

Protocolos de Acesso a Especialidades e Exames

Prefeitura Municipal de Medianeira

VERSÃO PRELIMINAR

Sumário

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1 ESPECIALIDADES..... | 3 |
| 1.1 ENDOCRINOLOGIA..... | 4 |
| 1.2 CIRURGIA BARIÁTRICA..... | 6 |
| 1.3 CARDIOLOGIA..... | 7 |
| 1.4 NEFROLOGISTA..... | 12 |
| 1.5 PSIQUIATRIA..... | 13 |
| 1.6 LAQUEADURA E VASECTOMIA..... | 16 |
| 1.7 PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO..... | 32 |
| 2 EXAMES COMPLEMENTARES..... | 34 |
| 2.1 EXAMES LABORATORIAIS..... | 35 |
| 2.2 TESTES RÁPIDOS SOROLÓGICOS..... | 36 |
| 2.3 TOMOGRAFIAS..... | 37 |
| 2.4 DENSITOMETRIA ÓSSEA..... | 44 |
| 2.5 ELETROCARDIOGRAMA..... | 45 |
| 2.6 RADIOGRAFIAS..... | 46 |
| 2.7 ULTRASSONOGRAFIAS..... | 47 |

1 ESPECIALIDADES

O acesso às especialidades médicas é realizado conforme portarias e regulamentações do SUS, prioritariamente através da Estratégia de Saúde da Família, mas também através de outros profissionais, conforme a necessidade.

Havendo a necessidade de consulta especializada, o profissional responsável fará o encaminhamento, então o setor de Agendamento e Regulação faz a gestão da fila de acesso e o contato com os serviços executantes conveniados.

Principais motivos para encaminhamento:

| | |
|---|----|
| 1 ESPECIALIDADES..... | 3 |
| 1.1 ENDOCRINOLOGIA..... | 4 |
| 1.1.1 DIABETES MELLITUS..... | 4 |
| 1.2 CIRURGIA BARIÁTRICA..... | 6 |
| 1.3 CARDIOLOGIA..... | 7 |
| 1.3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) DE ALTO RISCO..... | 10 |
| 1.3.2 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA..... | 10 |
| 1.4 NEFROLOGISTA..... | 12 |
| 1.4.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA..... | 12 |
| 1.5 PSIQUIATRIA..... | 13 |
| 1.6 LAQUEADURA E VASECTOMIA..... | 16 |

1.1 ENDOCRINOLOGIA

Profissionais solicitantes:

- Médicos de Família e Comunidade
- Médicos Generalistas
- Médicos Clínicos Gerais.

Serviço realizado via:

- CISI

1.1.1 DIABETES MELLITUS

Conforme Protocolo Clínico e Diretriz Terapêuticas para Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, as condições clínicas que devem ser encaminhadas para Endocrinologia são:

- Difícil controle glicêmico utilizando mais de 1 U/kg/dia de insulina;
- Casos que requerem esquemas mais complexos, como aqueles com doses fracionadas e com misturas de insulina;
- Paciente com insuficiência renal crônica, apresentando TFG ≤ 30 ml/min/1,73m².

O Protocolo deixa como sugestão o encaminhamento em casos de:

- Paciente em uso de insulina em dose otimizada (mais de uma unidade por kg de peso); ou
- Insuficiência renal crônica (taxa de filtração glomerular <60 ml/min/1.73 m²); ou
- Adolescentes e adultos jovens com dúvida diagnóstica de DM2

Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve ter:

1. Estratificação de Risco abaixo (Obrigatório);
2. Resultado de exame de Hemoglobina Glicada e creatinina sérica, com data;
3. Medicações em uso, com dose e posologia;
5. peso do paciente em quilogramas (kg);

Observação: o médico da APS pode encaminhar, em casos de presença de complicações, como alteração em exame de fundoscopia, amostra urinária com albuminúria ou diminuição da sensibilidade nos pés.

ENCAMINHAMENTO ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DIABETES

| | |
|---|------------|
| Nome: | |
| Nome da Mãe: | |
| Nome e CBO do Profissional: <i>(que realizou o atendimento)</i> | |
| Nº Cartão SUS: | |
| Data: | Município: |

QUADRO CLINICO DO USUÁRIO.**CLASSIFICAÇÃO DE PRÉ - DIABETES.**

- Glicemia de jejum alterada ≥ 100 a < 126 mg/dl.
 Tolerância diminuída à glicose: teste oral de tolerância à glicose de 140 – 200mg/dl na 2ª hora.

DIAGNOSTICO.

- Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)
 Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)

CLASSIFICAÇÃO DO CONTROLE METABÓLICO.

Adequado: hemoglobina glicada $\leq 7\%$ (considerar $\leq 8\%$ para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistema de apoio, e na dependência de considerações psicossócioeconômicas).

Inadequado: Hemoglobina glicada $> 7\%$ (considerar $> 8\%$ para idosos, pacientes menos motivados não aderentes, com autoconhecimento limitado pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicossócioeconômicas)

CLASSIFICAÇÃO DE CONTROLE PRESSÓRICO.

- ADEQUADO: pressão arterial $\leq 130/80$ mmHg.
 INADEQUADO: pressão arterial $> 130/80$ mmHg.

INTERNAÇÃO POR COMPLICAÇÃO AGUDA.

- Hipoglicemia.
 Cetoacidose.
 Síndrome hiperosmolar não cetótica.

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS.**MICRO ANGIOPATIA.**

- Retinopatia diabética.
 Doença renal diabética.
 Insuficiência renal crônica.
 Neuropatia Diabética.
 Pé diabético.
 Neuropatia sensitivo-motora

MACRO ANGIOPATIA.

- Doença arterial coronariana.
 Acidente vascular encefálico.
 Doença vascular periférica.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO**RISCO BAIXO.**

Pessoa com glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose

RISCO MÉDIO

Pessoa com diabetes mellitus e:
- Controle metabólico e pressórico adequados;
- Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses;
Sem Complicações.

RISCO ALTO.

Pessoa com diabetes mellitus e:
Controle metodológico e pressórico inadequados; OU
Controle metodológico e pressórico adequados + internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas.

1.2 CIRURGIA BARIÁTRICA

Condições clínicas que sugerem a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- Pacientes com suspeita de obesidade secundária (provocada por problema endocrinológico).

*Não é necessário encaminhar ao endocrinologista pacientes com obesidade secundária a medicamentos (glicocorticoide, antipsicóticos (tioridazina, risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina), estabilizadores do humor (lítio, carbamazepina), entre outros),

Condição clínica que sugere a necessidade de encaminhamento para cirurgia bariátrica:

- Pacientes com IMC acima de 35 kg/m² e alguma comorbidade¹ ou IMC acima de 40 kg/m² com ou sem comorbidades após tratamento clínico longitudinal de no mínimo 2 anos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;

2. IMC;

3. Breve descrição do tratamento clínico longitudinal (realizado por, no mínimo, dois anos²) para pacientes encaminhados para cirurgia bariátrica;

4. Descrever comorbidade, caso se aplique:

- Risco cardiovascular (em %), ou doença cardiovascular: informar qual doença cardiovascular;
- Diabetes mellitus de difícil controle: informar medicações em uso, com dose;
- Hipertensão arterial de difícil controle: informar medicações em uso, com dose;
- Apneia do sono: informar como foi o diagnóstico;
- Doenças articulares degenerativas: informar qual;

¹ Comorbidades: risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos, doença cardiovascular, hipertensão arterial de difícil controle, diabetes mellitus de difícil controle, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (apneia do sono), doença articular degenerativa.

² Conforme a Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, o conceito de tratamento clínico longitudinal inclui: “orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ou atenção ambulatorial especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.” (BRASIL, 2013b)

1.3 CARDIOLOGIA

Profissionais solicitantes:

- Médicos de Família e Comunidade
- Médicos Generalistas
- Médicos Clínicos Gerais.
- Cirurgiões
- Ortopedistas

Serviço realizado via:

- CISI
- SESA-PR
- Convênios Municipais

Encaminhamento só é agendado com Estratificação de Risco em anexo.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU
Rua Iguazu, S/N, Bairro Nazaré
Medianeira/PR – CEP 85.884-000
(45)3264-5062 – (45)3240-2307



