



*Subsecretaria Geral*



# **SISREG – Protocolo para o Regulador**

Data atualização: 06/07/2016

Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais

Desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde

### Sobre este Guia

Trata-se de um guia de referência rápida para auxiliar os profissionais de Saúde na tomada de decisão como REGULADORES no SISREG Ambulatorial Municipal da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Todas as orientações são baseadas em evidências e de acordo com os protocolos clínicos e linhas de cuidado da SMS, bem como do Ministério da Saúde e de outras fontes de informações científicas.

Os profissionais devem ter autonomia para tomada de decisão, não sendo objetivo deste documento substituir a gestão da clínica dos profissionais no exercício profissional.

### SISREG ambulatorial

O SISREG ambulatorial é um sistema que se destina a regular as consultas ambulatoriais especializadas bem como os exames complementares.

As vagas para esse nível de complexidade são finitas e, portanto, o encaminhamento para consultas e a solicitação dos exames complementares deve ser uma conduta reservada apenas àqueles pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Sendo assim, não se destina à regulação de vagas urgentes e situações de emergência, nem tampouco à regulação de vagas de internação hospitalar. Nessas situações os profissionais devem acessar diretamente a Central de Regulação Hospitalar.

Todo Regulador tem a autonomia para decidir sobre a melhor conduta na regulação das vagas de consultas especializadas e de exames complementares. Este guia serve como um parâmetro de critérios para embasar a decisão tendo as melhores evidências clínicas disponíveis no momento.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve seguir os princípios da acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, é função dos profissionais da APS exercerem a coordenação do cuidado das pessoas no acesso aos demais níveis de atenção, sem perder de foco na resolutividade das ações em saúde.

# Índice

Abreviações .....	4
Como acessar o SISREG .....	5
Como solicitar vaga SISREG Ambulatorial:.....	5
Como solicitar Vaga Zero .....	5
Critérios de Prioridade.....	7
Opções para o Regulador.....	7
Checklist para Regulação.....	8
Recomendações para Regulação .....	8
Perfis e Atribuições dos Profissionais.....	9
Competências das unidades.....	10
Situações Especiais.....	10
Consultas Especializadas .....	12
Cardiologia .....	13
Cirurgia Pediátrica.....	15
Cirurgia Vascular.....	17
Ginecologia - Laqueadura .....	19
Oftalmologia – Cirurgia de Catarata.....	21
Oftalmologia - Pediatria.....	22
Urologia .....	23
Exames Complementares .....	26
Colonoscopia .....	27
Doppler Arterial de MMII .....	30
Doppler Venoso de MMII .....	30
Ecocardiografia Transtorácica .....	31
Endoscopia Digestiva Alta - EDA .....	33
Ultrassonografia de Mamas Bilateral .....	35
Ultrassonografia Transvaginal .....	36
Bibliografia / Mais informações .....	37
Anexo .....	39

## Abreviações

AP:	Área de Planejamento do Rio de Janeiro	EAS:	Elementos Anormais e Sedimento
APS:	Atenção Primária à Saúde	ECG:	Eletrocardiograma
AINES:	Anti-inflamatórios não esteróides	ECOTT:	Ecocardiograma Transtorácico
AVC:	Acidente Vascular Cerebral	EDA:	Endoscopia Digestiva Alta
CAP:	Coordenação da Área de Planejamento	EEG:	Eletroencefalograma
CF:	Clínica da Família	IC:	Intervalo de confiança
CMS:	Centro Municipal de Saúde	ICC:	Insuficiência Cardíaca Congestiva
CNES:	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde	MMII:	Membros Inferiores
DAPS:	Departamento de Administração e Planejamento em saúde	NIR:	Núcleo Interno de Regulação
DMSA:	Ácido Dimercaptossucínico	OMS:	Organização Mundial da Saúde
DPOC:	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	RT:	Responsável Técnico
DRGE:	Refluxo Gastroesofágico	SER:	Sistema Estadual de Regulação
DTPA:	Tríplice Bacteriana acelular do adulto	SISREG:	Sistema de Regulação
		SMS:	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
		SUS:	Sistema Único de Saúde
		TC:	Tomografia Computadorizada

## Como acessar o SISREG

- **Para acessar o SISREG:** <http://sisregiii.saude.gov.br/> preenchendo o OPERADOR e a SENHA de acesso. Cada REGULADOR deve ter um login e senha que são pessoais e intransferíveis, ficando vinculadas ao CPF do profissional todas as ações desenvolvidas no sistema.
- **Para trocar a senha:** a qualquer momento o próprio REGULADOR/AUTORIZADOR pode trocar a senha após login no sistema (recomenda-se a troca periódica da senha).
- **Para solicitar nova senha:** enviar email para [regulacaoambulatorialrio@gmail.com](mailto:regulacaoambulatorialrio@gmail.com) informando os dados: NOME COMPLETO, CPF, PROFISSÃO, CARGO, EMAIL, TEL CONTATO, No do CONSELHO DE CLASSE.

## Como solicitar vaga SISREG Ambulatorial:

As solicitações de vagas ambulatoriais devem ser realizadas utilizando a **plataforma SISREG** através do site: <http://sisregiii.saude.gov.br/>

Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares pode-se, após a inclusão via plataforma SISREG, acionar a Central de Regulação Ambulatorial através dos contatos a seguir:

- **Coordenadora Geral da Central de Regulação do município do Rio de Janeiro:** Mariana Scardua. Email: [marianascarduamsrio@gmail.com](mailto:marianascarduamsrio@gmail.com) Endereço: Praça da República, 111 - Prédio Anexo, Centro.
- **Coordenadora Ambulatorial da Central de Regulação do município do Rio de Janeiro:** Simone Lobianco. Email: [regulacaoambulatorialrio@gmail.com](mailto:regulacaoambulatorialrio@gmail.com) Telefone: (21) 3111.2896; 3111.2897.

## Como solicitar Vaga Zero

O que é VAGA ZERO?

Condição clínica de urgência ou emergência que transcende a complexidade da Atenção Primária a Saúde (APS), em situações em que a unidade de saúde onde o paciente se encontra não apresenta o suporte mínimo necessário para prosseguimento do cuidado imediato, ou seja, para o caso no qual o paciente necessite, no mesmo dia, de tecnologia em saúde mais complexa do que a existente na APS, seja esta para avaliação diagnóstica ou tratamento da condição existente.

Exemplos: Pacientes avaliados pela APS e com hipótese diagnóstica de abdome agudo; Insuficiência respiratória aguda; Fraturas agudas; Trabalho de parto complicado ou descomplicado na unidade de saúde. Como solicitar? Plataforma de ambulâncias.

O ícone está na página da SUBPAV. O acesso à plataforma SUBPAV é vinculado ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e à vinculação do profissional a respectiva unidade de saúde.

Links: <http://smsrio.org/subgeral/ambulancias/liberacao-de-ambulancia.php>  
[www.smsrio.org/ambulancias](http://www.smsrio.org/ambulancias)  
[www.smsrio.org/subhue](http://www.smsrio.org/subhue)

Para o caso excepcional de inacessibilidade a plataforma de ambulâncias, solicitar vaga zero pelo email: [regulacaovagazerorio@gmail.com](mailto:regulacaovagazerorio@gmail.com). Relembro que este fluxo é excepcional, e para o caso de utilização de solicitação por email deve haver justificativa.

Quando houver ausência total de acesso à internet (condição excepcional): Solicitar vaga zero por telefone. Atualmente os serviços de videofonia da central de regulação do município para vaga zero funcionam nos seguintes números: 3111-2863; 3111-2861; 3111-2865; 3111-2864; 3111-2876; 3111-2875; 3111-2874; 3111-2873; 3111-2871.

Telefone do chefe médico de plantão da Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, apenas para casos em que não houver contato com os telefones supracitados: 97008-2695. Ligação preferencialmente por profissional da equipe técnica que assiste o paciente no momento da solicitação.

Cabe ressaltar que, valendo-se da utilização do fluxo excepcional de solicitação de vaga zero por telefone ou email, a central de regulação deste município inserirá o paciente na plataforma de ambulâncias para fins de regulação, controle e monitoramento da solicitação.

**CONTATO:**

**Coordenador de Regulação de Urgência e Emergência da CR SMS RJ:** André Vaz

**Coordenadora de Regulação de Internação da CR SMS RJ:** Elizabeth Xavier

**Médico Responsável Técnico:** Cassio Serão

**Telefones:** (21) 3111-2865; 3111-2866; 3111-2867; 3111-2868.

**Endereço:** Anexo ao Hospital Souza Aguiar. Praça da República, 111, anexo. Centro.

**Alguns cuidados quando paciente de urgência/emergência necessita de remoção:**

\* Antes de solicitar a vaga, iniciar manobras de estabilização do paciente, bem como para suporte inicial ao paciente;

\* Caso haja necessidade de remoção, avaliar a necessidade de ambulância e o tipo de ambulância junto a Central de Regulação. Sempre entregar para o paciente, familiar ou equipe de remoção o encaminhamento com o resumo da história clínica;

\* Em alguns casos será necessária a remoção do paciente com profissionais da própria unidade se a ambulância não for tripulada;

\* Em casos graves é importante que o médico assistente faça contato com o médico regulador por telefone para reforçar a necessidade da remoção;

\* Sempre registrar no prontuário desde o momento da solicitação, bem como a evolução do paciente e o momento da remoção;

As solicitações de internação eletiva para investigação clínica devem ser inseridas via SISREG no módulo hospitalar ou através do email: [regulacaointernacaoorio@gmail.com](mailto:regulacaointernacaoorio@gmail.com) e reenviadas diariamente até a vaga ser regulada.

