

**PROTOCOLOS DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL AMBULATORIAL**

**SES/SC**

**CONSULTA EM HEMATOLOGIA ADULTO**

## 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 Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA) 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 da CERA 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 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 Central Estadual de Regulação Ambulatorial 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 na CERA e a busca ativa dos pacientes atualmente em espera na CERA.

## 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 Estadual de Regulação, via SISREG, seguindo a PPI pactuada entre seu Município e o Estado.
- d) O médico regulador da CERA 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 CERA.
- 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, conseqüentemente 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.

#### 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 Central Estadual de Regulação Ambulatorial.

**PRIORIDADE** – são aqueles encaminhamentos:

- I. Em que a demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida.
- II. Cujas demora 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)	<b>Urgência</b>	Pacientes que necessitam atendimento médico especializado prioritário por possíveis prováveis complicações.	Hemorragias sem repercussão hemodinâmica, dor importante, emagrecimento, anemia.
Prioridade 2 (P2)	<b>Eletivo prioritário</b>	Pacientes que necessitam atendimento médico num curto período de tempo.	Investigação de dor crônica.
Prioridade 3 (P3)	<b>Prioridade não urgente</b>	São situações clínicas sem gravidade que necessitam um agendamento eletivo.	Esteatohepatite.
Prioridade 4 (P4)	<b>Eletivo</b>	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 resolutividade 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.

## 7. PROTOCOLO DA HEMATOLOGIA:

### 7.1 Doenças e/ou alterações laboratoriais que motivam encaminhamento

Os principais motivos de encaminhamento para consulta com hematologista são doenças que requerem tratamento pelo especialista ou suspeitas decorrentes de alterações clínico-laboratoriais, que podem ser investigadas de forma mais precisa nos centros de referência.

Grande parte das alterações clínicas e laboratoriais podem ser adequadamente diagnosticadas e tratadas nas Unidades Básicas de Saúde, evitando deslocamentos dos pacientes e reservando as consultas com os especialistas para os pacientes que apresentem quadros de maior complexidade e potencialmente mais graves.

Com o objetivo de organizar o fluxo da regulação ambulatorial os encaminhamentos para consulta com Hematologista podem ser divididos entre os seguintes grupos:

- Bicitopenia ou Pancitopenia
- Anemia
- Eritrocitose
- Plaquetopenia
- Trombocitose
- Leucopenia
- Leucocitose
- Distúrbios hemorrágicos
- Trombose
- Uso de anticoagulante oral (sem histórico de trombose)
- Adenomegalias e esplenomegalia
- Hiperferritinemia
- Gamopatia monoclonal (suspeita de Mieloma Múltiplo)

Para cada uma das condições clínicas citadas acima serão especificadas as características que justificam o encaminhamento para consulta com hematologista, mas também aspectos que podem indicar a necessidade de que o encaminhamento seja direto para algum serviço de Urgência/Emergência.

São também estabelecidos critérios mínimos que o encaminhamento precisa conter, a fim de evitar consultas desnecessárias, bem como para que o tempo de espera seja otimizado, com realização de etapas essenciais, tornando o processo mais ágil e efetivo.

## **SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:**

- Anemia ferropriva com necessidade de reposição venosa de ferro (intolerância ao ferro oral ou pacientes submetidos a gastrectomia ou gastroplastia prévias):

Recomenda-se o uso de Sacarato de Hidróxido Férrico (Noripurum<sup>R</sup>), com cálculo do déficit de ferro utilizando a seguinte fórmula:

$$[\text{Hb (g/dL) desejada} - \text{Hb (g/dL) encontrada}] \times \text{peso corporal (Kg)} \times 2,4 + 500$$

O valor encontrado indicará o total de ferro (em mg) a ser realizado.

Recomenda-se que cada infusão contenha no máximo 200 mg (2 ampolas de 100 mg) diluídas em SF 0,9% 250 mL e seja realizada em 2 horas.

As infusões devem ser realizadas duas ou três vezes por semana, em dias não consecutivos.

É necessário que haja médico no local, devido à possibilidade de reação alérgica. Tais reações são raras, mas é importante que só seja feita infusão com médico no local.

