300 mg/dl) + insulinização impossível de ser realizada na atenção primária;
  - III – baixa acuidade visual repentina;
  - IV – Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2 com diagnóstico de perda de sensibilidade plantar confirmado e/ou alterações na avaliação vascular dos pés.

**4. Diabetes Gestacional.**

**Quadro 4 -** Estratificação de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus para a organização da rede de atenção

<b>Risco</b>	<b>Critérios (controle glicêmico – HbA1c –, complicações e capacidade para o autocuidado*)</b>
<b>Baixo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glicemia de jejum alterada ou intolerância a sobrecarga de glicose (pre-diabetes) <b>ou</b></li> <li>• Diabético com HbA1c &lt; 7%, capacidade de autocuidado <b>suficiente e</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses <b>e</b></li> <li>✓ Ausência de complicações crônicas**</li> </ul> </li> </ul>
<b>Moderado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabético com HbA1c &lt; 7% e capacidade de autocuidado <b>insuficiente ou</b></li> <li>• Diabético com HbA1c entre 7% e 9%.           <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Em qualquer uma das opções devem ser somadas a</li> <li>✓ Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses <b>e</b></li> <li>✓ Ausência de complicações crônicas**</li> </ul> </li> </ul>

<b>Alto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabético com HbA1c &gt; 9% e capacidade de autocuidado <b>suficiente e/ou</b></li> <li>• Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado <b>suficiente e/ou</b></li> <li>• Presença de complicações crônicas** com capacidade de autocuidado <b>suficiente</b></li> </ul>
<b>Muito Alto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabético com HbA1c &gt; 9% e capacidade de autocuidado apoiado <b>insuficiente e/ou</b></li> <li>• Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado <b>insuficiente e/ou</b></li> <li>• Presença de complicações crônicas** com capacidade de autocuidado <b>insuficiente</b></li> </ul>

**Onde:** HbA1c = hemoglobina glicosilada. **Fonte:** Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 20131 e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2012.2.

\* Entende-se como capacidade de autocuidado insuficiente (conceito operacional) a limitação em níveis relevantes da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações: dificuldade de compreensão de sua condição crônica; desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição; baixo suporte familiar e social; não se ver como agente de mudança de sua saúde; recolher-se em sua condição crônica; estar sem ação para melhoria de sua condição; abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e depressão grave com prejuízo nas atividades diárias (adaptado de Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2013).

\*\* Entende-se por complicações crônicas micros e/ou macrovasculares.

##### **5. Usuário com doença renal crônica hipertenso e/ou diabético:**

- a) alto ou muito alto grau de risco;
- b) perda anual da filtração glomerular estimada  $\geq 5$  mL/min/ano (FGe inicial – FGe final/número de meses de observação X 12);
- c) proteinúria >1,0 g/dia ou proteinúria <1,0 g/dia + hematúria;
- d) aumento abrupto da creatinina sérica ( $\geq 30\%$ );
- e) diminuição de 25% da filtração glomerular estimada ao iniciar alguma medicação que bloqueie o eixo renina-angiotensina-aldosterona.

##### **Os protocolos recomendados são:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Controles dos cânceres do colo do útero e mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico - 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada Ambulatorial: Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde da Gestante: Critérios de Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante. Belo Horizonte, 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Linha Guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença arterial crônica. Belo Horizonte, 2013.

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DOS CENTROS ESTADUAIS DE  
ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

**CATEGORIA 3**

***Angiologia***

- 1. Doença arterial periférica, já diagnosticada e tratada ou em tratamento evoluindo com piora clínica - Claudicação Intermitente com piora ou agravamento progressivo;**
- 2. Insuficiência venosa com dermaoesclerose e hiperpigmentação ocre em porção distal da perna, cicatriz de úlcera ou úlcera em atividade, para investigação e avaliação da necessidade de tratamento invasivo (CEAP 4, 5, 6);**
- 3. Pacientes com trombozes venosas de repetição;**
- 4. Aneurisma de aorta Abdominal e/ou Torácica;**

---

**Atenção:** Em vista do caráter de risco das condições descritas acima (item 1 ao 4), uma vez que pode evoluir com uma complicação maior e até mesmo um processo de invalidez do usuário ou óbito, a urgência de encaminhamento apresenta uma prioridade de dias.

---

- 5. Doença arterial periférica com claudicação intermitente crônica;**
- 6. Tromboflebite superficial sem melhora com tratamento e com extensão do processo;**
- 7. Varizes CEAP 2 e 3;**
- 8. Linfedema;**
- 9. Dor e edema de membros inferiores excluídas causas sistêmicas.**

## Cardiologia

### 1. Usuários com HAS de alto e muito alto grau de risco, de acordo com quadro a seguir:

**Quadro 5 - Estratificação de risco de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica para a organização da rede de atenção**

