

**PROTOCOLOS DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL AMBULATORIAL
SES/SC**

CONSULTA EM PNEUMOLOGIA GERAL

**Florianópolis-SC
Fevereiro de 2016**

PROTOCOLO DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL

1. INTRODUÇÃO

Os serviços especializados ambulatoriais, sobretudo as consultas especializadas, compreendem a maior porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o acesso a este espaço ambulatorial é marcado por diferentes gargalos, decorrentes de elementos como: o modelo de gestão adotado entre Estado e Municípios, o dimensionamento e organização das ofertas de serviços especializados e também pelo grau de resolutividade da Atenção Básica (AB).

Os protocolos de regulação do acesso da Atenção Básica para Atenção Especializada (AE) constituem estratégias que impactam na qualificação do atendimento ao paciente, pois interferem em três pontos do sistema: Atenção Básica, Regulação e Atenção Especializada.

O emprego de protocolos de regulação de acesso aos serviços de saúde é uma necessidade e constitui um importante caminho de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde. Os protocolos requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que o seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades dos serviços, permitindo o estabelecimento de objetivos e metas por meio da implantação de ações.

O Projeto de elaboração dos protocolos de acesso ambulatorial da Regulação Estadual visa estabelecer a gestão das especialidades, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos estabelecidos, orientando os profissionais que atuam na Atenção Básica, dando qualificação às ações do médico regulador e, conseqüentemente, otimizando a oferta especializada dos serviços.

Cabe a Regulação Médica o gerenciamento da fila de solicitações por meio da Classificação de Prioridade, ordenando desta forma os encaminhamentos. Bem como, cabe à gestão desta Central o monitoramento da oferta de serviços por meio da Programação Pactuada Integrada – PPI.

Essa ação realizada pela Central de Regulação deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, otimizando recursos em saúde, reduzindo os deslocamentos desnecessários e trazendo maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia de ação é a diminuição do tempo de espera ao atendimento especializado, bem como a garantia do acompanhamento, tanto pela Atenção Básica como Especializada, dando qualificação e resolutividade ao cuidado. Para tal, é fundamental o envolvimento dos três pontos do sistema, cada qual atuando dentro de suas competências.

2. ESTRUTURA DO PROJETO

Os Protocolos Clínicos foram elaborados em parceria entre os médicos reguladores da Regulação Estadual e os médicos atuantes nas diversas especialidades médicas nos Hospitais da SES.

Foram utilizados como base os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e, na ausência destes, os protocolos clínicos emitidos pelas Sociedades Brasileiras das Especialidades Médicas ou na forma de medicina baseada em evidências e estarão igualmente disponíveis no Portal da SES em dois locais: menu Regulação e menu Atenção Básica, acesso aberto.

Após a aprovação dos mesmos será realizada capacitação da Atenção Básica para seguimento dos mesmos e implantação nas Centrais de Regulação e a busca ativa dos pacientes atualmente em espera nas Centrais de Regulação.

3. FLUXOS DO PROJETO

3.1. Da Regulação do Acesso e Gestão da Clínica

- a) A necessidade de consulta com o especialista deverá ser estabelecida por um profissional médico (pediatra, médico de família ou clínico geral) que constatará a necessidade da consulta e fará o consequente encaminhamento.
- b) O paciente que preenche os critérios do Protocolo de Acesso, seja por atendimento na Atenção Básica ou por outra Unidade de Atendimento Especializada, recebe o encaminhamento da consulta com a indicação clínica.
- c) Neste caso, o paciente ou seu responsável legal, procura a Unidade Básica de Saúde para inserção da solicitação da consulta/exame na Central de Regulação, via SISREG, seguindo a PPI pactuada entre seu Município e o Estado.
- d) O médico regulador identifica a solicitação e a justificativa do encaminhamento, classificando a prioridade de atendimento de acordo com o protocolo estabelecido e pactuado.
 - Somente estarão aptas para agendamento as solicitações de pacientes encaminhados que contenham no campo de observações do SISREG todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento, corretamente preenchidos e com a indicação do médico solicitante, nome e CRM.
- e) O paciente será agendado de acordo com a Classificação de Prioridade e conforme as vagas disponíveis na Central de Regulação.
- f) As solicitações que não estão devidamente preenchidas serão devolvidas para correto preenchimento. A ausência ou parcialidade nas informações compromete a eficácia da gestão das filas e, consequentemente da prioridade do agendamento.
- g) As unidades hospitalares da SES atenderão pela oferta de serviços de referência no Estado.
- h) O paciente, após o atendimento terá o retorno agendado na própria Unidade Hospitalar ou receberá o Relatório de Contrarreferência para acompanhamento pela Atenção Básica do seu Município.
- i) Ao município de origem do paciente caberá a garantia das consultas de seguimento pela Atenção Básica e a priorização da realização de exames complementares para que estejam disponíveis na consulta de retorno.