## Critérios de Prioridade

O SISREG permite no momento da solicitação de exame/consulta especializada a priorização por cores:

-  **VERMELHO:** são situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, em **até 30 dias**.

---

-  **AMARELO:** são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, para próximos dias, em **até 90 dias**.

---

-  **VERDE:** são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, Podendo aguardar **até 180 dias**.

---

-  **AZUL:** são situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, Podendo aguardar **mais que 180 dias**.

**ATENÇÃO:** trata-se exclusivamente de **regulação ambulatorial**. Toda situação que necessitar encaminhamento imediato ao especialista ou remoção, em caso de urgência ou emergência com risco de morte **NÃO DEVE SER ENCAMINHADO PELO SISREG AMBULATORIAL**, mas sim acionada a Central de Regulação para “**VAGA ZERO**” e a central de ambulâncias/vaga zero.

**NÃO** se pretende com este documento esgotar todas as situações, mas sim sugerir a melhor conduta para as situações mais frequentes em cada tipo de encaminhamento/exame.

## Opções para o Regulador

O REGULADOR tem 4 possibilidades no SISREG:

- **NEGAR:** neste caso o procedimento/consulta especializada é efetivamente negada (**falta de critérios para o encaminhamento ou paciente encaminhado para especialidade/exame incompatível com a clínica**). O solicitante deverá reinserir o caso no SISREG caso julgue necessário. Deve-se justificar o motivo da negativa. Todos os casos sem necessidade ou o encaminhamento para especialidade/exame incompatível com o caso clínico devem ser NEGADOS a fim de não mais permanecerem na lista de espera ou pendentes para regulação;
- **DEVOLVER:** neste caso o procedimento/consulta especializada é devolvido para complementação de dados (**faltam informações clínicas para subsidiar a decisão do REGULADOR**). Neste caso, o SOLICITANTE recebe uma informação da devolução e pode complementar a indicação. O paciente permanece na lista de casos PENDENTES para regulação, porém até que haja a complementação dos dados, ficam invisíveis ao REGULADOR;
- **Deixar como PENDENTE:** neste caso o REGULADOR deixa PENDENTE para que o próprio ou outro REGULADOR possam posteriormente realizar a regulação do caso. Utiliza-se essa modalidade geralmente quando o REGULADOR está de acordo com o encaminhamento mas não há vagas para o momento e deseja que a regulação fique visível no histórico do paciente. O encaminhamento permanece visível na lista de PENDENTES para o REGULADOR;
- **AUTORIZAR:** neste caso o REGULADOR está autorizando o encaminhamento/exame e tem duas possibilidades: a) caso haja vagas disponíveis escolher a unidade EXECUTANTE e a data e horário disponíveis; b) não havendo vaga disponível, colocar a solicitação como PENDENTES para o REGULADOR, e preferencialmente escrever "Sem vagas no momento". Atualmente, as consultas e procedimentos ambulatoriais são 100% regulados. Portanto, não se deve inserir na "fila de espera".

## Checklist para Regulação

### Perfil REGULADOR/AUTORIZADOR

- login e senha do REGULADOR/AUTORIZADOR para todo médico RT da unidade;
- lista de procedimentos disponíveis no SISREG;
- critérios para solicitação de exames e consultas especializadas;
- lista de unidades executantes com endereço e bairro;

## Recomendações para Regulação

### Gerais

- O médico REGULADOR deve realizar a regulação de todas as consultas e encaminhamentos para exames da sua unidade de saúde;
- A maioria dos atendimentos na Atenção Primária (APS) (90%) devem e podem ser resolvidos na própria unidade de APS. Procurar investigar o caso e realizar o tratamento até onde for possível na APS, pois é melhor e mais eficiente para o paciente. Somente autorizar aqueles casos em que a especialidade focal ou o exame complementar sejam fundamentais para o diagnóstico ou acompanhamento;
- Nenhum exame complementar é inócuo e todo exame tem falsos positivos que muitas vezes induz a submeter o paciente a exames e consultas desnecessárias. Portanto evitar todo exame e consulta não necessários;
- Todo caso NEGADO ou DEVOLVIDO deve ser discutido com o profissional solicitante ou em equipe, o que contribui para a educação permanente de todos os profissionais envolvidos na assistência, além de disponibilizar a vaga para outro paciente;
- NEGAR todo caso cuja indicação não esteja suportada em boa fundamentação científica ou baseada em evidências. As vagas para nível secundário são finitas e todo paciente mal indicado para exames complementares e consultas especializadas, além de potencializar a iatrogênese, acaba ocupando uma vaga de algum paciente que realmente necessita ou que tem prioridade na indicação clínica, prejudicando toda a rede assistencial, aumentando o tempo de espera para todos;
- Sempre agendar consulta ou vaga especializada levando em consideração 1) a unidade executante de preferência pelo solicitante; 2) a unidade executante mais próxima da residência do paciente; 3) uma data adequada para o tempo de espera relativo ao caso clínico; 4) uma data em que seja possível informar o paciente do agendamento;
- Quando AGENDADA consulta/exame com prioridade, procurar acionar imediatamente o gerente/diretor da unidade e a equipe da APS para providenciar a comunicação ao paciente;
- Após AGENDADA a consulta/exame e o paciente não tiver possibilidade de comparecer ou não houver mais necessidade, imediatamente **cancelar o agendamento** informando o motivo, a fim de cientes pelo número do CNES da sua unidade de saúde e classificando os casos iniciando pelos prioritários VERMELHOS, AMARELOS, VERDES e posteriormente classificar novamente os casos por DATA, iniciando por aqueles mais antigos;
- Sugere-se iniciar a REGULAÇÃO filtrando os pacientes pelo CNES da sua unidade de saúde e classificando os casos iniciando pelos prioritários VERMELHOS, AMARELOS, VERDES e posteriormente classificar novamente os casos por DATA, iniciando por aqueles mais antigos;
- Priorizar aqueles casos melhor descritos (anamnese, exame físico, exames complementares) cuja justificativa seja mais compatível com o exame/encaminhamento solicitado;

## Perfis e Atribuições dos Profissionais

### Perfil SOLICITANTE

- Todo **médico** de atenção primária das unidades deverá receber um *login* e *senha* com o perfil de SOLICITANTE; Os perfis de solicitantes são gerados a partir do perfil de coordenador de unidade de saúde.
- Os enfermeiros e dentistas da atenção primária poderão também ter acesso como SOLICITANTES, a critério do gerente/diretor;
- Cabe ao **gerente/diretor** da unidade enviar um email para [regulacaoambulatorialrio@gmail.com](mailto:regulacaoambulatorialrio@gmail.com) com a lista de todos os profissionais solicitantes de sua unidade (informando os dados: NOME COMPLETO, CPF, PROFISSÃO, CARGO, EMAIL, TEL CONTATO, No do CONSELHO DE CLASSE). Esta solicitação deve ser ratificada anualmente.
- **Recomenda-se que, quando possível, a solicitação de exames/consultas pelo SISREG seja realizada pelo próprio SOLICITANTE no momento da consulta;**

### Perfil COORDENADOR DE UNIDADE

- Todo **gerente/diretor** da unidade deverá ter acesso como COORDENADOR DE UNIDADE;
- Cabe ao coordenador da unidade acompanhar as solicitações e regulação das vagas, bem como a garantia da informação aos pacientes quando da consulta/exame agendado;
- Cabe ainda o cancelamento da solicitação quando houver justificativa, a fim de que seja disponibilizado a outros pacientes;

### Perfil REGULADOR/AUTORIZADOR

- Cabe ao **médico Responsável Técnico (RT)** da unidade a atribuição de REGULADOR/AUTORIZADOR das solicitações de exames/consultas (com exceção das odontológicas) de sua própria unidade;
- Cabe ainda o papel de estímulo à gestão do conhecimento, através da boa prática clínica e discussão dos casos com os demais profissionais;
- Caberá à CAP e à S/SUBPAV/SAP/CSB a função de REGULADOR/AUTORIZADOR das solicitações odontológicas;
- Cabe ao médico RT a indicação de mais médicos reguladores na unidade quando for necessário;

### Perfil AUDITOR

- Cabe a cada CAP e a S/SUBPAV o papel de AUDITOR das solicitações e autorizações;

### Perfil ADMINISTRADOR MUNICIPAL

- Cabe à S/SUBPAV através da assessoria de Regulação Ambulatorial a administração do SISREG;
- Cabe ainda a função de pactuação de vagas com os executantes;

## Competências das unidades

### Unidades de Atenção Primária

- Toda Unidade de atenção primária deverá coordenar o cuidado dos pacientes assistidos, devendo ser SOLICITANTES e REGULADORES das solicitações de exames/consultas especializadas da própria unidade.