Risco	Critérios (Risco de evento cardiovascular maior – Framingham revisado D’Agostino et al – e capacidade para o autocuidado*)
<b>Baixo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 10% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado <b>suficiente e</b></li><li>✓ Ausência de LOA identificadas** e</li><li>✓ Ausência de condições clínicas associadas.***</li></ul>
<b>Moderado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 10% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado <b>insuficiente ou</b></li><li>• 10 a 20% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos.</li></ul> - Em qualquer uma das opções é obrigatória a <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ausência de LOA identificadas** e</li><li>✓ Ausência de condições clínicas associadas.***</li></ul>
<b>Alto</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &gt; 20% risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado <b>suficiente e/ou</b></li><li>• LOA identificadas**, com capacidade de autocuidado <b>suficiente.</b></li></ul> - Em qualquer uma das opções é obrigatória a <ul style="list-style-type: none"><li>• Ausência de condições clínicas associadas.***</li></ul>
<b>Muito Alto</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &gt; 20% risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado <b>insuficiente e/ou</b></li><li>• LOA identificadas**, com capacidade de autocuidado <b>insuficiente e/ou</b></li><li>• Presença de condições clínicas associadas.***</li></ul>

**Onde:** LOA = Lesões de órgãos alvo. **Fonte:** Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2013 e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2012.

\* Entende-se como capacidade de autocuidado insuficiente (conceito operacional) a limitação em níveis relevantes da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações: Dificuldade de compreensão de sua condição crônica; desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição; baixo suporte familiar e social; não se ver como agente de mudança de sua saúde; recolher-se em sua condição crônica; estar sem ação para melhoria de sua condição; abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e depressão grave com prejuízo nas atividades diárias (adaptado de Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2013).

\*\* Entende-se por lesões de órgãos alvo (LOA): hipertrofia de ventrículo esquerdo identificada no eletrocardiograma de rotina, estágio de função renal 3B ou achados evidenciados em exames anteriores não recomendados como rotina na atenção primária (espessura médio-intimal de carótida > 0,9 mm ou placa de atheroma em carótida, índice tornozelo-braquial < 0,9 e velocidade de onda de pulso > 12 m/s).

\*\*\* Entende-se por condições clínicas associadas: doença cerebrovascular (acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório); doença cardiovascular (angina, infarto agudo do miocárdio, revascularização coronária, insuficiência cardíaca); doença arterial periférica; retinopatia avançada (papiledema, hemorragias e exsudatos) e doença renal crônica (categoria de função renal 4 ou 5).

**2. Usuário com HAS mal controlada (fora do alvo terapêutico) com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliar adesão.**

**3. Usuário com suspeita de HAS secundária**

**4. Cardiopatia Isquêmica**

- Cardiopatia isquêmica estabelecida em pacientes com necessidade de estratificação de risco após evento agudo (quando não realizada no serviço de urgência ou emergência);
- Cardiopatia isquêmica estabelecida em paciente ainda sintomático, mesmo com tratamento clínico otimizado (nitrito oral, betabloqueador e/ou antagonista do canal de cálcio), ou impossibilidade de uso das medicações por efeito adverso ou contraindicação;
- Suspeita de cardiopatia isquêmica, se impossibilidade de investigação com exames não invasivos.

**5. Insuficiência cardíaca**

---

**Atenção: pacientes com Insuficiência Cardíaca com sinais de hipoperfusão, síncope ou com sinais de congestão pulmonar indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de emergência ou urgência.**

---

- Classe funcional (NYHA) III e IV em pacientes já com tratamento clínico otimizado em uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina, betabloqueador e diurético, na ausência de intolerância – (Ver quadro abaixo para definição da classe funcional).

## Quadro 6 - Classificação funcional da New York Heart Association (NYHA)

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

Fonte: DUNCAN et al (2013).

- Episódio de internação hospitalar devido à insuficiência cardíaca descompensada no último ano;
- Suspeita de insuficiência cardíaca sem possibilidade de investigação com ecocardiografia.

### 6. Arritmias

- Bradicardia sinusal sintomática ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45 bpm (após avaliação em serviço de emergência);
- Bloqueio bifascicular (bloqueio completo de ramo esquerdo; bloqueio completo de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo ou associado a hemibloqueio posterior esquerdo);
- Fibrilação atrial com possibilidade de cardioversão (paciente com idade menor que 65 anos e átrio menor que 5 cm);
- Taquicardia supraventricular sintomática ou recorrente, sem resposta ao tratamento;
- Investigação de palpitação recorrente de origem indeterminada.

---

**Atenção:** Outras taquiarritmias ou alterações na condução cardíaca potencialmente graves considerar sempre necessidade de encaminhar para serviço de emergência.

---

## **7. Valvopatias**

- Qualquer sopro diastólico ou contínuo;
- Sopro sistólico associado a (pelo menos um):
  - ✓ Sintomas (dispneia, dor torácica, síncope/pré-síncope);
  - ✓ Sopro de grau elevado ( $\geq 3/6$ ) ou frêmito;
  - ✓ Alterações significativas em eletrocardiograma e/ou raio-x de tórax;
  - ✓ Sopro de início recente e suspeita de valvopatia.
- Todos pacientes com valvopatias moderadas/graves;
- Paciente sintomático com qualquer valvopatia detectada em ecocardiografia.