3.2. Critério de não Inclusão ou Exclusão

- a) Não serão incluídos no atendimento pacientes que não tenham referência médica, ou não sejam encaminhados através do SISREG, ou não tenham formulário de encaminhamento devidamente preenchido.
- b) Serão excluídos os pacientes que preencherem os critérios de cura da doença.

- c) Serão excluídos os pacientes que não comparecerem a mais de duas consultas sem justificativa. Nos casos de doença potencialmente grave em paciente criança faltante, o Conselho tutelar deverá ser comunicado.

4. DOS FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO

a. Fluxo de Encaminhamento pelo Médico Assistente/Solicitante:

Este fluxo será utilizado pelo médico solicitante (da Atenção Básica ou de outras Unidades de Saúde) para orientar a via de acesso que será utilizada no sistema de regulação (urgência ou ambulatorial), de acordo com os protocolos vigentes:

URGÊNCIA – são os encaminhamentos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos e aguardar em lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário.

Os Centros de Saúde devem inserir todos os encaminhamentos de urgência na Regulação, na cor azul, com justificativa clínica e hipótese diagnóstica, fornecidas pelo médico assistente, conforme o **Protocolo de Acesso para Atenção Especializada**, e posteriormente a solicitação será classificada por cor conforme o **Protocolo de Regulação** utilizado pelo médico regulador na Regulação Estadual.

PRIORIDADE – são aqueles encaminhamentos:

- I. Em que a demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida.
- II. Cujas demoras implique em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.
- III. Todas as gestantes.

ROTINA – estas solicitações serão encaminhadas para Atenção Especializada, entretanto não apresentam indicação de prioridade pelo médico assistente devendo ser inseridos na Fila da Central de Regulação Ambulatorial ou na fila de espera, quando houver. Estes casos podem ser acompanhados pelos médicos da atenção básica e estas solicitações seguem a ordem cronológica de inserção para agendamento.

5. CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

No SISREG

A descrição da Classificação de Risco no Módulo Ambulatorial do SISREG segue o seguinte desenho:

Classificação de Risco

Classificação - Descrição

- ☐ ☒ Prioridade Zero - Emergência, necessidade de atendimento imediato
- ☐ ☒ Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível
- ☐ ☒ Prioridade 2 - Prioridade não urgente
- ☒ ☒ Prioridade 3 - atendimento eletivo.

Entretanto, como os agendamentos para consultas ambulatoriais são realizados com pelo menos 30 dias de antecedência, os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ATENDIMENTO			
Grau de Prioridade	Encaminhamento	Motivos	Exemplos
Prioridade 1 (P1)	Urgência	Pacientes que necessitam atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações.	hemorragias sem repercussão hemodinâmica, dor importante, emagrecimento, anemia.
Prioridade 2 (P2)	Eletivo prioritário	Pacientes que necessitam atendimento médico num curto período de tempo.	Investigação de dor crônica
Prioridade 3 (P3)	Prioridade não urgente	São situações clínicas sem gravidade que necessitam um agendamento eletivo.	Esteatose hepática,
Prioridade 4 (P4)	Eletivo	Pacientes que necessitam atendimento médico eletivo não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica.	Constipação, diabetes compensado.

6. ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Contamos com a colaboração dos especialistas que atuam nas Unidades de Saúde da SES para a elaboração dos mesmos.

Cada ressaltar que o Ministério da Saúde já disponibiliza uma lista de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que estão disponíveis no Portal do Ministério da Saúde e/ou no Portal da SES, no menu Regulação > Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para serem utilizados como base.

Portanto, para que o fluxo de encaminhamentos e regulação seja adequado às necessidades do seu Serviço solicitamos a gentileza de nos encaminhar as seguintes informações:

- INDICAÇÕES – principais motivos de encaminhamentos aos especialistas para cada área, mas não são limitadas a estes.

- NOME DA PATOLOGIA OU SINAL OU SINTOMA Critérios de encaminhamento: são os critérios definidos para encaminhamento para a especialidade dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma. Em geral, devem ser encaminhados casos refratários ao tratamento na UBS, em uso de polifármacos, sem diagnóstico na investigação inicial ou em dúvida diagnóstica.

- Evidências clínicas e complementares: Informações relevantes: neste item constam as principais informações necessárias ao encaminhamento dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma para possibilitar a regulação do procedimento. Quanto mais detalhadas, melhor será a regulação do mesmo. História clínica com sintomas, tempo de evolução, agudização, sinais de gravidade, medicações em uso, resposta ao tratamento, hipótese (s) diagnóstica (s), exame físico, resultados de exames complementares com informação de valores laboratoriais e laudos, efeitos colaterais das medicações em uso, são importantes. Observações dos principais achados patológicos e sugestões de condutas antes de encaminhamento ao especialista também constam nesse item.

- Exames complementares necessários: são exames sugeridos como triagem inicial antes do encaminhamento à especialidade. Não são obrigatórios, porém são fundamentais que sejam considerados antes de encaminhar o paciente visando a resolatividade dos casos na Unidade Básica de Saúde. As solicitações sem esses exames estão sujeitas a devolução com questionamento de seus resultados por parte do médico regulador para possibilitar a classificação de risco adequada do paciente.

Segue abaixo o que dispomos até o momento. Contamos com a sua colaboração para que este processo se concretize em breve.

7. PROTOCOLO DA PNEUMOLOGIA GERAL

7.1. Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

Foram elencados os seguintes motivos de doenças/motivos de encaminhamento para serem regulados:

- Asma
- DPOC de difícil controle
- Dispnéia
- Bronquiectasias
- Doenças pulmonares intersticiais
- Pneumonias graves ou de repetição
- Tosse crônica
- Nódulo pulmonar
- Doenças ocupacionais
- Manifestações pulmonares de doenças sistêmicas
- Avaliação pré-operatória
- Distúrbios respiratórios relacionados ao sono
- Hipertensão pulmonar
- Doenças da pleura (derrame pleural, empiema, pneumotórax)

OBS:

Todo paciente encaminhado para consulta no ambulatório de pneumologia deve comparecer com RX de tórax e trazendo o filme do RX. Isso é fundamental para o manejo e a resolatividade do caso.

Casos de **Tuberculose pulmonar** devem ser tratados nas UBS ou encaminhados para internação, se necessário. Casos multirresistentes: re-inserir na agenda de Consulta em Tuberculose Multirresistente.

Hipertensão pulmonar: Se possível não encaminhar esses pacientes para o HGCR, devido a grande dificuldade de manejo, pois não há serviço de hemodinâmica, que é fundamental para o diagnóstico correto e acompanhamento adequado do caso.

Fibrose cística: agenda interna no HNR. Agendar por telefone.

Broncoscopia: agenda específica

Espirometria: agenda específica

Distúrbios do Sono: agendar apenas para Dr Luciano no HNR

Biopsia pulmonar: agendar consulta em pneumo com Dra Claudia no HRSJ ou re-inserir em cirurgia torácica para consulta com Dr Marcelo Zanchett.