### Unidades de Atenção Secundária (Policlínicas, ambulatórios especializados)

- As Unidades de Atenção Secundária, como EXECUTANTES, devem disponibilizar **todas** as suas vagas de exames complementares e consultas especializadas ambulatoriais através do SISREG. Parte dessas vagas serão utilizadas para o **Retorno** de pacientes e as demais serão disponibilizadas para **Primeira consulta**.
- Cabe ao EXECUTANTE a formatação da agenda para disponibilização das vagas mensalmente;
- Cabe ainda a função de comunicação com os usuários e as unidades de saúde quando da necessidade de transferência de agenda.
- Cabe ao EXECUTANTE incluir no SISREG a solicitação dos Retornos para os pacientes atendidos na própria unidade, quando necessário. **Não encaminhar para as unidades de Atenção Primária fazerem esse agendamento.**
- As UPAS e demais unidades de Atenção Secundária incluindo as Policlínicas e Ambulatórios Especializados Hospitalares **não** terão a disponibilidade de solicitação de novas vagas para outras unidades pelo SISREG. Havendo necessidade esse encaminhamento deverá ser avaliado pelo médico responsável pelo paciente na unidade de Atenção Primária mais próxima do domicílio. **Caberá nesse caso à Unidade de APS a inclusão no SISREG, de acordo com a indicação clínica.**

## Situações Especiais

### Solicitações externas à Unidade de APS (particulares ou fora da rede própria)

- Caberá ao **médico** assistente responsável pelo paciente na Atenção Primária avaliar a indicação e realizar a inclusão no SISREG se necessário, para pacientes de sua responsabilidade;

### Solicitações de consultas para crianças e adolescentes com suspeita de câncer

- Para fins de diagnóstico precoce de câncer infantojuvenil, casos suspeitos de câncer sólido ou hematológico de pacientes de 0 a 19 anos devem ser encaminhados às Coordenações de Área de planejamento (DAPS e/ou NIR) para agendamento. Em geral, as vagas estão disponíveis para agendamento imediato.

### Casos graves ambulatoriais na ausência de vagas

- Incluir o paciente no SISREG e entrar em contato com a Central de Regulação Ambulatorial através do email [regulacaoambulatorialrio@gmail.com](mailto:regulacaoambulatorialrio@gmail.com) com descrição do caso clínico;

### Casos urgentes que necessitam remoção ou avaliação em UPA/Hospital

- Esses casos **NÃO** devem ser inseridos no SISREG, devendo-se solicitar **vaga zero** através da plataforma de vaga zero/ambulâncias.

### Com relação aos procedimentos ambulatoriais disponíveis no Sistema Estadual de Regulação (SER):

- De acordo com a pactuação realizada na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) RJ 3435, de 20 de Julho de 2015, os recursos assistenciais para oferta ambulatorial de alta complexidade infantil e adulto das especialidades de Ortopedia e Traumatologia, Neurocirurgia, Cardiologia e Oncologia serão de responsabilidade quanto a regulação pela Central de Regulação Unificada (REUNI-RJ). Tais solicitações devem ser inseridas na plataforma do Sistema Estadual de Regulação (SER). Além dessas, as solicitações de consultas ambulatoriais de hematologia estão contempladas através da plataforma SER.
- Para inserção de solicitações ambulatoriais no SER, deve-se realizar o cadastramento para acesso ao perfil ambulatorial do sistema, passível de realização por todas as unidades de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro. Deve haver o preenchimento da ficha cadastral (ANEXO I) com envio após o preenchimento para [reunirj.saude@gmail.com](mailto:reunirj.saude@gmail.com).
- Link para acesso a plataforma SER: <http://200.189.104.194:9080/ser/login>
- Os procedimentos relativos a Medicina Nuclear, pré-natal de alto risco estratégico e mastologia para casos de nódulos impalpáveis também estão disponíveis para solicitação na plataforma SER. Para verificar os critérios de regulação da Secretaria Estadual de Saúde, em relação aos procedimentos elencados no SER, acesse o link a seguir:

<http://www.saude.rj.gov.br/atencao-a-saude/956-regulacao-assistencial/30539-protocolos-da-regulacao-assistencial.html>

- ✓ Consultas em hematologia;
- ✓ Consultas em cirurgia bariátrica;
- ✓ Consulta em Pré-natal de risco altamente especializadas;
- ✓ Consulta de planejamento em radioterapia, quimioterapia, iodoterapia e braquiterapia;
- ✓ Consulta em oncologia clínica e cirúrgica;
- ✓ Consulta em cirurgia ortopédica;
- ✓ Consulta em cirurgia vascular (exceto cirurgia vascular venosa);
- ✓ Consulta em cardiologia especializada e cirurgia cardíaca;
- ✓ Consulta de planejamento em neurocirurgia;
- ✓ Terapia renal substitutiva em doentes crônicos;
- ✓ Cateterismo;
- ✓ Cintilografia de miocárdio para avaliação da perfusão em situação de estresse e repouso;
- ✓ Cintilografia óssea c/ ou s/ fluxo sanguíneo (corpo inteiro);
- ✓ Cintilografia renal dinâmica e estática (DTPA e DMSA);
- ✓ Ecocardiograma de estresse e transesofágico;
- ✓ Eletroencefalograma simples adulto e infantil (vigília e sedação);
- ✓ Vídeo EEG adulto e infantil;
- ✓ Angiotomografia;

# Consultas Especializadas

# Cardiologia

## Considerações gerais

- A maioria das situações em cardiologia tais como fatores de risco para doença coronariana, pré-hipertensão, hipertensão arterial sistêmica essencial grau I e II, aterosclerose, angina estável, podem, e devem ser manejados na APS. Atualmente, as solicitações de consulta em Cardiologia se apresentam como a terceira maior pendência no SISREG.
- Pacientes hipertensos raras vezes necessitam de encaminhamento ao especialista, salvo em caso de doença clínica grave ambulatorial, suspeita de hipertensão secundária e casos de hipertensão refratária (paciente em uso de três anti-hipertensivos em doses otimizadas e sendo uma delas um diurético), após verificação de adesão ao tratamento.
- Também devemos encaminhar os casos de angina estável de classe II ou superior após tratamento inicial; doença isquêmica estável com disfunção ventricular, arritmia ou exames não invasivos sugestivos de alto risco; dificuldade de manejo clínico da arritmia com os fármacos de primeira linha; síncope ou suspeita de arritmia de início recente; insuficiência cardíaca avançada (CF III e IV); internações frequentes por descompensações, sinais clínicos de hipoperfusão; presença de comorbidades que dificultem o manejo; arritmia de começo recente, congestão recorrente.
- Encaminhar os pacientes que persistem com sintomas apesar de terapêutica e portadores de um alto risco cardiovascular. Procurar investigar os casos o máximo possível na APS, antes do encaminhamento para serviço especializado; Os pacientes com patologias pouco frequentes continuarão sendo acompanhados e tendo sua coordenação de cuidado na APS.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Arritmias Crônicas com manifestação clínica; Insuficiência Cardíaca Avançada; Angina CF III e IV; Indicação de marcapasso; Pericardites; Hipertensão secundária após investigação; Acompanhamento de anticoagulação; Sopros cardíacos patológicos; Cardiomiopatia Dilatada ou Hipertrófica com repercussão clínica; Valvulopatias com manifestação clínica; Hipertensão refratária; Acompanhamento de Arritmias cardíacas; Hipertensão Pulmonar.

### Situações que **NÃO** necessitam de encaminhamento:

- Toda situação que possa ser manejada na APS como: Risco Cirúrgico; Pré-hipertensão, hipertensão arterial sistêmica grau I e II; Sopros inocentes; Angina estável que responde a terapêutica; Insuficiência cardíaca compensada leve a moderada; Crise hipertensiva sem instabilidade hemodinâmica ou manifestação clínica; Arritmias cardíacas crônicas sem indicação de antiarrítmico ou sem descompensação clínica; Cardiomiopatia dilatada ou hipertrófica sem repercussão clínica; Valvulopatias sem manifestação clínica.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Justificativa clínica atualizada incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, resultado de exames complementares, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento. Caso não haja uma descrição detalhada com os itens acima, a solicitação será negada.

## Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- |             |  |
|-------------|--|
| ● VERMELHO: | Arritmias Crônicas com manifestação clínica; Insuficiência Cardíaca moderada a severa estável; Angina Instável; Cardiopatia congênita em recém-nato; Indicação de marcapasso; Pericardites;                        |
| ● AMARELO:  | Hipertensão secundária após investigação; Acompanhamento de anticoagulação; Sopros cardíacos patológicos; Cardiomiopatia Dilatada ou Hipertrofica com repercussão clínica; Valvulopatias com manifestação clínica; |
| ● VERDE:    | Hipertensão refratária; Acompanhamento de Arritmias cardíacas; Hipertensão Pulmonar;   |
| ● AZUL:     | Demais situações   |

### ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. **NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

- Síndrome coronariana aguda ou suspeita (IAM ou Angina instável);
- Arritmias agudas ou arritmias crônicas com instabilidade hemodinâmica;
- Hipertensão maligna (emergência hipertensiva);
- Dor torácica aguda em repouso prolongada nas últimas 12 horas;
- Dor torácica aguda entre 12-72 horas com sintomas e/ou alterações eletrocardiográficas;
- Taquiarritmias ventriculares ou supraventriculares com instabilidade clínica;