**8. Pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca em pacientes que vinham sem controle cardiológico e que estejam assintomáticos**

**9. Síncopes com suspeita principal de origem não-cardíaca**

## Endocrinologia

### 1. Diabetes mellitus

- Diabetes tipo 1 (DM1) – todos os casos devem ser encaminhados
- Diabetes tipo 2 (DM2) – nos seguintes casos:
  - ✓ Alto e muito alto grau de risco (de acordo com quadro a seguir) especialmente se em uso de insulina ou se em uso de antidiabético oral em dose plena e insulinização impossível de ser realizada na Atenção Primária de Saúde (APS);
- Diabetes Gestacional

**Quadro 7** - Estratificação de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus para a organização da rede de atenção

Risco	Critérios (controle glicêmico – HbA1c –, complicações e capacidade para o autocuidado*)
Baixo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Glicemia de jejum alterada ou intolerância a sobrecarga de glicose (pre-diabetes) <b>ou</b></li><li>• Diabético com HbA1c &lt; 7%, capacidade de autocuidado <b>suficiente e</b><ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses <b>e</b></li><li>✓ Ausência de complicações crônicas**</li></ul></li></ul>
Moderado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diabético com HbA1c &lt; 7% e capacidade de autocuidado <b>insuficiente ou</b></li><li>• Diabético com HbA1c entre 7% e 9%.<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Em qualquer uma das opções devem ser somadas a</li><li>✓ Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses <b>e</b></li><li>✓ Ausência de complicações crônicas**</li></ul></li></ul>
Alto	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diabético com HbA1c &gt; 9% e capacidade de autocuidado <b>suficiente e/ou</b></li><li>• Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado <b>suficiente e/ou</b></li><li>• Presença de complicações crônicas** com capacidade de autocuidado <b>suficiente</b></li></ul>

<b>Muito Alto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabético com HbA1c &gt; 9% e capacidade de autocuidado apoiado <b>insuficiente e/ou</b></li> <li>• Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado <b>insuficiente e/ou</b></li> <li>• Presença de complicações crônicas** com capacidade de autocuidado <b>insuficiente</b></li> </ul>
-------------------	---

**Onde:** HbA1c = hemoglobina glicosilada. **Fonte:** Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2013<sup>1</sup> e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2012.<sup>2</sup>

\* Entende-se como capacidade de autocuidado insuficiente (conceito operacional) a limitação em níveis relevantes da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações: dificuldade de compreensão de sua condição crônica; desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição; baixo suporte familiar e social; não se ver como agente de mudança de sua saúde; recolher-se em sua condição crônica; estar sem ação para melhoria de sua condição; abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e depressão grave com prejuízo nas atividades diárias (adaptado de Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2013).

\*\* Entende-se por complicações crônicas micros e/ou macrovasculares.

- Usuário recém-diagnosticado + indicação de insulinização (glicemia acima de 300 mg/dl) + insulinização impossível de ser realizada na APS;
- Baixa de acuidade visual repentina;
- Usuário com DM tipo 1 ou DM tipo 2 com diagnóstico de perda de sensibilidade protetora plantar confirmado e/ou alterações na avaliação vascular dos pés.

## 2. Distúrbios Tireoidianos

- **Bócio**
  - ✓ Na presença de bócio com sintomas compressivos: disfagia, tosse, rouquidão, engasgos, dispneia de decúbito;
  - ✓ Hipertireoidismo de Graves – bócio com alterações hormonais na função tireoidiana (TSH baixo ou suprimido, com T4 livre e/ou T3 livre aumentados) + auto-anticorpo TRAb aumentado;
  - ✓ Exame de ultrassom da tireoide mostrando nódulo(s).

- **Hipertireoidismo**
  - ✓ Encaminhar todos os casos para endocrinologista.
  
- **Hipotireoidismo**
  - ✓ Nos casos com dificuldade de controle da doença em pacientes em uso de doses elevadas de levotiroxina (maior que 25 mcg/dia);
  - ✓ Na suspeita de hipotireoidismo central (TSH baixo ou normal-baixo, T4 livre e T3 livre baixos).
  
- **Nódulo tireoidiano**
  - ✓ Encaminhar todos os casos para o endocrinologista.

### **3. Distúrbio do peso**

- Na suspeita de obesidade secundária a doença endócrina (Cushing, Síndrome do Ovário Policístico (SOP), Hipotireoidismo descompensado, etc);
  
- Todos paciente com  $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$  com comorbidades associadas ao excesso de peso tais como: diabetes, hipertensão arterial, artropatias degenerativas, esteatose hepática não-alcoólica grave, apnéia do sono, asma brônquica, estase venose avançada, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na AB;
  
- Pacientes com  $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ , quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na AB.

## *Ginecologia*

### **1. Sangramento Uterino Anormal**

---

**Atenção:** sempre descartar gravidez e sangramento por patologias cervicais na investigação inicial de sangramento uterino anormal.

**Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser avaliadas em serviço de urgência/ emergência.**

---

#### **Mulher na menacme (Período fértil) com:**

- Sangramento disfuncional sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses como preconizado no “PROTÓCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DAS MULHERES” (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem);
- Sangramento uterino anormal associado a mioma, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses;
- Sangramento uterino anormal associado a pólipos ou hiperplasia de endométrio (espessura endometrial maior ou igual a 12 mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual);
- Sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e pelo menos mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno).

#### **Mulher na menopausa com:**

- Espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada na ecografia pélvica transvaginal;
- Sangramento uterino anormal e impossibilidade de solicitar ecografia

pélvica transvaginal.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a ginecologia ou hematologia**

- Mulher na menacme com suspeita de sangramento uterino anormal por discrasia sanguínea (sangramento uterino aumentado desde a menarca ou história familiar de coagulopatia ou múltiplas manifestações hemorrágicas).

### **2. Massa Anexial**

- **Massa anexial com diâmetro > 5cm, ou características ultrassonográficas sugestivas de malignidade.**
- **Em qualquer faixa etária:**
  - ✓ Tumores em mulheres com sintomas (distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança hábito intestinal, etc.);
  - ✓ Tumores sólidos independente do tamanho;
  - ✓ Tumores císticos com aspecto complexo (multisseptado, conteúdo misto, projeções sólidas);
  - ✓ Tumores com ascite.
- **Cistos simples em mulher na menopausa**
- **Cistos simples em mulheres na menacme:**
  - ✓ Menor que 8,0 cm que não tenham regredido em duas ecografias pélvicas transvaginais com intervalo de 3 meses entre elas;
  - ✓ Maior ou igual a 8,0 cm.

### **3. Miomas sintomáticos (com compressão de órgão adjacentes, associados à anemia por sangramento uterino anormal não responsivo ao tratamento clínico)**

---

**Atenção:** Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser avaliadas em serviço de urgência/emergência.

---

#### **4. Anormalidades da Estática Pélvica**

- Paciente com prolapso genital sintomática, independente do grau, que deseja tratamento cirúrgico;
- Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.

#### **5. Incontinência Urinária**

- Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia ou urologia:**

- Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado.

#### **6. Dor Pélvica Crônica/ Endometriose**

- Dor pélvica crônica de causa ginecológica não responsiva aos tratamentos previstos no PROTOCOLO DA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DAS MULHERES.
- Dor pélvica por mais de 6 meses de origem ginecológica, refratária ao tratamento clínico otimizado, não associada a gestação;
- Alteração em exame de imagem ou exame físico sugestivo de endometriose.

#### **7. Climatério**

- Menopausa precoce (antes dos 40 anos);
- Persistência de sintomas associados ao climatério após tratamento clínico otimizado por 6 meses.

## 8. Patologia de Endométrio

- Diagnóstico ultrassonográfico de pólipos ou hiperplasia endometrial
- Mulheres na menopausa:
  - ✓ Com sangramento uterino anormal (sem terapia hormonal) quando não há a oferta de ecografia transvaginal na APS;
  - ✓ Com espessura endometrial maior que 5 mm ou descrição de endométrio heterogêneo e irregular na ecografia.

## 9. Patologia do Colo Uterino

### **Resultado de um exame citopatológico:**

- Dois exames consecutivos, com intervalo de 6 meses, com resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas de repetição (ASC-US);
- Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);
- Células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau) (AGC);
- Células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau);
- Dois exames consecutivos, com intervalo de pelo menos 6 meses, com resultado de lesão intraepitelial de baixo grau;
- Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL);
- Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor;
- Adenocarcinoma *in situ* ou invasor;
- Mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doença autoimune ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) ou atipia de significado indeterminado escamosa possivelmente não neoplásica (ASC-US);
- Lesão sugestiva de câncer do colo uterino

## **10. Amenorreia**

---

**Atenção:** Sempre descartar gravidez na investigação inicial de amenorreia.

---

### **Amenorreia primária**

#### **Amenorreia secundária:**

- Resposta negativa ao teste do progestagêno (ver quadro 2 no anexo);
- Falência ovariana prematura;
- História de exposição a rádio e/ou quimioterapia no passado;
- Hiperprolactinemia;
- Causa cirúrgica (ooforectomia bilateral).

## **11. Condiloma acuminado/Verrugas genitais**

- Verrugas genitais em gestantes, crianças, mulheres imunossuprimidas, doença disseminada ou verrugas de grande volume.

## **12. Mulheres com encaminhamento da APS para inserção de DIU**

## ***Mastologia***

### **1. Neoplasia da Mama**

- Diagnóstico histopatológico ou citopatológico de neoplasia da mama;
- Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de neoplasia da mama (ver quadro 8);
- Achados em exame de imagem altamente sugestivos de neoplasia da mama (ver quadro 9);
- Usuária assintomática com exame de imagem classificado como BI-RADS 3;
- Resultados de exames de imagem com laudo de BIRADS 0,3,4,5.