## **ENCAMINHAR PARA ONCO-HEMATOLOGIA (e não para Hematologia) – Cepon/HU**

Diagnóstico confirmado de:

- Leucemias;
- Linfomas;
- Mieloma Múltiplo;
- Trombocitemia Essencial;
- Mielofibrose.

Situações especiais:

- Pacientes com diagnóstico de Policitemia Vera podem ser encaminhados ao serviço de Hematologia, uma vez que muitos casos são tratados com sangria terapêutica, sem uso de quimioterápicos. Se o hematologista vier a julgar necessário em algum momento o uso de quimioterapia o paciente será redirecionado para Onco-hematologia.

- Pacientes com diagnóstico de Síndromes Mielodisplásicas podem ser encaminhados para o serviço de Hematologia, uma vez que muitos casos são tratados apenas com suporte transfusional e medicamentos não-quimioterápicos. Se o hematologista vier a julgar necessário em algum momento o uso de quimioterapia o paciente será redirecionado para Onco-hematologia.

## PROTOCOLO DE ACESSO – BICITOPENIA OU PANCITOPENIA

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

- Bicitopenia ou pancitopenia com:

Hemoglobina < 11 mg/dL

Leucócitos < 3500/mm<sup>3</sup>

Plaquetas < 100.000

**OBS:** A bicitopenia ou a pancitopenia podem ser decorrentes de doenças hematológicas, como Aplasia Medular, Síndromes Mielodisplásicas, Mielofibrose, entre outras, mas também pode ser decorrente de doenças infecciosas, reumáticas, exposição a medicamentos, etc.

### **ENCAMINHAR PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- Presença de blastos ou promielócitos em sangue periférico;
- Neutropenia febril;
- Necessidade urgente de transfusão;
- Citopenias graves (Hb < 7 ; Leuco < 1000 ; neutrófilos < 500 ; plaquetas < 20.000);
- Fitogênias associadas a sangramento ativo.

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

O encaminhamento deve conter, no mínimo:

- Hemograma completo.

Preferencialmente acrescentar:

- Contagem de reticulócitos;

- Cinética do ferro (ferro, ferritina, saturação da transferrina);

- Marcadores de hemólise (LDH e bilirrubinas) se houver anemia;

- Dosagem de vitamina B12, ácido fólico e TSH (se anemia macrocítica);

- Dosagem de uréia, creatinina, TGO e TGP;

- Sorologias (HIV, HBV e HCV).

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO**

<b>VERMELHO</b>	Citopenias mais intensas (Hb < 8 ; Leuco < 2000 ; PLT < 50.000).
<b>AMARELO</b>	
<b>VERDE</b>	Citopenias menos intensas.
<b>AZUL</b>	

## PROTOCOLO DE ACESSO – ANEMIA

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

- Anemia é um achado laboratorial muito frequente, e a investigação inicial deve ser feita na UBS, com cinética do ferro, dosagem de vitamina B12, marcadores de hemólise, conforme o caso. Devem ser encaminhados os casos em que seja necessária investigação adicional.
- Grande parte dos casos de anemia podem ser facilmente tratados na UBS, especialmente anemia ferropriva decorrente de sangramentos (ex: hipermenorréia).
- Portadores de traço falcêmico ou traço talassêmico não necessitam de encaminhamento para consulta com hematologista.

#### **ENCAMINHAR:**

- Anemia sem etiologia definida após investigação inicial;
- Anemia Falciforme;
- Hemoglobinopatia SC;
- Talassemia intermedia ou major;
- Outras hemoglobinopatias.

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA:**

- Anemia com repercussão hemodinâmica (taquicardia, dispneia, hipotensão);
- Necessidade urgente de transfusão;
- Anemia associada a sangramento ativo.

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

#### O encaminhamento deve conter, no mínimo:

- Hemograma completo;
- Cinética do ferro (ferro, ferritina, saturação da transferrina);
- Marcadores de hemólise (LDH e bilirrubinas);
- Dosagem de vitamina B12, ácido fólico e TSH (se anemia macrocítica).

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Anemia falciforme, talassemia intermediaria ou major.
AMARELO	Anemia com Hb < 8,0.
VERDE	Anemia com Hb > 8,0.
AZUL	

## PROTOCOLO DE ACESSO – ERITROCITOSE

### **CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

- Ausência dos fatores causadores de eritrocitose secundária;
- Eritrocitose secundária com necessidade de sangria por sintomas de hiperviscosidade.