FORMULÁRIO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

| | | |
|--|------------|---------------------|
| Nome: | | Data de Nascimento: |
| Nome da Mãe: | | |
| Nome e CBO do Profissional: (que realizou o atendimento) | | |
| Data: | Município: | |

| Fatores de risco | 1 ou 0 |
|--|--------|
| 1. Sexo masculino | |
| 2. Idade: Homens \geq 55 anos; Mulheres \geq 65 anos | |
| 3. Tabagismo | |
| 4. História de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau: Homens < 55 anos, Mulheres < 65 anos | |
| 5. Dislipidemia: Colesterol total > 190 mg/dL e/ou LDL colesterol > 115 mg/dL e/ou HDL: homens < 40mg/dL, mulheres < 46 mg/dL e/ou Triglicerídeos > 150mg/dL | |
| 6. Resistência à insulina: Glicemia plasmática em jejum: 100-125mg/dL, ou Teste oral de tolerância à glicose: 140-190mg/dL em 2 horas, ou Hemoglobina glicada: 5,7-6,4% | |
| 7. Obesidade Índice de massa corporal (IMC) \geq 30 kg/m ² ou Circunferência abdominal: Homens \geq 102cm, Mulheres \geq 88cm | |
| TOTAL DO USUÁRIO | |

| Lesão de órgão alvo | Sim / Não |
|--|-----------|
| 1. Hipertrofia ventricular esquerda Eletrocardiograma: Índice Sokolow-Lyon (SV1+RV5 ou RV6) \geq 35 mm RaVL > 11mm Cornell voltagem > 2440 mm*ms Ecocardiograma: Índice de massa ventricular esquerda >115 g/m ² homens, > 95 g/m ² nas mulheres | |
| 2. Espessura mediointimal da carótida > 0,9mm ou placa carotídea | |
| 3. Velocidade da onda de pulso carótido-femoral > 10m/s | |
| 4. Índice tornozelo-braquial < 0,9 | |
| 5. Doença renal crônica estágio 3 (ritmo de filtração glomerular estimado entre 30 e 60 mL/min/1,73m ²) | |
| 6. Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina-creatinina urinária 30 a 300mg | |

| Doença cardiovascular e doença renal estabelecidas | Sim / Não |
|---|-----------|
| 1. Doença cerebrovascular: Acidente vascular encefálico isquêmico, Hemorragia cerebral, Ataque isquêmico transitório | |
| 2. Doença da artéria coronária: Angina estável ou instável, Infarto do miocárdio, Revascularização do miocárdio percutânea (angioplastia) ou cirúrgica, Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada, Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores, Doença renal crônica estágio 4 (ritmo de filtração glomerular estimado entre 300 mg/24h), Retinopatia avançada (hemorragias, exsudatos, papiledema) | |



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU
Rua Iguaçu, S/N, Bairro Nazaré
Medianeira/PR – CEP 85.884-000
(45)3264-5062 – (45)3240-2307



| Estratificação de risco | Pressão arterial: _____ (em mmHg) | | | |
|---|--|--|--|--|
| | Sistólica: 130 a 139 ou Diastólica: 85 a 89 | Sistólica: 140 a 159 ou Diastólica: 90 a 99 | Sistólica: 160 a 179 ou Diastólica: 100 a 109 | Sistólica: ≥ 180 ou Diastólica: ≥ 110 |
| Nenhum fator de risco | Sem risco adicional | Baixo risco | Risco moderado | Risco alto |
| 1 a 2 fatores de risco | Baixo risco | Risco moderado | Risco alto | Risco alto |
| ≥ 3 fatores de risco | Risco moderado | Risco alto | Risco alto | Risco alto |
| lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes mellitus | Risco alto | Risco alto | Risco alto | Risco alto |

RESULTADO EXAMES LABORATORIAIS

| | |
|---|--|
| Dosagem de Glicose | |
| Dosagem de ácido úrico | |
| Dosagem de creatinina | |
| Dosagem de colesterol total | |
| Dosagem de HDL | |
| Dosagem de triglicerídeos | |
| Dosagem de potássio | |
| Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina | |
| Eletrocardiograma | |

1.3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) DE ALTO RISCO

Condições que podem levar ao encaminhamento:

- Hipertensão Arterial Resistente: Quando a Pressão Arterial persiste acima da meta mesmo com o uso de três classes de anti-hipertensivos em doses plenas.
- HAS de alto-risco conforme classificação de risco em Anexo.
- Pacientes que necessitam de investigação de suspeita de HAS secundária em que a investigação é de difícil acesso na Atenção Básica: Apneia Obstrutiva do Sono, hiperaldosteronismo, hipocortisolismo, feocromocitoma.

Conteúdo descritivo do encaminhamento:

- Estratificação de Risco Cardiovascular (Obrigatório)
- Sinais e Sintomas
- Medicações em uso
- Descrição dos exames realizados
- Adesão ao tratamento (sim/não)

1.3.2 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA

Conforme o Protocolo de Cuidado e Diretriz Terapêutica para o tratamento de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida os níveis de atenção à saúde e referência para serviços especializados sugeridos são:

| | |
|--------------------------|--|
| Atenção Primária a Saúde | <ul style="list-style-type: none">• Suspeita clínica de IC;• Classe funcional da New York Heart Association (NYHA) I e II;• Pacientes com diagnóstico recente, em otimização do tratamento. |
| Serviço Especializado | <ul style="list-style-type: none">• Classe funcional NYHA II com critérios para início de sacubitril valsartana sódica hidratada• Classe funcional NYHA III e IV em pacientes já com tratamento clínico otimizado em uso de doses maximamente toleradas de IECA/ARAI, betabloqueador e espirolactona;• Episódio de internação hospitalar devido à insuficiência cardíaca descompensada no último ano;• Suspeita de insuficiência cardíaca sem possibilidade de investigação com |

| | |
|-----------------------|---|
| | <p>ecocardiografia ou peptídeo natriurético cerebral;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disfunção ventricular grave, sintomáticos com terapia otimizada, candidatos a dispositivos ou transplante cardíaco; • Pacientes com IC que apresentam fibrilação atrial; • Pacientes com diagnóstico ou suspeita de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. |
| Serviço de Emergência | <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com IC com sinais de hipoperfusão, síncope ou com piora recente de sintomas e sinais de congestão, ou • Suspeita de IC aguda. |

Conteúdo descritivo do encaminhamento:

- Estratificação de Risco Cardiovascular (Obrigatório)
- Sinais e Sintomas
- Medicações em uso
- Descrição dos exames realizados
- Adesão ao tratamento (sim/não)

1.4 NEFROLOGISTA

Profissionais Solicitantes:

- Médicos de Família e Comunidade
- Médicos Generalistas
- Médicos Clínicos Gerais.
- Urologista

Serviços Executantes:

- SESA-PR

Conteúdo descritivo para o encaminhamento:

- Sinais e Sintomas
- Taxa de Filtração Glomerular mais recente
- Exames complementares relacionados realizados
- Principais suspeitas diagnósticas.

Principais motivos para o encaminhamento:

- Cistos/Doença Policística Renal
- Doença Renal Crônica
- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Infecção Urinária Recorrente
- Litíase Renal

1.4.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA

Condições que podem levar ao encaminhamento, conforme Diretriz Clínica do Ministério da Saúde:

- Nos Estágios 1, 2 e 3A:
 - Razão Albumina/Creatinina acima de 1 g/g, se não diabético
 - Perda de 30% de TFG com IECA ou BRA.
- No Estágio 3B:
 - Razão Albumina/Creatinina acima de 300mg/g, se não diabético
 - Perda de 30% de TFG com IECA ou BRA.
- No Estágio 4 e 5 todos os pacientes devem ser encaminhados.

1.5 PSQUIATRIA

Profissionais solicitantes:

- Médicos de Família e Comunidade
- Médicos Generalistas
- Médicos Clínicos Gerais.

Serviço realizado via:

- CISI
- CAPS

Encaminhamento só é agendado com Estratificação de Risco em anexo.

ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Saúde – SESA
Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV
Coordenadoria de Atenção à Saúde - COAS
Divisão de Atenção à Saúde Mental - DVSAM

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL – VERSÃO REDUZIDA

Nome do usuário:

Número de Prontuário:

Ocupação:

Nome e inscrição profissional:

Serviço de saúde:

Data:

Instruções de preenchimento:

Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses

| SINAIS E SINTOMAS | | NÃO | SIM |
|-------------------------|--|-----|-----|
| GRUPO I | Ansiedade com ou sem sensação de pânico | 0 | 4 |
| | Insônia ou hipersonia | 0 | 2 |
| | Fobia (medo intenso de algo sem risco real) | 0 | 2 |
| | Crises conversivas e/ou dissociativas | 0 | 2 |
| | Alterações do apetite ou comportamento alimentar | 0 | 2 |
| | Preocupação excessiva com o peso ou forma corporal | 0 | 2 |
| | Hipocondria e/ou queixas físicas infundadas | 0 | 2 |
| | Pensamento/comportamento obsessivo-compulsivo | 0 | 2 |
| | Pensamento de inutilidade e/ou sentimento de culpa | 0 | 4 |
| | Tristeza persistente com perda de interesse e prazer e/ou desesperança | 0 | 4 |
| | Prejuízo da atividade sexual | 0 | 2 |
| | Desorientação temporal e/ou espacial | 0 | 2 |
| GRUPO II | Ideação suicida sem planejamento | 0 | 4 |
| | Ideação suicida com planejamento ¹ ou recente tentativa de suicídio | 0 | 10 |
| | Apatia com ou sem isolamento social | 0 | 4 |
| | Humor instável com impulsividade ou destrutividade | 0 | 6 |
| | Heteroagressividade e/ou autoagressividade | 0 | 8 |
| | Desinibição social, sexual ou perda de pudor | 0 | 4 |
| | Hiperatividade motora | 0 | 4 |
| | Humor elevado, expansivo, irritável ou eufórico | 0 | 4 |
| | Delírio (pensamento) | 0 | 8 |
| | Alucinação (sensopercepção) | 0 | 8 |
| | Alteração do curso e/ou da forma do pensamento | 0 | 6 |
| | Perda da capacidade crítica da realidade | 0 | 8 |
| | Alteração da memória | 0 | 2 |
| <i>Delirium tremens</i> | 0 | 10 | |

¹ Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência.