#### **Quadro 8 – Sinais e sintomas mamários sugestivos de neoplasia de mama**

Nódulo palpável endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas; ou
Nódulo palpável com conteúdo sanguinolento na aspiração; ou
Nódulo palpável com linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes; ou
Descarga papilar suspeita: - sanguínea, serossanguínea ou cristalina “água de rocha”; ou - qualquer descarga papilar uniductal e espontânea; ou - qualquer descarga papilar em mulher com idade superior a 50 anos.
Retração ou distorção mamilar recente; ou
Espessamento ou retração cutânea recente.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015)

#### **Quadro 9 - Achados em exame de imagem altamente sugestivos de neoplasia mamária**

BIRADS 4 e 5; ou
Nódulo sólido com características de malignidade; ou
Cisto complexo (conteúdo espesso, ecotextura heterogênea, vegetações ou com conteúdo sólido); ou

Microcalcificação suspeita: - ramificadas, vermiformes, puntiformes.
- associada a outros achados como: distorção, dilatação ductal e assimetrias.
Distorção ou assimetria focal da arquitetura.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015)

## **2. Alterações Benignas da Mama**

- Cisto simples recidivante;
- Cisto simples sintomático (dor/desconforto, obstrução de tecido mamário subjacente);
- Fibroadenoma palpável sintomático (dor/desconforto);
- Abscesso subareolar crônico recidivante;
- Mastalgia com alterações no Exame Clínico da Mama ou com ausência de melhora após condutas recomendadas no Fluxograma 8 do PROTOCOLO DE ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES (2016);
- Relato de descarga papilar acrescida de outras alterações no Exame Clínico das Mamas;
- Descarga papilar espontânea amarelada, esverdeada, amarronzada ou acinzentada se associada a muito incômodo após orientação - Fluxograma 9 do PROTOCOLO DE ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES (2016);
- Nódulos benignos associados a incômodos.

## **3. Derrames papilares considerados de alto risco,**

- Unilaterais e uniductais com aspecto sanguinolento ou aquoso

## **4. Infecções recorrentes da mama (abcesso subareolar recidivante)**

## **5. Mamas supranumerárias bem caracterizadas**

## **6. Malformações congênitas da mama (Síndrome de Poland)**

## **7. Pacientes candidatas a reconstrução da mama após cirurgia oncológica radical**

## **8. Pacientes com indicação de plástica mamária por indicação não estética e não oncológica**

## **9. Egressos de internação por causas relacionadas a patologias de mama.**

## *Nefrologia*

### **1. Cistos/Doença Policística Renal**

- Suspeita de doença policística renal

#### **Quadro 10 – Suspeita de doença policística renal**

<b>História familiar positiva e</b>
Pacientes com idade entre 15 e 39 anos com três ou mais cistos uni ou bilaterais
Pacientes com idade entre 40 e 59 anos com dois ou mais cistos em cada rim
Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos com quatro ou mais cistos em cada rim
<b>História familiar negativa e</b>
10 ou mais cistos em cada rim, na ausência de achados sugestivos de outra doença renal cística, principalmente se rins aumentados bilateralmente ou presença concomitante de cistos hepáticos, pancreáticos ou esplênicos

Fonte: BARROS (2013)

### **2. Diabetes Mellitus**

- Pacientes com taxa de filtração glomerular  $< 30\text{ml /min/1,73 m}^2$  (estágio 4 e 5);
- Proteinúria (macroalbuminúria);
- Perda rápida da função renal ( $> 5\text{ml /min/ 1,73 m}^2$  em um período de seis meses, com uma TFG  $< 60\text{ml /min/1,73 m}^2$ , confirmado em dois exames);
- Suspeita de nefropatia por outras causas

### **3. Hipertensão Arterial Sistêmica**

- Suspeita de hipertensão secundária relacionada à doença renovascular;
- Pacientes com taxa de filtração glomerular  $< 30\text{ml /min/1,73 m}^2$  (estágio 4 e 5);
- Falta de controle da pressão com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão.

### **4. Infecção Urinária Recorrente**

- ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.

### **5. Doença Renal Crônica**

- Pacientes com taxa de filtração glomerular < 30ml /min/1,73 m2 (estágio 4 e 5);
- Proteinúria;
- Hematúria persistente;
- Alterações anatômicas que provoquem lesão ou perda de função renal;
- Perda rápida da função renal (> 5ml /min/1,73 m2 em seis meses, com uma TFG < 60ml / min/1,73 m2, confirmado em dois exames);
- Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários).

### Quadro 11 – Estágios da Doença Renal Crônica

Estágio de Função Renal	Taxa de Filtração Glomerular (mL/min/1,73m2)
1	> 90 com proteinúria
2	60 a 89 com proteinúria
3 <sup>a</sup>	45 a 59
3b	30 a 44
4	15 a 29
5	< 15 ou em diálise

Fonte: DUNCAN (2013).

## 6. Litíase Renal

- Nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS;
- Impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

## ***Obstetrícia***

### **1. Características individuais e condições sócio-demográficas**

- Agravos alimentares e nutricionais: obesidade grau III, desnutrição, carências nutricionais (hipovitamoses), transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa, dentre outros);
- Dependência OU uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas.

