

# Redes de Atenção à Saúde

## Diretrizes



PREFEITURA DE  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE

**Prefeito**

Bruno Covas

**Secretário Municipal da Saúde**

Wilson Modesto Pollara

**Secretária Adjunta**

Maria da Glória Zenha Wieliczka

**Chefe de Gabinete**

Daniel Simões de Carvalho Costa

## Participantes

Adalberto Kiochi Aguemí – SMS - Área Técnica da Saúde da Mulher  
Américo Y Mori – SMS - Escola Municipal da Saúde – SMS/SP  
Ana Maria Lima Vieira - CRS Centro  
Ana Paula de C.A. Moreira - CRS Sudeste  
Arlete Florio - CRS Centro  
Carla de Britto Pereira - CRS-Sul  
Carlos Alberto Pazzero Chicca CRS Norte  
Carmem Regina Becker Silva Gregorut - CRS Sul  
Catia Rufino - CRS-Leste  
Christiane Herold Jesus – Santa Casa Misericórdia de S. Paulo  
Dani Eijemberg – SMS - Complexo Regulador  
Elaine Cristina Inocentini – O.S. SECONCI  
Ernani Pereira da Cunha - O.S. CEJAM  
Fernanda Braz Tobias de Aguiar – SMS Gabinete  
Fernanda Lúcia de Campos - O.S. Santa Marcelina  
Gabriela Vaccarezza - O.S. IABAS  
Gilcinete O Barreto - O.S. A.C. Santa Catarina  
José Claudio Domingos - SMS Gabinete  
Katia Mercena - O.S. IABAS  
Laís Borba Casella - SMS Gabinete  
Lisete Lace Cruz - CRS Centro  
Luciana Moraes Borges – I.R.S. Albert Einstein  
Luis Fernando Pracchia – SMS - Área Técnica de Oncologia  
Marcelo Itiro Takano – SMS -Rede Urgência a Emergência  
Marcelo Ribeiro - O.S. A.C. Santa Catarina  
Maria Angélica Crevelim – SMS Gabinete  
Maria Aparecida Lucarelli - CRS Oeste  
Maria Cristina Pimentel - SPDM  
Maria Cristina S.S. Minari - CRS Leste  
Maria Esther Ramos de Freitas Trench- CRS Oeste  
Marine Arakaki –SMS - Escola Municipal da Saúde  
Marta Campagnoni Andrade – CRS Centro  
Michael Rodrigues de Paula - CRS Leste  
Monica Tormena de Campos Rehm- SMS - Complexo Regulador  
Paulo Fernando Capucci - O.S. Associação Saúde da Família  
Renata Alves S Palyello - SBIBAE  
Roberson Jun Kitamura – O.S. Associação Congregação Santa Catarina  
Sueli Doreto Rodrigues – O.S. CEJAM  
Susana Gualda de Freitas Rodrigues – CRS Sudeste  
Sylvia Christina de Andrade Grimm – SMS - CEINFO  
Teresa Cristina Fenerich de Moraes – CRS Norte  
Vilma R. Venancio Moreira - O.S. Santa Marcelina  
Yiu Takabayashi - CRS Norte  
Roberto Tolosa Jr - SMS Gabinete  
Rosana Marques Ferro Cruz - CRS Centro  
Rosângela Bezerra Santos - CRS Oeste  
Rozeana Trancoso - O.S. SECONCI  
Sandra Lucia Brum Mirandez - CRS Sul  
Sandra Regina A. G. Brandão Tavares - CRS Sudeste  
Selma de F N G Buff - CRS Sudeste  
Solange M. de Saboia e Silva - CRS Centro  
Sônia Maria de Almeida Figueira - O.S. SPDM



## Apresentação

O Município de São Paulo empreende desde 2001, quando da reconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS), um trabalho de fortalecimento e expansão da Atenção Básica, tomando por conceito aquele definido pelo Ministério da Saúde, segundo o qual a Atenção Básica é entendida como o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem desde a promoção, a proteção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Brasil, 2012).

Desde então, diversas estratégias foram utilizadas na reorganização da rede básica que resultaram em aumento de acesso, porém sem necessariamente promover o cuidado longitudinal à população atendida, além da própria sobreposição e fragmentação dos serviços oferecidos.

Uma cidade com quase 900 equipamentos de saúde e cerca de 80.000 trabalhadores tem o enorme desafio de imprimir organicidade e resolutividade na sua estrutura de modo a equilibrar a oferta de serviços na direção das demandas e necessidades de saúde de seus milhões de habitantes, com características distintas e específicas.

Neste sentido, torna-se imperioso caracterizar e melhor integrar os diversos serviços tomando por referência as necessidades de saúde da população. Para tanto, faz-se necessário revisitar a estrutura dos serviços existentes na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo para racionalizar, aperfeiçoar e **consolidar a Atenção à Saúde tomando por referência as Redes Assistenciais da Saúde que tem na Atenção Básica o elo integrador e ordenador de toda a atenção à saúde** na Cidade de São Paulo.

As diretrizes aqui apresentadas foram construídas por três comissões técnicas, compostas por representantes da Secretaria Municipal de Saúde incluindo as seis coordenadorias regionais e quatro representantes das diferentes Organizações Sociais da Saúde que atuam nos territórios por meio dos contratos de gestão.

Os resultados são apresentados em três capítulos. No Capítulo I, a “Comissão de Estruturação Regional da Rede de Serviços” desenvolve as reflexões sobre modelo de atenção e a caracterização dos serviços segundo seu papel nas Redes de Atenção à Saúde. No Capítulo II, a “Comissão de Organização dos Serviços, Elaboração de Agendas e Definição de Metas” descreve as atividades dos níveis de atenção com ênfase na Atenção Básica e propõe organização de agenda e serviços para responder às necessidades de saúde na perspectiva das Redes de Atenção. Por fim, no Capítulo III, a “Comissão de Protocolos - Encaminhamentos para a Atenção Especializada” estabelece o fluxo entre os níveis de atenção, com descrição inicial de protocolos de acesso a exames de imagem para apoio diagnóstico.

Esse documento contém a síntese das discussões feitas pelas comissões e pretende nortear a construção das Redes de Atenção à Saúde. Esse é o marco inicial, o ponto de partida desta Gestão e cujo conteúdo será debatido nos diversos fóruns de representação de profissionais, parceiros, usuários, Conselhos Gestores e Conselho Municipal de Saúde. Novas análises e colaborações podem ser incorporadas, assim como o aprofundamento e detalhamento de atribuições e fluxos. Da mesma forma, será fundamental o monitoramento intenso da reestruturação aqui proposta e cuja implantação ocorrerá de modo gradativo e com o envolvimento de todos.

**Dr. Wilson Modesto Pollara**

Secretário Municipal da Saúde de São Paulo

**Dra. Maria da Glória Zenha Wieliczka**

Secretária Adjunta da SMS-SP



# Sumário

<b>Capítulo I - DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	<b>13</b>
1. Introdução	13
2. Justificativa	14
3. As Redes de Atenção à Saúde (RAS)	15
4. As Redes de Atenção à Saúde no Município de São Paulo	17
4.1 Atenção Básica	18
4.1.1. Estratégia de fortalecimento da Atenção Básica	20
4.2 Rede de Atenção Ambulatorial Especializada	23
4.3 Rede de Atenção à Urgência e Emergência	25
4.4 Rede de atenção hospitalar	26
<b>Capítulo II - ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, ELABORAÇÃO DE AGENDAS E DEFINIÇÃO DE METAS</b>	<b>29</b>
1. Organização dos Serviços da Atenção Básica	29
A. Ações e serviços da Atenção Básica à Saúde	29
1. Atendimento clínico na Atenção Básica	30
2. Consulta e acompanhamento realizados por profissional de Nível Superior	30
3. Atenção à saúde da criança	30
4. Atenção à saúde do adolescente	31
5. Atenção à saúde da mulher	31
6. Atenção à saúde do homem	32
7. Atenção à saúde dos adultos	32
8. Atenção à saúde do idoso	32
9. Atenção à Saúde Mental, álcool e outras drogas	33
10. Atenção à saúde da pessoa com deficiência	33
11. Atenção à saúde da população negra	34

12.	Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência _____	34
13.	Atenção à vigilância em saúde _____	35
14.	Imunização _____	35
15.	Procedimento cirúrgico ambulatorial básico _____	35
16.	Procedimento clínico e cirúrgico em Saúde Bucal _____	36
17.	Atenção Domiciliar _____	36
18.	Práticas Integrativas e Complementares _____	37
19.	Ações comunitárias _____	37
20.	Atividades educativas, terapêuticas e de orientação à população _____	37
21.	Atividades físicas, educativas e de orientação à população _____	38
22.	Ações ambientais na Atenção Básica _____	38
23.	Exames diagnósticos na Atenção Básica _____	38
24.	Cuidado Farmacêutico _____	39
B.	Elaboração de Agendas da Atenção Básica _____	39
C.	Configuração da Agenda _____	41
D.	Monitoramento das Agendas _____	41
E.	Definição de Metas da Atenção Básica _____	42
2.	Organização dos Serviços da Atenção Especializada _____	44
	<b>Capítulo III - Protocolos _____</b>	<b>47</b>
	Encaminhamentos para a Atenção Especializada _____	47
	Introdução _____	47
	Os objetivos dos Protocolos de Acesso são _____	47
	Protocolos de Acesso _____	48
	Implementação dos Protocolos de Acesso _____	48
	Estratégias de Implementação _____	49
	Monitoramento e Avaliação _____	49
	Protocolos preliminares _____	49



<b>Anexo I - Protocolo de Acesso a Exames de Mamografia</b>	<b>51</b>
Mamografia Bilateral para Rastreamento	51
Mamografia Diagnóstica	52
<b>Anexo II - Protocolo de Acesso a Exames de Ultrassonografia</b>	<b>54</b>
Ultrassonografia de Abdome Superior / Abdome Total	54
Ultrassonografia de Partes Moles	55
Ultrassonografia de Aparelho Urinário	56
Ultrassonografia de Articulação	57
Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	58
Ultrassonografia de Próstata via Abdominal	59
Ultrassonografia de Próstata via Transretal	60
Ultrassonografia de Tireóide	61
Ultrassonografia Mamaria Bilateral	62
Ultrassonografia Obstetrica	63
Ultrassonografia Obstétrico Morfológico	64
Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	65
Ultrassonografia Transfontanela/Crânio	66
Ultrassonografia Transvaginal	67
Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	68
Artérias dos Membros Superiores	69
Veias dos Membros Superiores	69
Artérias dos Membros Inferiores	69
Veias dos Membros Inferiores	70
Artérias Renais	70
Artéria Aorta Abdominal	70
<b>Anexo III- Protocolo de Acesso a Exames de Tomografia Computarizada</b>	<b>72</b>
Contraindicações relativas com contraste	72

Tomografia Computadorizada do Cranio _____	73
Tomografia Computadorizada de Sela Turcica _____	74
Tomografia Computadorizada de Face/ Seios da Face/ Articulações Temporo-Mandibulares _____	75
Tomografia Computadorizada do Pescoço _____	76
Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical c/ ou s/ Contraste _____	76
Tomografia Computadorizada de Coluna Toracica c/ ou s/ Contraste _____	77
Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra c/ ou s/ Constraste _____	77
Tomografia Computadorizada de Torax _____	78
Tomografia de Hemitorax, Pulmão ou do Mediastino _____	78
Tomografia Computadorizada de Abdomen Superior _____	79
Tomografia Computadorizada de Pelve/ Bacia/ Abdomen inferior _____	81
Tomografia Computadorizada de articulações de Membro Superior _____	82
Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Inferior _____	83
Tomografia Computadorizada de Segmentos Apendiculares ( Braço, Antebraço, Mão, Coxa, Perna, Pé ) _____	83
Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET - CT) _____	84
<b>Anexos</b> _____	<b>88</b>
Anexo I - PORTARIA Nº 008/2017- SMS. G _____	88
Anexo II - PORTARIA Nº 156/2017 – SMS G _____	89
Anexo III - PORTARIA Nº 273/2017 – SMS G _____	89





# DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

## 1. Introdução

Diretrizes das Redes de Atenção à Saúde é produto das comissões estabelecidas pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo: “Comissão de Estruturação Regional da Rede de Serviços” (Portaria nº008/2017), “Comissão de Organização dos Serviços, Elaboração de Agendas e Definição de Metas” (Portaria nº156/2017) e “Comissão de Protocolos - Encaminhamentos para a Atenção Especializada” (Portaria nº273/2017), publicadas no Diário Oficial da Cidade de São Paulo. Foram instituídas com o propósito de repensar e analisar as redes de serviços de saúde e assim caracterizar claramente suas competências e propor o desenho do sistema de saúde que engloba a definição das especificidades do Município, considerando a racionalização e aperfeiçoamento do trabalho realizado para prover ações e serviços de saúde com garantia de acesso equânime a uma atenção integral, resolutiva, de qualidade, humanizada e em tempo adequado, por meio da organização e desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde (RAS) que terão base no território dos Distritos de Saúde – DS, agrupadas nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que totalizam o município.

Toma-se por objetivo da Secretaria Municipal da Saúde: **“Realizar a Atenção à Saúde na Cidade de São Paulo, nas dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as especificidades da cidade e integradas em rede”**.

Para este trabalho, são considerados os seguintes níveis de atenção **que constituirão as Redes de Atenção à Saúde na Cidade de São Paulo:**

- Atenção Básica
- Atenção Ambulatorial Especializada
- Atenção à Urgência e Emergência

Atenção Hospitalar Considera-se Atenção Básica e Atenção Primária como equivalentes, associando esses termos às noções de vinculação e responsabilização de equipes de saúde pelo cuidado continuado de pessoas em seus territórios de vida, acessibilidade, atenção abrangente e integral, alta resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado. (CAB n. 28, V. 1)

## 2. Justificativa

A reflexão sobre Redes de Atenção aponta características que ora podem configurar forças e oportunidades para a gestão, ou fragilidades. As principais forças elencadas são o Capital Humano e Profissional da nossa rede; o instrumento Contrato de Gestão, que representa uma potência para a governança com a região; a ampliação da Estratégia da Saúde da Família; Contratação de médicos; Consolidação da atuação da equipe multidisciplinar; a ferramenta da Telessaúde. Dentre as oportunidades estão a possibilidade de alinhamento entre os níveis de gestão municipal, estadual e federal; a possibilidade de rever protocolos e fluxos, assim como reavaliar os programas intersetoriais sem prejuízo na integralidade das ações e, por fim, a reflexão sobre o papel e atuação dos serviços de apoio; da mesma forma será possível aprimorar as pactuações e responsabilidades dos contratos de gestão.

As fragilidades e ameaças são: a fragmentação dentro das Unidades Básicas de Saúde - UBS com os diversos programas e ações incorporadas nas atividades das equipes, que muitas vezes não se articulam entre si. A Atenção Básica como demandadora ao invés de coordenadora da atenção à saúde. A sobreposição da oferta e os investimentos com pouca eficiência clínica. A desarticulação entre as áreas técnicas e a gestão que sobrecarrega a equipe dos serviços, gera excesso de burocracia e revela a fragmentação e verticalização das áreas técnicas e programas. Junto a isso, temos alta demanda por produção e procedimentos, desfalque da força de trabalho da administração direta e a qualidade da formação profissional.