### **AVALIAÇÃO INICIAL A SER REALIZADA PELA UBS**

Eritrocitose (Hb > 16,0 para mulheres; Hb > 16,5 para homens) pode ser decorrente de Policitemia Vera, mas é bem mais frequente a ocorrência de eritrocitose secundária.

Avaliar a presença de fatores como:

- Tabagismo;
- Diagnóstico de DPOC ou outras pneumopatias hipoxêmicas crônicas;
- História de reposição hormonal com testosterona;
- Cistos renais.

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- Eritrocitose associada a sintomas graves, como síncope ou dispnéia importante.

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

O encaminhamento deve conter, no mínimo um hemograma completo evidenciando a eritrocitose e:

- Se tabagismo, DPOC ou outras pneumopatias hipoxêmicas crônicas: encaminhar apenas se houver necessidade de sangria por sintomas de hiperviscosidade;
- Se houver diagnóstico de cistos renais: encaminhar apenas se houver necessidade de sangria por sintomas de hiperviscosidade;
- Se houver reposição hormonal com testosterona: encaminhar apenas se houver necessidade de sangria por sintomas de hiperviscosidade;
- Ausência dos fatores causadores de eritrocitose secundária: encaminhar para consulta com hematologista.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO**

VERMELHO	
AMARELO	Eritrocitose associada a leucocitose e trombocitose.
VERDE	Demais casos de eritrocitose.
AZUL	

## PROTOCOLO DE ACESSO – PLAQUETOPENIA

### **CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

- Plaquetopenia abaixo de 100.000 em dois hemogramas.

### **AVALIAÇÃO INICIAL A SER REALIZADA PELA UBS**

- Plaquetopenia é um achado laboratorial frequentemente leve e transitório, e também muito associado a erros laboratoriais, devendo sempre ser repetido para confirmação, inclusive com a contagem de plaquetas em citrato, para descartar a pseudoplaquetopenia pelo EDTA.
- Plaquetopenia isolada leve (acima de 100.000) não requer encaminhamento para investigação
- Portadores de hepatopatia crônica habitualmente apresentam plaquetopenia, que faz parte do quadro pelo hiperesplenismo, e não há tratamento específico para a plaquetopenia.

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- Plaquetopenia associada a sangramento ativo;
- Plaquetopenia < 15.000.

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

O encaminhamento deve conter, no mínimo, dois hemogramas comprovando a plaquetopenia abaixo de 100.000 e:

- Contagem de plaquetas em citrato;
- Sorologias (HIV, HBV e HCV): se alguma for positiva, encaminhar direto para a Infectologia.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO**

<b>VERMELHO</b>	
<b>AMARELO</b>	Plaquetopenia < 50.000.
<b>VERDE</b>	Plaquetopenia > 50.000.
<b>AZUL</b>	

## PROTOCOLO DE ACESSO – TROMBOCITOSE

### **CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

- Trombocitose menor que 1 milhão em dois hemogramas;
- Trombocitose maior que 1 milhão em apenas um hemograma.

### **AVALIAÇÃO INICIAL A SER REALIZADA PELA UBS**

Trombocitose pode ser decorrente de Neoplasia Mieloproliferativa Crônica (Trombocitemia Essencial, Policitemia Vera, Leucemia Mielóide Crônica ou Mielofibrose) mas é bem mais frequente a ocorrência de trombocitose reacional, secundária a quadros infecciosos, inflamatórios, pós-esplenectomia ou anemia ferropriva.

- Trombocitose em vigência de quadro infeccioso costuma reverter espontaneamente.
- Trombocitose associada a leucocitose e/ou eritrocitose sem evidência de infecção aumenta a suspeita de Neoplasia Mieloproliferativa.

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- Trombocitose associada a trombose, sangramento ativo ou sintomas vasomotores (cefaléia, sintomas visuais, dor precordial típica).