### **2. Condições clínicas prévias à gestação**

- Doença psiquiátrica grave que necessite de acompanhamento com especialista (psicoses, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outras);
- Hipertensão Arterial Crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo;
- Doenças genéticas maternas;
- Antecedentes de tromboembolismo (Trombose Venosa Profunda ou Embolia Pulmonar);
- Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação) OU Infarto Agudo do Miocárdio;
- Pneumopatias graves (asma em uso de medicamentos contínuos, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, fibrose cística);
- Nefropatias graves (insuficiência renal, rins policísticos);
- Endocrinopatias (diabetes mellitus, hipotireoidismo com tratamento medicamentoso e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia, coagulopatias);
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular, paraplegia e tetraplegia e, outras);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome antifosfolípideo, artrite reumatoide, esclerose múltipla, outras colagenoses);
- Ginecopatias (mal formações uterinas, útero bicorne, miomas intramurais  
> 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos);

- Câncer: os de origem ginecológica OU invasores OU que estejam em tratamento OU que possam repercutir na gravidez;
- Mulheres transplantadas;
- Mulheres que já realizaram cirurgia bariátrica.

### **3. História reprodutiva anterior**

- Morte perinatal explicada OU inexplicada;
- Abortamento habitual;
- História prévia de insuficiência cervical/incompetência istmo-cervical;
- Isoimunização Rh em gestação anterior;
- Infertilidade;
- Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal
- Acretismo placentário;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva com desfecho desfavorável materno (síndrome HELLP, eclampsia, parada cardiorrespiratória ou admissão em UTI durante a internação) e/ou perinatal;
- Prematuridade.

### **4. Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual**

- Doença psiquiátrica grave que necessite de acompanhamento com especialista (psicoses, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outras);
- Câncer: que esteja em tratamento ou que possa repercutir na gravidez;
- Gestação múltipla;
- Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou quando não houve tempo hábil para a sua interrupção legal;
- Hipertensão Arterial Crônica diagnosticada na gestação OU hipertensão arterial gestacional OU pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade

- DMG (após diagnóstico laboratorial, conforme parâmetros do Ministério da Saúde);
- Infecção urinária de repetição ( $\geq 3$  episódios) OU  $\geq 2$  episódios de pielonefrite;
- Doenças infecciosas:
  - ✓ Sífilis terciária, resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;
  - ✓ Toxoplasmose
  - ✓ Rubéola;
  - ✓ Citomegalovírus;
  - ✓ Herpes simples;
  - ✓ Tuberculose;
  - ✓ Hanseníase;
  - ✓ Hepatites;
  - ✓ Condiloma acuminado - verruga viral no canal vaginal ou colo uterino OU lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal;
  - ✓ Diagnóstico de HIV/Aids.
- Desvio quanto ao crescimento uterino: CIUR, macrossomia, suspeita CIUR por altura uterina quando não houver ecografia disponível OU desvio quanto ao volume de líquido amniótico: oligodrâmnio ou polihidrâmnio
- Suspeita atual de insuficiência cervical/incompetência istmo-cervical;
- Anemias: Hemoglobina ( $< 8$  g/dl) OU Anemia refratária a tratamento (em caso de Hb  $< 6$ g/dl – vide urgência/emergência da Cartilha de Atenção à Saúde da Gestante da SES/MG)
- Hemorragias da gestação (sangramento ativo - vide urgência/emergência da Cartilha de Atenção à Saúde da Gestante da SES/MG);
- Acretismo placentário OU placenta prévia não-sangrante;

- Colestase gestacional (prurido gestacional, icterícia persistente);
- Malformação fetal\* (fenda labial ou palatina, sindactilia, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, meningomielocele / espinha bífida, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, anencefalia, cardiopatia) OU arritmia cardíaca fetal\*;
- Isoimunização Rh\*

***\*Estas condições demandam um fluxo especial composto por serviço de medicina fetal.***

## ***Oftalmologia***

### **1. Diabetes**

- Todo paciente diabético deve ser encaminhado uma vez ao ano para rastreio de retinopatia diabética (avaliação da retina para estadiamento da retinopatia de maculopatia diabética, se houver).

---

**Atenção:** Pacientes com relato de baixa de visão importante recente pode estar cursando alteração retiniana importante (hemorragia pré-retiniana ou vítrea, deslocamento de retina, edema macular) e deve ser encaminhado ao serviço de urgência.

---

### **2. Oftalmologia adulto (avaliação oftalmológica completa do adulto, incluindo exame refracional, avaliação do segmento anterior e posterior do olho)**

- **Pacientes com queixa de baixa de visão;**
- **Pacientes com comorbidades sistêmicas relacionadas a alterações oftalmológicas:**
  - ✓ Todos os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de alto e muito alto grau de risco;
  - ✓ Gestante em pré-natal de alto risco (hipertensão e/ou diabetes);
  - ✓ Imunossuprimidos;
  - ✓ Portador de doenças autoimunes e/ou hematológicas;
  - ✓ Usuário com indicação de tratamento com Cloroquina.
- **Pacientes com comorbidades oculares:**
  - ✓ Diagnóstico prévio de glaucoma;
  - ✓ Usuários previamente submetidos a cirurgias corneanas (transplante, anel intra estromal, etc) com sintomatologia ocular (possibilidade de falência de transplante e extrusão de segmento de anel);
  - ✓ Olho seco grave (Síndrome de Sjogren, Penfigóide e outros

acometimentos dermatológicos e de mucosas que cursam com olho seco);