| | | | |
|------------------|---|---|---|
| GRUPO III | Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas | 0 | 8 |
| | Incapacidade de redução e controle do consumo de álcool e/ou drogas | 0 | 8 |
| | Comportamento de risco, para si ou terceiros, sob efeito de álcool e/ou drogas | 0 | 8 |
| | Tolerância ao efeito do consumo de álcool e/ou drogas | 0 | 6 |
| | Uso abusivo de álcool e/ou drogas | 0 | 8 |
| GRUPO IV | Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação verbal manifesta no desenvolvimento infantil. | 0 | 4 |
| | Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados | 0 | 4 |
| | Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares | 0 | 4 |
| | Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras | 0 | 4 |
| | Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina | 0 | 8 |
| | Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas | 0 | 2 |
| | Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente | 0 | 6 |
| | Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica | 0 | 4 |
| GRUPO V | Resistência, refratariedade, não adesão ao tratamento | 0 | 4 |
| | Recorrência ou recaída (após 2 meses de remissão dos sintomas) | 0 | 4 |
| | Exposição continuada ao estresse ou evento traumático | 0 | 4 |
| | Precariedade de suporte familiar e/ou social | 0 | 4 |
| | Testemunha de violência | 0 | 2 |
| | Autor ou Vítima de violência interpessoal | 0 | 6 |
| | Perda da autonomia | 0 | 6 |
| | Perda da capacidade funcional/ocupacional devido agravo de saúde | 0 | 4 |
| | Vulnerabilidade social | 0 | 2 |
| | Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio | 0 | 2 |
| | Comorbidade ou outra condição crônica de saúde | 0 | 4 |
| | Faixa etária < 18 anos e > de 60 anos | 0 | 6 |
| | Abandono e/ou atraso escolar | 0 | 2 |

| PONTUAÇÃO | RISCO | PONTUAÇÃO TOTAL: ESTRATIFICAÇÃO: |
|------------------|--------------------|---|
| 0 a 40 | BAIXO RISCO | |
| 42 a 70 | MÉDIO RISCO | |
| 72 a 240 | ALTO RISCO | |

| | |
|----------------------------|---|
| Condições Especiais | Gestação e maternidade recente (há menos de um ano); grupos vulneráveis (ex: indígena, LGBTQIA+, migrante, pessoa em situação de rua, população exposta a agrotóxicos), deficiência intelectual moderada ou severa. |
| Eventos agudos | Tentativa de suicídio; crise; surto psicótico. |

Autoria: Aline Pinto Guedes, Débora de F. Guelfi Waihrich, Flávia Caroline Figel, Júlia Eliane Murta, Larissa Sayuri Yamaguchi, Maristela da Costa Sousa, Rejane Cristina Teixeira Tabuti, Suelen Letícia Gonçalo, Vanessa Carvalho de Souza Leal, Wladimir Cid Bastos Gonçalves.

Colaboradores: técnicos das Regionais de Saúde do Estado do Paraná e COSEMS.

1.6 LAQUEADURA E VASECTOMIA

FLUXOGRAMA LAQUEADURA TUBÁRIA/VASECTOMIA (PLANEJAMENTO FAMILIAR REGULAMENTADO PELA LEI N. 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996)

1º CONSULTA UBS DE REFERÊNCIA
ENFERMEIRO AVALIA E PREENCHE DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA (ANEXOS 01 e 02)
(MULHERES GESTANTES INICIAR PROCESSO 60 DIAS ENTRE A EXPRESSÃO DO DESEJO DA ESTERILIZAÇÃO E A REALIZAÇÃO/
HOMENS E MULHERES NÃO GESTANTE INICIAR O PROCESSO 6 MESES APÓS A ÚLTIMA GESTAÇÃO)
(ENCAMINHAR PACIENTE PARA CONSULTA COM MÉDICOS)

2º CONSULTA UBS DE REFERÊNCIA
MÉDICO ESPECIALISTA E MÉDICO CLÍNICO AVALIAM e PREENCHEM
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA (ANEXO 02)
(MULHERES GESTANTES INICIAR PROCESSO 60 DIAS ENTRE A EXPRESSÃO DO DESEJO DA ESTERILIZAÇÃO E A REALIZAÇÃO/
HOMENS E MULHERES NÃO GESTANTE INICIAR O PROCESSO 6 MESES APÓS A ÚLTIMA GESTAÇÃO)
(UBS ENCAMINHA E AGENDA PACIENTE PARA A EM/UBS CENTRO)

3º ATENDIMENTO EM/UBS CENTRO
PACIENTE PASSA POR ATENDIMENTO INDIVIDUAL COM A PSICÓLOGA PARA
AVALIAÇÃO
(MULHER, HOMEM E/OU O CASAL PASSA POR ACONSELHAMENTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR PROFISSIONAL AVALIA E
PREENCHER ANEXO 02 E ENCAMINHAR PARA ASSISTENTE SOCIAL)

4º ATENDIMENTO EM/UBS CENTRO
PACIENTE PASSA POR ATENDIMENTO INDIVIDUAL COM A ASSISTENTE SOCIAL PARA
ORIENTAÇÃO
(PROFISSIONAL ORIENTA E PRESENCIA O PREENCHIMENTO DO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO PLANEJAMENTO
FAMILIAR E ANEXOS 02 A 06 CASO SE APLICA)

MULHERES GESTANTES

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os **períodos de parto ou aborto**, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores”.

1. maiores de 25 anos de idade;
2. dois filhos vivos
3. por cesarianas sucessivas anteriores;
4. risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
5. consentimento expresso de ambos os cônjuges;
6. pessoas incapazes mediante autorização judicial.

HOMENS/MULHERES NÃO-GESTANTES

1. maiores de 25 anos de idade;
2. dois filhos vivos;
3. por cesarianas sucessivas anteriores;
4. consentimento expresso de ambos os cônjuges;
5. pessoas incapazes mediante autorização judicial.
6. Para Mulheres, o procedimento só poderá ser encaminhado após 6 meses (mínimo) a data do último parto.

ASSISTENTE SOCIAL ENCAMINHA
PACIENTE PARA
HMNSL ou HMCC

ASSISTENTE SOCIAL ENCAMINHA
PACIENTE PROCEDIMENTO ELETIVO
PE Vasectomia - UPA
PE Laqueadura - HMNSL

DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA

O planejamento familiar é definido no art. 2º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, da seguinte forma: Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico. (BRASIL, 1996)

De acordo com a **Lei 9.263/96** a esterilização voluntária é permitida nas seguintes situações em homens e mulheres com mais de **25 anos** ou, pelo menos, com **dois filhos** com vida, tem direito a cirurgia de laqueadura ou vasectomia. Mas de qualquer jeito devem ser observados alguns pressupostos que precisam ser cumpridas para dar andamento à cirurgia:

1. Homens e mulheres com capacidade civil plena, **maiores de 25 anos de idade**;
2. **Dois filhos vivos**, pelo menos;
3. Por **cesarianas sucessivas** anteriores;
4. Prazo mínimo de **60 dias** entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;
5. **Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos**;
6. Na vigência da sociedade conjugal, **a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges**;
7. A esterilização em **pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial**. (BRASIL, 1996)

Ainda, a referida Lei que trata do planejamento familiar, regulamentada pelo o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, estabelece penalidades e dá outras providências. De acordo com o § 2º da referida Lei **“é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores”**. (BRASIL, 1996)

Ressalta-se, ainda, embasado na referida Lei no Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. (BRASIL, 1996)

Neste sentido, fundamentado na regulamentação legal, este protocolo visa apresentar sistematicamente o caminho que o Planejamento Familiar e Reprodutivo Esterilização voluntária feminina e masculina (métodos definitivos e cirúrgicos) no município de Medianeira, demonstrando o atendimento da equipe da UBS e da Equipe Multidisciplinar, ou seja, profissionais: enfermeiro, médico, psicólogo e assistente social.

1. UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE de referência – PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Conforme o parágrafo único deste artigo, que se inclua nas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, como atividades, entre outras: (BRASIL, 1996)

- I – a assistência à concepção e anticoncepção;
- II- a atendimento pré-natal;
- III- a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;
- IV- o controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- V- o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis;

O planejamento familiar é uma forma de assegurar que as pessoas tenham acesso à informação, a métodos de contracepção eficazes e serviços de saúde que contribuem para a vivência da sexualidade de forma saudável. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizam orientações sobre métodos contraceptivos disponíveis à população, que vão desde - preservativos e medicamentoso - anticoncepcional oral e injetável, colocação de dispositivo intra-uterino (DIU).

1. O Planejamento Familiar se inicia na UBS de Referência com o profissional de Enfermagem,

essa ação pode ser planejada a partir de uma Consulta de Enfermagem ou de um projeto voltado à necessidade de aconselhamento da mulher, do homem ou do casal referente ao seu processo reprodutivo. O Acolhimento deve se dar a partir da escuta qualificada da mulher, do homem ou do casal, visando estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o usuário na identificação de vulnerabilidades e potencialidades para a tomada de decisão sobre os métodos anticoncepcionais (anticoncepcional oral/injetável/DIU ou Contracepção Cirúrgica. (BRASIL, 2013)

2. Caso a paciente entre os métodos optar pela colocação do DIU deve ser preenchido o Termo de Consentimento Informado para usuária de DIU **ANEXO 07 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA USUÁRIAS DE DIU**. O DIU vai ser oferecido em pós-cesárea imediata, pós-aborto ou em usuárias que tiverem indicação.