RX com diagnóstico confirmado de granuloma não necessita de consulta especializada.

PROTOCOLO DE ACESSO – ASMA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

– Todos os casos de asma não controlada ou parcialmente controlada, que já estão em uso de corticoide inalatório.

- Casos com internação recente por asma.

* Casos de asma leve devem ser acompanhados pelos médicos do PSF.

OBS: Casos de dispnéia para atividades básicas da vida diária, com instabilidade hemodinâmica, do estado mental, baixa saturação, taquipnéia (FR>40 rpm) ou cianose devem ser encaminhados a um serviço de **emergência**.

SINAIS DE ALARME:

- Dispnéia aos pequenos esforços ou repouso

- Pacientes que necessitam de uso contínuo e altas doses de broncodilatadores e corticoides sistêmicos e inalatórios e não conseguem controlar os sintomas.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica, atopias e a presença ou não de sintomas e manifestações de alarme supracitadas, episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito, tosse, limitação das atividades, sintomas/despertares noturnos, medicação em uso.

- Descrever laudo dos exames de espirometria, IgE, EDA, teste alérgico e Rx de tórax se disponível.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Sinais de alarme.
AMARELO	Casos descompensados, sintomáticos, dispnéia.
VERDE	
AZUL	Demais casos.

PROTOCOLO DE ACESSO – DPOC

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com VEF1 < 50% ou entre 50-80% com evolução desfavorável apesar do tratamento.
 - Todos os casos de DPOC com internação ou ida à emergência recente
 - Dispneia níveis 3 e 4 do MRC
 - Avaliação para uso de O2 domiciliar
- * Casos de DPOC leve devem ser acompanhados pelos médicos do PSF.
- * Casos de DPOC aguda grave sem resposta a terapêutica inicial e com sinais de insuficiência respiratória devem ser encaminhados a um serviço de **emergência**.

SINAIS DE ALARME:

- Dispneia em repouso ou níveis 3 e 4 do MRC
- Infecção respiratória de repetição
- Insuficiência respiratória crônica, hipoxemia, cor pulmonale
- Dependência de oxigênio

Índice de dispneia modificado do MRC (Medical Research Council)

Grau Caracterização

Zero - Falta de ar ao realizar exercício intenso

Um - Falta de ar quando apressa o passo, ou sobe escadas ou ladeiras

Dois - Precisa parar algumas vezes quando anda no próprio passo, ou anda mais devagar que outras pessoas da mesma idade

Três - Precisa parar muitas vezes devido à falta de ar quando anda perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano

Quatro - Sente tanta falta de ar que não sai de casa, ou precisa de ajuda para se vestir ou despir.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica, tabagismo e a presença ou não de sintomas e manifestações de alarme supracitadas, episódios recorrentes de dispnéia, limitação das atividades, comorbidades, medicação em uso e função pulmonar.
- Descrever laudo dos exames de espirometria, gasometria arterial e Rx de tórax se disponível.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Sinais de alarme.
AMARELO	Casos descompensados, sintomáticos, dispnéia.
VERDE	
AZUL	Demais casos.

PROTOCOLO DE ACESSO – BRONQUIECTASIAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos de bronquiectasias com exacerbações frequentes (duas ou mais).

SINAIS DE ALARME:

- Infecções recorrentes
- Hemoptise
- Dispnéia
- Dependência de oxigênio

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica, cronicidade e a presença ou não de infecções recorrentes, sintomas e manifestações de alarme supracitadas, episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, dor torácica, tosse, limitação das atividades, sintomas/despertares noturnos, medicação em uso e função pulmonar.
- Descrever laudo dos exames de espirometria e Rx ou TC de tórax se disponível.
- Encaminhar sempre que possível 2 amostras de BAAR e cultura no escarro e teste do suor.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Sinais de alarme.
AMARELO	Casos descompensados, sintomáticos.
VERDE	
AZUL	Demais casos.

PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos
- Doenças auto-imunes
- Doenças intersticiais idiopáticas

OBS: casos de insuficiência respiratória agudizada (dispnéia limitante, queda de saturação, sinais clínicos de infecção) devem ser encaminhados a um serviço de emergência.

SINAIS DE ALARME

- Dispnéia
- Hipoxemia

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica, grau de dispnéia (Escala MRC), tempo de evolução comorbidades.
- Descrever laudo dos exames de espirometria, laboratório, sorologias e Rx ou TC de tórax se disponível.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Dispnéia, hipoxemia.
VERDE	
AZUL	Todos os outros casos.

PROTOCOLO DE ACESSO – PNEUMONIAS GRAVES OU DE REPETIÇÃO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pneumonia arrastada, com possibilidade de outros diagnósticos.
- Comprometimento pulmonar após pneumonia aguda grave (necessitou de terapia ou ventilação mecânica).
- Infecção multiresistente a antibióticos.
- Pneumonia com derrame pleural.
- Pneumatocele ou pneumotórax.
- Pneumonia de repetição (duas ou mais no último ano).

OBS: Pacientes com essas características devem ser encaminhados para avaliação ambulatorial, apresentando estabilidade hemodinâmica, ou seja, sem indicação de internação hospitalar de urgência. Casos com derrame pleural e pneumotórax devem ser inicialmente avaliados em um serviço de **emergência**.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e história clínica, tratamentos realizados, sintomas atuais, comorbidades.
- Descrever exames complementares quando disponíveis: hemograma, BAAR 3 amostras, Rx ou TC de tórax.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Todos os casos.
AMARELO	
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – DISPNEIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Dispneia crônica (>30 dias) enquadrada nos graus 1 a 3 na Escala de Dispneia MRC sugerindo doença do sistema respiratório como causadora de dispneia, descartadas causas cardiológicas e hematológicas.

Índice de dispneia modificado do MRC (Medical Research Council)

Grau Caracterização

Zero - Falta de ar ao realizar exercício intenso

Um - Falta de ar quando apressa o passo, ou sobe escadas ou ladeiras

Dois - Precisa parar algumas vezes quando anda no próprio passo, ou anda mais devagar que outras pessoas da mesma idade

Três - Precisa parar muitas vezes devido à falta de ar quando anda perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano

Quatro - Sente tanta falta de ar que não sai de casa, ou precisa de ajuda para se vestir ou despir

OBS: Casos de dispneia súbita e aguda no repouso e para atividades básicas da vida diária (grau 4 da escala) com instabilidade hemodinâmica, do estado mental, baixa saturação, taquipnéia (FR>40 rpm) ou cianose devem ser encaminhados a um serviço de **emergência**.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, hipótese diagnóstica da doença causadora da dispneia, grau de dispneia, sintomas/despertares noturnos.

- Descrever laudo dos exames de espirometria, gasometria arterial, Rx de tórax, ECG. Ecocardiograma se disponível.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Todos os casos.
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – TOSSE CRONICA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Tosse crônica/persistente há mais de 3 semanas com causa não identificada.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e história clínica, tempo de evolução, repercussão nas atividades diárias.
- Descrever exames complementares: BAAR 3 amostras e Rx de tórax (sempre), RX de seios da face, espirometria, endoscopia digestiva alta, videolaringoscopia quando disponíveis.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	
VERDE	
AZUL	Todos os casos.

PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS RELACIONADOS AO SONO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos confirmados pela polissonografia.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica e a presença ou não de cansaço e sonolência diurna, co-morbididades (obesidade, cardiopatias, DPOC).
- Descrever laudo do exame de polissonografia se disponível.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	
VERDE	Todos os casos (agenda específica)
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – NÓDULO PULMONAR/ MASSA PULMONAR OU MEDIASTINAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

* Investigação de nódulo pulmonar (todos os casos):