São pressupostos neste trabalho:

- Defesa do SUS nas peculiaridades dos territórios
- Resolutividade da rede com qualidade
- Fortalecimento da Atenção Básica como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde
- Gestão do cuidado
- Estruturas concisas
- Trabalho em equipe com papéis claros e definidos.
- Gestão regional potencializada com a contribuição dos parceiros
- Participação Social

### 3. As Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Foi Lord Dawson, na Grã-Bretanha, em 1920, quem primeiro propôs um modelo de redes de serviços de saúde. A Comissão por ele coordenada tinha por incumbência definir “esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a população de uma área dada” (Wester apud Kuschnir, 2014). O trabalho desta comissão constituiu o Relatório Dawson. Um século mais tarde, ainda hoje é o conceito que norteia as redes de serviços. Segundo este relatório seria definido bases territoriais e populações-alvo, as **Regiões de Saúde** (Kuschnir, 2014).

As experiências da organização dos sistemas de saúde de diferentes países foi validando, numa certa medida esta proposição, na direção daquilo que a Organização Pan-Americana da Saúde denomina como “Redes Integradas de Serviços de Saúde baseadas na Atenção Primária” (OPAS, 2009). Ao basear as redes na atenção básica e introduzir o conceito de serviços de saúde equitativos e integrais, a proposta alinha-se no campo das redes regionalizadas dos sistemas públicos e fornece um marco conceitual para a organização de redes (Kuschnir, 2014).

São **atributos essenciais das RAS** baseadas na atenção básica (Kuschnir, 2014):

1. População/território definidos sob sua responsabilidade e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em saúde, as quais determinam a oferta de serviços de saúde.
2. Extensa rede de serviços de saúde que provê promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em patologias, riscos e populações específicas e os serviços pessoais e de saúde pública.
3. Um primeiro nível de atenção que cubra toda a população e atue como porta de entrada do sistema, que integre e coordene o cuidado da saúde e que resolva a maioria das necessidades de saúde da população.
4. Prestação de serviços de especialidades nos locais mais apropriados, os quais acontecerão preferencialmente em ambientes extra-hospitalares.
5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo do continuum de serviços de saúde
6. Cuidado da saúde focado na pessoa, na família e na comunidade.
7. Um sistema de governança único para toda a rede.

8. Ampla participação social.
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados.
11. Sistema de informação integrado, que se vincula a todos os membros da rede.
12. Financiamentos adequados e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede.
13. Ação intersetorial ampla e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.

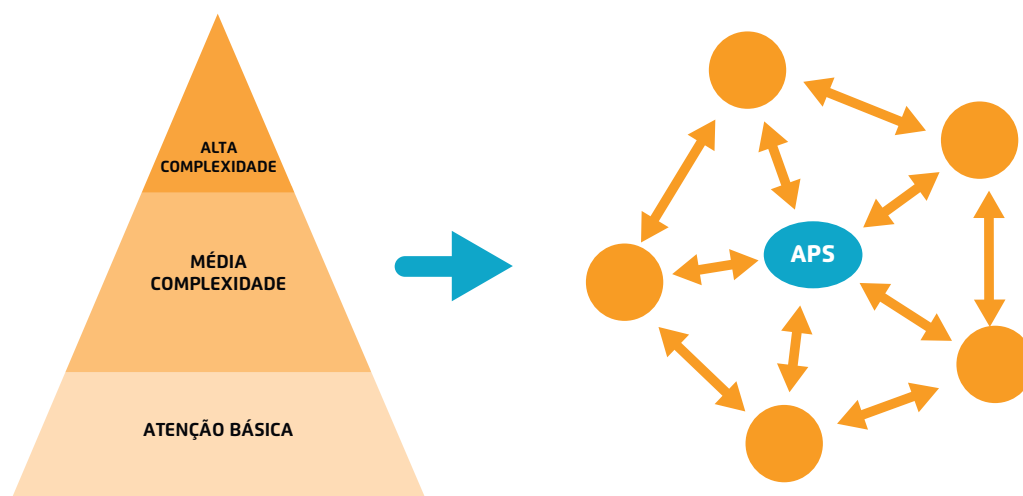
No caso brasileiro, o Ministério da Saúde define como Redes de Atenção à Saúde “os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam a integralidade do cuidado”. (Kuschnir, 2014)

Para Mendes (2011), em documento organizado pela OPAS, “os conteúdos básicos das RAS apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica (Figura 1); implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população”.



**Figura 1** – Da rede hierárquica para a rede poliárquica de atenção à saúde.

### A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes, Eugênio Villaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

Mendes (2011) considera, ainda, que para uma RAS ser estruturada de forma efetiva, eficiente e com qualidade, deve possuir os fundamentos de economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.

## 4. As Redes de Atenção à Saúde no Município de São Paulo

Propõe-se que as Redes de Atenção à Saúde no Município de São Paulo sejam reestruturadas com base nas seguintes premissas:

- Organizar as RAS a partir do território de modo a contemplar os serviços por nível de atenção de acordo com a necessidade, disponibilidade e qualidade do acesso;
- Considerar as especificidades da realidade paulistana e de seus territórios, dentre estas, a população que trabalha e estuda nos territórios e a população em situação de rua e demais origens étnicas;
- Fortalecer a integração entre os diferentes serviços, níveis de atenção e linhas de cuidado com as seguintes recomendações:

- Implementação do prontuário eletrônico na rede de atenção b;
- Construção de interfaces web entre os sistemas eletrônicos da rede hospitalar, ambulatorial e urgência e emergência por meio da criação de sistemas formais que melhorem a integração e comunicação entre os diferentes serviços, com espaços formais para interconsultas, matriciamento e fortalecimento da referência e contra referência, inclusive, com utilização de ferramentas de teleassistência;
- Maior integração entre os serviços municipais e estaduais.
- Realizar processos de substituição de serviços conforme a demanda e necessidade da população de cada território, com maior investimento na capacidade clínica e a reordenação das matrizes evitando serviços de cuidados sobrepostos.
- Valorizar a atribuição do SUS enquanto ordenador da formação profissional
- Fortalecer ações intersetoriais com outros órgãos e secretarias
- Reorganizar e fortalecer a rede de transporte sanitário
- Utilização de parâmetros para a organização e implantação dos serviços no território (anexo II)
- Promover e estimular a ampla participação social nos Conselhos Gestores de Unidade, Conselhos das Supervisões Técnicas e no Conselho Municipal de Saúde, bem como outras instâncias de participação social.

## 4.1 Atenção Básica

Desde 2004, a Secretaria Municipal da Saúde adota o conceito proposto pelo Ministério da Saúde, segundo o qual, Atenção Básica é entendida como o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, desenvolvida por meio do trabalho em equipe e orientada pelos princípios do SUS (Brasil, 2012).

Outras contribuições podem ser consideradas, dentre estas, a Organização Municipal da Saúde (OMS) aponta a Atenção Básica como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1979).

A Atenção Básica Saúde – ABS - compreende a promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e acompanhamento, redução de danos e reabilitação, com ênfase nas necessidades e problemas de saúde de maior frequência e relevância no território, observando critérios de risco e vulnerabilidade, tomando as famílias e as comunidades como bases para o planejamento e a ação.

Para Starfield (2002), as principais características da Atenção Básica são:

- Constituir a porta de entrada preferencial do serviço — espera-se da Atenção Básica que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado;
- Continuidade do cuidado — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente, sendo esta característica também chamada de longitudinalidade.
- Integralidade — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhada a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Básica continua corresponsável.
- Coordenação do cuidado — mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizada em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados.

Mendes (2016) amplia a potência da Atenção Básica ao vê-la como uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde que se apropria, recombina e reordena os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica na articulação da Atenção Básica não só como parte, mas também como **coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS)**.

A estrutura dos serviços da Atenção Básica constituirá de Unidades Básicas de Saúde - UBS formadas por Equipes Saúde da Família - ESF ou Equipes Atenção Básicas – EAB:

- As UBS com ESF são serviços compostos por equipes multiprofissionais com médico saúde da família, enfermeiro saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo recomendada sua complementação com equipes de saúde bucal.
- As UBS com EAB são serviços compostos por equipes de atenção básica com médicos de especialidades de clínicas básicas (clínicos gerais, pediatras, gineco-obstetras), equipe de enfermagem e de saúde bucal e demais profissionais, conforme o estabelecido da PNAB (Brasil, 2012). Em casos específicos, considerar a incorporação de Agentes Comunitários de Saúde a estas equipes.

As UBS podem contar com **Equipes de Apoio à Atenção Básica** que são programas, serviços e/ou equipes que atuam na Atenção Básica, promovendo maior integralidade do cuidado, tais como: Programa Acompanhante do Idoso (PAI), Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF), Equipe Multiprofissional de Apoio à Atenção Básica (EMAAB).

A **Equipe Multiprofissional de Apoio à Atenção Básica** pode ser composta pelos seguintes profissionais: Psiquiatra, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social e Fisioterapeuta atuando nas UBS com EAB em conformidade à proposta dos NASF. Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade Básica de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplie e qualifique as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

As **AMA/UBS Integradas** serão reorganizadas em Unidades de Atenção Básica ou unidade de atenção especializada a depender da necessidade do território com a devida adequação do perfil profissional, organização do serviço e processo de trabalho.

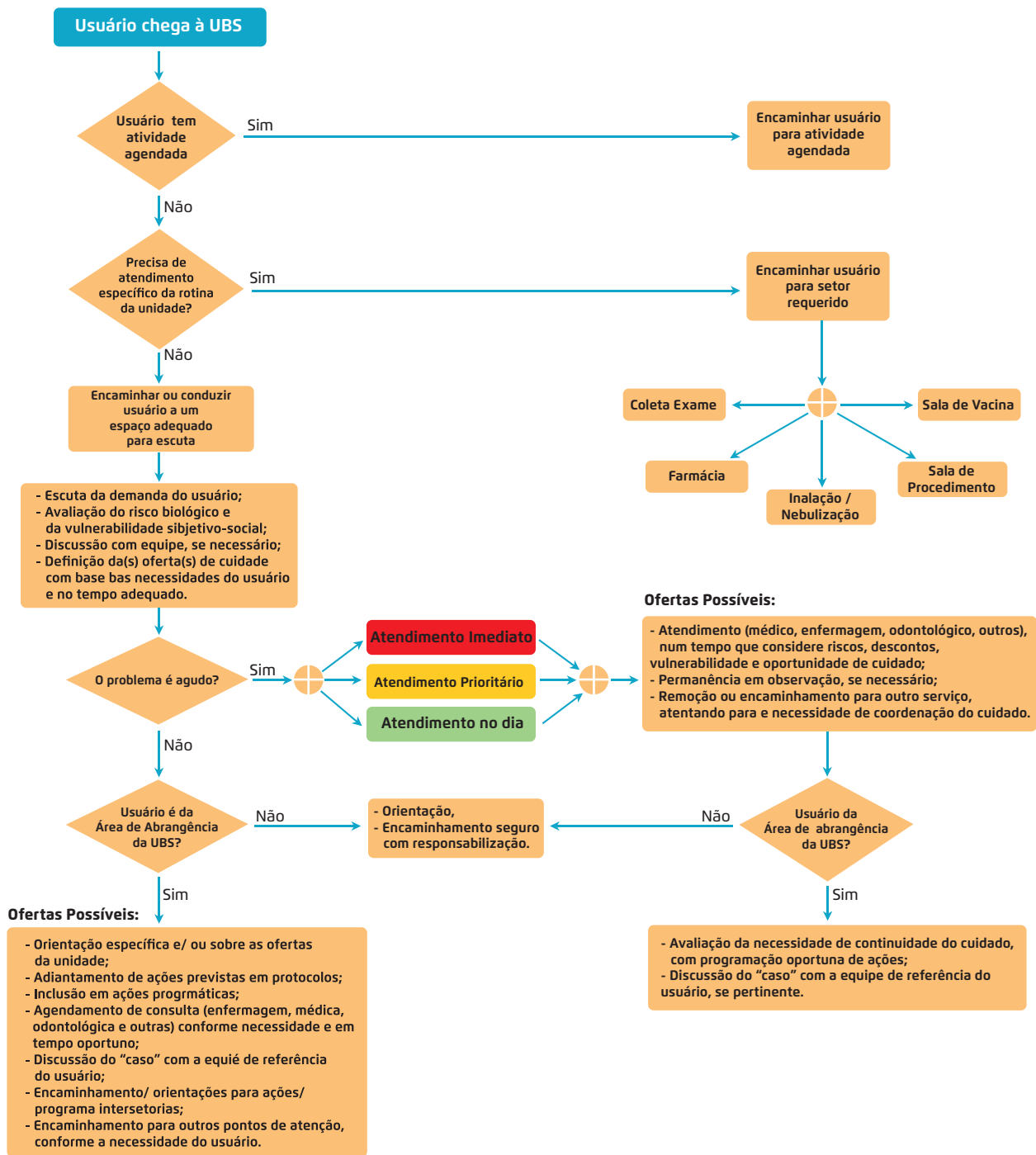
As unidades de **Assistência Médica Ambulatorial 12 horas (AMA 12h)** serão adequadas para que, paulatinamente, sejam transformadas em unidades de Atenção à Urgência e Emergência 24 horas, a depender do diagnóstico situacional.

### 4.1.1. Estratégia de fortalecimento da Atenção Básica

O atendimento à demanda espontânea nas UBS será parte integrante da atuação da atenção básica, focada na longitudinalidade, na coordenação e na abrangência do cuidado. Para o equilíbrio entre a atenção à procura espontânea e às necessidades de saúde do território, recomenda-se o uso de:

- Caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde. (Figura 2)
- Outras estratégias distintas para o acolhimento à demanda espontânea, nos moldes do “Faça hoje o trabalho de hoje”, (Mendes 2017).
- Modelo de atenção às condições crônicas (Mendes 2012).