# Cirurgia Pediátrica

## Considerações gerais

- Os encaminhamentos para Cirurgia Pediátrica representam a sexta maior pendência acumulada por solicitações de SISREG atualmente.
- Casos que requerem a cirurgia imediata são classificados como vaga zero.
- Casos de criptorquidia devem ter a avaliação cirúrgica precoce, pois idealmente para a realização de cirurgia, preconiza-se a intervenção antes dos dois anos de idade.
- Se a criança tem sintomas associados à presença da fimose, há necessidade de avaliação para a indicação de tratamento conservador - tratamento tópico com corticosteroides e hialuronidase - e/ou cirúrgico.
- Deve-se encaminhar para a especialidade condições como malformações pulmonares, hérnias inguinais do recém nascido e lactentes. Para estes casos, a cirurgia está indicada no momento do diagnóstico, a não ser que haja comorbidade que contraindique a cirurgia. O encarceramento é o principal risco, especialmente nas crianças abaixo de um ano de idade.
- A única verdadeira indicação médica para a postectomia é uma fimose patológica, que habitualmente está relacionada à balanite xerótica obliterans (BXO). Outras indicações incluem balanopostites de repetição.
- Para a condição de pé torto congênito, o tratamento conservador precoce (imobilização) tem bons resultados e a criança deve ser encaminhada via SISREG para consulta em Ortopedia Pediatria. Grande proporção dos casos (até 50%) necessita de correção cirúrgica, que deve ser feita até o primeiro ano de vida. Os casos tratados após o primeiro ano podem não ter uma recuperação completa.
- Casos de fenda labial têm bom prognóstico com a correção cirúrgica (a partir dos 3 meses de idade).
- Para crianças com aumento de volume em região umbilical, suspeitar de herniação umbilical. Na grande maioria dos casos, ocorre fechamento espontâneo do anel umbilical. Aguarda-se no mínimo até 2 anos de idade, com acompanhamento posterior após a faixa etária. Se o orifício diminuir gradativamente, e não houver queixas, pode-se observar até 5 ou 8 anos de idade.
- Para casos de hérnia epigástrica, o tratamento proposto é a correção cirúrgica, visto que não há resolução espontânea, especialmente se houver sintoma.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Malformações pulmonares, hérnias inguinais do recém-nascido e lactentes; Pé torto congênito com necessidade de avaliação quanto a abordagem cirúrgica; Megacolon congênito; atresia de vias biliares, má rotação intestinal; cisto tireogloso, cistos branquiais, fimose; fenda labial; hérnia umbilical; hérnia epigástrica.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Justificativa clínica atualizada incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, resultado de exames complementares, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento. Caso não haja uma descrição detalhada com os itens acima, a solicitação será negada.

## Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- **VERMELHO:** Megacólon congênito, atresia de vias biliares, má rotação intestinal, estenose pilórica, anomalia anorretal;
- **AMARELO:** Hipospádia e criptorquidia;
- **VERDE:** Cisto tireoglosso, cistos branquiais e fimose;
- **AZUL:**

# Cirurgia Vascular

## Considerações gerais

- As solicitações de cirurgia vascular doença venosa representam uma das maiores pendências atuais no SISREG.
- A maioria dos fatores de risco para doença arterial periférica (tabagismo, diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial) devem ser manejados na APS, bem como promoção de hábitos de vida saudáveis e interrupção do tabagismo.
- 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 indicação de desobstrução cirúrgica ou refratários ao tratamento ambulatorial. Sendo assim, havendo a possibilidade de investigar o caso, por exemplo, realizando anamnese, exame físico completo e exames complementares, se necessário (p. ex. quando intencionamos uma avaliação pré-operatória), 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 ao especialista.
- As solicitações para cirurgia vascular - Doença Arterial deverão ser encaminhadas através do Sistema Estadual de Regulação (SER).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Varizes secundárias a traumatismo, fístulas arterio-venosas e trombozes, avaliação de trombose venosa profunda prévia, varizes de GRANDE CALIBRE e com úlceras associadas.

### Situações que NÃO necessitam de encaminhamento:

- Toda situação que possa ser manejada na APS como: Fatores de risco para vasculopatia, principalmente interrupção do tabagismo e controle do diabetes; Claudicação intermitente não limitante e sem indicação cirúrgica; Fenômeno de Raynaud primário; Livedo reticular sem outras manifestações; Varizes assintomáticas ou sintomáticas e que respondem ao tratamento conservador; Tromboflebite superficial sem complicações.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- História clínica e exame físico, com tempo de evolução e medidas terapêuticas utilizadas previamente.

## Indicações de encaminhamento

Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.

- **VERMELHO:** Claudicação intermitente limitante sem isquemia crítica;
- **AMARELO:** Aneurismas de aorta abdominal com diâmetro  $\geq 5\text{cm}$  assintomático;
- **VERDE:** Varizes sintomáticas refratárias ao tratamento conservador;
- **AZUL:** Insuficiência venosa crônica com úlcera de difícil cicatrização

**ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista**

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. **NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

- Claudicação intermitente com isquemia crítica agudizada;
- Oclusão arterial aguda (trombose ou embolia);
- Úlceras graves (extensas e/ou profundas) com indicação de internação para antibioticoterapia;
- Trombose venosa profunda.

# Ginecologia - Laqueadura

## Considerações gerais

- A esterilização tubária tem sido o método contraceptivo permanente mais utilizado no mundo. Basicamente, consiste na oclusão mecânica ou ressecção parcial das tubas uterinas, de modo que a junção dos gametas não possa ocorrer, evitando-se assim a fecundação. A abordagem cirúrgica das tubas pode ser realizada pela via abdominal (laparotômica, laparoscópica e suas variantes) ou via vaginal, esta última, menos empregada.
- Aproveitando as vantagens da cirurgia minimamente invasiva em relação aos outros procedimentos, atualmente a via laparoscópica é a mais difundida. Contudo, ao igual que na prática da minilaparotomia abdominal, a mulher deve-se expor necessariamente a internações hospitalares, incisões abdominais e a anestesia, não isentas de riscos e complicações, assim como o afastamento de suas atividades laborais.
- Ao início dos anos 70, com o aprimoramento tecnológico da histeroscopia, começam-se a desenvolver métodos de esterilização que usufruem deste aceso. Entre eles, destacam-se diversos dispositivos a base de silicone, que infelizmente ofereciam obstruções incompletas e alta taxa de expulsão, com sua conseguinte falha.
- Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o método ideal para a contracepção cirúrgica voluntária, deve ser simples, de fácil aprendizado, realizado em um procedimento único. Atendendo essa premissa, a empresa Conceptus, Inc. (San Carlos, CA, USA) desenvolveu em 1996 um dispositivo para esterilização permanente por via histeroscópica que consiste em um micro-espiral sintético, expansível que inserido nas tubas uterinas provoca reação inflamatória local, com conseguinte obstrução. O procedimento tem a vantagem de ser realizado em ambiente ambulatorial, podendo a paciente retomar suas atividades habituais assim que concluído.
- É importante destacar que a esterilização não é imediata, devendo-se dispor de um método contraceptivo adicional durante período de 3 meses até que a oclusão tubária permanente possa ser verificada por meio de radiografia simples da pelve ou ultrassonografia transvaginal.
- A evidência sobre a eficácia, estimada em 99,80%, foi verificada na literatura a partir de série de casos de curto seguimento, mostrando-se um bom método em termos de segurança e aceitabilidade.
- Há trabalhos que afirmam que este procedimento é mais rentável economicamente quando comparado à esterilização laparoscópica. Contudo, maior número de estudos é necessário, particularmente no mercado latino, para respaldar tal asseveração.
- No Brasil, a laqueadura tubária é um procedimento legal (Lei Federal 9.263/1996), autorizado pelo Sistema Único de Saúde (Portaria 114/1997)15. O fato de ter aumentado o número de procedimentos de esterilização feminina (293 registros em 1996 para 15.370 em 2001); dos estados e municípios terem limites anuais numéricos e financeiros de internação pelo SUS e dos leitos para esterilização competirem com outras necessidades de saúde, fazem com que o tempo de espera para sua concretização seja significativo.
- Para atender as expectativas individuais e sociais de planejamento reprodutivo há, entre outras, a necessidade de desenvolver procedimentos operatórios de simples e rápida execução e se possível, em regime ambulatorial. Nestas condições, a histeroscopia para obstrução tubária representa uma opção válida e promissora.
- O dispositivo chamado Essure® foi aprovado pela FDA (Food and Drug Administration - USA) em 2002 e a EHO (European Health Office) em 2001, liberado para uso no Brasil pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) em 2009. Tem o objetivo de oferecer às mulheres do Sistema Único de Saúde que procuram contracepção permanente outra opção de esterilização, amplamente documentada no exterior e com vantagens comprovadas em termos de eficácia e recuperação. Será ofertado as mulheres que estejam devidamente inscritas no Planejamento Reprodutivo e que optem por um método contraceptivo definitivo, de acordo com as disposições estabelecidas na Lei nº 9.263/1996. Neste momento será oferecida a opção de obstrução tubária não cirúrgica por via histeroscópica, sendo necessária a apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido.