- RX de tórax recente alterado ou suspeito
- Casos indeterminados mesmo com exames complementares
- Nódulos alterados em segmento radiológico ou RX prévio
- Nódulos espiculados, irregulares e/ou suspeitos.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a suspeita diagnóstica.
- Descrever exames complementares quando disponíveis: RX e TC de tórax, biopsia pulmonar.
- Todos os pacientes devem ser orientados a trazer todos os exames anteriores com imagens no dia da consulta, se possível a Tc de tórax.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Todos os casos.
AMARELO	
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO –HIPERTENSÃO PULMONAR

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica, comorbidades e os sintomas atuais.
- Descrever exames complementares quando disponíveis: RX de tórax, ECG, cateterismo, Eco.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Todos os casos.
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS DA PLEURA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos (derrame pleural, empiema, pneumotórax tratado)

OBS: Pneumotórax recém-diagnosticado deve ser encaminhado a um serviço de **emergência**.

OBS: Pacientes com DP a direita e diagnóstico de ICC devem fazer avaliação cardiológica antes.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica, comorbidades e os sintomas atuais.

- Descrever exames complementares quando disponíveis: RX de tórax.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

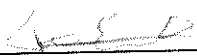
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Todos os casos.
AMARELO	
VERDE	
AZUL	

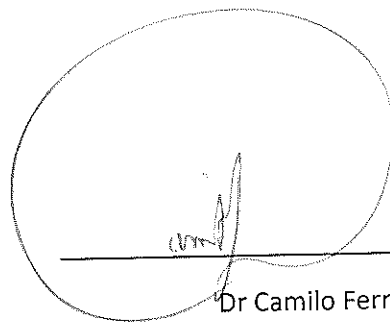
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do MS:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt>
- Protocolos de acesso do Ministério da Saude: endocrinologia e nefrologia, 2015.
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada.pdf
- Protocolo de regulação médica. Prefeitura de Guarulhos, 2015.
http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf
- Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf
- Protocolos de acesso a exames de média e alta complexidade. Prefeitura de Pelotas.
<http://www.pelotas.com.br/central-de-regulacao/arquivos/Protocolo-Exames.pdf>
- Protocolos de acesso à rede de serviços ambulatoriais com classificação de risco por prioridade. SESAU/Recife, 2013. http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/PROTOCOLO_ACESSO_AMBULATORIAL.pdf
- Protocolos as Secretarias de Saúde do Município de São José, 2015.
<http://saude.pmsj.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PROTOCOLOS-DE-ACESSO-AOS-SERVIC3%87OS-DE-SA%C3%9ADE.pdf>

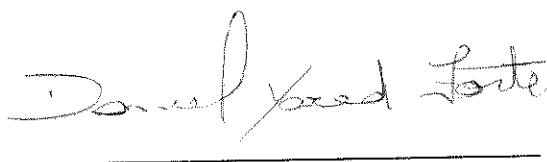
9. COLABORADORES:



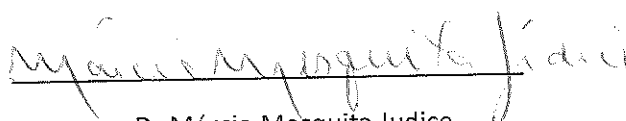
Dra Telma E. da Silva
Médica Reguladora GECOR
CRM/SC 8316



Dr Camilo Fernandes
Chefe do serviço de Pneumologia do HNR
CRM/SC 8996



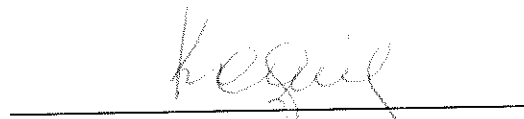
Dr Daniel Yared Forte
Chefe do serviço de Pneumologia do HGCR
CRM/SC 11245



Dr Márcio Mesquita Judice
Pneumologista do HGCR
CRM/SC 11524



Marilvan Cortese
Gerente de Complexos Reguladores SES



Karin Cristine Geller Leopoldo
Diretora de Planejamento, Controle e
Avaliação do SUS



Dra Lúcia Regina Gomes Mattos Schultz
Superintendente de Serviços Especializados e
Regulação