Figura 2 – Fluxos dos usuários na UBS



Fonte: CAB nº 28 volume I - 2011

A Rede de Atenção Básica apresenta a seguinte estrutura e nomenclatura definida:

Nomenclatura Anterior	Nomenclatura Atual
<b>Atenção Básica</b>	
UBS Tradicional	UBS com Equipe Saúde da família ou Equipe Atenção Básica
UBS com ESF	
UBS Mista	
UBS Integral	
UBS AMA/UBS integrada	
AMA 12h	Substituição programada por estabelecimento de saúde a depender do diagnóstico situacional de cada território
<b>Serviços de Apoio à Atenção Básica</b>	
NASF - Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família	NASF - Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família
	EMAAB - Equipe Multiprofissional de Apoio à Atenção Básica
<b>Programas na Atenção Básica</b>	
PAVS - Programa Ambientes Verdes e Saudáveis	PAVS - Programa Ambientes Verdes e Saudáveis
PAI - Programa Acompanhante do Idoso	PAI - Programa Acompanhante do Idoso
<b>Equipes de Atenção Domiciliar</b>	
EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar	EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio	EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio

## 4.2 Rede de Atenção Ambulatorial Especializada

*A atenção ambulatorial especializada deve possuir integração com as RAS, de forma inovadora. Deve ordenar-se colocando a gestão dos fluxos e contra fluxos na Atenção Básica, com base em diretrizes clínicas, reduzindo a variabilidade dos procedimentos de atenção à saúde. Muda-se o foco do planejamento da saúde, usualmente baseado na oferta de serviços, para a lógica do atendimento às necessidades de saúde da população. Essa integração deverá ser feita, principalmente, por meio de sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico eletrônico, sistema de acesso regulado à atenção e sistema de transporte em saúde), reduzindo retrabalhos e redundâncias, garantindo-se uma atenção à saúde efetiva, eficiente e de qualidade. Os pontos de atenção ambulatorial especializada de uma rede devem prover, de forma equilibrada, a atenção pelos especialistas atuando em equipe com outros profissionais de saúde. Devem cumprir o papel de interconsultores e de suporte para as ações da equipe de atenção básica, com esforços para que especialistas e generalistas se conheçam e trabalhem conjuntamente. (Mendes, 2011)*

A rede de **Atenção Ambulatorial Especializada** apresenta a seguinte estrutura e nomenclatura definida:

Nomenclatura Anterior	Nomenclatura Atual
<b>Atenção Ambulatorial Especializada</b>	
Ambulatório de Especialidades	
AMA Especialidades	
Hospital Dia da Rede Horta Certa (ambulatorial e hospitalar)	Ambulatório de Especialidades/Hospital Dia
<b>Saúde Mental</b>	
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS adulto	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS adulto
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Infante Juvenil	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Infante Juvenil
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD – Álcool e Drogas	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD – Álcool e Drogas
<b>Serviços de Apoio à Atenção Especializada (Saúde Mental)</b>	
SRT - Residência Terapêutica	SRT - Residência Terapêutica
UAA - Unidade de Acolhimento Adulto em saúde mental	UAA - Unidade de Acolhimento Adulto em saúde mental
UAI - Unidade de Acolhimento Infantil em Saúde Mental	UAI - Unidade de Acolhimento Infantil em Saúde Mental
CECCO - Centro de Convivência e Cooperativa	CECCO - Centro de Convivência e Cooperativa
<b>Reabilitação</b>	
CER - Centro Especializado de Reabilitação	CER - Centro Especializado de Reabilitação
NIR - Núcleo Integrado em Reabilitação	NIR - Núcleo Integrado em Reabilitação
NISA - Núcleo Integrado em Saúde Auditiva	NISA - Núcleo Integrado em Saúde Auditiva
<b>Serviços de Apoio à Atenção Especializada (Reabilitação)</b>	
APD - Programa de Apoio à Pessoa com Deficiência	APD - Programa de Apoio à Pessoa com Deficiência
<b>Saúde Bucal</b>	
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas	CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
<b>DST/AIDS</b>	
CR - Centro de Referência	CR - Centro de Referência
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento	CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
SAE - Serviço de Atendimento Especializado	SAE - Serviço de Atendimento Especializado
<b>Saúde do Trabalhador</b>	
CRST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	CRST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
<b>Saúde do Idoso</b>	
URSI - Unidade de Referência em Saúde do Idoso	URSI - Unidade de Referência em Saúde do Idoso
<b>Práticas Integrativas e Complementares em Saúde</b>	
Centro de Referências em Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde	Centro de Referências em Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde

Em apoio à rede de atenção ambulatorial especializada será constituída a rede hospitalar estratégica para as cirurgias eletivas. (vide Rede de Atenção Hospitalar).



## 4.3 Rede de Atenção à Urgência e Emergência

*Para responder às necessidades das condições agudas e dos eventos agudos das condições crônicas, torna-se necessária a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação, estruturada em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências. (Mendes, 2011)*

A atenção à urgência e emergência deve nortear-se na resolução das condições agudas de urgência e emergência.

Cabe a Rede de Atenção às Urgências e Emergências orientar os diversos níveis de atenção à saúde para identificar, no menor tempo possível e com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência, definindo o ponto de atenção mais adequado para a sua resolução.

Os estabelecimentos de saúde a organização da atenção às urgências e emergências devem:

- Adotar um modelo único de classificação de risco.
- Pactuar fluxos de encaminhamento

A Rede de Atenção à Urgência e Emergência é organizada nos seguintes serviços de saúde:

- Componente Pré-Hospitalar Móvel: SAMU 192
- Componente Pré-Hospitalar Fixo:
  - Unidades de Pronto Atendimento** – UPA 24 horas
  - Unidades de Atenção às Urgências** – (AMA 24 h, AMA Hospitalar, Pronto Atendimento não Hospitalar, Pronto-Socorro Municipal);
- Componente hospitalar (hospitais gerais e estratégicos da RUE, Leitos de UTI e Leitos de apoio e retaguarda e Leitos de Longa Permanência;
- Componente de Atenção Domiciliar.

As unidades de atenção às urgências e emergências são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor a rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e realizar a contra referência para os demais pontos de atenção da RAS, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

A rede de **Atenção Urgência e Emergência** apresenta a seguinte nomenclatura definida:

## 4.4 Rede de atenção hospitalar

Nomenclatura Anterior	Nomenclatura Atual
<b>Atenção Urgência e Emergência</b>	
<b>Componente Pré-Hospitalar Fixo</b>	
UPA - Unidade de Pronto AtendimentoU	UPA - Unidade de Pronto Atendimento
AMA 24 h - Assistência Médica Ambulatorial	UPA - Unidade de Pronto Atendimento
AMA Hospitalar	
Pronto-Socorro Municipal	
Pronto Atendimento	
<b>Componente Pré-Hospitalar Móvel</b>	
SAMU 192	SAMU 192

A atenção hospitalar, como integrante da RAS, deve estar inserida, sistemicamente e de forma integrada, como pontos de atenção de diferentes redes temáticas de atenção à saúde. Portanto, o hospital deve estar articulado com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio. (Mendes, 2011)

A atenção hospitalar deve cumprir, principalmente, a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Para isso, os hospitais em redes devem ter uma densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função e devem operar com padrões ótimos de qualidade, gerando valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. (Mendes, 2011)

Também deverão ser considerados os processos de reorganização e melhorias na gestão dos recursos humanos, das competências, dos equipamentos e das instalações físicas, a fim de que se possa prestar a atenção hospitalar no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

A Secretaria Municipal da Saúde estabelece a seguinte categorização da rede hospitalar:

### Hospital Estruturante

São serviços hospitalares de grande porte e considerados referências em suas regiões para a realização de procedimentos de alta complexidade. Prestam atenção terciária às condições de saúde mais complexas e que requeiram recursos de alta tecnológica.

### **Hospital Estratégico**

Os hospitais estratégicos são referências hospitalares regionais, de alto potencial de resolução clínico e cirúrgico.

### **Hospital Apoio**

Hospital de apoio é a retaguarda para a complementação dos cuidados iniciais realizados nos hospitais estruturantes e estratégicos e terão leitos de longa permanência destinados aos cuidados prolongados.

Os leitos de apoio dos hospitais acima descritos serão referência hospitalares regionais conforme pactuação futura no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE, fazendo jus ao custeio diferenciado dado pela rede.

## Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Kuschnir, Rosana - As redes de atenção à saúde: histórico, conceitos e atributos. Em: Gestão de Redes de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

Mendes, Eugênio Villaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

Mendes, Eugênio Villaça. Orientações e instrumentos para a organização do acesso à atenção primária à saúde. Trabalho realizado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Outubro de 2016.

OPAS - <http://www1.paho.org/bra/apsredes/>

Starfield, Barbara. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia. 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)

Sobre Especialidades - [file:///C:/Users/d719259/Downloads/40573-48170-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/d719259/Downloads/40573-48170-1-SM%20(1).pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; Brasília: Ministério da Saúde, 2013.56 p.

PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

# ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, ELABORAÇÃO DE AGENDAS E DEFINIÇÃO DE METAS.

## 1. Organização dos Serviços da Atenção Básica à Saúde

Tomando como base a constituição das Redes da Atenção à Saúde, as ações e serviços realizados na Atenção Básica à Saúde devem oportunizar o contato do usuário para atenção e cuidado continuado tanto nas unidades de saúde como em domicílio e às pessoas institucionalizadas. Incluem acolhimento e atenção à demanda espontânea, às urgências e emergências e as ações programáticas de acordo com as diversas linhas de cuidado.

Estas ações podem compreender atenção individual e coletiva (ex.: Familiar, Comunitária), a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; atividades de vigilância em saúde, coordenação do cuidado, incluindo o acesso a ações e serviços fora do âmbito da atenção básica; construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde tais como matriciamento, atividades de ensino com ênfase no acompanhamento de estágios, residências e educação permanente e o fortalecimento do controle social na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva.

A necessidade da população deve ser identificada a partir de análise do território, com base nos dados sociais, demográficos e epidemiológicos, atendendo à missão do serviço de dar respostas às necessidades de atenção à saúde das pessoas de modo oportuno e com qualidade.

Os equipamentos de saúde responsáveis pela Atenção Básica à Saúde são as Unidades Básicas de Saúde - UBS. O horário de atendimento das UBS deve ser de segunda à sexta-feira das 7 às 19h. Outros horários poderão ser definidos conforme as necessidades da região. Durante o horário de atendimento a UBS deverá oferecer todas as ações e serviços previstos neste documento.

### A. Ações e serviços da Atenção Básica à Saúde

A atenção básica é coordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde. Sua gestão compreende a territorialização e análise da situação de saúde; planejamento, programação, acompanhamento, monitoramento e avaliação; gestão de pessoas, do trabalho e da Educação em saúde; gerência de unidades assistenciais; apoio técnico e administrativo, logística de transportes, gestão de materiais e estoques, inclusive de medicamentos; gestão financeira; gestão de sistemas de informação, inclusive as ati-

vidades de alimentação das bases de dados oficiais; gestão participativa; ações Inter setoriais; articulação intra-rede de saúde e demais ações administrativas e gerenciais.

Cabe à Atenção Básica desenvolver as seguintes ações e serviços:

### **1. Atendimento clínico na Atenção Básica**

Anamnese; Exame físico; Avaliação antropométrica; Registro de marcadores do consumo alimentar; Avaliação da capacidade funcional do paciente idoso (vide Atenção à saúde do idoso); Otoscopia; Laringoscopia indireta; Avaliação de acuidade visual e auditiva de rastreamento; Fundoscopia (exame de fundo de olho); Exames de rastreamentos conforme protocolos vigentes; Estesimetria (teste de sensibilidade); Prescrição, administração e dispensação de medicamentos, incluindo parenterais, de acordo com os protocolos e regulamentação da ANVISA; Terapia de reidratação oral; Nebulização; Aferição de pressão arterial; Realização do teste do reflexo vermelho; Ordenha mamária; Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU), e implante subdermico (Implanon); Eletrocardiograma (ECG); Imobilizações provisórias necessárias para remoção do paciente; Ressucitação cardiopulmonar; Diagnóstico e atendimento clínico de pacientes com tuberculose e/ou hanseníase; Intradermorreação com derivado proteico purificado (PPD); Avaliação de pacientes com agravos relacionados ao trabalho; Visita domiciliar para o acompanhamento dos casos e pacientes da área de responsabilidade da unidade.

### **2. Consulta e acompanhamento realizados por profissional de Nível Superior**

Atendimentos/consultas individuais realizados por profissionais de nível superior, com o objetivo de garantir atenção integral, conforme a necessidade de saúde do indivíduo. Estão incluídas: Consultas agendadas ou de demanda espontânea (imediate), para condições agudas ou crônicas agudizadas; Consultas de programas específicos; Consultas compartilhadas entre profissionais; Consultas de urgência e emergência (com ou sem observação); Primeira consulta odontológica programática; Retirada de pontos de cirurgias básicas; Visita, atendimento e consulta domiciliar; Consulta farmacêutica visando o cuidado farmacêutico para todos os pacientes da Unidade.

### **3. Atenção à saúde da criança**

Ações para atenção à saúde da criança (0 a 9 anos), tendo em vista o acompanhamento e assistência integral à saúde da criança, dentro dos princípios do SUS, visando diminuir a morbimortalidade infantil, aprimorar a promoção à saúde e prevenção de agravos, incluindo: Avaliação nutricional; Avaliação do crescimento e desenvolvimento-

neuropsicomotor; Suplementação de micronutrientes e vitaminas; Orientação para o aleitamento materno e alimentação suplementar saudável; Aconselhamento, detecção e tratamento de problemas de saúde mais frequentes nas diversas faixas etárias; Detecção e acompanhamento das crianças de risco; Desenvolver a aptidão e estímulo ao vínculo familiar com enfoque na promoção à saúde e prevenção de agravos, visando o desenvolvimento integral da criança; Vigilância em saúde de óbitos infantis, inclusive violências, acidentes e ações de imunização específicas para o grupo; Ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, em âmbitos individual e coletivo, especialmente com populações vulneráveis (adolescentes privados de liberdade, em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas); Realizar as ações do Programa Saúde na Escola (PSE) com o objetivo de promover práticas de saúde para crianças e atuar no controle e prevenção de agravos;

Acompanhamento e atualização do calendário vacinal; Ações de prevenção de agravos e promoção de saúde nas escolas; Prevenção de acidentes na infância.

#### **4. Atenção à saúde do adolescente**

Ações para atenção à saúde de adolescentes (10 a 19 anos), incluindo: Avaliação de crescimento e desenvolvimento; Avaliação nutricional identificando distúrbios nutricionais e comportamentais, incapacidades funcionais e doenças crônicas; Complementação do calendário vacinal; Atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva (planejamento reprodutivo, AIDS/DST), com enfoque quanto à prevenção de DST e gravidez precoce; Atenção à saúde mental. Incluem também a detecção e tratamento dos problemas de saúde mais comuns a esta faixa etária, tais como: agravos resultantes de violências e acidentes; Ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, em âmbitos individual e coletivo, especialmente com populações vulneráveis (adolescentes privados de liberdade, em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas); Ações de prevenção de agravos e promoção de saúde nas escolas; Ações de prevenção do uso de tabaco, álcool e outras drogas.

#### **5. Atenção à saúde da mulher**

Ações de atenção aos direitos sexuais e reprodutivos, com oferta de métodos contraceptivos; Atenção ginecológica, considerando as especificidades de gênero, orientação sexual, raça e etnia; Orientação a adolescentes quanto à prevenção de DST e gravidez precoce; Atenção ao pré-natal das gestações de risco habitual; Avaliação nutricional; Suplementação de micronutrientes; Identificação e acompanhamento das gestações de alto risco; Atenção ao puerpério, incluindo aos transtornos mentais relacionados a este; Rastreamento, detecção precoce e acompanhamento do câncer

de colo de útero e de mama; Atenção ao climatério/menopausa; Atenção à mulher vítima de violência doméstica e sexual;

Vigilância de óbitos maternos; Ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, em âmbitos individual e coletivo, especialmente com populações vulneráveis (adolescentes privados de liberdade, em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas).

## **6. Atenção à saúde do homem**

Atenção aos agravos do aparelho geniturinário, incluindo disfunção erétil; Realização do acompanhamento da saúde do homem durante o pré-natal; Planejamento reprodutivo; Ações para a atenção aos portadores de doenças crônicas tendo em vista diagnóstico precoce, acompanhamento adequado e oportuno e prevenção e seguimento das complicações; ações para a prevenção das doenças crônicas; Ações de prevenção de acidentes e violências; Todas as ações devem contemplar de forma integral a diversidade de raça/etnia e a orientação sexual.