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

O encaminhamento deve conter, no mínimo, dois hemogramas comprovando a trombocitose (se abaixo de 1 milhão) ou apenas um hemograma se as plaquetas forem superiores a 1 milhão

Preferencialmente: solicitar USG abdome para avaliar a presença de hepatomegalia ou esplenomegalia, nos casos em que o exame físico não seja suficiente para essa constatação.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO**

<b>VERMELHO</b>	Trombocitose maior que 1 milhão.
<b>AMARELO</b>	Trombocitose associada a leucocitose e eritrocitose.
<b>VERDE</b>	Demais casos de trombocitose.
<b>AZUL</b>	

## PROTOCOLO DE ACESSO – LEUCOPENIA

### **CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

- Leucócito menor que 3500/mm<sup>3</sup>.

### **AValiação INICIAL A SER REALIZADA PELA UBS**

Leucopenia pode ser decorrente de Leucemias, Aplasia Medular ou outras formas de falência medular, mas é frequentemente causada por medicamentos, infecções, doenças reumáticas ou ainda pode ser de caráter constitucional ou familiar.

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- Neutropenia febril (< 1000 neutrófilos);
- Neutropenia grave (< 500 neutrófilos).

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

O encaminhamento deve conter, no mínimo um hemograma comprovando a leucopenia e:

Preferencialmente: solicitar FAN e sorologias (HIV, HBV e HCV).

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO**

<b>VERMELHO</b>	
<b>AMARELO</b>	Neutropenia (< 1500) associada a sintomas constitucionais, adenomegalias, bicitopenia ou pancitopenia.
<b>VERDE</b>	Demais casos de leucopenia.
<b>AZUL</b>	

## PROTOCOLO DE ACESSO – LEUCOCITOSE

### **CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

- Leucocitose não relacionada a quadros infecciosos agudos, > que 12.000.

### **AVALIAÇÃO INICIAL A SER REALIZADA PELA UBS**

Leucocitose sem sinais de infecção pode ser decorrente de Síndromes Mieloproliferativas ou Linfoproliferativas, e devem ser encaminhadas para investigação sempre que não relacionadas a quadros infecciosos agudos.

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- Leucocitose com manifestações clínicas sugestivas de leucemia aguda (fadiga intensa, sangramento, palidez, equimoses, febre);

- Presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico;

- Leucocitose acima de 100.000 ou com sintomas de leucostase (cefaléia, borramento visual, dispnéia, etc).

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

O encaminhamento deve conter, no mínimo um hemograma comprovando a leucocitose e:

Preferencialmente: solicitar USG abdome para avaliar a presença de hepatomegalia ou esplenomegalia, nos casos em que o exame físico não seja suficiente para essa constatação.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO**

<b>VERMELHO</b>	Leucócitos entre 50.000 e 100.000.
<b>AMARELO</b>	Demais casos.
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

## PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS

### **CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

- Sangramentos volumosos ou de repetição;
- TAP ou TTPa alargados (acima de 1,5 vezes o valor de referência) em dois exames, sem relato de sangramento.

### **AVALIAÇÃO INICIAL A SER REALIZADA PELA UBS**

Uma boa avaliação do histórico de sangramento do paciente ajuda a identificar os quadros com maior possibilidade de distúrbios hemorrágicos, especialmente considerando o histórico de cirurgias, sangramento em procedimentos invasivos, uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, além do histórico familiar.

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- Sangramentos graves;
- Presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico;
- Sangramento com citopenias graves;
- Sangramento com coagulograma alterado.

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

O encaminhamento deve conter, pelo menos, o histórico que motivou a suspeita de distúrbio hemorrágico e:

- Se não houver histórico de sangramentos, e o encaminhamento for apenas por exames de TAP ou TTPa alargados, o exame deve ser repetido antes do encaminhamento.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO**

<b>VERMELHO</b>	Sangramentos volumosos ou de repetição.
<b>AMARELO</b>	Quadros com sangramentos leves (epistaxe, gengivorragia).
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	Exames alterados sem relato de sangramento.

## PROTOCOLO DE ACESSO – TROMBOSE / TROMBOFILIA

### **CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

- Histórico de trombose de repetição;
- Trombose sem causa aparente;
- Trombofilias.

### **AVALIAÇÃO INICIAL A SER REALIZADA PELA UBS**

Histórico de trombose de repetição, bem como trombose sem causa aparente devem ser encaminhados para investigação de trombofilia.