3. O paciente não se encaixando em nenhum método anticoncepcional e manifestado o desejo em realizar Laqueadura ou Vasectomia pode ser iniciado o processo pela equipe da UBS através do Aconselhamento, assim, recomenda-se as seguintes informações e orientações à mulher, ao homem e ao casal no processo de discussão e decisão pré-esterilização:

- Enfatizar que a laqueadura tubária é um método permanente e definitivo de esterilização;
- Desencorajar a esterilização precoce;
- Esclarecer que a cirurgia de reversão tubária é procedimento caro, não acessível a todos e que nem sempre alcança sucesso;
- Envolver o casal no processo de decisão, oferecendo a vasectomia ao homem, que é procedimento seguro, de menor custo, de mais simples execução e altamente eficaz;
- Oferecer amplas informações sobre todos os métodos anticoncepcionais reversíveis e, segundo a legislação brasileira, também oferecer acesso a eles;
- Dar informações sobre as taxas de falha de cada método e da possibilidade de a gravidez ocorrer longo tempo após a esterilização;
- Informar sobre o risco de gravidez ectópica e orientar a mulher a procurar imediatamente o serviço de saúde, havendo qualquer sinal suspeito de gravidez;
- Informar que a laqueadura tubária não protege de DST/HIV/Aids. Deve ser abordada a necessidade de dupla proteção, ou seja, o uso combinado da laqueadura tubária com a camisinha masculina ou feminina;
- Mostrar ao casal as taxas de arrependimento após a esterilização;
- Explanar ao casal sobre o procedimento cirúrgico e seus riscos, instruções pré e pós-operatórias, tipo de anestesia, tempo de recuperação e possibilidade de mudanças no padrão menstrual. (BRASIL, 2013)

Também pode ser enfatizado no Aconselhamento questões que abordem situações de Arrependimento por parte do paciente “Cada vez mais aumenta a demanda para reversão de esterilização tubária, decorrente do arrependimento da mulher. Diversos estudos indicaram proporção de arrependimento entre 10 e 20% das mulheres laqueadas (ROSAS, 2005). As taxas de arrependimento são maiores nas seguintes situações:

- Entre mulheres cujas trompas foram ligadas antes dos 30 anos de idade;
- O fato de a pessoa ter poucos ou nenhum filho ou ter todos os filhos do mesmo sexo ou sem filhos do sexo masculino (para algumas culturas);
- Entre mulheres solteiras ou em união conjugal recente ou instável;
- A separação e um novo casamento;
- A pressão e influência no processo de decisão;
- Informação deficiente sobre os riscos e efeitos colaterais do procedimento, as possibilidades e o acesso à técnica de reversão;
- Insuficiente informação sobre os outros métodos anticoncepcionais;
- Quando o parceiro não apoia a decisão;
- Com história de morte de um filho após o procedimento;
- Quando o procedimento é realizado durante ou logo após o parto. (BRASIL, 2013)

Essas informações educativas são fundamentais para a qualidade da atenção prestada, tendo como objetivo oferecer às pessoas os conhecimentos necessários para a escolha livre e

informada. Propicia a reflexão sobre os temas relacionados à sexualidade e à reprodução. As atividades clínicas, voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, devem ser realizadas visando à promoção, a proteção e a recuperação da saúde. (BRASIL, 2013)

Por fim, o Enfermeiro deve preencher:

ANEXO 01 – FICHA DE ATENDIMENTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA/VASECTOMIA: completar todos os campos.

ANEXO 02 – FICHA DE PARECER EMITIDO PELAS ESPECIALIDADES PARA O PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA: preencher os campos de identificação do paciente, justificativa alegada (conforme avaliação após aconselhamento contraceptivo, histórico pessoal de acordo com a ficha de atendimento) e emitir seu parecer no campo “Parecer do Enfermeiro”, ou seja, deixar claro no parecer “APROVADA PARA LAQUEADURA TUBÁRIA” ou “REPROVADA PARA LAQUEADURA TUBÁRIA”, bem como “APROVADO PARA VASECTOMIA” ou “REPROVADO PARA VASECTOMIA”.

Todos os documentos (ficha) devem conter **assinatura e carimbo do profissional responsável** pelo parecer e avaliação, constando **nome completo, função, número de registro na categoria profissional**.

O paciente (mulher, homem, casal) deverá ser encaminhado para o profissional médico clínico e médico especialista da UBS de referência, caso não tenha médico especialista na UBS de referência, o paciente deve ser reencaminhado para o atendimento na UBS que tiver o profissional disponível para avaliação, portando o ANEXO 01 e o ANEXO 02, devidamente **assinado e preenchido pelo enfermeiro**.

2. UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE de referência – PROFISSIONAL MÉDICO E MÉDICO ESPECIALISTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

É de competência do clínico médico ou médico especialista realizar o Aconselhamento da mulher, do homem e do casal referente ao seu processo reprodutivo, essa ação pode ser através de uma consulta Médica, bem como, as atividades ou atendimentos feitos pela UBS.

O Aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a mulher, o homem ou casal que visa a proporcionar à pessoa condições para que avalie suas próprias vulnerabilidades, tome decisões sobre ter ou não filhos e sobre os recursos a serem utilizados para concretizar suas escolhas, considerando o que seja mais adequado à sua realidade e à prática do sexo seguro. (BRASIL, 2013)

Essa prática pressupõe:

- Acolhimento da demanda da pessoa ou casal, entendida como suas necessidades, curiosidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias, relacionadas às questões de sexualidade, planejamento reprodutivo e prevenção das DST/HIV/Aids.

- Identificação do contexto de vida da pessoa ou do casal e suas ideias, desejos ou não desejos em relação a ter ou não ter filhos.

- Abordagem proativa com questionamentos sobre a atividade sexual.

- Avaliação de vulnerabilidades individual ou do casal, para a infecção pelo HIV e outras DST.

- Compreensão de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta e solidária dos profissionais de saúde com a pessoa ou o casal.

É imprescindível a oferta de informações sobre todos os métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos e adolescentes, numa escolha livre e informada, considerando as etapas da vida reprodutiva de cada um. (BRASIL, 2013)

O Médico deverá fazer a avaliação de saúde e solicitar os exames necessários de imagem e laboratorial.

Após essa avaliação, se o parecer médico (Clínico e Especialista) for FAVORÁVEL para indicação da Contracepção Cirúrgica, conforme as diretrizes do Programa do Planejamento Familiar (Lei n.º 9.263 de 12 de Janeiro de 1996), este deverá assinar o **ANEXO 02 – FICHA DE**

PARECER EMITIDO PELAS ESPECIALIDADES PARA O PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA (já assinado e autorizado pelo profissional Enfermeiro). No campo “Parecer Médico Clínico” e no “Parecer Médico Especialista”, o profissional precisa preencher seu parecer, ou seja, deixar claro no parecer “APROVADA PARA LAQUEADURA TUBÁRIA” ou “REPROVADA PARA LAQUEADURA TUBARIA”, bem como “APROVADO PARA VASECTOMIA” ou “REPROVADO PARA VASECTOMIA”.

O paciente (mulher, homem ou casal), em posse desses documentos, após aprovado o procedimento pelo enfermeiro e pelos médicos da UBS, deverá ser encaminhado para a Equipe Multidisciplinar na UBS CENTRO (Assistente Social e Psicóloga), segue Checklist:

- ✓ Ficha de Atendimento da Unidade Básica de Saúde para o Procedimento de Laqueadura Tubária e Vasectomia (ANEXO 01);
- ✓ Ficha de Pareceres emitido pelas Especialidades para o Procedimento de Laqueadura Tubária e Vasectomia (ANEXO 02);
- ✓ Fotocópia Cédula de Identidade (casal);
- ✓ Fotocópia do CPF (casal);
- ✓ Fotocópia Certidão de Nascimento ou Casamento;
- ✓ Fotocópia do Cartão do SUS (casal);
- ✓ Fotocópia Certidão de nascimento dos filhos;
- ✓ Fotocópia Comprovante de residência;

3. UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - PROFISSIONAL PSICÓLOGO DA UBS CENTRO

A escolha pela esterilização cirúrgica (laqueadura ou vasectomia) como método contraceptivo deve ser consciente e racional. Deste modo, é de competência do profissional psicólogo participar do aconselhamento e do planejamento familiar, de modo que o profissional possa avaliar o paciente em seus aspectos emocionais, possibilitando a escolha adequada e consciente do procedimento cirúrgico.

Em sequência, após o aconselhamento sobre o processo de escolha, o psicólogo deverá preencher e assinar os seguintes documentos: o “Formulário do Candidato a procedimento de Esterilização (laqueadura/Vasectomia)” específico na área de psicologia, servindo de base para construção do parecer, e, o **ANEXO 02 – FICHA DE PARECER EMITIDO PELAS ESPECIALIDADES PARA O PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA** (já assinado e autorizado pelo profissional Enfermeiro e Médicos).

No campo “Parecer do Psicólogo”, o profissional precisa preencher seu parecer, ou seja, deixar claro no parecer “APROVADA PARA LAQUEADURA TUBÁRIA” ou “REPROVADA PARA LAQUEADURA TUBÁRIA”, bem como “APROVADO PARA VASECTOMIA” ou “REPROVADO PARA VASECTOMIA”.

Após o atendimento do profissional psicólogo, o paciente (mulher, homem e/ou casal) em posse dos documentos devidamente assinados e carimbados, constando nome completo, função, número de registro na categoria profissional, deverá ser encaminhado para a Assistente Social da UBS CENTRO.

4. UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - PROFISSIONAL ASSISTENTE SOCIAL UBS CENTRO

É de competência técnica do Assistente Social, colaborar com o processo do Planejamento Familiar, com respeito às diretrizes vigentes na Lei n.º 9.263 de 12 de Janeiro de 1996, no que se refere seu artigo 10º, parágrafo 5º, onde consta que a permissão ao procedimento da contracepção cirúrgica voluntária deve ocorrer mediante consentimento expresso de ambos os cônjuges, durante a vigência da sociedade conjugal (BRASIL, 1996).

O paciente (mulher, homem e/ou casal) em posse dos documentos ANEXO 01 e o ANEXO 02 preenchidos e assinados pelos profissionais (Enfermeiro, Médicos e Psicólogo), o Assistente Social deverá conferir, orientar e presenciar o preenchimento dos seguintes documentos:

ANEXO 01 – FICHA DE ATENDIMENTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA/VASECTOMIA (já assinado e autorizado pelo profissional Enfermeiro)

ANEXO 02 – FICHA DE PARECER EMITIDO PELAS ESPECIALIDADES PARA O PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA (já assinado e autorizado pelo profissional Enfermeiro, Médicos e Psicólogo).

ANEXO 03 – FICHA DE CADASTRO PARA O PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA;

ANEXO 04 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA;

ANEXO 05 – DECLARAÇÃO UNIÃO ESTÁVEL PARA O PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA;

ANEXO 06 – DECLARAÇÃO NEGATIVA DE UNIÃO ESTÁVEL PARA O PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA; (Os Anexos, caso se aplica).

Por fim, o Assistente Social, após conferência da documentação e a certificação do parecer de todos os profissionais envolvidos no planejamento familiar, deverá dar os encaminhamentos finais do processo.

Os documentos acima solicitados para o processo de Laqueadura Tubária segue **sem necessidade de reconhecimento de firma em cartório, de acordo com a lei 13.726 de 08 de setembro de 2018:**

Art. 3º Na relação dos órgãos e entidades dos Poderes da União dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios com o cidadão é dispensados a exigência de:

I- reconhecimento de firma, devendo o agente administrativo confrontando a assinatura com aquela constante do documento de identidade do signatário ou estando este presente e assinando o documento diante do agente, lavrar sua autenticidade no próprio documento;

Dessa forma, estamos cumprindo a lei e evitando custos ou outros transtornos para os pacientes, ficando assim definido:

1. O documento de “Consentimento Informado” deverá ser assinado pelo paciente, cônjuge ou testemunha na presença do Servidor Municipal membro da Equipe Multidisciplinar da Secretaria Municipal de Saúde conforme o Memorando 3.172/2020 da Controladoria Geral do Município.

2. O Servidor Municipal responsável pela conferência das assinaturas deverá assinar e carimbar o referido documento conforme o Memorando 3.172/2020 da Controladoria Geral do Município.

Os encaminhamentos finais do processo da Laqueadura no que se refere a **MULHERES GESTANTES** serão encaminhados para o HMNSL (a partir da 34ª semana de gestação), portando a 1ª via de todos os Formulários (ANEXOS que se aplica) e documentos. A 2ª cópia vai permanecer para registro junto a sala do Serviço Social (arquivo). A mesma forma será em relação aos casos de gestação de risco, se necessário, serão encaminhados para o HMCC em Foz do Iguaçu com a 1ª via de todos os Formulários (ANEXOS que se aplica) e documentos da paciente e, 2ª via no arquivo do Serviço Social/UBS CENTRO.

As **MULHERES NÃO-GESTANTES** serão encaminhadas com o processo para o HMNSL (após 6 meses contando do último parto), Procedimento Eletivo de Laqueadura, (ainda em construção para Credenciar o HMNSL para serviço específico para atender essa demanda.

Os **HOMENS** aprovados para a Vasectomia serão encaminhados para o médico credenciado para o procedimento na UBS CENTRO. A 1ª via de todos os Formulários (ANEXOS que se aplica) e documentos será entregue para o paciente. A 2ª cópia vai permanecer para registro junto a sala do Serviço Social (arquivo).

FONTE

- BRASIL. Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do *planejamento familiar*, estabelece penalidades e dá outras providências. In: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016 (pg 155 a 160).

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). In: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 48 de 11 de fevereiro de 1999. In: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html. Acesso em 2020.
- BRASIL. Lei nº 13.726 de 08 de setembro de 2018. Racionaliza atos e procedimentos administrativos dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e institui o Selo de Desburocratização e Simplificação. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/L13726.htm. Acesso em 2019.
- FONTE: <https://cartaodosus.info/laqueadura-pelo-sus/>. Acesso em 2019.
- PARANÁ. Foz do Iguaçu. Protocolo para o Planejamento Familiar e Reprodutivo – Esterilização Cirúrgica. 2020. Impresso.

PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

ANEXO 01 – FICHA DE ATENDIMENTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA/VASECTOMIA

Unidade de Saúde de Referência: _____

Informo que o (a) paciente _____ e seu(sua) parceiro(a) _____

receberam informações sobre os métodos anticoncepcionais reversíveis existentes (métodos de barreira, métodos hormonais, DIU) e métodos irreversíveis (Laqueadura, Vasectomia). Orientado sobre os riscos e efeitos colaterais relacionados à laqueadura e vasectomia, assim como a dificuldade de reversão deste procedimento.

1. Quais os métodos anticonceptivos que foram oferecidos pela UBS.

- Anticoncepcional oral
- Anticoncepcional injetável mensal
- Anticoncepcional injetável trimestral
- DIU

2. Indicações para Laqueadura Tubária

- Idade maior de 25 anos
- Ter pelo menos 2 filhos vivos
- Por cesarianas sucessivas anteriores

3. Possui indicações que aumenta o risco reprodutivo?

- Hipertensão arterial crônica grave de difícil controle
- Doença renal crônica de difícil reversibilidade e controle insatisfatório
- Diabetes Mellitus instável com manifestações vasculares evidentes
- Problemas cardíacos crônicos e severos
- Doença Pulmonar irreversível
- Doença maligna em geral
- Determinados tipos de anemia
- Doenças físicas ou mentais de caráter hereditário
- Outros _____

4. Faz uso de medicação contínuo? Quais _____

Assinatura e carimbo/Registro Conselho

Após o preenchimento (ANEXO 01 e 02) a UBS encaminha para a Equipe Multidisciplinar.
Obs.: a(o) paciente deve levar cópias dos seguintes documentos: Cartão do SUS casal e filhos; RG e CPF do casal; Certidão de casamento; Certidão de Nascimento dos Filhos; Comprovante de Residência.

PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

**ANEXO 02 – FICHA DE PARECER EMITIDO PELAS ESPECIALIDADES PARA
O PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA**

LAQUEADURA TUBÁRIA

VASECTOMIA

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Estado Civil: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Justificativa médica (especialista) da indicação do método de esterilização irreversível dentre os demais métodos contraceptivos (DIU, anticoncepcional injetável/oral): _____

Data: _____ Assinatura e Carimbo: _____

Parecer Médico Especialista (UBS): _____

Data: _____ Assinatura e Carimbo: _____

Parecer Médico Clínico Geral (UBS): _____

Data: _____ Assinatura e Carimbo: _____

Parecer do (a) Enfermeiro (a) (UBS): _____

Data: _____ Assinatura e Carimbo: _____

Parecer do Psicólogo (a) (UBS): _____

Data: _____ Assinatura e Carimbo: _____

Parecer do Assistente Social (UBS): _____

Data: _____ Assinatura e Carimbo: _____

Medianeira (PR) ____/____/____

Agendar atendimento com a Equipe Multidisciplinar pelo telefone 3264 8677/2020.
Encaminhar os (ANEXOS 01 e 02) via paciente ou motorista da SMS.

PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR
ANEXO 03 – FICHA DE CADASTRO PARA O PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA
TUBÁRIA E VASECTOMIA

| | | | | | |
|---|--|-------|------------------|--------------|--|
| Nome | | | | | |
| Data de nascimento | | Idade | | Estado Civil | |
| Nacionalidade | | | Profissão | | |
| Identidade N° | | | CPF N° | | |
| Endereço | | | | Bairro | |
| Complemento | | | | | |
| Telefone Residencial | | | Telefone Celular | | |
| Telefone Comercial | | | | | |
| Telefones para Recado (Vizinho, amigos, etc.) | | | | | |

1. Composição Familiar

| Nome do cônjuge/convivente | | | |
|----------------------------|------------|------------|-----|
| Nome | Parentesco | Identidade | CPF |
| | | | |

| Número de filhos vivos () () aborto | | | |
|---------------------------------------|------------|-----------------|-------|
| Nome dos filhos | Parentesco | Data nascimento | Idade |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

O Assistente Social da EM preenche a Ficha de Cadastro. Apresentar Cartão do SUS casal e filhos; RG e CPF do casal; Certidão de casamento; Certidão de Nascimento dos Filhos; Comprovante de Residência; declaração União Estável (ANEXOS 02 a 06, caso se aplique)

PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR
ANEXO 04 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PARA O PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA

Eu, _____,
CPF nº _____ procurei a Unidade Básica de Saúde voluntariamente por expressar o desejo de realizar cirurgia de () LAQUEADURA TUBÁRIA ou () VASECTOMIA. Diante disso, sei que entre a minha manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar no mínimo 60 dias (conforme a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996) e que posso revogar o consentimento que agora presto a qualquer momento antes da cirurgia. Estou ciente de que, na vigência de sociedade conjugal, o consentimento deve ser fornecido por mim e por meu parceiro.