## **7. Atenção à saúde dos adultos**

Ações para atenção à saúde de jovens e adultos (a partir de 20 anos), incluindo: Atenção à saúde sexual e reprodutiva; Atenção à saúde mental; Prevenção e tratamento de agravos resultantes de violências e acidentes; Atenção aos agravos relacionados ao trabalho; Ações de promoção e atenção à saúde de populações vulneráveis (em situação de rua, indivíduos privados de liberdade, usuários de álcool e outras drogas); Aconselhamento e detecção de fatores de risco; Aconselhamento sobre estilo de vida saudável; Detecção precoce de problemas de saúde; Imunização específica para o grupo etário; Atenção às doenças crônicas mais frequentes, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), dislipidemias, insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, obesidade, problemas osteomusculares, problemas do aparelho geniturinário e tabagismo.

## **8. Atenção à saúde do idoso**

Ações de prevenção e aconselhamento; Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica - AMPI-AB; Identificação de riscos, prevenção de acidentes, quedas e fraturas; Detecção e tratamento precoce de agravos de saúde; Rastreamento de Capacidade Funcional quando indicado (por meio dos seguintes testes: Teste de Katz, Teste de Lawton, Teste de Velocidade de Marcha, Timed Up and Go Test (TUGT), Escala de Depressão Geriátrica (EDG ou GDS), Mini Exame do Estado Mental (MEEM ou Mini mental), Teste de Snellen e Teste do Sussurro; Vigilância ao uso de medicamen-



tos; Prevenção, identificação e acompanhamento de distúrbios nutricionais da pessoa idosa; Identificação e acompanhamento de situações de violência contra idosos;

Prevenção, identificação e acompanhamento da pessoa idosa em processo de fragilização; Levantamento e acompanhamento dos idosos na comunidade; Orientação à família e ao cuidador nos cuidados gerais; Identificação de situações de risco/vulnerabilidade, com avaliação da capacidade funcional; Ações de imunização específicas para o grupo.

### **9. Atenção à Saúde Mental, álcool e outras drogas.**

Ações individuais e coletivas visando à promoção e manutenção da saúde mental e redução de danos, o desenvolvimento, acompanhamento e avaliação de estratégias locais de atenção em saúde mental, respeitando as diversidades do território; Identificação, acolhimento, tratamento e acompanhamento dos indivíduos, nos diferentes ciclos de vida, que apresentam problemas relacionados à saúde mental e ao uso de álcool e outras drogas com atenção especial às populações vulneráveis (moradores em situação de rua, população institucionalizada, etc.); Compartilhar com outros serviços de Atenção Psicossocial o atendimento/acompanhamento por meio de encaminhamento, referência e contra referência dos indivíduos com agravos relacionados à saúde mental.

### **10. Atenção à saúde da pessoa com deficiência**

Acolher as pessoas com deficiência, rompendo assim com a maior barreira enfrentada por este segmento da população: as barreiras atitudinais; Atender necessidades gerais de saúde das pessoas com deficiência, como pré-natal, vacinação, puericultura, consultas médicas, atendimentos odontológicos, atendimento ginecológico e articular com outros serviços de forma que a atenção básica seja a ordenadora da rede de atenção à saúde; Elaborar e participar da execução de Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto com a pessoa com deficiência, família e equipamentos do território, contribuindo para o desenvolvimento de ações de saúde, inclusão social e qualidade de vida das pessoas que residem ou circulam no território; Realizar atendimentos em reabilitação com vistas à manutenção funcional, prevenção e gerenciamento de alterações crônicas e uso de tecnologia assistiva (cadeira de rodas, andador, aparelho auditivo, óculos especiais), promovendo protagonismo, autonomia, independência e suporte às famílias/cuidadores. Como exemplos destes atendimentos podemos citar: atividades físicas relacionadas às práticas integrativas em saúde; grupos, oficinas terapêuticas de coluna, joelho, ombro, linguagem oral e escrita, memória ou outro tipo de intervenção, coordenados por profissionais de reabilitação da própria UBS/ESF ou

equipes NASF; Realizar visitas e atendimentos domiciliares, articulando com equipes do Melhor em Casa e serviços especializados em reabilitação, sempre que necessário; Identificar riscos e atrasos de desenvolvimento, realizar atendimentos, dar suporte às famílias, articular a continuidade do cuidado com serviços especializados, de forma a garantir o diagnóstico, intervenção oportuna e cuidado integral à criança e à família; realizar busca ativa e monitoramento de recém-nascidos que falharam na triagem neonatal, bem como de outros bebês considerados como de risco para alterações do desenvolvimento; Identificar e encaminhar à atenção especializada os casos pós-alta hospitalar que impliquem em ações de reabilitação, assim como aqueles em que há agudização dos processos e que necessitem de novas intervenções especializadas; Desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de deficiências nas escolas de acordo com as diretrizes do Programa Saúde na Escola; Promover espaços de articulação Inter setorial para que os projetos terapêuticos singulares das pessoas com deficiência sejam estabelecidos junto a outras áreas - como educação, esporte, lazer e trabalho – tendo em vista sua participação e inclusão social, educacional e no mercado de trabalho; Participar de fóruns de discussão do cuidado à pessoa com deficiência no território com vistas à articulação de serviços em rede. Responsabilizar-se pelas pessoas com deficiência domiciliadas residentes em toda área de adscrição, incluindo abrigos e Residências Inclusivas.

### **11. Atenção à saúde da população negra**

Desenvolver ações para o cuidado integral a saúde da população negra; Realizar ações de prevenção e promoção na busca de uma cultura mais igualitária.

### **12. Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência**

Garantir a organização do cuidado e articulação das ações para a superação da violência e promoção de cultura de paz através do núcleo de prevenção de violência - NPV, incluindo ações de assistência, prevenção e promoção de saúde no nível local, no sentido de estabelecer o cuidado integral às pessoas em situação de violência; Organizar o atendimento e criar estratégias para fortalecer o cuidado ampliado e integral das pessoas em risco ou situação de violência nos serviços, utilizando o dispositivo de Projeto Terapêutico Singular e as tecnologias de cultura de paz; Identificação, acolhimento, vigilância - preenchimento e encaminhamento da ficha SINAN, ações para garantir as medidas protetivas junto ao judiciário, elaboração de PTS, atendimento, prevenção de gravidez e encaminhamento para profilaxia DST/AIDS na violência sexual, acompanhamento de tentativas de suicídio do território, seguimento na rede de cuidados, participação das redes protetivas Inter setoriais; Promover e participar dos fóruns de discussões e das reuniões da rede local, que tenham como objetivo

a prevenção da violência e a promoção da saúde e Cultura de Paz; Facilitar espaços para discussão, reflexão e aprimoramento entre os profissionais do serviço de saúde, uma vez que o atendimento dos casos de violência é de responsabilidade de todos os profissionais dos estabelecimentos de saúde; Contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais envolvidos nos atendimentos dos casos; Estimular a formação de grupos terapêuticos de atendimento e encaminhar os usuários para os grupos já existentes no estabelecimento de saúde; Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência que chegam aos serviços, caso o preenchimento da ficha ainda não tenha sido realizado.

### **13. Atenção à vigilância em saúde**

Atenção à saúde das pessoas com doenças epidemiologicamente relevantes; Identificar agravos, com a notificação do caso, quando este for de notificação compulsória, dentro dos prazos estabelecidos e com os dados necessários, analisando de como ocorreu a exposição a este agravo, incluindo as questões ambientais, pela presença de animais sinantrópicos, ou contaminações de solo, ar, água, e sanitárias pela presença de estabelecimentos de serviços de risco; Realizar ações quando de agravos desencadeados pela atividade laboral do município, desencadeando ações de assistência, mas também de prevenção/promoção a saúde em parceria com as Unidades de Vigilância; Acompanhar os dados epidemiológicos disponíveis pelos serviços para uma análise permanente utilizando para planejar ações futuras da unidade.

### **14. Imunização**

Ofertar as diferentes vacinas que constam do calendário vacinal, de acordo com as diretrizes da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e do Ministério da Saúde, levando em conta a faixa etária da população susceptível, com o cuidado de completar o esquema proposto, buscando os faltosos e notificar caso de evento adverso quando este ocorrer, com objetivo de atingir a Cobertura vacinal ideal do território de sua responsabilidade.

### **15. Procedimento cirúrgico ambulatorial básico**

Procedimentos de pequenas cirurgias simples, que poderão ser realizadas em Unidades da Atenção Básica: Pequenas suturas; Manutenção e troca de cateterismo uretral; Cauterização química e eletro cauterização de pequenas lesões ginecológicas; Retirada de pontos de cirurgias; Tratamento de feridas conforme protocolo; Drenagem de abscesso; Tamponamento de epistaxe; Remoção de cerume; Cuidado de estomas (digestivos, urinários e traqueais);

## **16. Procedimento clínico e cirúrgico em Saúde Bucal**

Procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados para o tratamento e manutenção dos elementos dentários; cura ou alívio de sintomas ou enfermidades relacionadas à saúde bucal; recuperação/reabilitação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença; e reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

Estão incluídos: Pequenas cirurgias na Atenção Básica; Drenagem de abscesso; Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosa; Frenectomia e frenotomia; Exodontia de dente decíduo;

Exodontia de dente permanente; Tratamento cirúrgico de hemorragia buco dental; Tratamento de alveolite; Ulotomia/ulectomia; Capeamento pulpar; Restauração de dente decíduo; Restauração de dente permanente anterior e/ou posterior; Tratamento restaurador atraumático; Acesso à polpa dentária e medicação (por dente – pulpectomia); Curativo de demora, com ou sem preparo biomecânico; Polpotomia dentária; Raspagem, alisamento e polimento supra gengivais (por sextante); Raspagem e alisamento subgengivais (por sextante); Higienização e manutenção periódica de prótese dentária.

## **17. Atenção Domiciliar**

Atendimento contínuo e regular ao paciente, realizado por equipe multiprofissional no domicílio. Incluem todas as ações inerentes ao atendimento, considerando as três modalidades de Atenção Domiciliar.

Avaliação integral das necessidades de saúde, estabelecimento de plano de cuidado, seguimento do tratamento proposto, avaliação da evolução do caso;

A oferta de material médico hospitalar, insumos, equipamentos e medicamentos será de acordo com Avaliação Clínica e Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário em acompanhamento, segundo protocolos e fluxos definidos e disponibilidade pelo tempo necessário. O fornecimento será realizado segundo protocolos e fluxos estabelecidos e padronizados na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, previstos no SUS por meio do Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde e de acordo com as pactuações entre as Secretarias Estadual, Municipal da Saúde e Ministério da Saúde. Compete as equipes orientar os usuários e seus familiares e/ou cuidadores para cadastro e obtenção dos insumos, medicamentos, dietas enterais e demais materiais que são fornecidos pela Secretaria Estadual da Saúde, definidos em protocolos e com fluxos específicos.

Ações educativas para orientação e capacitação adequada, com os familiares e cuidadores; ações e grupos de apoio aos cuidadores; Cuidados paliativos; Realização de avaliação diagnóstica, para uso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos no domicílio de acordo com protocolo do Programa Melhor em Casa na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; Ações de vigilância em saúde; Orientações sobre o uso de equipamentos de suporte ventilatório não invasivo CPAP e BIPAP, assim como demais ações previstas no Programa de Oxigênio Domiciliar Prolongado (ODP); Realização de Avaliação e orientações terapêuticas nutricionais; Cadastro dos usuários para obtenção de insumos padronizados que são fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, segundo protocolo (como frascos, seringas e equipos) ); Aspiração de vias aéreas para higiene brônquica; Consultas; Acompanhamento domiciliar em pós-operatório; Adaptação do paciente e /ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; Adaptação do paciente ao uso de órteses/próteses, sondas e ostomias; Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, promovendo a continuidade do atendimento até que apresentem condições de frequentar serviços de reabilitação; Dispensação de medicamentos e insumos dos pacientes acamados atendidos, por meio de protocolos definidos com fluxos de autorização e quantidades para cada insumo.

## **18. Práticas Integrativas e Complementares**

Ações diagnósticas e terapêuticas que envolvem abordagens de sistemas médicos alternativos à medicina técnico-científica, aplicadas individualmente ou em grupo, de acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e com a política municipal.

## **19. Ações comunitárias**

Ações realizadas com a comunidade, orientadas à detecção dos problemas de saúde relacionados ao contexto comunitário e respectivas ações, tais como: identificação de recursos comunitários; priorização de ações da saúde; articulação com equipamentos sociais e lideranças comunitárias, em parceria com outros dispositivos sociais e setoriais (escolas, SUAS). Incluem-se aqui as ações de promoção da saúde, que constituem formas mais amplas de intervir em saúde, com enfoque nos seus determinantes sociais a partir de articulações intersetoriais e com participação popular, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem, trabalham e estudam; e ações de reinserção social.

## **20. Atividades educativas, terapêuticas e de orientação à população.**

Ações de educação alimentar e nutricional; Grupo de práticas corporais e atividades

físicas; Ações educativas em escolas, creches e CEI e do PSE; Grupos educativos e terapêuticos; Rodas de terapia comunitária; Ações de prevenção de violência e promoção de cultura da paz; Acolhimento e orientação de cuidadores de idosos; Grupos de orientação específica para os diversos ciclos de vida; Ações coletivas e individuais de saúde bucal; Ações de saúde e educação permanente voltadas à vigilância e prevenção das violências, inclusive doméstica, no trabalho, acidentes, lesões e mortes no trânsito.

## **21. Atividades físicas, educativas e de orientação à população.**

Ações de promoção da saúde da população em espaços com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais/ meditativas e atividades físicas, além de lazer e modos de vida saudáveis, destacando a atuação das Academias de Saúde nos territórios.

## **22. Ações ambientais na Atenção Básica**

Construção de uma agenda de ações integradas com enfoque no desenvolvimento de políticas de saúde ambiental no âmbito do território com a mobilização da comunidade contribuindo na articulação intersetorial e constituição de redes locais, de acordo com o previsto no Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS):

Estimular práticas que incorporem as questões socioambientais nas ações de promoção de saúde; Atuação, essencialmente, no âmbito de sete eixos temáticos: gerenciamento de resíduos, horta e alimentação saudável, cultura e comunicação, A3P, revitalização de espaços públicos, água, ar e solo, e biodiversidade e arborização; Ações educativas voltadas a promoção de saúde com empoderamento das pessoas na manutenção de sua própria saúde e no cuidado com o meio ambiente; Orientações em grupos das unidades, visitas socioambientais domiciliares, rodas de conversas, palestras, oficinas, eventos, mobilização da comunidade, práticas corporais, entre outras; Projetos socioambientais em saúde a partir de demandas territoriais, que visem minimizar/solucionar problemas socioambientais relacionados à saúde.

## **23. Exames diagnósticos na Atenção Básica**

Coleta de material de sangue para exame laboratorial; Coleta de material de urina para exame laboratorial; Coleta de material de escarro para exame laboratorial; Recebimento e encaminhamento de material para exames de fezes; Coleta de material para exame citopatológico do colo do útero (exame de Papanicolau); Aferição de glicemia capilar; coleta de material para realização do "teste do pezinho" (Exames de

triagem neonatal) conforme regulamentado em legislação; Intradermoreação com derivado proteico purificado (PPD), a depender de treinamento de profissionais e disponibilidade de insumos; Teste rápido de gravidez (pesquisa de gonadotrofina coriônica na urina); Pesquisa de corpos cetônicos na urina; Pesquisa de glicose na urina; Coleta de exames sorológicos para confirmação de doenças transmissíveis de interesse da saúde pública; Coleta de linfa para baciloscopia (hanseníase); ); Pesquisa de proteína na urina; Coleta material para pesquisa de estreptococos B; Teste rápido para HIV, sífilis, dengue e hepatite C; Eletrocardiograma; Realizar diagnóstico por imagem, segundo referência estabelecida ou quando houver equipamento na UBS.