Trombose ocorrida em pós-operatório, ou associada a imobilização de membros inferiores ou internação hospitalar prolongada, não costumam ter indicação de investigação e podem ser tratados na UBS.

Mulheres com histórico de aborto recorrente de primeiro trimestre devem ser encaminhadas à Ginecologia.

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- Trombose venosa profunda aguda ou trombose arterial.

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

O encaminhamento deve conter o histórico da trombose e os exames que já tenham sido realizados.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO**

VERMELHO	
AMARELO	Todos os casos.
VERDE	
AZUL	

## PROTOCOLO DE ACESSO – USO DE ANTICOAGULANTE ORAL (sem histórico de trombose)

### **CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

- Pacientes com anticoagulação de difícil ajuste;
- Dificuldade para realização do TAP pela rede básica.

### **AVALIAÇÃO INICIAL A SER REALIZADA PELA UBS**

Muitos pacientes fazem uso de anticoagulantes orais por causas não relacionadas a trombose, especialmente portadores de arritmias como fibrilação atrial e portadores de prótese valvar metálica.

O acompanhamento regular deve ser encorajado a ser realizado pelas UBS, com realização de TAP e consultas com intervalos de cerca de 60 dias, ou menor se necessário. Pacientes com controle difícil ou localidades que tenham dificuldade de realização do TAP pela rede básica devem ser encaminhados para o ambulatório de **anticoagulação do HEMOSC**.

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- Sangramento grave em pacientes que utilizam anticoagulantes.

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

- O encaminhamento deve conter o histórico do paciente e os exames que já tenham sido realizados.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO**

VERMELHO	
AMARELO	
VERDE	Pacientes em uso de anticoagulante oral com necessidade de controle de TAP (varfarin, femprocumona).
AZUL	

## PROTOCOLO DE ACESSO – ADENOMEGALIAS / ESPLENOMEGALIA

### **CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

- Adenomegalia ou esplenomegalia com suspeita de doenças hematológicas.

### **AVALIAÇÃO INICIAL A SER REALIZADA PELA UBS**

Adenomegalias são achados frequentes em doenças infecciosas, granulomatosas, além de linfomas.

Adenomegalias com maior suspeita de malignidade são aquelas endurecidas, aderidas aos planos profundos, com mais de 2 cm de forma persistente ou em crescimento progressivo, e devem ser encaminhadas para biópsia em serviço de cirurgia.

Esplenomegalia pode estar presente em doenças mieloproliferativas, linfoproliferativas, doenças infecciosas, mas também pode ser causada por hepatopatia crônica devido à hipertensão portal. Neste caso não há necessidade de encaminhamento ao hematologista.

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- Sintomas compressivos decorrentes de adenomegalias volumosas (compressão de vias aéreas, síndrome de veia cava superior);
- Adenomegalias e/ou esplenomegalia associadas a citopenias graves.

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

O encaminhamento deve conter a descrição de exame físico da adenomegalia ou esplenomegalia e:

- Hemograma completo;
- Sorologias (HIV, HBV e HCV): se alguma positiva, encaminhar direto para a Infectologia.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO**

VERMELHO	
AMARELO	Casos de adenomegalia ou esplenomegalia com suspeita de doenças hematológicas.
VERDE	
AZUL	

## PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERFERRITINEMIA

### **CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

- Elevação da ferritina e:

- Saturação da transferrina > 45% ou;
- Saturação da transferrina < 45% com ferritina superior a 1000 ou;
- Saturação da transferrina < 45% com exame de imagem comprovando aumento do depósito hepático ou cardíaco de ferro.

- Diagnóstico confirmado de Hemocromatose.

### **AValiação INICIAL A SER REALIZADA PELA UBS**

Hiperferritinemia pode ser decorrente de sobrecarga de ferro por excesso de transfusões ou por hemocromatose hereditária, mas é bem mais comum a ocorrência de elevações inespecíficas da ferritina, especialmente na Síndrome Metabólica ou como reagente de fase aguda em doenças infecciosas ou inflamatórias.

O Índice de Saturação da Transferrina é essencial para ajudar na avaliação da hiperferritinemia.