Por este termo, declaro:

- a) Estar ciente das regras do planejamento familiar, observando o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, sabendo que não será aceita a minha manifestação de vontade se estiver sobre influência de álcool, drogas, estado emocional afetado, ou por incapacidade mental temporária ou permanente;
- b) Que fui informado (a) que existem outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, como anticoncepcional oral e injetável, colocação de DIU, preservativos e todos os demais métodos naturais e de barreira. Fui também informado (a) de que a Laqueadura Tubária e/ou Vasectomia é um método de esterilização permanente, irreversível e que impedirá definitivamente de ter filhos;

Pela presente, DECLARO que entendi todas as informações, orientações prestadas repassadas pela Unidade Básica de Saúde e Equipe Multiprofissional, em linguagem simples, e que minhas dúvidas foram plenamente esclarecidas. Assim sendo, declaro-me satisfeito (a) com as informações, orientações e explicações recebidas, compreendendo o alcance e os riscos de **Laqueadura Tubária e da Vasectomia**.

Por total razão, manifesto expressamente minha concordância e consentimento pela realização do procedimento acima descrito.

Medianeira (PR), _____ de _____ de 20____.

NOME DA PACIENTE
CPF nº _____

NOME DO CÔNJUGE
CPF nº _____

NOME DA TESTEMUNHA/CPF nº _____

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado em ___/___/___, desistindo de prosseguir o procedimento cirúrgico para Laqueadura Tubária e/ou Vasectomia. Medianeira, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA DO CÔNJUGE

AGENDAMENTO DO PROCEDIMENTO DA LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA

Data da consulta: ___/___/___ Data da cirurgia: ___/___/___

Data da alta: ___/___/___ Hospitalar: ___/___/___

Observação: 1. Preenchimento completo deste termo serão duas (duas) vias originais, ficando uma arquivada na UBS CENTRO e outra entregue para a paciente Gestante e o (a) paciente Homem e Mulheres Não-Gestante para o Setor de Agendamento da SMS.

PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR
ANEXO 05 – DECLARAÇÃO UNIÃO ESTÁVEL PARA O PROCEDIMENTO DE
LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA

Nós, 1), Nome do declarante de nacionalidade Brasileira, Estado Civil, Profissão, Carteira de Identidade RG nº _____, e inscrito(a) no CPF _____ e 2), Nome Declarante de nacionalidade Brasileira, Estado Civil, Profissão, Carteira de Identidade RG nº _____, e inscrito (a) no CPF sob o nº _____, ambos com endereço e domicílio na Rua _____ nº _____, Bairro _____, no município de Medianeira-PR, **declaramos para fins de procedimento de () Laqueadura Tubária () Vasectomia**, que convivemos em união estável, de forma pública, contínua, duradoura e com o objetivo de constituir família, desde _____ de _____ de 20____.

Assim, o que neste instrumento se declara é a mais pura expressão da verdade.

Medianeira (PR), ____ de _____ de 20____.

Assinatura do declarante: _____

Assinatura do declarante: _____

PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR
ANEXO 06 – DECLARAÇÃO NEGATIVA DE UNIÃO ESTÁVEL PARA O
PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VSECTOMIA

Eu 1), Nome do declarante de nacionalidade Brasileira, Estado Civil, Profissão, Carteira de Identidade RG nº _____, e inscrito(a) no CPF _____ e endereço e domicílio na Rua _____ nº _____, Bairro _____, no município de Medianeira-PR, **declaro para fins de procedimento de () Laqueadura Tubária () Vasectomia** que não me encontro em sociedade conjugal: casamento ou união estável na presente data.

Assim, o que neste instrumento se declara é a mais pura expressão da verdade.

Medianeira (PR), ____ de _____ de 20____.

Assinatura do declarante: _____

PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

ANEXO 07 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA USUÁRIAS DE DIU

Eu _____,

CPF nº _____

Procurei a Unidade Básica de Saúde voluntariamente por expressar o desejo de submeter-me a inserção do Dispositivo Intra-uterino (DIU), após receber informações detalhadas a respeito da existência e disponibilidade de outros métodos anticoncepcionais reversíveis e cientificamente aprovados. Especificamente com relação ao DIU, estou ciente e de acordo com as seguintes informações a mim fornecidas pelo Médico e pelo Enfermeiro.

- a) Procedimento de inserção do DIU, seus efeitos no organismo e sua ação anticoncepcional;
- b) Grau de eficácia, incluindo possibilidade ocasional de falha ou expulsão, parcial ou total;
- c) Vantagens e desvantagens do DIU;
- d) Prazo de validade do produto, prazo de permanência no útero e necessidade de revisões médicas periódicas;
- e) Eventuais complicações do uso do método;
- f) Precauções, incluindo a não realização de tratamentos com ondas curtas nas áreas abdominal e sacra, pela possibilidade de queimadura causada pelo aquecimento do metal do DIU;
- g) Garantia do meu direito de solicitar e obter a retirada do DIU em qualquer momento que desejar.
- h) O método não oferece proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis, sendo recomendada à associação do preservativo masculino como método combinado.

Pelo presente, DECLARO que entendi todas as orientações prestadas e repassadas pela a Unidade Básica de Saúde, em linguagem simples, e que tive a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias sobre o assunto, como também recebi informações escritas. Assim sendo, manifesto minha concordância e consentimento pela inserção do procedimento do DIU.

Unidade Básica de Saúde _____,

Medianeira, _____, _____, _____.

NOME DA PACIENTE
CPF nº

NOME DO CÔNJUGE
CPF nº

Assinatura e carimbo do (a) médico (a)

1.7 PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Profissionais solicitantes

- Médicos da Atenção Básica
- Ginecologistas/Obstetras

Serviços executantes:

- Hospital Ministro Costa Cavalcanti (via SESA-PR)

Conteúdo na requisição de encaminhamento:

- Condição que indicou o encaminhamento (Obrigatório).
- Idade Gestacional.
- Medicamentos em uso.
- Resultado de exames relacionados ao motivo do encaminhamento.

Condições que levam ao encaminhamento segundo Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná (2022):

- Características individuais e condições Socioeconômicas:
 - Dependência de drogas ilícitas;
 - Obesidade mórbida ($IMC \geq 40$).
- Condições Clínicas prévias à gestação:
 - Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento;
 - Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades;
 - Cirurgia uterina prévia fora da gestação;
 - Colelitíase com repercussão na atual gestação;
 - Diabetes mellitus tipo I e tipo II;
 - Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional);
 - Doenças hematológicas: - Doença falciforme (exceto traço falciforme); - outras hematopatias.
 - Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras);
 - Exames de rastreamento oncológicos recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥ 4 ;
 - Hipertensão arterial crônica;
 - Hipertireoidismo;
 - Histórico de tromboembolismo;
 - Má formação útero-vaginal;
 - Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com

repercussão na atual gestação);

- Neoplasias;
- Pneumopatias descompensadas ou graves;
- Psicose ou depressão grave.
- História reprodutiva anterior:
 - Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos);
 - Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores.
- Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:
 - Anemia grave (Hemoglobina < 8);
 - Diabetes gestacional insulino dependente;
 - Doenças infectocontagiosas:
 - HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses
 - Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;
 - Doença hemolítica perinatal;
 - Gestação gemelar;
 - Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio).
 - Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo);
 - Incompetência Istmo-cervical;
 - Má formação fetal confirmada;
 - Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90)(Tabela de Hadlock na Carteira da Gestante);
 - Oligodrâmnio ou polidrâmnio;
 - Placenta acreta/acretismo placentário;
 - Placenta prévia (após 22 semanas);
 - Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10) (Tabela de Hadlock na Carteira da Gestante);
 - Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia;
 - Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário);
 - Tromboembolismo na gestação;
 - Trombofilias na gestação;
 - Senescência placentária com comprometimento fetal.

2 EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares são solicitados pelos profissionais que prestam serviços ao SUS com o conteúdo descritivo necessário.

De posse da solicitação, o setor de Agendamento e Regulação faz a gestão da fila de acesso e o contato com os serviços executantes conveniados.