- Os critérios de exclusão incluem: gravidez ou suspeita; incerteza da mulher quanto ao seu desejo de optar por um método definitivo; menos de seis semanas da ocorrência de um parto ou interrupção da gravidez no segundo trimestre; infecção ginecológica ativa ou recente; tumor maligno ginecológico, suspeito ou conhecido.
- Pelo fato da recuperação ser imediata, não será necessário qualquer tipo de repouso ou cuidado domiciliar complementar.
- Os benefícios do método incluem ser um procedimento minimamente invasivo; ausência de incisões abdominais; redução da taxa de complicações descritas com os procedimentos cirúrgicos e anestésicos; realizado em ambiente ambulatorial, rápida reintegração laboral e significativa redução dos gastos com internação e medicamentos. O tempo gasto no procedimento é, em média, de 10 minutos.
- Os principais riscos e desconfortos: Embora todos os procedimentos empregados na esterilização tubária impliquem algum tipo de risco, a via histeroscópica parece ser o método mais seguro, quando comparado com a via laparoscópica ou laparotômica. A taxa de complicações maiores com a ligadura tubária laparoscópica é de 1,6 para cada 100 procedimentos. Estas incluem ampliação de cirurgias devido a sangramento da tuba ou do mesossalpinge, perfuração acidental de bexiga, nova hospitalização por infecção pélvica, sangramento vaginal severo, sangramento do sítio de punção, dor abdominal ou morbidade febril. As mulheres portadoras de diabetes mellitus, de cirurgia abdominal prévia e as obesas, têm risco ainda mais elevado para este tipo de complicações. Não existem complicações graves ou óbitos descritos com a esterilização por via histeroscópica e os riscos potenciais são os mesmos encontrados na histeroscopia diagnóstica. Estes incluem: hipervolemia (<1%), perfuração uterina (<1,1%) e resposta vagal (<1,0%). Falha na colocação é outra possível complicação que pode ocorrer em até 8% das pacientes.
- Alterações anatômicas e espasmo das tubas uterinas também têm sido descritas. As complicações possíveis pós-procedimento são semelhantes àquelas da histeroscopia diagnóstica: cólicas uterinas e sangramento vaginal leve.

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:**

- Mulheres com a capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação de fecundidade, incluindo acompanhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; Risco à vida ou à saúde da mulher, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos. (Caderno de Atenção Básica - CAB 26)

#### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- História clínica com justificativa, descrição de participação no planejamento familiar e declaração de manifestação de desejo a realização do procedimento.

# Oftalmologia – Cirurgia de Catarata

## Considerações gerais

- Trata-se da maior pendência de solicitações em tela de SISREG atualmente.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Casos de catarata confirmados através de consulta com o oftalmologista geral e indicação cirúrgica; casos de catarata senil ou catarata branca visível clinicamente. Há visualização de um halo branco em vez de preto no local da pupila.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- O paciente deve ser encaminhado com exames pré-operatórios e risco cirúrgico ou descrição de provável classificação de ASA (American Society of Anesthesiologists) em tela de SISREG até que se providencie o risco cirúrgico pela APS. Além disso, descrever exame físico com sinais, sintomas e comorbidades associadas. Os principais exames pré-operatórios para cirurgia de catarata são hemograma completo, radiografia de tórax, eletrocardiograma e EAS.

# Oftalmologia - Pediatria

## Considerações gerais

- As principais causas de diminuição da acuidade visual em crianças são a ambliopia (redução da visão sem uma lesão orgânica detectável no olho), seus fatores de risco (estrabismo, anisometropia, catarata e ptose) e os erros de refração (miopia e hipermetropia) (U.S. PREVENTIVE..., 2005) (BRASIL, 2012).
- Quanto ao teste do reflexo vermelho, deve-se realizar aos 0, 4, 6 e 12 meses da criança e na consulta dos 2 anos de idade como rastreamento na APS.
- De acordo com o CAB 33, de saúde da criança, o estrabismo pode ser avaliado pelo teste da cobertura e pelo teste de Hirschberg. Utiliza-se o teste da cobertura para diagnósticos de desvios oculares e deve ser realizado a partir dos 4 meses de idade, pois a presença de estrabismo anterior ao citado período pode ser um achado normal. Utiliza-se um oclusor colocado entre 10 a 15cm de um dos olhos da criança, atraindo a atenção do olho descoberto com uma fonte luminosa. Quando se descobre o olho previamente coberto, observa-se a sua reação. A movimentação em busca da fixação do foco de luz pode indicar estrabismo. Tal procedimento deve ser repetido no outro olho.
- O teste de Hirschberg é realizado colocando-se um foco de luz a 30cm da raiz nasal da criança e observando-se o reflexo nas pupilas. Qualquer desvio do reflexo do centro da pupila é manifestação clínica de estrabismo (KEMPER et al., 2004) [B]. Sugere-se a realização de ambos os exames nas consultas dos 4, 6 e 12 meses (U.S. PREVENTIVE..., 2005).
- A partir dos 3 anos está indicada a triagem da acuidade visual. Utiliza-se tabelas de letras ou figuras quando a criança vier para consultas de revisão. Devem ser encaminhadas ao oftalmologista crianças de 3 a 5 anos que tenham acuidade inferior a 20/40 ou diferença de duas linhas entre os olhos e crianças de 6 anos ou mais que tenham acuidade inferior a 20/30 ou diferença de duas linhas entre os olhos. Tais aferições podem ser realizadas através da utilização do cartão de Snellen (INSTITUTE..., 2012; U.S. PREVENTIVE..., 2005; RAHI et al., 2001; POWELL et al., 2008; AMERICAN..., 2007)

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Crianças com redução da acuidade visual ou sintomas visuais como cefaleia relacionada cefaleia relacionada ao hábito de leitura ou queixas escolares associadas. Casos de alteração do reflexo do olho vermelho identificados através de alteração do exame realizado na APS devem ser encaminhados via SISREG para consulta em oftalmologia - reflexo do olho vermelho alterado.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrever condição visual que justifica o encaminhamento para a especialidade como redução da acuidade visual, dificuldades visuais relativas a aprendizagem escolar, sinais e sintomas associados.

# Urologia

## Considerações gerais

- A maioria dos casos urológicos como diminuição de libido, balanopostite, disfunção erétil, 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 que não é possível de ser realizada na APS, como paciente com dor aguda em testículo de forte intensidade; suspeita de neoplasia; quadros de oligospermia; nefrolitíase. Procurar investigar os casos o máximo possível na APS sendo o mais resolutivo possível no manejo, antes do encaminhamento.
- Atualmente não há evidências de que o rastreamento para o câncer de próstata reduza a mortalidade causada por esta doença. Isto se deve ao desconhecimento da história natural deste tipo de neoplasia, à baixa acurácia dos exames de rastreamento e a ausência da efetividade do tratamento dos casos identificados pelo rastreamento.
- Nas Unidades de Atenção Primária da SMS-Rio, as equipes deverão estar preparadas para receber os usuários, avaliar suas queixas, realizar os devidos encaminhamentos e solicitar exames para investigação diagnóstica dos pacientes sintomáticos, tendo como foco o diagnóstico precoce, além de esclarecer quanto a inexistência de recomendações para o rastreamento do câncer de próstata.
- Sinais e sintomas: Geralmente câncer da próstata tem evolução silenciosa em sua fase inicial, porém alguns pacientes podem apresentar dificuldade de urinar e necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou a noite, sintomas que também são comuns nos casos de hipertrofia benigna da próstata.
- Em casos avançados, além de sintomas urinários, pode haver dor óssea, infecção generalizada ou insuficiência renal. Dosagem de PSA: A maioria dos homens saudáveis têm níveis de PSA total no sangue menores de 4 ng/ml, e PSA livre até 0,88ng/ml, com relação PSA livre/PSA total maior que 20%. Para homens acima de 70 anos, podem ser considerados níveis de PSA até 6,5ng/ml. Geralmente em casos de câncer o PSA encontra-se acima destes valores, com redução do percentual de sua fração livre, porém em 15% dos casos são encontrados valores de PSA abaixo de 4ng/ml, portanto valores normais não excluem a possibilidade de neoplasia. Por outro lado, os níveis de PSA podem estar aumentados em função de hiperplasia prostática, envelhecimento, prostatite, ejaculação recente, ter andado de bicicleta, motocicleta ou cavalo, procedimentos prévios como ultrassonografia transretal, sondagem uretral, biópsia ou cistoscopia, colonoscopia, retossigmoidoscopia e toque retal, e uso de medicamentos que contenham ou que estimulem a produção de testosterona.
- Resultados falso negativos podem ser encontrados em casos de pacientes que estejam utilizando aspirina, diuréticos, suplementos alimentares ou medicamentos esteróides, e em homens obesos. Desta forma, a interpretação dos resultados de PSA deve ser bastante cuidadosa e, quando os níveis estão entre 4ng/ml e 10ng/ml convém repetir o exame após orientações para restrições de estímulo prostático, além de considerar sempre a relação entre PSA livre e PSA total, cuja análise poderá reduzir em muito o quantitativo de biópsias desnecessárias em pacientes com PSA entre 4 e 10ng/ml. Quando a relação PSA livre/PSA total está abaixo de 20%, existe maior probabilidade de tratar-se de Adenocarcinoma, e quando está acima de 20%, aponta para o diagnóstico de outras patologias benignas, principalmente hiperplasia benigna da próstata. Quando os valores estão acima de 10ng/ml, as chances de câncer aumentam, chegando a 50%. Nestes casos a biópsia se impõe. Em casos duvidosos, convém encaminhar para avaliação pelo especialista em unidades de referência secundária.
- Cochrane Collaboration - revisão sistemática – 2013: O rastreamento não diminui significativamente a mortalidade global ou por câncer de próstata; Malefícios associados ao rastreamento e a exames de confirmação diagnóstica são frequentes e moderados em intensidade; Sobre diagnóstico e sobre tratamento são comuns e associados a danos relacionados aos tratamentos; Todos os homens antes de decidirem ou não pelo rastreamento devem conhecer os danos associados ao mesmo; Homens com expectativa de vida menor do que 10-15 anos devem ser informados de que é improvável a existência de qualquer benefício do rastreamento para eles; Recomendações MS/INCA: “Por existirem evidências científicas de boa qualidade de que o rastreamento do câncer de próstata produz mais dano do que benefício, o Instituto Nacional de Câncer mantém a recomendação de que não se

organizem programas de rastreamento para o câncer da próstata e que homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento sejam informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a esta prática.”