- ✓ Ceratocone;
- ✓ Colagenoses e Vasculites;
- ✓ Patologias da retina;
- ✓ Uveítes;
- ✓ Catarata (exceto catarata congênita);
- ✓ Doenças de pálpebras (Calázio ou cisto na pálpebra, blefarocálaze em usuários acima de 55 anos com comprometimento funcional da visão, xantelasma – manchas ou bolsas amareladas nas pálpebras);
- ✓ Visão subnormal (acuidade visual no melhor olho com correção inferior a 20/60);
- ✓ Alta miopia (acima de 6 dioptrias);

---

**Atenção:** Pacientes com relato de baixa de visão ou embaçamento importante recente, trauma ocular cursando com dor ou outras alterações oculares, dor ocular importante, irritação ocular importante, alteração de transparência da córnea, visão dupla de início recente devem ser encaminhados para avaliação de urgência.

---

### **3. Oftalmologia pediátrica (avaliação oftalmológica completa de crianças, incluindo exame refracional, avaliação de segmento anterior e posterior do olho)**

- **Usuário com alto risco para ambliopia (baixa de visão permanente por desenvolvimento incompleto do sistema óptico) até 8 anos de idade:**
  - ✓ Usuários estrábicos;
  - ✓ Usuários com assimetria de acuidade visual (divergência acima de 1 linha na tabela de Snellen);
  - ✓ Usuários com erros refracionais elevados ou diferença de refração superior a 1D entre os olhos (miopia, hipermetropia ou astigmatismo);
  
- **Usuários com comorbidades oculares:**
  - ✓ Usuário portador de patologias congênitas (catarata, glaucoma);

- ✓ Usuário com relato de piora súbita da visão recente;
- ✓ Ceratocone (ou usuários com relato de prurido ocular muito importante, fator de risco para progressão de ceratocone);
- ✓ Patologias da retina;
- ✓ Acuidade visual no melhor olho pior que 20/60.

---

**Atenção:** Pacientes com relato de baixa de visão ou embaçamento importante recente, trauma ocular cursando com dor ou outras alterações oculares, dor ocular importante, irritação ocular importante, alteração de transparência da córnea, visão dupla de início recente devem ser encaminhados para avaliação de urgência.

---

#### **Recomendações:**

- O paciente diabético deverá levar os exames laboratoriais e a glicohemoglobina dos últimos 06 meses, se disponível.
- O paciente diabético somente fará refração se a glicohemoglobina estiver menor ou igual a 8,0%.
- Os encaminhamentos para todas as condições clínicas devem obedecer ao envio de dados relacionados acima.

## ***Pediatria***

### **1. Neonatologia**

- Prematuridade  $\leq 32$  semanas e/ou peso ao nascer  $\leq 1500$ g (Necessário apresentar relatório do parto e cartão de pré-natal);  
RN entre  $> 32$  semanas a  $< 36$  semanas e/ou peso ao nascer entre  $\geq 1500$ g a  $\leq 2300$ g;  
**Critério de alta na ausência de outras comorbidades significativas associadas:** Peso  $\geq 2500$ g e desenvolvimento adequado para idade de acordo com o marco de desenvolvimento preconizado pelo Ministério da Saúde (Caderneta da Criança).
- RN que tiveram sofrimento fetal agudo: APGAR  $< 7$  no 5º min de vida (Necessário apresentar relatório da maternidade ou unidade neonatal e cartão de pré-natal da mãe);
- Egressos de internação Unidade Neonatais de Cuidados Progressivos (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Convencional, Unidade de Cuidado Intermediário Canguru);  
– Necessário apresentar sumário de alta hospitalar.
- Doenças Infecciosas de transmissão perinatal: HIV, Z-STORCH (Zika, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simples e Chikungunya);
- Recém-nascidos com doença crônica (pulmonar, cardíaca, renal, hepática, endócrina, neurológica, hematológica);
- Recém-nascidos com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor.

### **2. Pediatria**

- Crianças egressas da UTI Pediátrica – Necessário apresentar relatório de alta hospitalar;
- Crianças com doenças gastrointestinais crônicas com repercussão nutricional (diarreia crônica, doença celíaca, atresia das vias biliares cirroses, alergias e intolerâncias alimentares, doença do refluxo gastroesofágico);