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- Não há urgência no diagnóstico diferencial da hiperferritinemia.

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

O encaminhamento deve conter ferritina e saturação de transferrina.

Ou exame de imagem comprovando aumento do depósito hepático ou cardíaco de ferro.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO**

VERMELHO	
AMARELO	
VERDE	Hiperferritinemia / Hemocromatose.
AZUL	

## PROTOCOLO DE ACESSO – GAMOPATIA MONOCLONAL / SUSPEITA DE MIELOMA MÚLTIPLO

### **CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

- Eletroforese de proteínas (sangue ou urina) com o pico monoclonal.

### **AVALIAÇÃO INICIAL A SER REALIZADA PELA UBS**

A eletroforese de proteínas que representa potencial existência de Mieloma Múltiplo é a que contém pico monoclonal. Hipergamaglobulinemia policlonal não representa qualquer relevância clínica para suspeita de Mieloma Múltiplo.

Aproximadamente 1% da população pode ter gamopatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS), devendo ser avaliado pelo hematologista para o diagnóstico exato da Gamopatia Monoclonal.

O pico monoclonal pode estar presente na Eletroforese de Proteínas Séricas ou na Eletroforese de Proteínas Urinárias (urina de 24h)

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- Gamopatia monoclonal associada a anemia grave, insuficiência renal aguda, fraturas ósseas graves, especialmente causando compressão medular.

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

O encaminhamento deverá conter a eletroforese de proteínas (sangue ou urina) com o pico monoclonal e:

- Hemograma completo;
- Uréia, creatinina, cálcio.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO**

VERMELHO	
AMARELO	Gamopatia monoclonal a esclarecer.
VERDE	
AZUL	

**CRITÉRIOS RESUMIDOS DE REGULAÇÃO:**

<b>VERMELHO</b>	Citopenias mais intensas (Hb < 8; Leuco < 2000; Plaquetas < 50.000), anemia falciforme, talassemia intermediária ou major, trombocitose > 1 milhão, leucócitos entre 50.000 e 100.000, sangramentos volumosos ou de repetição.
<b>AMARELO</b>	Anemia com Hb <8,0, eritrocitose associada a leucocitose e trombocitose, plaquetopenia < 50.000, trombocitose associada a leucocitose e eritrocitose, neutropenia (< 1500) associada a sintomas constitucionais, adenomegalias, bicitopenia ou pancitopenia, leucocitose, distúrbios de coagulação com sangramento, trombose, trombofilias, adenomegalia ou esplenomegalia com suspeita de doenças hematológicas, gamopatia monoclonal a esclarecer.
<b>VERDE</b>	Citopenias menos intensas, anemia com Hb >8,0, eritrocitose, plaquetopenia > 50.000, trombocitose > 1 milhão, leucopenia uso de anticoagulante oral, hiperferritinemia / hemocromatose.
<b>AZUL</b>	Exames alterados de coagulação sem relato de sangramento.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf).
  
- Protocolo de Regulação Médica. Prefeitura de Guarulhos, 2015.  
[http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo\\_de\\_regulacao\\_medica-versao\\_5.pdf](http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf).
  
- Protocolo para o regulador Sisreg – Prefeitura do Rio de Janeiro 2014.

9. COLABORADORES:



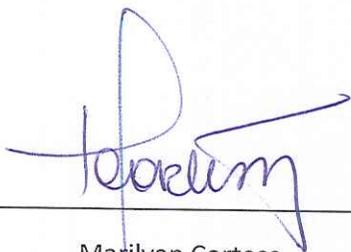
---

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



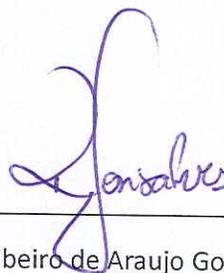
---

Dr. Bruno Vieira Dias  
Hematologista Hemosc  
CRM/SC 16310



---

Marilvan Cortese  
Gerente de Complexos Reguladores SES



---

Claudia Ribeiro de Araujo Gonsalves  
Diretora de Planejamento, Controle e  
Avaliação do SUS

---

Karin Cristine Geller Leopoldo  
Superintendente de Serviços Especializados  
e Regulação