- Orientações SMS-Rio: Não se organizem ações de rastreamento do câncer de próstata; Equipes da ESF estejam atentas para diagnóstico precoce; Homens que demandem espontaneamente sejam orientados quanto aos riscos; Decisão compartilhada.

#### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Retenção urinária de repetição, hematúria, noctúria importante, gotejamento pós-miccional, dificuldade para urinar não associada a infecção (excluir infecção por EAS e cultura), incontinência urinária, alterações no PSA sugestivas de neoplasia, suspeita de neoplasia ao toque retal, hesitação pré-miccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, intermitência miccional.

#### Situações que **NÃO** necessitam de encaminhamento:

- Disfunção erétil; Prostatismo – Hiperplasia Prostática Benigna; Rastreamento para câncer de próstata; Diminuição da libido; Orquiepididimite;

#### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Para todos os casos: descrição de sinais, sintomas e tratamento anterior; cistos e litíase: descrição de número, tamanho e localização, especificando método de imagem utilizado. Doença Renal Crônica: clearance de creatinina, taxa de filtração glomerular, ecografia. Infecção urinária: número de infecções nos últimos 12 meses, profilaxia anterior, ecografia. Litíase urinária: resultado de ecografia urinária ou radiografia, com data (para cálculos menores ou iguais a 10 mm, são necessários dois exames, com no mínimo 6 semanas de intervalo entre eles). Incontinência urinária: descrição de exame pélvico, grau de prolapso.

## Indicações de encaminhamento

**Toda situação que não necessite de avaliação imediata do especialista (UPA ou Emergência de Hospital) e que não possa ser resolvida na APS.**

- |                  |   |
|------------------|---|
| <b>VERMELHO:</b> | Retenção urinária de repetição; hematúria franca; Massa testicular com exame realizado; Nefrolitíase aguda/subaguda;      |
| <b>AMARELO:</b>  | Massa testicular com exame realizado; prostatismo com PSA e/ou toque retal alterado(s);                                   |
| <b>VERDE:</b>    | Oligo/Azoospermia; Prostatismo com falha ao tratamento clínico; Nefrolitíase crônica; fimose; lesões urológicas em pênis; |
| <b>AZUL:</b>     | Disfunção erétil sem resposta a avaliação em APS; Incontinência urinária; demais situações;                               |

**ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista**

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. **NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!**

- Suspeita de torção de testículo;
- Trauma (queda a cavaleiro);
- Nefrolitíase aguda para realizar analgesia;
- Pielonefrite com necessidade de internação;
- Retenção urinária aguda (bexigoma) com necessidade de punção vesical;
- Sangramento urinário agudo intenso com comprometimento hemodinâmico;

# Exames Complementares

# Colonoscopia

## Considerações gerais

- **DIAGNÓSTICO:** quando sintomático ou suspeição clínica de câncer colorretal, investigação de sangramento gastrointestinal ou suspeita de doença inflamatória intestinal.
- Observar que o paciente deve ser orientado a realizar preparo previamente ao exame a fim de aumentar a eficácia diagnóstica;

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- A colonoscopia é um procedimento que somente deverá ser solicitado em pacientes com sinais e sintomas que o justifiquem, uma vez que não é inócuo, podendo ter sérias complicações (como sangramento, perfuração, isquemia mesentérica, sintomas vagais), além do preparo para o mesmo ser extremamente desconfortável para o paciente. Recomenda-se fortemente, que a estratégia de diagnóstico precoce seja implementada mediante divulgação ampla dos sinais de alerta para a população e profissionais de saúde a fim de possibilitar o acesso ao tratamento adequado e oportuno. Entre os sinais clínicos para encaminhamento a realização do exame, são eles:
  1. Dor anal e/ ou sangramento, não explicados por exame anal com patologias prevalentes
  2. Alteração do hábito intestinal (constipação, fezes em fita) não explicados por modificações alimentares, com os seguintes sinais de alarme:
    - Dor abdominal tipo cólica, crônica, excluídas as causas gastrointestinais mais prevalentes
    - Anemia de causa obscura com perda ponderal importante.
    - Em alguns casos pode haver distensão abdominal e massa palpável.
    - Suspeita de diverticulose.
  3. Pólipos achados durante rastreamento ou investigação de sangramento devem ter monitoramento com colono a cada 3 a 5 anos ou de acordo com o tipo da lesão

### Situações que **NÃO** necessitam do exame:

- Paciente para rastreamento de câncer colorretal. No Município do Rio de Janeiro não está instituído Programa de Rastreamento (para pacientes assintomáticos) sem riscos.
- Quando **NÃO** fazer a colonoscopia:
  1. Síndrome do Intestino Irritável estável;
  2. Diarréia aguda
  3. Acompanhamento de rotina de Doença inflamatória Pélvica (exceto se displasia/monitoramento de Câncer em colite Ulcerativa crônica)
  4. Hemorragia digestiva alta ou melena com diagnóstico de sangramento alto;
  5. Adenocarcinoma metastásico ou de sítio primário desconhecido na ausência de sinais colônicos ou sintomas quando não influenciar o manejo clínico.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Quadro clínico sucinto, tempo de evolução, exames complementares e tratamentos realizados, medicamentos em uso; lembrar que a pesquisa de sangue oculto pode ser falso positiva; parasitológico de fezes seriado, USG abdominal.

## Indicações de solicitação

Toda situação que não necessite de realização imediata do exame.

- VERMELHO:** Investigação: sangramento gastrointestinal baixo recorrente; alta suspeita de câncer colorretal;
- AMARELO:** Investigação: sangramento gastrointestinal, doença inflamatória intestinal, baixa suspeita de câncer colorretal, muito sintomático
- VERDE:** Investigação: sangramento gastrointestinal, doença inflamatória intestinal, baixa suspeita de câncer colorretal, sintomático
- AZUL:** Investigação: sangramento gastrointestinal, doença inflamatória intestinal, baixa suspeita de câncer colorretal, assintomático

## Efetividade

- Sensibilidade para detecção de pólipos;  
**>10mm:** Colonoscopia convencional: 88% (IC 95% [75-95]); Colonografia por TC: 94% (IC 95% [83-99]);  
**6-9mm:** Colonoscopia convencional: 92% (IC 95% [87-96]); Colonografia por TC: 89% (IC 95% [83-93]);  
**<6 mm:** Colonografia por TC: 65% (IC 95% [57-63]);
- A colonoscopia convencional é mais eficiente para detecção de pólipos menores quando comparada com a colonografia por TAC;

## Segurança

- Exame relativamente seguro; porém com complicações importantes que precisam ser consideradas (vide abaixo)

## Efeitos colaterais/adversos

- 0.5% de chance global de complicações graves como perfuração intestinal, sangramento ou mortalidade (evidência nível 2 [moderado]) ([Ann InternMed 2006 Dec 19;145\(12\):880](#)).
- Risco de eventos gastrointestinais and cardiovasculares com a colonoscopia pode aumentar com a idade e comorbidades (AVC, DPOC, FA, ICC) (evidência nível 2 [moderado]) ([Ann InternMed 2009 Jun 16;150\(12\):849](#)).

## Outros Comentários

- Colonoscopia convencional e enemabaritado são os métodos atualmente mais utilizados. É possível realizar um exame de colonografia virtual com Tomografia Computadorizada (TC);
- Colonografia por TC utiliza um scanner para realizar imagens em duas e três dimensões do cólon e reto e elimina a necessidade de realização de preparação de intestino, porém requer a ingestão de contraste iodado 48 horas antes do exame;

## Literatura sugerida

Interventional procedure overview of computed tomographic colonography (virtual colonoscopy), August, 2004. Disponível em [www.nice.org.uk/ip208overview](http://www.nice.org.uk/ip208overview)

Computed tomographic colonography (virtual colonoscopy). NICE clinical guideline 108(2010). Disponível em [www.nice.org.uk/guidance/CG108](http://www.nice.org.uk/guidance/CG108)

<http://www.aafp.org/afp/2015/0115/p93.html>

<http://www.aafp.org/about/policies/all/colonoscopy.html>

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/colorectal-cancer-screening>

## Doppler Arterial de MMII

### Considerações gerais

- O exame físico com palpação dos pulsos pediosos e tibiais posteriores bilateralmente é fundamental antes da solicitação do doppler; Para diabéticos pode haver associação de doença arterial e neuropatia. Para avaliar neuropatia é necessária a avaliação da sensibilidade com o monofilamento.

#### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Claudicação intermitente; Feridas com diminuição ou ausência de pulsos arteriais palpáveis; Trombose; Aneurisma das artérias poplíteas; Suspeita de lesão iatrogênica pós-cateterismo arterial.

#### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- No pedido deve constar justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, incluindo avaliação dos pulsos pediosos e tibiais posteriores, resultado de exames complementares, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento.

## Doppler Venoso de MMII

### Considerações gerais

- As varizes primárias, também chamadas idiopáticas ou essenciais, estão relacionadas à presença de fatores hereditários e a fatores desencadeantes; neste caso, não é necessário solicitar doppler porque não altera o diagnóstico e não muda conduta. As varizes secundárias são aquelas que têm uma causa conhecida, como uma fístula arteriovenosa ou uma trombose venosa profunda; neste caso existe indicação para o doppler.

#### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Varizes secundárias a traumatismo, fístulas arterio venosas e trombozes; Trombose venosa profunda

#### Situações que NÃO necessitam do exame:

- Varizes idiopáticas em que não há programação cirúrgica

#### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- No pedido deve constar justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, resultado de exames complementares, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento.

# Ecocardiografia Transtorácica

## Considerações gerais

- A avaliação da utilidade clínica de um teste diagnóstico como a ecocardiografia transtorácica é muito mais difícil de ser mensurada em comparação com uma intervenção terapêutica por que o teste diagnóstico não possui o mesmo impacto direto no aumento de sobrevida ou recuperação do paciente. A habilidade do ECOTT de prover informações nãoinvasivas únicas com mínimo desconforto ou risco sem uso de contraste venoso ou radiação ionizante, associado a sua portabilidade, são grandes benefícios do teste em questão. Porém ECOTT bidimensional é melhor usado após anamnese detalhada, exame físico, ECG e radiografia de tórax (quando necessários) para que as hipóteses diagnósticas sejam formuladas.
- O uso indiscriminado ou seu uso como “rastreo” não são indicados por duas principais razões: 1. Custo associado a prevalência de cardiopatias; 2. Presença de alterações estruturais e funcionais mínimas considerados normais que podem gerar testes adicionais desnecessários e potencial terapêutica prejudicial.
- Desta forma, uma série de critérios hierárquicos foram propostos para julgar sua decisão de escolha como exame complementar: 1. Capacidade Técnica (operador dependente) 2. Performance diagnóstica (valor preditivo positivo de acordo com a patologia) 3. Impacto no raciocínio diagnóstico e prognóstico 4. Impacto terapêutico (o quanto o exame realmente irá modificar a conduta terapêutica para o paciente) 5. Desfechos relacionados à doença (ACC/AHA/ASE 2003 Guideline Update for the Clinical Application of Echocardiography: Summary Article. Circulation. 2003;108:1146-1162)

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- As indicações mais frequentes de ecocardiograma bi-dimensional doppler e/ou color transtorácico (de repouso) são:
  - Valvopatias:
    1. Qualquer sopro diastólico ou contínuo; ou
    2. Sopro sistólico associado a (pelo menos um):
      - Sintomas (dispneia, dor torácica, síncope/pré-síncope); ou
      - Sopro de grau elevado ( $\geq 3/6$ ) ou frêmito; ou
      - Alterações significativas em eletrocardiograma e/ou radiografia de tórax; ou
      - sopro de início recente e suspeita de valvopatia.
  - Cardiopatias dilatadas e congênitas (inclusive em prevenção primária de cardiopatia congênita quando há portadores na família de cardiomiopatia dilatada sem etiologia identificada com parentesco de primeiro grau (pais, tios, filhos);
  - Infarto do miocárdio, quando questão específica possa ser resolvida pela ecocardiografia (história, exame físico e ECG sugerem infarto do miocárdio prévio);
  - Diagnóstico diferencial de dor torácica (exame físico sugere outra etiologia para a dor torácica/angina (ex: estenose aórtica, insuficiência aórtica, hipertensão arterial pulmonar);
  - Investigação diagnóstico de AVC/AIT não explicado pela história e exame físico;
  - Investigação diagnóstica de Síncope não explicada (não neuromediada ou ortostática), com história de cardiopatia prévia ou alteração eletrocardiográfica
- Suspeita clínica de insuficiência cardíaca e/ou avaliação da gravidade da insuficiência cardíaca:
  1. suspeita de insuficiência cardíaca, com radiografia de tórax ou eletrocardiograma com alterações compatíveis; ou
  2. suspeita de insuficiência cardíaca, com radiografia de tórax e eletrocardiograma normais, após investigação de outras causas alternativas; ou
  3. avaliação de paciente com insuficiência cardíaca e mudança no quadro clínico - piora de classe funcional (NYHA) ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia).

**Situações que NÃO necessitam do exame:**

- Não está indicado solicitar ecocardiografia para acompanhamento de paciente com insuficiência cardíaca controlada; ou de rastreio de rotina para liberação a prática de esportes em pacientes assintomáticos; ou de rotina pré-operatória em pacientes assintomáticos com cardiopatia conhecida que serão submetidos a cirurgias de baixo ou médio risco. (Amidon TM, Chou TM, Kee LL, Foster E: Role of echocardiography in primary care medicine-Controversies in hypertension, atrial fibrillation, stroke, and endocarditis. West J Med 1996; 164:269-275)

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- No pedido deve constar justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, resultado de exames complementares, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento.

# Endoscopia Digestiva Alta - EDA

## Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Pacientes com sinais de alerta tais como sangramento gastrointestinal alto crônico, perda de peso involuntária progressiva, disfagia, odinofagia, vômitos persistentes, anemia por deficiência de ferro, ou massa epigástrica palpável ou estudo baritado digestivo sugestivo.

## Situações que **NÃO** necessitam do exame:

- Avaliação rotineira de sintomas de disfagia.

## Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- **Informar em todas as solicitações:** Dados relevantes na história clínica, histórico pessoal de comorbidades; queixas associadas (com duração dos sintomas); dados relevantes do exame físico; tratamento realizado e sua duração; exames subsidiários prévios: descrever resultado dos exames solicitados previamente (se houver).

## Indicações de solicitação

### Toda situação que não necessite de realização imediata do exame.

- |   |   |
|---|---|
|  <b>VERMELHO:</b>  | Investigação: paciente muito sintomático - sangramento gastrointestinal alto crônico sem uso de AINES; alta suspeita de câncer GI (sinais de alarme, Hx familiar de câncer, idade>55a);   |
|  <b>AMARELO:</b> | Pacientes de qualquer idade com dispepsia e um dos achados (NICE Grau B)<br>Sangramento gastrointestinal crônico; Perda de peso progressivo; Disfagia progressiva; Vômitos persistentes; Anemia por deficiência de Ferro; Massa epigástrica ou estudo baritado digestivo sugestivo; |
|  <b>VERDE:</b>   | Investigação: assintomático, baixa suspeita de câncer GI (sinais de alarme, Hx familiar de câncer, idade>55a);  |
|  <b>AZUL:</b>    | Investigação: assintomático, sem suspeita de câncer GI + idade <55a com dispepsia independente do teste H pylori;   |

## Efetividade ([Scand J Gastroenterol 2006 Feb;41\(2\):161full-text](#), [ClinGastroenterolHepatol 2010 Oct;8\(10\):830](#))

- Sensibilidade para avaliação dispéptica;
  - Sinais e Sintomas de risco podem aumentar a chance de achados endoscópicos anormais significativos de 2% para 20% em pacientes com dispepsia;
  - pacientes com pelo menos 1 sintoma de risco demonstram efetividade de 20.1% com achados endoscópicos graves como neoplasia, úlcera, Esôfago de Barrett, esofagite erosiva;
  - apenas 23% dos exames de EDA solicitados apresentam achados endoscópicos
  - risco aumentado de úlcera péptica associada a dispepsia e DRGE (oddsratio 2.74, 95% CI 1.3-5.8) ([Am J Gastroenterol 2010 Mar;105\(3\):565](#), editorial can be found in [Am J Gastroenterol 2010 Mar;105\(3\):572](#))
- Não há evidência que suporte o uso de EDA em pacientes sem sinais de alarme ou sintomas dispépticos intensos ([level3 \[lackingdirect\] evidence](#)) [ArchFamMed 2000 Apr;9\(4\):385full-text](#);
- Não há evidência e não é indicado para rastreamento;

## Outros Comentários

- Não há forte associação entre infecção por *Helicobacter pylori* e dispepsia não ulcerosa ou dispepsia sem investigação por EDA;
- Para DRGE (Doença do Refluxo Gastroesofágico) o tratamento inicial sempre deve ser clínico e empírico, não se recomendando EDA;
- EDA com ou sem biópsia recomendada se disfagia com complicações ou se falha no teste empírico de inibidor de bomba de próton 2x/d (AGA Grade B);

## Literatura sugerida

Guidelines: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guideline on dyspepsia management can be found at [NICE 2004 Aug;CG17PDF](#)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) national clinical guideline can be found at [SIGN 2003 Mar PDF](#) or at [National Guideline Clearinghouse 2004 Jan 26:3723](#), reaffirmed 2007

Artigos de Revisão

[Am Fam Physician 2011 Mar 1;83\(5\):547](#)

[Gastroenterol 2008;43\(4\):251](#)

[Am Fam Physician 2004 Jul 1;70\(1\):107full-text](#)

# Ultrassonografia de Mamas Bilateral

## Considerações gerais

- Este procedimento não é recomendado para rastreamento do câncer. Tem sua grande indicação nas mamas densas, em pacientes com nódulos palpáveis ou para complementar a mamografia quando o resultado é classificado como BI RADS 0.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Pacientes com mamas densas, em pacientes com nódulos palpáveis ou para complementar a mamografia quando o resultado é classificado como BI RADS 0.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Informar achados de exame clínico das mamas e resultado de mamografia caso a paciente tenha realizado.