- Crianças com doenças respiratórias crônicas, 2 (dois) ou mais episódios de pneumonia comprovado por exame (raio-x) e com histórico de internação nos últimos 12 (doze) meses;
- Crianças com asma persistente moderada não controlada e persistente grave conforme definição do caderno de atenção básica, bebê chiador – mais de 3 (três) episódios de broncoespasmo em 60 dias, sem melhora ao tratamento adequado – Necessidade de interconsulta com Atenção Primária com periodicidade de no mínimo 45 dias de intervalo entre as consultas;
- Crianças com alterações renais crônicas, com destaque para (hidronefrose, hematúria persistente por mais de 60 (sessenta) dias – macro ou microscópica com ou sem hipertensão arterial; infecção urinária recorrente – comprovada por exames de urocultura sem resposta ao tratamento instituído, síndrome nefrótica;
- Crianças com alterações endócrinas (diabetes mellitus, distúrbios da tireoide);
- Crianças com quadro de obesidade (grau I com comorbidade) e/ou desnutrição (moderada a severa);
- Crianças de 0 a 6 anos com atraso em seu desenvolvimento global a despeito de uma estimulação adequada
- Crianças com hipertensão arterial;

## *Urologia*

### **1. Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)**

- Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical);
- HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência);
- HPB e infecção urinária recorrente;
- Sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) refratário ao tratamento clínico otimizado.

### **2. Neoplasia de Próstata**

- Neoplasia em biópsia prostática recente, se realizada;
- Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total maior ou igual a 10 ng/ml;
- Suspeita clínica (toque retal suspeito com nódulo, endurecimento ou assimetria);
- Pacientes com sintomas de trato urinário inferior e PSA total elevado para sua idade, conforme quadro 2 (excluir aumento por infecção urinária ou prostatite e, se infecção, repetir PSA total após um mês do tratamento);
- 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).

#### **Quadro 12 – Limite de anormalidade do PSA total por faixa**

Idade	Valores do PSA total (ng/ml)
40 – 50 ANOS	≤ 2,0
50- 59 anos	≤ 3,0

60 – 69 anos	≤ 4,0
Acima de 70 anos	≤ 5,0

Fonte: BURFORD (2010).

### 3. Litíase Renal

- Cálculo ureteral maior que 10 mm;
- Cálculo ureteral maior que 4 mm que não foi eliminado após 30 dias de tratamento clínico;
- Cálculo vesical;
- Cálculo renal sintomático e maior que 4 mm (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção trato urinário);
- Cálculo renal assintomático maior que 10 mm.

### 4. Cistos/doença policística renal

- Cistos com alterações sugestivas de malignidade;
- Cistos simples de grande volume (> 35mm);
- Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).

### 5. Doença Renal Crônica

- Hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas negativa), independente da taxa de filtração glomerular;
- Alterações que provoquem lesão ou perda da função renal (ver quadro 11).

### Quadro 13 – Alterações anatômicas que sugerem avaliação com urologista

Hidronefrose persistente sem causa definida após avaliação em serviço de emergência.
Hiperplasia prostática benigna com obstrução causando hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ ou globo vesical.
Cistos simples que causam obstrução.

Massas ou tumores renais.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

## **6. Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)**

- Patologias escrotais benignas sintomáticas

---

**Atenção:** suspeita de torção de testículo devem ser encaminhados para emergência.

---

## **7. Incontinência Urinária Recorrente**

- Alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano);
- Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.

## **8. Infecções do trato urinário (ITU refratária ao tratamento ou de repetição, encaminhar com ultrassom de rim e vias urinárias).**

---

**Atenção:** Solicitar exame de imagem do trato superior em qualquer paciente com histórico de pielonefrite, inclusive para mulheres.

---

## **9. Neoplasias de bexiga e rins – confirmados através de método de imagem fortemente suspeito ou biópsia (quando for o caso).**

## **10. Hematúria macroscópica sem repercussão clínica (encaminhar com exame de urina rotina e urocultura, ultrassom de rim e vias urinárias – máximo 3 meses)**

**Observação:** Considera-se hematúria macroscópica com repercussão clínica

a queda de hemoglobina com necessidade de transfusão e/ou instabilidade hemodinâmica. Nesses casos o usuário deverá ser encaminhado diretamente para serviço de urgência independente da propedêutica, uma vez que a espera nesse caso pode acarretar maior prejuízo ao paciente.

#### **11. Disfunção sexual masculina**

- Suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo (na possibilidade de investigar hipogonadismo, solicitar com a segunda amostra de testosterona total os seguintes exames: LH, FSH, prolactina, TSH e T4-livre);
- Usuários sem melhora de disfunções sexuais após o uso de medicamentos orais.

#### **12. Fimose**

#### **13. Condiloma Acuminado/ Verrugas virais**

- Homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

---

**Atenção:** Homens que apresentam diagnóstico de condiloma acuminado recomenda-se a investigação de outras DST's (sífilis, HIV, hepatite B e C).

---

#### **14. Uretrite**

#### **15. Epididinite**

#### **16. Prostatite**

#### **17. HPV**

#### **18. Síndromes ulcerosas genitais**

### **Protocolos Recomendados:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Controles dos cânceres do colo do útero e mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico - 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada Ambulatorial: Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada: endocrinologia e nefrologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. v.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada: cardiologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. v.2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada: ginecologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. v.4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada: urologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. v.6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde da Gestante: Critérios de Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante. Belo Horizonte, 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Linha Guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença arterial crônica. Belo Horizonte, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de Regulação Ambulatorial. Telessaúde RS/ UFRGS. Porto Alegre – RS, 2015.