## **24. Cuidado Farmacêutico**

De acordo com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) a Assistência Farmacêutica está para além do medicamento, foca o cuidado com as pessoas e com a sociedade. Envolve um conjunto de ações para a promoção de saúde individual e coletiva tendo o medicamento como seu insumo essencial visando seu uso racional: Medicamento com indicação correta, em doses adequadas e uso pelo menor tempo possível; Abrange ações de educação em saúde, na comunidade e com profissionais de saúde, para promover a prescrição e o uso racional de medicamentos em conjunto com técnicos de farmácia; Participação, dos farmacêuticos, em grupos terapêuticos, realização de abordagem a pacientes portadores de DM, HA, TB, Hansen, DST AIDS, além da orientação individual aos pacientes.

É fundamental para a resolutividade do sistema que estejam integrados com a equipe multiprofissional, com ações que promovam o uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, e à comunidade.

### **B. Elaboração de Agendas da Atenção Básica**

A programação da Agenda da Unidade Básica de Saúde será elaborada a partir do diagnóstico situacional, plano estratégico e operacional local. Deverá organizar o acesso considerando os usuários que buscam a UBS nas seguintes demandas:

- Programada;
- Espontânea;

As agendas deverão possuir flexibilidade de forma a atender às diferentes especificidades dos territórios e garantir o acesso da população aos serviços em tempo oportuno.

tuno. Dessa forma, a carga horária dos profissionais destinada às diversas atividades deve ser definida entre os valores mínimos e máximos apresentados neste documento. A flexibilidade na carga horária visa a atender o perfil do trabalho em equipe e a possibilidade de melhor coordenação e longitudinalidade do cuidado na Unidade Básica de Saúde.

Para organização da agenda, visando estabelecer os limites mínimos e máximos, devem ser considerados os tempos destinados a:

- Consultas individuais e compartilhadas na unidade, na comunidade e no domicílio;
- Outras atividades da assistência (visita domiciliar, atividade educativa, ações coletivas);
- Atividades administrativas (reunião de equipe, reunião técnica, administrativa, planejamento);
- Atividades técnicas (regulação, responsabilidade técnica, comitês e outros);
- Atividades técnicas (regulação, responsabilidade técnica, comitês e outros);
- Atividades de Vigilância em Saúde;
- Educação permanente.

O Médico responsável pela Regulação do estabelecimento deverá ter parte da sua carga horária destinada ao exercício dessa função específica.

A proporção entre consultas individuais e compartilhadas e outras atividades da assistência deve ser variável e definida pela Unidade Básica de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde (STS) e Organização Social (O.S.) dentro dos limites estabelecidos neste documento, conforme as necessidades dos serviços para atender a população.

Se houver uma proporção menor da carga horária semanal (CHS) destinado às consultas deverá haver um correspondente aumento do tempo destinado a outras atividades da assistência e vice-versa. Essa variação deve contemplar o aproveitamento máximo dos recursos da capacidade instalada da Unidade Básica de Saúde.

A flexibilização da utilização da carga horária possibilita:

- Elaboração de Projeto Terapêutico Singular – PTS;
- Produção de autonomia e autocuidado do usuário;
- Programação de eventos temporários - capacitações, cursos, campanhas, etc.;
- Atividades diferenciadas, definidas por regulamentação específica (Programa Mais Médicos, PROVAB, Preceptorial).



## C. Configuração da Agenda

Todas as ações individuais e coletivas deverão estar contempladas na agenda. Para o atendimento individual, a agenda deve conter vagas para demanda espontânea e consulta agendada. A proporção entre elas será definida pela Unidade Básica de Saúde (UBS), Supervisão Técnica de Saúde (STS) e Organização Social (O.S.) e poderá variar para organizar o acesso. Dessa forma a agenda de profissionais da mesma Unidade Básica de Saúde e categoria, poderá ser configurada de maneira individualizada para aperfeiçoar a assistência e acesso à população, considerando-se os diferentes modelos de organização do acesso. A configuração da agenda deverá respeitar a legislação trabalhista. As agendas serão monitoradas visando reduzir o tempo médio para o acesso ao serviço.

A proporção de carga horária destinada à consulta e atendimento individual pode variar entre:

- Médico: 60 a 80%
- Enfermeiro: 20 a 40%
- Cirurgião-Dentista: 75 a 80%

O restante da carga horária será destinado às outras atividades da assistência, administrativas, técnicas, vigilância e educação permanente.

**Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e Equipe Multiprofissional de Apoio à Atenção Básica**

### Configuração da Agenda

Todas as ações individuais e coletivas deverão estar contempladas na agenda. As consultas compartilhadas deverão corresponder a no mínimo 15% do total.

A variação da proporção de carga horária destinada à consulta e atendimento individual será de 10% a 30% e o restante da carga horária para matriciamento, outras atividades da assistência (visita domiciliar, atividade educativa, ações coletivas), atividades administrativas e educação permanente.

O Psiquiatra terá 60 a 80% da carga horária para atendimento individual.

## D. Monitoramento das Agendas

O monitoramento das agendas será realizado por meio de indicadores quantitativos obtidos a partir dos dados registrados nos sistemas de informação.

## E. Definição de Metas da Atenção Básica

### Meta de oferta de vagas na agenda

A meta - a oferta de vagas no intervalo de tempo definido - deverá ser baseada na disponibilidade operacional máxima, conforme carga horária e a configuração da agenda. A capacidade operacional máxima é calculada sobre 20 dias úteis por mês sem considerar férias, feriados, licenças, faltas do profissional e outras ocorrências. Ela tem uma variação de acordo com a proporção da carga horária destinada a atividades individuais (consulta, atendimento individual e procedimento) e às demais atividades, definidas na elaboração das agendas. As metas quantitativas estão relacionadas nas tabelas abaixo:

### Médicos

Proporção da carga horária destinada à consulta e atendimento individual	Nº vagas ofertadas na agenda por mês segundo carga horária semanal	
	40 horas	20 horas
80%	512	256
75%	480	240
70%	448	224
65%	416	208
60%	352	192

### Psiquiatra:

Proporção da carga horária destinada à consulta e atendimento individual	Nº vagas ofertadas na agenda por mês segundo carga horária semanal	
	40 horas	20 horas
80%	256	128
75%	240	120
70%	224	112
65%	208	104
60%	192	96

**Enfermeiros:**

Proporção da carga horária destinada à consulta e atendimento individual	Nº vagas ofertadas na agenda por mês segundo carga horária semanal	
	40 horas	30 horas
40%	192	144
35%	168	126
30%	144	108
25%	120	90
20%	96	72

**Cirurgiões-Dentistas:**

Proporção da carga horária destinada à consulta e atendimento individual	Nº vagas ofertadas na agenda por mês segundo carga horária semanal	
	40 horas	20 horas
80%	192	96
75%	180	90

**NASF e Equipe Multiprofissional de Apoio à Atenção Básica**

Proporção da carga horária destinada à consulta e atendimento individual	Nº vagas ofertadas na agenda por mês segundo carga horária semanal		
	40 horas	30 horas	20 horas
30%	96	72	48
20%	64	48	32

**Exemplo:** um médico com 80% da carga horária destinada a consultas individuais e compartilhadas deverá disponibilizar 512 vagas para esse atendimento, em um mês com 20 dias úteis. Se considerarmos um mês com 18 dias úteis, 80% da carga horária para consultas individuais e compartilhadas corresponderão a uma oferta de 461 vagas.

## 2. Organização dos Serviços da Atenção Especializada

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria nº 4.279, de 30/12/2010). A atenção especializada é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento, implantando um modelo de cuidado compartilhado e a definição de um sistema de educação permanente com participação dos especialistas. Está inserida na Rede de Atenção à Saúde visando a integralidade das ações de saúde para a população.

A atenção especializada compreende os seguintes tipos de estabelecimento:

### **Rede de Atenção Especializada Ambulatorial:**

Ambulatório de Especialidades - AE (Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades - AMA E), Hospital Dia Ambulatorial e Hospitalar (HORA CERTA - Hospital/Dia, HORA CERTA – Hospitalar)

### **Saúde Mental:**

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD, Centro de Atenção Psicossocial Adulto - CAPS ADULTO, Centro de Atenção Psicossocial Infanto juvenil - CAPS II, Centro de Convivência e Cooperativa - CECCO, Residência Terapêutica - RT, Unidade de Acolhimento Adulto - UAA, Unidade de Acolhimento Infantil/Adolescente - UAI, Reabilitação Psicossocial;

### **DST/ AIDS:**

Centro de Referência - CR, Serviço de Atendimento Especializado - SAE e Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA

### **Saúde Bucal:**

Centro de Especialidades Odontológicas - CEO

**Reabilitação:**

Centro Especializado em Reabilitação II - CER II, Centro Especializado em Reabilitação III - CER III, Centro Especializado em Reabilitação IV - CER IV, Núcleo Integrado de Reabilitação - NIR, Núcleo Integrado de Saúde Auditiva - NISA

**Saúde do Idoso**

Unidade de Referência Saúde do Idoso - URSI

**Saúde do Trabalhador**

Centro de Referência Saúde do Trabalhador - CRST

**Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**

Centros de Referência em Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde;

Centro de Práticas Naturais - CPN

**Serviços, agendas e metas da Assistência Especializada**

A definição das ações, metas e configuração de suas agendas, bem como o seu monitoramento, serão motivo de documento complementar futuro, assim mantém-se neste momento o que está vigorando até posteriores redefinições.

## **Bibliografia**

São Paulo. Diretrizes Operacionais da Atenção Básica. Secretaria Municipal da Saúde. 2016.

Brasil. Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema único de saúde - Ministério da Saúde 2015.

Brasil. Portaria nº 1.631 - Ministério da Saúde. 1º de outubro de 2015.

Brasil. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES - Ministério da Saúde de 2012

Rio de Janeiro. Carteira de Serviços - Atenção Secundária – Policlínicas. Secretaria Municipal de Saúde. 2014.

Rio de Janeiro. Carteira de Serviços - Atenção Secundária – Policlínicas. Secretaria Municipal de Saúde. 2016.

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Portaria nº 4.279 - Ministério da Saúde, 30 de dezembro de 2010.

## Encaminhamentos para a Atenção Especializada

### Introdução

Um dos desafios dos sistemas universais é qualificar a conduta dos profissionais a partir de evidências científicas que contribuam para melhorar a assistência ao paciente. Neste contexto a elaboração e divulgação de protocolos clínicos e de acesso cumprem importante papel no apoio às equipes que atuam nos diferentes pontos das redes de atenção à saúde. Esta elaboração se constitui em processo dinâmico de atualização contínua. (*Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Ministério da Saúde 2014*).

A implementação de protocolos, juntamente com outros manuais já desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), visa à melhoria da resolutividade do sistema de saúde com a racionalização de recursos e consequentemente contribuir para a redução do tempo médio de espera para exames prioritários e consultas na atenção Especializada na Cidade de São Paulo. São pressupostos neste trabalho a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da melhoria da resolutividade da Rede Assistencial, a Gestão do Cuidado, o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde e da Gestão Regional e Descentralizada.

Define-se no Programa de Metas 2017-2020 da gestão municipal a redução do tempo médio de espera para realização de exames e encaminhamentos para especialidades, sendo assim os primeiros protocolos a serem implantados serão os protocolos de acesso.

#### **Os objetivos dos Protocolos de Acesso são:**

- Contribuir para a estruturação da Rede Assistencial Ambulatorial;
- Estabelecer parâmetros para contratação de serviços;
- Contribuir no processo de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e Atenção Especializada;
- Atualizar no processo de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e Atenção Especializada;
- Garantir a racionalização de recursos e contribuir para a redução do tempo médio de espera para exames prioritários e consultas na atenção especializada.

## **Protocolos de Acesso**

Os protocolos de acesso devem estabelecer critérios para o encaminhamento e solicitação de exames, contemplar indicações clínicas, contraindicações, hipótese diagnóstica e profissionais solicitantes, definidos com base na competência de cada nível de atenção.

Devem prezar pela qualificação e resolutividade da assistência nos seus diferentes níveis e buscar esgotar as possibilidades e recursos terapêuticos disponíveis na Atenção Básica à Saúde, sendo ela a ordenadora da Rede Assistencial e Coordenadora do Cuidado.

Eles contribuem para a organização da fila de espera (regulação e microrregulação) baseada na avaliação clínica, intervenção oportuna e vulnerabilidade. Devem estar coerentes com as Linhas de Cuidado e manuais clínicos preconizados pelas Áreas Técnicas.

Os critérios clínicos adotados no protocolo devem ser baseados na melhor evidência científica disponível e coerente com a realidade local do município (epidemiológica e organizacional). Os critérios e fluxos definidos pelo Protocolo devem ser adotados para a organização e regulação do acesso.

As solicitações que não se enquadrem no protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico, seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior quando necessário.

Finalmente, deve apontar para mecanismos de qualificação da resolutividade da Atenção Básica à Saúde, tendo o Telessaúde (Teleconsultoria e Teleducação) e/ou matriciamento como ferramentas de apoio para justificativa de encaminhamentos ou solicitações de exames e consultas.

## **Implementação dos Protocolos de Acesso**

Os protocolos de acesso foram produzidos e validados pela Comissão de Protocolos (Portaria nº273/2017) e o processo de implementação visa submetê-los à avaliação clínica e análise de viabilidade técnica pelos atores que compõem a rede assistencial do Município de São Paulo. Preconiza-se a participação dos trabalhadores e gestores envolvidos com as solicitações e regulação do acesso de exames e encaminhamentos, bem como deve ser considerada a necessidade clínica dos usuários e vulnerabilidade social. Desta forma buscar-se-á um processo mais efetivo, pactuando e incorporando contribuições de seu público alvo na complementação e/ou revisão dos protocolos. A mobilização desses atores, além de captar contribuições, atua nos nós críticos para a implementação e disseminação dos mesmos.



## **Estratégias de Implementação**

- Publicar a Versão Final dos Protocolos no Diário Oficial do Município de São Paulo por meio de Portaria, com armazenamento oficial na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS);
- Divulgar aos gestores locais (Coordenadores, Supervisores, Assessores e Gerentes) em encontro para sensibilização;
- disponibilizar os protocolos por meios digitais, canais virtuais, site da SMS, BVS, Canal Profissional, Telessaúde;
- Realizar em encontros presenciais: reunião entre as Áreas Técnicas nas Coordenadorias - Gestão, Reunião/Fórum/Matriciamiento entre médicos da AB, especialistas e reguladores - Microrregulação;
- Encontros virtuais: Canal Profissional (conversa com especialista - interação virtual entre Profissionais da rede assistencial, Regulação e Especialistas para implementação dos protocolos).
- Realizar curso em EAD para uso dos Protocolos;
- Disponibilizar conteúdos para consultoria no Telessaúde.
- Estabelecer em cada unidade profissional responsável técnico pelas pré-avaliações na regulação local;
- Estabelecer notas técnicas com as macrodiretrizes para subsidiar as ações de matriciamiento local.
- Criar e-mail departamental para comunicação entre a Comissão de Protocolos e Coordenadorias Regionais de Saúde e áreas técnicas da SMS.