Exames

| | |
|--|----|
| 2 EXAMES COMPLEMENTARES..... | 34 |
| 2.1 EXAMES LABORATORIAIS..... | 35 |
| 2.2 TESTES RÁPIDOS SOROLÓGICOS..... | 36 |
| 2.3 TOMOGRAFIAS..... | 37 |
| 2.3.1 TOMOGRAFIA DE CRÂNIO..... | 37 |
| 2.3.2 TOMOGRAFIA DA FACE/DOS SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES..... | 38 |
| 2.3.3 TOMOGRAFIA DE HEMITÓRAX, PULMÃO OU MEDIASTINO..... | 38 |
| 2.3.4 TOMOGRAFIA DE SELA TÚRCICA (HIPÓFISE)..... | 39 |
| 2.3.5 TOMOGRAFIA DE PESCOÇO..... | 40 |
| 2.3.6 TOMOGRAFIA DE COLUNA (CERVICAL/ TORÁCICA/ LOMBAR/ LOMBO- SACRA)..... | 40 |
| 2.3.7 TOMOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR..... | 41 |
| 2.3.8 TOMOGRAFIA DE PELVE / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR..... | 41 |
| 2.3.9 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)..... | 42 |
| 2.3.10 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR..... | 42 |
| 2.4 DENSITOMETRIA ÓSSEA..... | 44 |
| 2.5 ELETROCARDIOGRAMA..... | 45 |
| 2.6 RADIOGRAFIAS..... | 46 |
| 2.7 ULTRASSONOGRAFIAS..... | 47 |
| 2.7.1 ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS BILATERAL..... | 47 |
| 2.7.2 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL..... | 47 |
| 2.7.3 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR..... | 48 |
| 2.7.4 ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA..... | 49 |
| 2.7.5 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO..... | 49 |
| 2.7.6 ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO..... | 50 |
| 2.7.7 ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE..... | 50 |
| 2.7.8 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL..... | 51 |
| 2.7.9 ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)..... | 52 |
| 2.7.10 ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL..... | 52 |
| 2.7.11 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS..... | 53 |
| 2.7.12 ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELAR..... | 54 |
| 2.7.13 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA..... | 55 |
| 2.7.14 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER..... | 55 |

2.1 EXAMES LABORATORIAIS

Serviço Realizado via:

- Laboratório Municipal: Hemograma, Sódio Sérico, Potário Sérico, Curva Glicêmica (Teste Oral de Tolerância a Glicose), Cálcio Iônico Sérico, Parcial de Urina, Glicemia em Jejum, Colesterol Total, HDL, LDL, Triglicerídeos, Ureia, Creatinina, TGO, TGP, GGT, Fosfatase Alcalina, TAP, KPTT, Ácido Úrico, Fator Reumatóide, CPK (Creatino Fosfoquinase), CK-MB, Bilirrubinas Totais e Parciais, Proteína C Reativa, Amilase, Hemoglobina Glicada, VDRL, Albumina, Urocultura com Antibiograma, Grupo Sanguíneo, Tipagem rH, Anti estreptolisina O, Ácido Láctico, Leucócitos nas Fezes, Sangue oculto nas fezes, Parasitológico de fezes, Troponina, Velocidade de Hemossedimentação, Beta HCG Qualitativo, NS1 para Dengue.

- Laboratórios conveniados: demais exames.

Conteúdo no pedido do exame:

- Casos que necessitam de priorização precisam ser justificados.

Profissionais que solicitam:

- Médicos da Secretaria Municipal de Saúde.

2.2 TESTES RÁPIDOS SOROLÓGICOS

Testes rápidos sorológicos disponíveis:

- Sífilis
- Hepatite B
- Hepatite C
- HIV.

Serviços executantes:

- Unidades de Saúde
- UPA

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Secretaria Municipal de Saúde
- Enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde
- Livre Demanda

2.3 TOMOGRAFIAS

Serviço realizado via:

- Convênios Municipais

2.3.1 TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

Principais indicações:

- Traumatismo crânio encefálico (TCE);
- Hemorragias cerebrais;
- Tumores (diagnóstico e estadiamento);
- Metástases (detecção e acompanhamento);
- Processos Expansivos;
- Acidente vascular cerebral (AVC);
- Doenças degenerativas do encéfalo;
- Aneurismas;
- Convulsões recentes a esclarecer;
- Cefaleia grave a esclarecer;
- Hidrocefalia.

Conteúdo no pedido de exame:

- Suspeita clínica
- Exames anteriores

Profissionais solicitantes:

- Médicos de Família e Comunidade
- Médicos Generalistas
- Clínicos Gerais.
- Especialistas

2.3.2 TOMOGRAFIA DA FACE/DOS SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Principais indicações:

- Sinusopatia Crônica
- Trauma Facial
- Pólipo nasal em radiografia de face
- Tumores

Conteúdo da requisição:

- Dados relevantes da histórica clínica
- Suspeita diagnóstica
- Exames anteriores

Profissionais solicitantes:

- Otorrinolaringologista
- Cirurgião bucomaxilo
- Pediatra
- Oncologista
- Médicos da Atenção Básica

2.3.3 TOMOGRAFIA DE HEMITÓRAX, PULMÃO OU MEDIASTINO

Principais indicações:

- Pesquisa e diagnóstico de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas.
- Rouquidão por lesão do nervo Laríngeo Recorrente
- Pesquisa de Adenomegalias
- Suspeita de patologia dos arcos costais, esterno e clavículas
- Traumatismo;
- Hemoptise;
- Tumores (diagnóstico, estadiamento e acompanhamento);
- Nódulos não neoplásicos (avaliação e acompanhamento);
- Pneumopatias Intersticiais;
- Lesões de mediastino, hilos, pleura (avaliação);

- Bronquiectasias (acompanhamento);
- Síndrome de compressão da veia cava superior;
- Doenças da aorta (aneurisma/dissecção);
- Tromboembolismo pulmonar (TEP);
- Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural.

Conteúdo da requisição:

- Dados relevantes da histórica clínica
- Suspeita diagnóstica
- Resultado de exames anteriores relacionados se realizado (radiografia de tórax PA)

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas

2.3.4 TOMOGRAFIA DE SELA TÚRCICA (HIPÓFISE)

Principais indicações:

- Suspeita de aneurisma e malformação vascular em topografia do seio cavernoso
- Suspeita de micro ou macroadenoma de hipófise (hiperprolactinemia, acromegalia, síndrome de Cushing)
- Síndrome da Sela Vazia
- Síndrome de Sheehan
- Suspeita de tumores de Hipófise
- Alterações endócrinas

Conteúdo da Solicitação:

- Indicação ou principal suspeita diagnóstica

Profissionais solicitantes:

- Endocrinologista
- Neurologista
- Neurocirurgião
- Oftalmologista
- Psiquiatra
- Ginecologista

2.3.5 TOMOGRAFIA DE PESCOÇO

Principais indicações:

- Pesquisa de adenomegalia
- Pesquisa de foco de infecções ou neoplasias
- Estadiamento de tumores
- Nódulo de tireoide com sintomas compressivos

Conteúdo da requisição:

- Sinais e sintomas relevantes
- Indicação ou suspeita
- Resultados de exames anteriores relevantes (Radiografia, Ultrassom, Tomografia anterior)

Profissionais Solicitantes

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas

2.3.6 TOMOGRAFIA DE COLUNA (CERVICAL/ TORÁCICA/ LOMBAR/ LOMBO-SACRA)

Principais indicações

- Estenose do Canal Medular (suspeita);
- Fratura (suspeita/controle);
- Hérnia discal sintomática;
- Má formação congênita (hemi-vértebras);
- Metástases (detecção e acompanhamento);
- Processos expansivos;
- Tumores (diagnóstico e estadiamento);
- Processos infecciosos.

Conteúdo da Requisição:

- Indicação ou principal suspeita
- Resultado de exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas

2.3.7 TOMOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR

Principais indicações:

- Abscessos (suspeita/ acompanhamento);
- Dor abdominal após traumatismos;
- Tumores (diagnóstico, estadiamento e acompanhamento);
- Metástases (diagnóstico, estadiamento e acompanhamento);
- Aneurismas (diagnóstico e controle);
- Pancreatites;
- Linfonomegalia em andar superior do abdômen (investigação e acompanhamento);
- Doenças infecto parasitárias
- Complicações de Colecistite
- Doenças de Depósito Hepático
- Litíase renal ou ureteral ou vesical sintomática;
- Hematúria a esclarecer;
- Fístula vesical;
- Avaliação morfológica de órgãos abdominais superiores.
- Investigação de dor abdominal crônica em andar superior do abdômen após investigação inicial.

Conteúdo da Solicitação

- Indicação ou Principal Suspeita diagnóstica
- Exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas.

2.3.8 TOMOGRAFIA DE PELVE / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR

Principais indicações:

- Abscessos (suspeita/ acompanhamento);
- Dor abdominal após traumatismos;
- Tumores (diagnóstico, estadiamento e acompanhamento);
- Metástases (diagnóstico, estadiamento e acompanhamento);
- Aneurismas (diagnóstico e controle);

- Linfonodomegalia em andar inferior do abdômen (investigação e acompanhamento);
- Investigação de dor abdominal crônica em andar inferior do abdômen ou pelve após investigação inicial.

Conteúdo da requisição:

- Principal indicação ou suspeita
- Exames anteriores relacionados

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas

2.3.9 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)

Principais indicações:

- Dor após traumatismos;
- Tumores (diagnóstico, estadiamento e acompanhamento);
- Processos expansivos;
- Abscessos;
- Má formação congênita (diagnóstico e acompanhamento);
- Investigação de dor crônica nos membros após investigação inicial.

Conteúdo da Requisição:

- Principal indicação ou Suspeita
- Resultados de exames anteriores relacionados.

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas

2.3.10 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR

Principais indicações:

- Dor após traumatismos;
- Tumores (diagnóstico, estadiamento e acompanhamento);
- Processos expansivos;

- Abscessos;
- Má formação congênita (diagnóstico e acompanhamento);
- Fraturas
- Investigação de dor crônica nos membros após investigação inicial.

Conteúdo da Requisição:

- Principal indicação ou Suspeita
- Resultados de exames anteriores relacionados.