# Ultrassonografia Transvaginal

## Considerações gerais

- Tendo em vista a falta de evidências clínicas e a possibilidade de futuras iatrogenias com o uso indiscriminado do exame em questão, se faz necessário entender com precisão a história clínica e exame abdominal e ginecológico da paciente para formulação corretas das principais hipóteses diagnósticas sindrômicas antes de passar à investigação complementar com a ultrassonografia transvaginal.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:**

- Atualmente, não há evidências de benefícios no uso deste exame como forma de rastreamento de patologias ginecológicas, devendo, portanto, fazer parte de investigação complementar das desordens listadas a seguir:
  - Dor pélvica na qual as etiologias músculo esquelética e gastrointestinal tenham sido descartadas;
  - Amenorreia primária (maiores de 14 anos sem caracteres sexuais secundários; ou maiores de 16 anos com caracteres sexuais secundários);
  - Amenorreia secundária excluída gestação e hiper/hipoestrogenismo;
  - Avaliação de sangramento vaginal disfuncional;
  - Presença de massa palpável pélvica;
  - Gestação sem certeza da DUM, para cálculo correto de Idade Gestacional.

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Características da dor (tempo de instalação, frequência, sintomas genitourinários associados); idade da paciente, informação sobre caracteres sexuais secundários, histórico menstrual, tipo de ciclo, volume do ciclo, tempo de amenorréia; história gestacional; descrição da massa.

## Bibliografia / Mais informações

### Publicações

Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Gusso G, Lopes JMC. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

### Cadernos de Atenção Básica – Ministério da Saúde

Acessíveis para download versão digital, em português. [www.dab.saude.gov.br](http://www.dab.saude.gov.br)

### Projeto Diretrizes – AMB / CFM

Acessíveis para download versão digital, em português. [www.projetodiretrizes.org.br](http://www.projetodiretrizes.org.br)

### Cochrane

Coleção de fontes de informação de boa evidência em atenção à saúde, em inglês. Inclui as Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane, em texto completo, além de ensaios clínicos, estudos de avaliação econômica em saúde, informes de avaliação de tecnologias de saúde e revisões sistemáticas resumidas criticamente <http://cochrane.bvsalud.org>

### UPTODATE

Coleção de fontes de informação de boa evidência em atenção à saúde, em inglês. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

### GuidelinesNICE

For information about NICE guidance that has been issued or is in development, see [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

- Chronicheartfailure.NICEclinicalguideline108(2010).Availablefrom [www.nice.org.uk/guidance/CG108](http://www.nice.org.uk/guidance/CG108)
- Hypertensioninpregnancy.NICEclinicalguideline107(2010).Availablefrom [www.nice.org.uk/guidance/CG107](http://www.nice.org.uk/guidance/CG107)
- Preventionofcardiovasculardiseaseatpopulationlevel.NICEpublichealthguidance25(2010).Availablefrom [www.nice.org.uk/guidance/PH25](http://www.nice.org.uk/guidance/PH25)

- Type2diabetes.NICEclinicalguideline87(2009).Availablefrom [www.nice.org.uk/guidance/CG87](http://www.nice.org.uk/guidance/CG87)
- Medicinesadherence.NICEclinicalguideline76(2009).Availablefrom [www.nice.org.uk/guidance/CG76](http://www.nice.org.uk/guidance/CG76)
- Chronickidneydisease.NICEclinicalguideline73(2008).Availablefrom [www.nice.org.uk/guidance/CG73](http://www.nice.org.uk/guidance/CG73)
- Stroke.NICEclinicalguideline68(2008).Availablefrom [www.nice.org.uk/guidance/CG68](http://www.nice.org.uk/guidance/CG68)
- Lipidmodification.NICEclinicalguideline67(2008).Availablefrom [www.nice.org.uk/guidance/CG67](http://www.nice.org.uk/guidance/CG67)
- Continuouspositiveairwaypressureforthetreatmentofobstructivesleepapnoea/hypopnoeasynndrome.NICEtechnologyandappraisalguidance139(2008).Availablefrom [www.nice.org.uk/guidance/TA139](http://www.nice.org.uk/guidance/TA139)
- MI: secondary prevention. NICE clinical guideline48(2007). Available from [www.nice.org.uk/guidance/CG48](http://www.nice.org.uk/guidance/CG48)
- Obesity.NICEclinicalguideline43(2006).Availablefrom [www.nice.org.uk/guidance/CG43](http://www.nice.org.uk/guidance/CG43)
- Atrialfibrillation.NICEclinicalguideline36(2006).Availablefrom [www.nice.org.uk/guidance/CG36](http://www.nice.org.uk/guidance/CG36)

### American Family Physician

Revista científica da Associação americana de Medicina de Família, com grande coleção de artigos voltados para a prática clínica na atenção primária, em inglês. [www.aafp.org/online/en/home/publications/journals/afp.html](http://www.aafp.org/online/en/home/publications/journals/afp.html)

### Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Site com informações para atualização e publicações voltadas para a APS, em português. [www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)

### US Preventive Services Task Force

Reúne informações e recomendações baseadas em evidência sobre estratégias preventivas e de rastreamento, em inglês.

<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>

### **Canadian Task Force on Preventive Health Care**

Reúne informações e recomendações baseadas em evidência sobre estratégias preventivas e de rastreamento, em inglês.

<http://www.canadiantaskforce.ca/>

### **Solicitação de senha para o REGULADOR**

Enviar email para [regulacaoambulatorialrio@gmail.com](mailto:regulacaoambulatorialrio@gmail.com) com os seguintes dados:

- Nome Completo (regulador)
- Email (regulador)
- CPF (regulador)
- Telefone (regulador)
- Função (regulador)
- Unidade de saúde
- Termo preenchido e carimbado pelo médico e pelo gerente/diretor da unidade de saúde

## Anexo



### Secretaria Estadual de Saúde – Subsecretaria Geral Assessoria de Tecnologia da Informação Termo de Responsabilidade, Sigilo e Uso de Senhas

Prezado (a),

Nosso Sistema foi desenvolvido para ajudar você em suas atividades, garantindo a qualidade e sua segurança. Deste modo, concebemos diversos mecanismos de controles de segurança e auditoria e sua participação é muito importante neste processo. Sendo assim, é fundamental o cumprimento das seguintes regras:

- 1) Não revelar fora do âmbito profissional, dados, fatos ou informações de qualquer natureza que tenha conhecimento por força de suas atribuições, salvo em decorrência de decisão competente na esfera legal ou judicial, bem como de autoridade superior e, mantendo a necessária cautela quando de sua exibição em tela, impressora ou na gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar sua divulgação às pessoas não autorizadas.
- 2) Não revelar sua Senha de acesso ao Sistema da SES a ninguém e tomar todo o cuidado para que elas permaneçam somente de seu conhecimento. Alterá-las, sempre que obrigatório ou que tenha suposição de descoberta por terceiros, não usando combinações simples que possam ser facilmente descobertas.
- 3) Não ausentar-se da estação de trabalho sem o encerramento da sessão do Sistema em uso (efetuando “Logout”, “Sair” ou função similar), fechar o navegador, e, bloquear ou desligar a estação de trabalho.
- 4) Responder, em todas as instâncias, pelas consequências das ações ou omissões de sua parte, que possam por em risco ou comprometer a exclusividade de conhecimento de sua Senha, ou das transações a que tenha acesso.
- 5) Ao solicitar a inclusão de um Usuário no Sistema, sua Identificação será armazenada como o responsável pela solicitação/autorização do cadastramento, portanto, somente o faça se imprescindível.
- 6) Todos os acessos ao Sistema, efetuados por meio do seu Usuário e Senha, ficam registrados, sendo você o único responsável, respondendo administrativa, civil e criminalmente pelas operações realizadas.
- 7) A utilização de sua Senha, por terceiros, fará com que você incorra em responsabilidade civil, infração disciplinar e quebra de sigilo, constituindo, ainda, infração funcional e penal, ocasionadas por operações não autorizadas e pela facilitação na visualização, alteração, inserção ou exclusão de dados ou informações, conforme responsabilização por crime contra a Administração Pública, tipificado no art. 313-A e 313-B da Lei nº 9.983, de 14 de julho de 2000.
- 8) Em caso de dúvidas sobre a operação do Sistema, faça contato com o setor de Suporte a Sistemas da SES.

Declaro pelo presente instrumento, junto à Secretaria Estadual de Saúde - SES, na qualidade de usuário de informática desta instituição, estar ciente e de acordo com as instruções acima descritas, comprometendo-me a respeitá-las e cumpri-las plena e integralmente, além de manter sempre verossímeis os dados nos Sistemas disponibilizados pela Assessoria de Tecnologia da Informação – ATI/SES.

Usuário (a): \_\_\_\_\_ Órgão: \_\_\_\_\_

C.P.F.: \_\_\_\_\_ Login: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Sistema: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Solicitante: \_\_\_\_\_ Órgão: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

For printed copies of the quick reference guide or 'Understanding NICE guidance', phone NICE publications on 08450037783 or email [publications@nice.org.uk](mailto:publications@nice.org.uk) and quote:

- N2636(quick reference guide)
- N2637('Understanding NICE guidance').

**Secretaria Municipal de Saúde**

**Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção**

Afonso Cavalcanti, 455

Sala 801

Rio de Janeiro - RJ

CEP 22211-110

[www.subpav.org](http://www.subpav.org)

Jul2016

©Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2016. Todos os direitos reservados. Este material pode ser reproduzido para fins educacionais e assistenciais na Rede de Atenção à Saúde do Rio de Janeiro. Não é permitida reprodução para fins comerciais sem a permissão da SMS.