## **Monitoramento e Avaliação**

- A Comissão de Protocolos terá reuniões mensais com a proposta de
- Produzir relatório com índice de normalidade dos exames executados;
- Implantar relatório periódico sobre as ações de matriciamiento desenvolvidas em cada região, incluindo temas, quantidade de ações e participantes;
- Definir relatórios do SIGA e BI/SIGA de acordo com as necessidades de monitoramento.

Após 60 dias da divulgação de cada protocolo, a Comissão de Protocolos instituirá ferramenta para avaliação, definição de indicadores quantitativos e qualitativos que subsidiarão as futuras ações da Comissão e divulgará relatórios situacionais periódicos com informações consolidadas.

## **Protocolos preliminares**

- Mamografia de rastreamento e diagnóstica (Anexo I);
- Ultrassonografia (Anexo II);
- Tomografia Computadorizada (Anexo III).

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 96 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: Volume 3 / Ministério da Saúde. Brasília 2014

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Programa de Metas 2017-2020, 2017. Disponível em: [http://programademetas.prefeitura.sp.gov.br/PMSP\\_Programa%20de%20Metas%202017%20-2020.pdf](http://programademetas.prefeitura.sp.gov.br/PMSP_Programa%20de%20Metas%202017%20-2020.pdf)>. Acesso em: 18 de maio. 2017.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo de Regulação do Acesso da Rede de Atenção Especializada Ambulatorial - Exames de Apoio Diagnóstico, Vol. 01 - 1ª Edição. 2014.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo de Acesso a Exames de Tomografia Computadorizada. 2007.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.F.; CAMPOS, K. F. C. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.

# Protocolo de Acesso a Exames de Mamografia

**IMPORTANTE:** As solicitações que não se enquadrem no protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico, seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior quando necessário.

## MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

**Código do Procedimento:** 020403018-8

### INDICAÇÕES

Rastreamento para câncer de mama.

Risco habitual: faixa etária de 50 a 69 anos, bianual.

Alto risco (histórico familiar de dois ou mais casos de câncer de mama, principalmente, anterior a 50 anos; histórico familiar de câncer de ovário; histórico de câncer de mama em homens; alteração genética, principalmente, dos genes BRCA 1 e BRCA 2): a partir dos 35 anos, anual.

### CONTRA-INDICAÇÕES

Não há.

### PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID 10 (Z12.3) e resultados de exames anteriores, se houver.

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos e enfermeiros da rede municipal.

### FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SISMAMA.

## **RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES**

Acesso para todas as unidades de saúde via SIGA e/ou CROSS.

---

## **MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA**

**Código do Procedimento:** 020403003-0

### **INDICAÇÕES**

Nódulo, espessamento e/ou outras alterações mamárias suspeitas (como, por exemplo: descarga papilar, pele em casca de laranja, linfonodo regional) ao exame físico em mulheres com idade superior a 35 anos;

Achados radiológicos em mamografia de rastreamento que necessitam de complementação adicional com incidências e manobras.

### **CONTRA-INDICAÇÕES**

Não há.

### **PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica, CID 10 (correspondente a indicação) e resultados de exame anterior, se houver, especificando o quadrante a ser reavaliado.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da rede. Inclui médicos radiologistas das unidades executantes nos casos em que houver necessidade de complementação diagnóstica.

### **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

SISMAMA.

## **RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES**

Trata-se de exame radiológico de baixa dose de radiação, realizado mediante compres-

são da mama sobre uma plataforma, com a finalidade de avaliação periódica de mulheres de alto risco de câncer de mama, diagnóstico em mulheres com mamas alteradas ao exame clínico, estadiamento (avaliação da extensão de um tumor maligno já diagnosticado) e acompanhamento de doente operado de câncer de mama. Pode ser realizada unilateralmente ou bilateralmente e aplica-se a homens e mulheres, em qualquer faixa etária. Deve ser priorizado no agendamento em relação à mamografia de rastreamento.

## **REFERÊNCIAS**

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo de Regulação do Acesso da Rede de Atenção Especializada Ambulatorial - Exames de Apoio Diagnóstico, Vol. 01 - 1ª Edição. 2014.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo de Acesso a Rede de Oncologia. 2012.

# Protocolo de Acesso a Exames de Ultrassonografia

**IMPORTANTE:** As solicitações que não se enquadrem no protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico, seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior quando necessário.

## ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR / ABDOME TOTAL

**Código do Procedimento:** 020502003-8 / 020502004-6

### Descrição

Consiste em procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações do fígado, da vesícula biliar, dos rins, do pâncreas, da bexiga, dos grandes vasos, do retroperitônio e, eventualmente, do trato gastrointestinal. Não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais. Além do jejum necessário para evitar que a vesícula biliar se esvazie e permita avaliar de forma adequada órgãos mais profundos. Deve ser realizado com a bexiga cheia para deslocar as alças intestinais atuando como uma janela para a transmissão das ondas ultrassônicas, facilitando a visualização e avaliação dos órgãos e estruturas da região abdominal.

### INDICAÇÕES

- Suspeita de Lesões Tumorais;
- Estudo do Retroperitônio;
- Orientar Biopsia para punção de lesões tumorais;
- Suspeita de líquidos em cavidade;
- Pesquisa de má formação de vísceras;
- Aneurismas;
- Suspeita de Colecistopatias;
- Hepatopatias;
- Patologias das vias biliares;
- Pancreatopatias.
- Esplenopatias

## **CONTRA-INDICAÇÕES**

Não há.

## **PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

- Descrever resultado de raios-X simples nos casos de estudo do retroperitônio.
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;

## **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da rede municipal.

## **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

SADT.

## **RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES**

- Excluir verminoses, meteorismos e constipação intestinal crônica (CIC).

---

## **ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES**

**Código do Procedimento:** 0205029027

## **INDICAÇÕES**

- Suspeitas de lesões tumorais em regiões superficiais para diagnóstico e acompanhamento, para esclarecer o conteúdo da lesão, se sólida ou cística;
- Hérnias de parede;
- Investigação de linfonodopatias;
- Cisto do ducto tireoglosso.
- Anomalias dos arcos branquiais;

## **CONTRA-INDICAÇÕES**

Não há.

## **PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;

Descrever o segmento a ser examinado;

## **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da rede municipal.

## **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

SADT.

## **RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES**

Ao prestador: este procedimento não é previsto na Tabela SUS. O faturamento deve ser realizado de acordo com o segmento a ser examinado. Verificar SIGTAP: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

---

## **ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO**

**Código do Procedimento:** 020502005-4

### **Descrição**

Permite a avaliação dos rins, ureteres e bexiga. E no sexo masculino permite a avaliação do volume da próstata.

### **INDICAÇÕES**

- Suspeita de tumores vesicais, renais e supra-renais;
- Classificação das disfunções miccionais.
- Insuficiência Renal;
- Suspeita de nefrolitíase;
- Rim policístico;
- Pesquisa de má formação do aparelho urinário;



## **CONTRA-INDICAÇÕES**

Não há;

## **PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;

## **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da rede municipal.

## **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

SADT.

## **RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES**

- Descrever resultado de USG prévio (se houver).

---

## **ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO**

**Código do Procedimento:** 020502006-2

### **Descrição**

Consiste em procedimento não invasivo, que não utiliza radiação ionizante, sendo um importante meio de diagnóstico por imagem na avaliação das alterações das estruturas articulares e da musculatura associada à articulação.

### **INDICAÇÕES**

- Cisto Sinovial com limitação funcional;
- Derrame Articular;
- Disfunção da Articulação têmporo-mandibular;
- Tendinite;
- Lesão por esforço repetido (LER/DORT);
- Bursite
- Dores articulares crônicas;

## **CONTRA-INDICAÇÕES**

Não há;

## **PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;

Descrever resultado de exames de imagem e/ou laboratoriais relacionados (se houver);

## **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da rede municipal.

## **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

SADT.

## **RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES**

- Descrever resultado de USG prévio (se houver).

---

## **ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL**

**Código do Procedimento:** 020502007-0

### **Descrição**

Consiste num procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações da bolsa escrotal e dos testículos. Tem alta sensibilidade para o diagnóstico das patologias que incidem sobre essa região, sendo um método que não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais.

### **INDICAÇÕES**

- Aumento da bolsa escrotal em adultos;
- Cistos de cordão, espermático e de epidídimo;
- Tumorações palpáveis;

## CONTRA-INDICAÇÕES

Não há;

## PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;

Descrever resultado de exames de imagem e/ou laboratoriais relacionados (se houver);

## PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

## RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES

- Descrever resultado de USG prévio (se houver).

---

## ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL

**Código do Procedimento:** 020502010-0

### Descrição

Consiste num procedimento não invasivo realizado por via abdominal suprapúbica utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações e/ou lesões da bexiga, próstata e vesículas seminais, auxiliando, complementando o diagnóstico. Não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais. Deve ser realizado com a bexiga cheia para deslocar as alças intestinais, atuando como uma janela para a transmissão das ondas ultrassônicas.

### INDICAÇÕES

Prostatismo, com exame de toque retal prostático alterado na suspeita de:

- Hipertrofia prostática benigna.
- Carcinoma de Próstata;

## **CONTRA-INDICAÇÕES**

Não há;

## **PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;

Descrever resultado de exames de imagem e/ou laboratoriais relacionados (se houver);

## **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da rede municipal.

## **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

SADT.

## **RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES**

- Descrição do resultado de US prévio e PSA (se houver).

---

## **ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL**

**Código do Procedimento:** 020502011-9

### **Descrição**

Consiste num procedimento não invasivo que se beneficia da menor distância entre o transdutor e a próstata, facilitando a perfeita visualização, identificação e caracterização das alterações e/ou lesões que possam ocorrer nessa região. Não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais. Em tese, dispensa a bexiga cheia, mas no geral, para um diagnóstico mais preciso, incluindo a avaliação da bexiga. Frequentemente este procedimento é precedido de uma investigação por via abdominal.

### **INDICAÇÕES**

- Para guiar as biópsias de próstata;
- Prostatismo, em pacientes com obesidade grau III (IMC>40 kg/m<sup>2</sup>) com exame de toque retal prostático alterado na suspeita de Carcinoma de Próstata.

## CONTRA-INDICAÇÕES

Não há;

## PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;

Descrever resultado de exame prévio de USG de Próstata via Abdominal;

## PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Oncologistas e Urologistas.

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

## RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES

- Descrição do resultado de US prévio e PSA.

---

## ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE

**Código do Procedimento:** 020502012-7

### Descrição:

Consiste num procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações e/ou lesões que possam ocorrer nessa região (tireoide, glândulas salivares e cadeias linfonodais cervicais). Não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais.

## INDICAÇÕES

- Tumoração palpável (nódulos ou cistos);
- Aumento do volume cervical anterior (bócio);
- Suspeita de paratireoideopatias;
- Para guiar procedimento invasivo (p. ex.: PAAF).

## **CONTRA-INDICAÇÕES**

Não há;

## **PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;

Descrever resultado de exame prévio de USG se houver;

## **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da rede municipal.

## **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

SADT.

## **RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES**

---

## **ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL**

**Código do Procedimento:** 020502009-7

## **INDICAÇÕES**

- Lesões suspeitas (nódulos) ao exame físico em mulheres com menos de 35 anos;
- Lesões suspeitas (nódulos) ao exame físico não detectadas na mamografia para mulheres a partir de 35 anos;
- Para esclarecimento de mamografia alterada sem definição de conduta (BIRAD'S= 0) para mulheres a partir de 35 anos.

## **CONTRA-INDICAÇÕES**

Não há.

## **PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnós-

tica e CID 10 (N63) e resultados de exames anteriores (obrigatoriamente para mulheres acima de 35 anos).

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da rede municipal.

### **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

SADT.

### **RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES**

Acesso para todas as unidades de saúde via SIGA e/ou CROSS.

Esse exame não apresenta evidências que justifiquem a solicitação para qualquer situação de rastreamento primário e não deve, portanto, ser indicado nesses casos.

---

## **ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA**

**Código do Procedimento:** 020502014-3

### **INDICAÇÕES**

- Primeiro trimestre da gestação;
- Terceiro trimestre da gestação.

### **CONTRA-INDICAÇÕES**

Não há.

### **PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Descrever dados obstétricos (DUM, idade gestacional), dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID 10 (Z34 ou Z32.1).

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos e enfermeiros da rede municipal.

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

## RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES

Acesso para todas as unidades de saúde via SIGA e/ou CROSS.

---

## ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO MORFOLÓGICO

**Código do Procedimento:** 020502992-2

### INDICAÇÕES

#### Gestação atual:

- Idade materna acima de 35 anos (realizar preferencialmente USG morfológico no primeiro trimestre);
- Infecção materna aguda com possível repercussão fetal (como, por exemplo, zika, sífilis, toxoplasmose, citomegalovirose);
- Exposição a drogas e/ou agentes ambientais (como, por exemplo, radiação) potencialmente teratogênicos;

USG obstétrico com suspeita de malformação fetal.

#### História pregressa de:

- Antecedente de malformação fetal
- História familiar de malformações fetais
- Óbito fetal ou neonatal sem etiologia definida

### CONTRA-INDICAÇÕES

Não há.

### PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever dados obstétricos (DUM, idade gestacional), dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica, CID 10 (de acordo com a patologia obstétrica), resultados de exames anteriores.



## **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da rede municipal.

## **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

SADT.

## **RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES**

Acesso via avaliação do regulador regional via SIGA.

Casos não contemplados nesse protocolo devem ser discutidos com a área técnica ou com a preceptoria, antes da avaliação do regulador.

É um rastreamento de aneuploidias fetais e o diagnóstico de malformações congênitas durante o pré-natal;

- USG morfológico no primeiro trimestre: deve ser realizado entre 11 e 14 semanas de gestação
- USG morfológico no segundo trimestre: deve ser realizado entre 20 a 26 semanas de gestação

---

## **ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)**

**Código do Procedimento:** 020502016-0

### **INDICAÇÕES**

- Massa pélvica identificada ao exame clínico ginecológico;
- Sangramento genital na pós- menopausa;
- Sangramento uterino anormal na menacme (excluir uso irregular de anticoncepcional hormonal e drogas que interfiram na absorção do mesmo);
- Amenorreia primária ou secundária não relacionada a gravidez;
- Dismenorreia crônica;
- Dor pélvica crônica;
- Seguimento para mulheres em Terapia de Reposição Hormonal.

## **CONTRA-INDICAÇÕES**

Não há

## **PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID 10 correspondentes a suspeita da patologia primária pertinente e resultados de exames anteriores, se houver.

## **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da rede municipal.

## **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

SADT.

## **RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES**

Acesso para todas as unidades de saúde via SIGA e/ou CROSS.

Esse exame não apresenta evidências que justifiquem a solicitação para qualquer situação de rastreamento primário e não deve, portanto, ser indicado nesses casos.