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas

2.4 DENSITOMETRIA ÓSSEA

Principais indicações:

Conforme o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde para Osteoporose a DMO está indicada nos seguintes casos:

- Mulheres com idade igual ou superior a 65 anos e homens com idade igual ou superior a 70 anos, independentemente da presença de fatores de risco;
- Mulheres na pós-menopausa e homens com idade entre 50 e 69 anos com fatores de risco para fratura;
- mulheres na perimenopausa, se houver fatores de risco específicos associados a um risco aumentado de fratura, tais como baixo peso corporal, fratura prévia por pequeno trauma ou uso de medicamento(s) de risco bem definido;
- Adultos que sofreram fratura após os 50 anos;
- Indivíduos com anormalidades vertebrais radiológicas; e
- Adultos com condições associadas a baixa massa óssea ou perda óssea, como artrite reumatoide ou uso de glicocorticoides na dose de 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses.

Conteúdo da requisição:

- Descrever qual é a indicação
- Descrever resultado de radiografia simples no caso da indicação ser alteração neste exame.
- Exames anteriores

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica
- Especialistas

2.5 ELETROCARDIOGRAMA

Principais indicações:

- Dor torácica
- Avaliação da capacidade para atividades físicas
- Seguimento de doenças crônicas
- Investigação de doenças cardíacas

Serviços executantes:

- Unidades de Saúde
- Unidade de Pronto Atendimento

Conteúdo da requisição:

- Sinais e sintomas relacionados
- Principal suspeita diagnóstica ou indicação.

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Secretaria Municipal de Saúde

2.6 RADIOGRAFIAS

Principais indicações:

- Avaliação de estrutura óssea e órgãos

Serviços executantes:

- UPA
- Convênios Municipais

Conteúdo da requisição:

- Sinais e sintomas relacionados
- Principal suspeita diagnóstica ou indicação.

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Secretaria Municipal de Saúde
- Dentistas

2.7 ULTRASSONOGRAFIAS

Serviços executantes:

- Convênios Municipais
- CISI

2.7.1 ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS BILATERAL

Principais indicações:

- Mamografia BI-RADS 0, III, IV, V ou VI na presença de imagem nodular (alteração na arquitetura, simetria);
- Identificar e caracterizar anormalidades palpáveis no exame físico (nódulos, tumores);
- Avaliar problemas associados com implantes mamários;
- Massas palpáveis em mulheres com idade abaixo de 35 anos;
- Imagem suspeita em mamografia de pacientes com idade igual ou inferior a 35 anos.

Conteúdo da requisição:

- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da atenção básica
- Ginecologistas
- Oncologistas

2.7.2 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

Principais indicações:

- Suspeita de líquidos em cavidades
- Estudo de Retroperitônio
- Pesquisa de má-formação de vísceras

- Pancreatopatias
- Traumatismo
- Nefrolitíase
- Colelitíase
- Visceromegalias
- Investigação de dor abdominal;
- Lesões tumorais (císticas e sólidas);
- Aneurismas.
- Seguimento de patologias abdominais crônicas

Conteúdo da requisição:

- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e especialistas

2.7.3 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR

Principais indicações:

- Investigação de dor abdominal;
- Lesões tumorais (císticas e sólidas);
- Colelitíase;
- Pólipos de vesícula biliar;
- Investigação de hepatoesplenomegalia;
- Investigação de alterações laboratoriais hepáticas/pancreáticas;
- Controle de lesões pancreáticas: cistos, nódulos, pancreatite crônica;
- Controle de lesões hepáticas/biliares/abdominais: cistos, nódulos benignos, esteatose hepática;
- Rastreamento de hepatocarcinoma em portadores de cirrose hepática.

Conteúdo da requisição:

- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e especialistas

2.7.4 ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA

Principais indicações:

- Suspeita de Câncer Prostático;
- Hipertrofia prostática benigna (HPB);
- Prostatite;
- Infertilidade;
- Abscessos;
- Prostatismo;
- PSA alterado.

Conteúdo da requisição:

- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e especialistas

2.7.5 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO

Principais indicações:

- Suspeita de tumores;
- Controle de nódulos/ cistos renais complexos;
- Litíase;
- Malformação;
- Rim policístico;
- Insuficiência Renal;
- Hipertensão Arterial Sistêmica Renovascular (suspeita);
- ITU de repetição;

- Disfunção miccional/ Incontinência urinária;
- Investigação de hematúria;

Conteúdo da requisição:

- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e especialistas

2.7.6 ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO

Principais indicações:

- Artrite séptica;
- Tendinites;
- Cistos Sinoviais;
- Lesão por esforço repetido (LER);
- Derrames articulares;
- Bursites;
- Espessamento de bainha tendinosa de qualquer natureza;
- Lesão muscular e tendinosa.

Conteúdo da requisição:

- Descrição precisa do local a ser examinado
- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e especialistas

2.7.7 ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE

Principais indicações:

- Hipotireoidismo;
- Hipertireoidismo;
- Nódulos de tireoide;
- Cistos;
- Bócio;
- Tumores.

Conteúdo da requisição:

- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e especialistas

2.7.8 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL

Principais indicações:

- Dor pélvica aguda, e crônica;
- Anexites;
- Investigação de massa abdominal;
- Diagnóstico diferencial de tumores pélvicos;
- Sangramento genital pós-menopausa, e pós-inserção de DIU;
- Sangramento genital anormal no menacme;
- Amenorreia primária;
- Amenorreia secundária não relacionada à gravidez;
- Tumores e cistos ovarianos pré e pós-menopausa;
- Tratamento conservador de gestação tubária;
- Gestação – 1o Trimestre.
- Infertilidade

Conteúdo da requisição:

- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica
- Ginecologistas e Obstetras
- Endocrinologistas

2.7.9 ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)

Principais indicações:

- Dor pélvica aguda, e crônica;
- Anexites;
- Investigação de massa abdominal;
- Diagnóstico diferencial de tumores pélvicos;
- Sangramento genital pós-menopausa, e pós-inserção de DIU;
- Sangramento genital anormal no menacme;
- Seguimento periódico de climatério;
- Amenorreia primária;
- Amenorreia secundária não relacionada à gravidez;
- Tumores e cistos ovarianos pré e pós-menopausa;
- Miomas uterinos volumosos.

Conteúdo da requisição:

- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e especialistas

2.7.10 ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL

Principais indicações:

- Aumento de volume da bolsa escrotal;
- Tumores;
- Varicocele;

- Cistos de cordão;
- Controle de Infecções;
- Controle de torção de testículo.

Conteúdo da requisição:

- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e especialistas

2.7.11 ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS

Principais indicações:

- Sinais de estenose arterial
- Suspeita de trombose venosa ou arterial
- Doença Arterial Oclusiva Periférica
- Mal Formação Artério Venosa
- Hemangioma
- Pacientes com pé diabético;
- Pacientes com suspeita de oclusão arterial aguda (embolia/trombose);
- Suspeita de aneurismas arteriais de vasos dos membros;
- Traumatismo de membros inferiores e lesão vascular associada;
- Avaliação pós-operatória de tratamento de revascularização de membros;
- Avaliação para realização e acompanhamento de fístula arteriovenosa para diálise.
- Pacientes com varizes de membros inferiores;
- Pacientes com sinais de insuficiência venosa crônica;
- Pacientes com quadro clínico de tromboflebite;
- Avaliação pré-operatória para cirurgia de tratamento de varizes;
- Pacientes com suspeita de doença carotídea (obstrução por aterosclerose);
- Pacientes com quadro clínico de acidente vascular encefálico (AVE/AVC) ou acidente/ataque isquêmico transitório (AIT);
- Investigação de síncope;
- Investigação de massa pulsátil cervical;

- Avaliação pré-operatória para cirurgia de artérias carótidas.

Conteúdo da requisição:

- Obrigatório descrição de local a ser avaliado (membro, carótidas, vertebrais) e vaso (venoso ou arterial)
- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e especialistas

2.7.12 ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELAR

Principais indicações:

- Investigação de malformação congênita ou adquirida
- Detecção de lesões encefálicas comuns no neonato
- Controle de hidrocefalia
- Estenose de vasos intracranianos de grande calibre
- Avaliar efeitos hemodinâmicos e repercussão de doenças obstrutivas das carótidas extracranianas
- Avaliar roubo de subclávia
- Monitorar vasoespasmos
- Rastrear comprometimento da circulação cerebral na Anemia Falciforme.

Conteúdo da requisição:

- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Neurologista
- Neurocirurgião
- Neuropediatra
- Pediatra
- Neonatologista
- Hematologista

2.7.13 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

Principais indicações:

- Exame obstétrico para rotina pré-natal;
- DUM incerta, na primeira consulta;
- Gestação entre 12 e 22 semanas (morfológicas);
- Sangramento gestacional
- Altura uterina discrepante com a idade gestacional.
- Trauma abdominal na gestação
- Intercorrências gestacionais

Conteúdo da requisição:

- Idade Gestacional
- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica
- Ginecologistas e Obstetras

2.7.14 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER

Principais indicações:

- Antecedentes de feto morto e parto prematuro;
- Suspeita de retardo de crescimento intra-uterino (RCIU) na gestação atual;
- Estados hipertensivos na gravidez;
- Gravidez gemelar;
- Isoimunização;
- Oligohidrânio a esclarecer;
- Diabetes com vasculopatia;
- Doença autoimune/ anticorpos antifosfolípides e anticardiopina;
- Alterações funiculares (artéria umbilical única, nó de cordão, tumores).

Conteúdo da requisição:

- Idade Gestacional
- Sinais e sintomas relacionais
- Indicação para o exame ou principal suspeita diagnóstica.
- Descrever exames anteriores relevantes

Profissionais solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica
- Ginecologistas e Obstetras