---

## **ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA/CRÂNIO**

**Código do Procedimento:** 020502017-8

### **Descrição**

É a técnica de escolha para a avaliação encefálica de neonatos e de lactentes, até o fechamento da fontanela anterior. É um método diagnóstico importante no diagnóstico e no seguimento de hemorragias intracranianas e lesões hipóxico-isquêmicas, no diagnóstico de malformações congênitas encefálicas, infecções congênitas e adquiridas e na avaliação e controle de hidrocefalia.

### **INDICAÇÕES**

- Investigação de malformações congênitas;
- Investigação de infecções congênitas e adquiridas;

- Controle de hidrocefalia.
- Investigação de tocotraumatismos;
- Detecção de lesões encefálicas mais comuns no neonato (hemorragias intracranianas e lesões hipóxico-isquêmicas);

## **CONTRA-INDICAÇÕES**

Não há;

## **PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10 relacionado à principal suspeita diagnóstica (perímetro cefálico e DNPM);

Descrever resultado de exame prévio de USG se houver;

## **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da rede municipal.

## **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

SADT.

## **RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES**

---

## **ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL**

**Código do Procedimento:** 020502018-6

## **INDICAÇÕES**

- Massa pélvica identificada ao exame clínico ginecológico;
- Sangramento genital na pós- menopausa;
- Sangramento uterino anormal na menacme (excluir uso irregular de anticoncepcional hormonal e drogas que interfiram na absorção do mesmo);
- Amenorréia primária ou secundária não relacionada a gravidez;
- Dismenorréia crônica;
- Dor pélvica crônica;
- Seguimento para mulheres em Terapia de Reposição Hormonal.

## CONTRA-INDICAÇÕES

USG transvaginal é contra-indicada em mulheres virgens.

## PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID 10 correspondentes a suspeita da patologia primária pertinente e resultados de exames anteriores, se houver.

## PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

## RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES

Acesso para todas as unidades de saúde via SIGA e/ou CROSS.

Esse exame não apresenta evidências que justifiquem a solicitação para qualquer situação de rastreamento primário e não deve, portanto, ser indicado nesses casos.

---

## ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS

**Código do Procedimento:** 020501004-0

**IMPORTANTE:** Considerando que o código do procedimento em Tabela SUS é o mesmo para vários tipos de USG Doppler, abordamos inicialmente os exames relativos a membros superiores, inferiores e artérias renais. Nos próximos volumes serão descritos os demais tipos de exames.

### Descrição

Ultrassonografia Doppler é o método mais integrado e preciso no diagnóstico de diversas patologias vasculares. Pode ser feito nas pernas, braços, pescoço, abdômen e vasos umbilicais. Analisa as características do fluxo sanguíneo em artérias e veias no diagnóstico de doenças vasculares periféricas e de órgãos abdominais. Disponibiliza informações sobre a velocidade de determinado fluxo, e mostra a direção e a magnitude dessa velo-

cidade. Permite mapear em cores os vasos sanguíneos de uma região anatômica e torna possível a identificação de diminutos vasos que não seriam visualizados pela escala de cinza. A codificação da frequência média do fluxo é traduzida em duas cores dominantes (vermelho para as correntes que se aproximam da sonda e azul para as que se afastam), e as tonalidades diferentes representam velocidades diferentes. Variação nas velocidades, as quais podem ser vistas em áreas de turbulência, pode ser representada por cores mais claras (amarelo e verde), e quanto maior a velocidade, mais clara é a tonalidade da cor. O mapeamento de fluxo a cores analisa o fluxo sanguíneo em duas dimensões e as cores determinam a sua direção dentro das veias e artérias. Permite a investigação detalhada e não invasiva da hemodinâmica corporal, quantitativa e qualitativamente do ponto de vista morfológico (órgão e suas partes) e funcional. Pode ser feito em mulheres grávidas sem nenhum prejuízo ao feto, e não utiliza irradiações. Para efeito de registro no Sistema de Informação Hospitalar, o procedimento pode ter a quantidade máxima de 5 procedimentos realizados em uma AIH. No caso de o paciente necessitar de realizar mais de 5 procedimentos na mesma internação, o gestor pode autorizar o registro de mais de 5 procedimentos. No caso do Sistema de Informação Ambulatorial pode informar no BPAI até 5 procedimentos para o mesmo paciente na mesma competência. Estas quantidades de procedimento realizado independem da quantidade de vasos estudados.

## **INDICAÇÕES**

### **Artérias dos Membros Superiores**

- Síndrome de compressão da Subclávia;
- Sequela de traumatismo com sinais ou sintomas de pressão ou lesão vascular;
- Hemangioma.
- MAV;
- Sinais clínicos de aterosclerose obliterante periférica (AOP);

### **Veias dos Membros Superiores**

- Síndrome de compressão da Subclávia;
- Sequela de traumatismo com sinais ou sintomas de pressão ou lesão vascular;
- Sinais clínicos de aterosclerose obliterante periférica (AOP);
- Hemangioma.
- Mal formação arteriovenosa (MAV);

### **Artérias dos Membros Inferiores**

- Sinais clínicos de aterosclerose obliterante periférica (AOP);

- Avaliação de enxerto pós-cirurgia.
- Aneurisma das artérias dos membros inferiores;

### **Veias dos Membros Inferiores**

- Avaliação de refluxo envolvendo território da veia safena magna e/ ou parva;
- Avaliação de casos de anomalias vasculares;
- Investigação de trombose venosa profunda prévia e de insuficiência valvular;
- Esclarecimento diagnóstico de edema sem outros sinais de IVC;
- Avaliação de varizes recidivadas;
- Trajetos varicosos maiores que 3 mm de diâmetro (Classe 2 CEAP) para planejamento cirúrgico;
- Localização de perfurantes incompetentes;

### **Artérias Renais**

- Hipertensão Renovascular;
- Avaliação e acompanhamento de transplante renal;
- Avaliação de recém-nascido com diagnóstico de hidronefrose antenatal.
- Tumores renais e supra-renais;

### **Artéria Aorta Abdominal**

- Suspeita de Aneurisma, (Massa Pulsátil e/ou Sopro Abdominal);
- Hipertrofia prostática benigna.
- Avaliar enxerto pós-cirurgia.

## **CONTRA-INDICAÇÕES**

Não há.

## **PRÉ- REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;

Descrever resultado de exame prévio de USG se houver;

No caso de USG Doppler periférico, no pedido deve ser especificado o (s) membro (s) a serem examinados, incluindo a lateralidade;

## **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Angiologista, Cirurgião Vascular, Endocrinologistas, Nefrologistas, Urologistas, Cardiologistas, Ginecologistas/Obstétricas, Cirurgião Pediátrico.

## **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

SADT.

## **RECOMENDAÇÕES/ OBSERVAÇÕES**

## **REFERÊNCIAS**

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo de Regulação do Acesso da Rede de Atenção Especializada Ambulatorial - Exames de Apoio Diagnóstico, Vol. 01 - 1ª Edição. 2014.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo de Acesso a Rede de Oncologia. 2012.

# PROTOCOLO DE ACESSO A EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

**IMPORTANTE:** As solicitações que não se enquadrem no protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico, seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior quando necessário.

## Descrição

A tomografia computadorizada (TC) consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.

## INDICAÇÕES

Caracteriza-se por ser exame de alta complexidade e custo elevado, portanto deve ser utilizado para elucidações diagnósticas quando outros métodos não foram eficazes ou para evolução de casos graves como AVC, traumatismos e estadiamento de lesões malignas em tratamento com radio e quimioterapia.

## CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS

Utilização de iodo em pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;

---

## CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS COM CONTRASTE

Utilização de iodo em pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda/crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

## PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

- Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID relativo à patologia a ser avaliada.



- Hipóteses diagnósticas
- A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio x, laboratoriais e ultrassonografia.

## **RESTRIÇÕES**

Peso do paciente para realização do exame, a maioria dos aparelhos suporta até 120 Kg.

## **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

Laudo para Solicitação Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

## **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da atenção secundária, terciária e médicos da atenção básica em consonância com o médico regulador da Unidade Básica conforme indicações específicas para cada procedimento.

## **FLUXO DE ACESSO**

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120Kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita para avaliação do regulador através do sistema SIGA.

---

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO**

**Código do Procedimento:** 020601007-9

## **INDICAÇÕES**

- Estudo da região mastoidea;
- Trauma crânio encefálico;
- Controle evolutivo de trauma crânio encefálico;
- Avaliação de fossa posterior ou tronco cerebral;
- Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e hemorrágicos;
- Suspeita de aneurisma e má formação vascular;
- Hidrocefalias e má formação do SNC
- Estudo das orelhas média, internas e condutos auditivos;

- Suspeita de tumores (meningiomas, neuroma do acústico);
- Suspeita de metástases e linfomas;
- Suspeita de tumores de hipófise;
- Lesões intra-orbitais ou trato visual;
- Suspeita de infecções intracranianas (não diagnosticadas por punção lombar, abscessos e empiemas, etc.);
- Inflamações não infecciosas dos SNC;
- Controle evolutivo de tumores malignos em tratamento com Radioterapia e Quimioterapia;
- Avaliação de patologia não hemorrágica.
- Ideal na delimitação de tumores benignos e malignos (profundidade e margem de ressecção).

### **CONTRAINDICAÇÕES**

- Não utilização de contraste no TCE

### **PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

- Além dos já citados inicialmente, o exame neurológico é indispensável;
- Resultados dos exames laboratoriais como líquido e prolactina quando houver.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Cirurgião de cabeça e pescoço, endocrinologista, geriatra, infectologista, neurologista, neurocirurgião, oftalmologista, oncologista, otorrinolaringologista, psiquiatra.

### **OBSERVAÇÃO**

- Não há indicações para cefaleias hemicranianas e no diagnóstico de enxaqueca.

---

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA**

**Código do Procedimento:** 020601006-0

### **INDICAÇÕES**

- Suspeita de aneurisma e má formação vascular em topografia do seio cavernoso
- Suspeita de micro ou macroadenoma hipofisário

- Síndrome da sela vazia
- Síndrome de Sheehan
- Suspeita de tumores de hipófise;

## **CONTRAINDICAÇÕES**

- Não utilização de contraste no TCE

## **PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

- Além dos já citados inicialmente, o exame neurológico é indispensável;
- Resultados dos exames laboratoriais como líquido, prolactina quando houver.

**Profissionais Solicitantes:** cirurgião de cabeça e pescoço, endocrinologista, infectologista, neurologista, neurocirurgião, oftalmologista, oncologista, otorrinolaringologista, psiquiatra.

---

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES**

**Código do Procedimento:** 020601004-4

### **Indicações para ATM**

- Deslocamentos de disco,
- Doenças articulares degenerativas (osteoartrite),
- Artrites inflamatórias,
- Sinovites,
- Traumas.

### **Indicações para seios da face / face / órbitas**

- Suspeitas de neoplasias;
- Processo inflamatório/infeccioso do seios paranasais / cavidade nasal
- Alterações crânio-facial
- Traumas;
- Malformações
- Patologias orbitárias ( inflamatório /neoplásico )

## **CONTRAINDICAÇÕES**

Profissionais Solicitantes: cirurgião buco-maxilo, cirurgião de cabeça e pescoço, neurologista, otorrinolaringologista e oftalmologista.

---

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO**

**Código do Procedimento:** 020601005-2

### **INDICAÇÕES**

- Suspeita de processo inflamatório/neoplásico de orofaringe e hipofaringe
- Suspeita de processo inflamatório/neoplásico das glândulas salivares
- Suspeita de processo inflamatório/neoplásico das glândula tireoide.
- Suspeita de linfonodopatia cervical
- Suspeita de neoplasia em topografia da glote e supra glótica
- Suspeita de patologia vascular ou malformações vasculares cervicais
- Suspeita de lesões de partes moles cervical.
- Suspeita de lesões plexo-braquial

## **CONTRAINDICAÇÕES**

Profissionais Solicitantes: cirurgião de cabeça e pescoço, cirurgião pediátrico, endocrinologista, otorrinolaringologista, oncologista.

---

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE**

**Código do Procedimento:** 020601001-0

### **INDICAÇÕES**

- Traumas
- Patologias inflamatórias, ósseas e cartilagosas degenerativas, ósseas e cartilagosas.
- Neoplasias ósseas
- Malformações congênitas
- Hérnias de discos

## **CONTRAINDICAÇÕES**

Profissionais Solicitantes: fisiatra, médico do trabalho, neurologista, neurocirurgião, ortopedista, oncologista, reumatologista.

---

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE**

**Código do Procedimento:** 020601003-6

### **INDICAÇÕES**

- Traumas
- Patologias inflamatórias, ósseas e cartilaginosas degenerativas, ósseas e cartilaginosas.
- Neoplasias ósseas
- Malformações congênitas
- Hérnias de discos

## **CONTRAINDICAÇÕES**

Profissionais Solicitantes: fisiatra, médico do trabalho, neurologista, neurocirurgião, ortopedista, oncologista, reumatologista.

---

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE**

**Código do Procedimento:** 020601002-8

### **INDICAÇÕES**

- Traumas
- Patologias inflamatórias, ósseas e cartilaginosas degenerativas, ósseas e cartilaginosas.
- Neoplasias ósseas
- Malformações congênitas
- Hérnias de discos

## CONTRAINDICAÇÕES

Profissionais Solicitantes: fisiatra, médico do trabalho, neurologista, neurocirurgião, ortopedista, oncologista, reumatologista.

---

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

**Código do Procedimento:** 020602003-1

### INDICAÇÕES

- Avaliação morfológica de órgãos torácicos (parênquima pulmonar, vasos, cavidades pleurais) para pesquisa e diagnósticos de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas.
- Estadiamento de doença linfoproliferativa.
- Suspeita de lesão primária pulmonar ( ex. nódulo ?)
- Suspeita de doença inflamatória aguda / crônica.
- Suspeita de alteração vascular da aorta e mediastino
- Suspeita de doença da pleura .
- Suspeita de doença cardíaca.
- Suspeita de patologia do arcos costais , esterno e clavículas.

## CONTRAINDICAÇÕES

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

- Além dos já citados inicialmente, o resultado do exame de raio-x de tórax é indispensável;

**Profissionais Solicitantes:** cirurgião geral, cirurgião pediátrico, cirurgião torácico, médico do trabalho, oncologista, pneumologista e demais profissionais médicos da rede para elucidação diagnóstica de neoplasias (com lesão suspeita, na ausência de causas infecciosas, sendo obrigatório afastar tuberculose pulmonar).

---

## TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO

**Código do Procedimento:** 020602004-0

## INDICAÇÕES

- Avaliação morfológica de órgãos torácicos (parênquima pulmonar, vasos, cavidades pleurais) para pesquisa e diagnósticos de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas.
- Avaliação morfológica de órgãos torácicos (parênquima pulmonar, vasos, cavidades pleurais) para pesquisa e diagnósticos de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas.
- Estadiamento de doença linfoproliferativa.
- Suspeita de lesão primária pulmonar .
- Suspeita de doença inflamatória aguda / crônica.
- Suspeita de alteração vascular da aorta e mediastino
- Suspeita de doença da pleura .
- Suspeita de doença cardíaca.
- Suspeita de patologia do arcos costais , esterno e clavículas.

## CONTRAINDICAÇÕES

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

- Além dos já citados inicialmente, o resultado do exame de raio-x de tórax é indispensável;

**Profissionais Solicitantes:** cirurgião geral, cirurgião pediátrico, cirurgião torácico, médico do trabalho, oncologista, pneumologista e demais profissionais médicos da rede para elucidação diagnóstica de neoplasias (com lesão suspeita, na ausência de causas infecciosas, sendo obrigatório afastar tuberculose pulmonar).

---

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR

**Código do Procedimento:** 020603001-0

## INDICAÇÕES

- Avaliação morfológica de órgãos abdominais (fígado, pâncreas, vesícula e vias biliares, baço, rins, alças intestinais e estruturas vasculares) para pesquisa e diagnóstico de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas.

**Fígado:**

- Caracterização de nódulos atípicos ao USG.
- Detecção de nódulos em pacientes com esteatose hepática moderada/ importante (sensibilidade maior que o USG)..
- Pacientes com cirrose hepática e suspeita de carcinoma hepatocelular (sensibilidade maior que o USG).
- Avaliação dos nódulos hepáticos pós-tratamento com quimioterapia.
- Doença de depósito hepático.
- Doenças infecto parasitárias ( ex. esquistossomose )
- Patologias vasculares ( ex. síndrome Budd- Chiari )
- Traumatismo abdominal fechado

**Pâncreas:**

- Pancreatopatias
- Tumores pancreáticos

**Vesícula:**

- Pesquisa de complicações da colecistite aguda;
- Estadiamento dos tumores (sensibilidade maior que a do US).

**Rins e vias urinárias e adrenais:**

- Avaliação de cálculos renais ou no trajeto urinário
- Doença inflamatória aguda e crônica do parênquima renal ou sistema coletor.
- Suspeita de neoplasia renal e sistema coletor urinário.
- Avaliação de lesões císticas suspeitas.
- Avaliação de hipertensão reno-vascular.
- Avaliação de hematuria macro ou microscópica
- Suspeita de feocromocitoma
- Incidentalomas,

**Baço:**

- Doença infecto-parasitárias
- Doença linfoproliferativas ou hematológicas ( ex . linfoma)

**Retroperitônio e mesentério:**

- Avaliação de alterações vasculares aorta abdominal e ilíacas .



- Doenças inflamatórias mesentéricas ou retroperitoneais .
- Lesões neoplásicas
- Suspeita de coleções abdominais ou ascite

### **Trato digestivo**

- Doenças gástricas ( inflamatório /neoplásico)
- Doenças intestinais inflamatórias ( ex Crohn? retocolite ulcerativa? apendicite? diverticulite?)
- Doenças intestinais obstrutivas
- Doenças neoplásicas

## **CONTRAINDICAÇÕES**

### **PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

- Além dos já citados inicialmente, é indispensável o resultado dos exames de USG de abdome superior ou pélvico e exames laboratoriais.

**Profissionais Solicitantes:** cirurgião geral, cirurgião pediátrico, endocrinologista, gastrocirurgião, gastroenterologista, infectologista, nefrologista, oncologista, urologista e demais profissionais médicos da rede para elucidação diagnóstica de neoplasias (suspeita de câncer pancreático ou câncer hepático primário, como massa sólida ou mista em sítio pancreático ou hepático, sendo obrigatório afastar cistos e pseudocistos. Não incluir casos com metástase hepática de outro sítio primário).

---

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR**

**Código do Procedimento:** 020603003-7

### **INDICAÇÕES**

- Traumas.
- Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas.
- Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas.
- Patologia genito-urinária ( doença inflamatória/neoplásica ).
- Patologia uterina e anexos
- Patologia prostática .

- Patologia na transição reto-sigmóide.
- Neoplasias de partes moles e ósseas
- Malformações congênitas

## CONTRAINDICAÇÕES

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

- Além dos já citados inicialmente, é indispensável o resultado dos exames de USG de abdome superior ou pélvico e exames laboratoriais.

**Profissionais Solicitantes:** cirurgião geral, cirurgião pediátrico, fisiatra, gastroenterologista, ginecologista, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista, urologista e demais profissionais médicos da rede para elucidação diagnóstica de neoplasias de ovário (massa ovariana sólida ou mista) e neoplasias renais ou bexiga urinária.

---

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR

**Código do Procedimento:** 020602001-5

### INDICAÇÕES

- Traumas.
- Patologias inflamatórias, ósseas, Neoplasias ósseas;
- Malformações congênitas.

## CONTRAINDICAÇÕES

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

- É obrigatória a definição da lateralidade do segmento a ser examinado.
- Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID relativo à patologia a ser avaliada.
- Hipóteses diagnósticas
- A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio x, laboratoriais e ultrassonografia.

**Profissionais Solicitantes:** fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

**Observação:** Solicitação unilateral correspondente às articulações esterno-clavicular, ombro, cotovelo e punho.

---

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR**

**Código do Procedimento:** 020603002-9

### **INDICAÇÕES**

- Traumas.
- Patologias inflamatórias, ósseas, Neoplasias ósseas
- Malformações congênitas.

### **CONTRAINDICAÇÕES**

### **PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS**

- É obrigatória a definição da lateralidade do segmento a ser examinado.
- Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID relativo à patologia a ser avaliada.
- Hipóteses diagnósticas
- A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio x, laboratoriais e ultrassonografia.

**Profissionais Solicitantes:** fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

**Observação:** Solicitação unilateral correspondente às articulações sacro-ilíaca, coxofemoral, joelho, tornozelo e pé.

---

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)**

**Código do Procedimento:** 020602002-3

### **INDICAÇÕES CLÍNICAS**

- Traumas

- Patologias inflamatórias, ósseas, cartilaginosas. ósseas
- Malformações congênitas

## CONTRAINDICAÇÕES

Profissionais Solicitantes: fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

**Observação:** Solicitação unilateral correspondente às patologias em segmentos extra-articulares.

---

## TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT) (Solicitação exclusiva para Hospitais Municipais e CACONs sob Gestão Municipal)

**Código do Procedimento:** 020601009-5

## INDICAÇÕES E DESCRIÇÃO

- Técnica de diagnóstico por imagens que usa marcadores radioativos para detectar processos bioquímicos tissulares, em combinação com a tomografia computadorizada, e que registra simultaneamente as imagens anatômicas e de atividade tissular em um único exame. Deve ser autorizada, conforme os critérios estabelecidos pelo ministério da saúde, para o estadiamento clínico de
- Pacientes com diagnóstico de **Câncer Pulmonar de Células Não Pequenas**, potencialmente ressecável, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
  - Para caracterização das lesões;
  - No estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
  - Na detecção de recorrências.
- Pacientes portadores de Câncer Colo-retal com metástase hepática solitária e potencialmente ressecável.
- Pacientes com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin e Linfoma não-Hodgkin agressivo, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
  - No estadiamento primário;
  - Na avaliação da resposta terapêutica;
  - No monitoramento da recidiva da doença

- CIDs

- C180 Neoplasia maligna do ceco
- C181 Neoplasia maligna do apêndice (vermiforme)
- C182 Neoplasia maligna do cólon ascendente
- C183 Neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepática(o)
- C184 Neoplasia maligna do cólon transverso
- C185 Neoplasia maligna da flexura (ângulo) esplênica(o)
- C186 Neoplasia maligna do cólon descendente
- C187 Neoplasia maligna do cólon sigmóide
- C188 Neoplasia maligna do cólon com lesão invasiva
- C19 Neoplasia maligna da junção retossigmóide
- C20 Neoplasia maligna do reto
- C340 Neoplasia maligna do brônquio principal
- C341 Neoplasia maligna do lobo superior, brônquio ou pulmão
- C342 Neoplasia maligna do lobo médio, brônquio ou pulmão
- C343 Neoplasia maligna do lobo inferior, brônquio ou pulmão
- C810 Doença de Hodgkin, predominância linfocítica
- C811 Doença de Hodgkin, esclerose nodular
- C812 Doença de Hodgkin, celularidade mista
- C813 Doença de Hodgkin, depleção linfocítica
- C817 Outra forma da doença de Hodgkin
- C819 Doença de Hodgkin, não especificada
- C820 Linfoma não-Hodgkin, pequenas células clivadas, folicular
- C821 Linfoma não-Hodgkin, misto, de pequenas e grandes células clivadas, folicular
- C822 Linfoma não-Hodgkin, grandes células, folicular
- C827 Outros tipos de linfoma não-hodgkin, folicular
- C829 Linfoma não-Hodgkin, folicular, não especificado

- C830 Linfoma não-Hodgkin difuso, pequenas células (difuso)
- C831 Linfoma não-Hodgkin difuso, pequenas células clivadas (difuso)
- C832 Linfoma não-Hodgkin difuso, misto, de pequenas e grandes células (difuso)
- C833 Linfoma não-Hodgkin difuso, grandes células (difuso)
- C834 Linfoma não-Hodgkin difuso, imunoblástico (difuso)
- C836 Linfoma não-Hodgkin difuso, indiferenciado (difuso)
- C838 Outros tipos de linfoma não-Hodgkin difuso
- C839 Linfoma não-Hodgkin difuso, não especificado
- C840 Micoose fungóide
- C841 Doença de Sézary
- C842 Linfoma da zona T
- C843 Linfoma linfoepitelióide
- C844 Linfoma de células T, periférico
- C845 Outros linfomas de células T e os não especificados
- C857 Outros tipos especificados de linfoma não-hodgkin
- C859 Linfoma não-Hodgkin de tipo não especificado
- C883 Doença imunoproliferativa do intestino delgado
- C887 Outras doenças imunoproliferativas malignas
- C889 Doença imunoproliferativa maligna, não especificada

**Observação:** Os Critérios foram definidos pela resolução normativa ANS N° 262, de 01 de agosto de 2011.

## **REFERÊNCIAS**

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo de Regulação do Acesso da Rede de Atenção Especializada Ambulatorial - Exames de Apoio Diagnóstico, Vol. 01 - 1ª Edição. 2014.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo de Acesso a Exames de Tomografia Computadorizada. 2007.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo de Acesso a Rede de Oncologia. 2012.

## ANEXOS:

### **Anexo I - PORTARIA Nº 008/2017- SMS. G, DE 18 DE JANEIRO DE 2017.**

O Secretário Municipal da Saúde, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, RESOLVE:

Art. 1º Criar a “COMISSÃO DE ESTRUTURAÇÃO REGIONAL DA REDE DE SERVIÇOS”, com a finalidade de estruturar as redes assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde.

§1º A Comissão deverá apresentar o primeiro relatório de estruturação da rede assistencial no prazo de 30 dias a contar de sua instituição, termo inicial que se confunde com a publicação da presente Portaria.

Art. 2º A Comissão será composta pelos segmentos e representantes elencados abaixo:

I – COORDENAÇÃO: Maria Angélica Crevelim - RF 719.259- 2

II - ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

- ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA - Paulo Fernando Capucci – RG 8.378.527-9
- ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO SANTA CATARINA – Roberson Jun Kitamura – RG 26.544.633-8
- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - Luciana Moraes Borges - RG 21.847.219-5
- CEJAM - Sueli Doreto Rodrigues – RG 7.703.476-4
- III - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - CEINFO – Sylvia Christina de Andrade Grimm – RF 650.443-4

IV - COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

- CRS-Norte - Teresa Cristina Fenerich de Moraes - RF 554.783-8/1
- CRS-Sul - Carla de Britto Pereira – RF 593.093-6
- CRS-Oeste - Maria Esther Ramos de Freitas Trench – RF 595.600-5
- CRS-Leste - Catia Rufino - RF 560.600-4
- CRS-Sudeste – Susana Gualda de Freitas Rodrigues – RF 571.629-2/3
- CRS-Centro - Marta Campagnoni Andrade - RG 7.712.861-8

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições contrárias.



## **Anexo II - PORTARIA Nº 156/2017 – SMS G**

O Secretário Municipal da Saúde no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei e  
RESOLVE:

Art. 1º - Criar a “Comissão de Organização dos Serviços, Elaboração de Agendas e Definição de Metas” da Secretaria Municipal da Saúde, com finalidade de estruturar as redes assistenciais desta Secretaria.

§ 1º A Comissão deverá apresentar o primeiro relatório no prazo de 30 dias a contar de sua instituição.

Art. 3º - A Comissão será composta pelos segmentos e representantes elencados abaixo:

I – COORDENADOR: Roberto Tolosa Jr – RF: 574.830.5

CRS Centro – Rosana Marques Ferro Cruz – RF: 591.183

CRS Leste – Maria Cristina Scuoteguazza Salgado Minari – RF:578.058.6

CRS Norte – Yiu Takabayashi – RF: 724.707.9

CRS Oeste – Rosangela Bezerra Santos – RF: 544.215.0

CRS Sudeste – Sandra Regina A. G. Brandão Tavares – RF: 606.429.9/1

CRS Sul – Carmem Regina B. Silva Gregourt – RF: 576.024.1/3

SPDM – Sonia Maria de Almeida Figueira – RG: 9.707.036-1

SPDM – Maria Cristina Pimentel – RG: 32.809.857-7

Associação Congregação Santa Catarina – Marcelo Ribeiro–RG: 25.643.281-8

CEJAM – Ernani Pereira da Cunha – RG: 8.229.24.5

SECONCI – Elaine Cristina Inocentini – 19.288.125.5

Art. 5º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

## **Anexo III - PORTARIA Nº 273/2017 – SMS G**

O Secretário Municipal da Saúde no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei e CONSIDERANDO

RESOLVE:

Art. 1º - Criar a “Comissão de Protocolos, Encaminhamentos para Assistência Especializada” da Secretaria Municipal da Saúde, com finalidade de estruturar as redes assistenciais desta Secretaria.

§ 1º A Comissão deverá apresentar o primeiro relatório no prazo de 30 dias a contar de sua instituição.

Art. 3º - A Comissão será composta pelos segmentos e representantes elencados abaixo:

I – COORDENADOR: Lais Borba Casella – RF: 609.728.6/1

a) CRS Centro – Solange Saboia – RF: 559.556-8/1

b) CRS Leste – Michael Rodrigues de Paula – RF:729.277-5

c) CRS Norte – Carlos Alberto Pazzero Chicca – RF: 548.404-9

d) CRS Oeste – Maria Rosália Jorge de Almeida Martins da Silva – RF: 623.653-7

e) CRS Sudeste – Selma de Fátima Nunes Gouveia Buff - RF: 571.151-7/3

f) CRS Sul – Sandra Lucia Brum Mirandez - RF: 661.488-4/3

g) Central Regulação de Urgência Emergência /CRUE - Sandro Garcia Hilário - RF: 725.582-9 - Mônica Tormena de Campos – RF: 582.282.-5/2

h) SPDM – Sonia Maria de Almeida Figueira – RG: 9.707.036-1

i) SPDM – Marcia Anjos Tanaami - RG: 22.290.205-X

j) ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO SANTA CATARINA – Gilcinete de Oliveira Barreto –RG: 23.821.443-6

k) CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA – Fernanda Lúcia de Campos – RG: 15.667.985-1

l) IABAS – Gabriela Furst Vaccarezza – RG:32.027.396-9

m) SOC. BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN – Israel Szajnbok – RG: 15.931.882-8

n) ESCOLA MUNICIPAL DA SAÚDE - - Américo Yuiti Mori – RF: 822.076.0 - Marine Fumiko Otake AraKaki - RF: 627.628.8

Art. 5º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.



# Redes de Atenção à Saúde *Diretrizes*



PREFEITURA DE  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE

[prefeitura.sp.gov.br/saude](http://prefeitura.sp.gov.br/saude)

   [saudeprefsp](#)