

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

CONSULTA EM PNEUMOLOGIA – MICOBACTÉRIAS ATÍPICAS

**CONSULTA EM INFECTOLOGIA GERAL – PARA MICOBACTÉRIA DE
CRESCIMENTO RÁPIDO (MCR)**

Florianópolis-SC
Fevereiro de 2018

PROTOCOLO DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

2. ESTRUTURA DO PROJETO

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

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

Após a aprovação dos mesmos será realizada capacitação da Atenção Básica para seguimento dos mesmos e implantação na CERA e a busca ativa dos pacientes atualmente em espera na CERA.

3. FLUXOS DO PROJETO

3.1. Da Regulação do Acesso e Gestão da Clínica

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

3.2. Critério de não Inclusão ou Exclusão

- a) Não serão incluídos no atendimento pacientes que não tenham referência médica, ou não sejam encaminhados através do SISREG, ou não tenham formulário de encaminhamento devidamente preenchido.
- b) Serão excluídos os pacientes que preencherem os critérios de cura da doença.
- c) Serão excluídos os pacientes que não comparecerem a mais de duas consultas sem justificativa. Nos casos de doença potencialmente grave em paciente criança faltante, o Conselho tutelar deverá ser comunicado.

4. DOS FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO

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

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

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

PRIORIDADE – são aqueles encaminhamentos:

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

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

5. CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

Classificação de Risco

Classificação - Descrição

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

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

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

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

6. ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS

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

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

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

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

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

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

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

7. PROTOCOLOS DE ACESSO:

7.1 - PROTOCOLO DE ACESSO – PNEUMOLOGIA - MICOBACTÉRIAS ATÍPICAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com doença pulmonar por MNT com as diversas manifestações, sendo as duas formas mais comuns, em imunocompetentes: a cavitária (similar à TB ativa) e a caracterizada por nódulos e bronquiectasias.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

A avaliação clínica inicia-se pela presença de sintomas como tosse, expectoração, febre baixa, adinamia e perda de peso, geralmente instalados de forma insidiosa.

Crítérios Diagnósticos de Doença Pulmonar e disseminada por MNT:

- ✓ Clínico-Radiológico (Presença de todos os critérios abaixo)
- ✓ Sintomas respiratórios sugestivos de doença pulmonar ativa **OU** doença linfonodal/órgãos linfóides **OU** doença com acometimento de medula óssea.
- ✓ Radiografia de tórax com opacidades nodulares ou cavidade ou TC de Alta Resolução com bronquiectasias multifocais e com múltiplos nódulos pulmonares.
- ✓ Exclusão de outros diagnósticos.

Sempre associado ao critério microbiológico.

- ✓ Microbiológico/ histopatológico (Pelo menos um dos seguintes critérios associado à clínica)
- ✓ Cultura positiva em pelo menos duas amostras de escarro coletadas em momentos distintos (amostra não nobre, com possibilidade de contaminação ambiental). Se as amostras iniciais não evidenciam o agente, considerar repetição das coletas.

Pelo menos uma cultura positiva, decorrente de amostra de lavado ou escovado bronco-alveolar. (em caso sugestivo de doença).

✓ Biópsia pulmonar (transbrônquica ou outra) evidenciando características histopatológicas: inflamação granulomatosa ou presença de BAAR, E cultura positiva de tecido para micobactéria não tuberculosa (MNT).

✓ Biópsia pulmonar (transbrônquica ou outra) evidenciando características histopatológicas: inflamação granulomatosa ou presença de BAAR, E pelo menos uma cultura positiva de escarro ou lavado/escovado bronco-alveolar para micobactéria não tuberculosa.

✓ Aspirado/Biópsia de Medula óssea ou Aspirado/Biópsia ganglionar / inflamação granulomatosa ou presença de BAAR E uma cultura positiva para micobactéria não tuberculosa

NOS CASOS ONDE NÃO SEJAM PREENCHIDOS OS CRITÉRIOS ACIMA SE DEVE:

- ✓ - Realizar consulta o ambulatório de referência quando houver isolamento eventual de micobactéria não tuberculosa, a fim de afastar-se a possibilidade de contaminação ambiental.
- ✓ - Acompanhar os pacientes até que este seja confirmado ou excluído.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Todos os casos
VERDE	

7.2 - PROTOCOLO DE ACESSO – INFECTOLOGIA GERAL (MICOBACTÉRIAS ATÍPICAS)

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Pacientes com diagnóstico de infecção por Micobactéria de Crescimento Rápido (MCR) de acordo a Nota Técnica 01/2017 – Conjunta CECISS/LACEN/SUV/SUH/HNR/SUR/SES-SC.

- **CASO PROVÁVEL:** Paciente que foi submetido a procedimento invasivo (cirúrgicos e não cirúrgicos*) que apresente dois ou mais sinais referidos como clínica compatível em topografia do sítio operatório, em que não foi realizada a coleta de exames ou os resultados de cultura negativos ou sem a identificação de MCR; que apresente granulomas em tecido obtido de ferida cirúrgica ou tecidos adjacentes (histopatologia compatível), ou baciloscopia positiva, mas cultura negativa para micobactéria.
- **CASO CONFIRMADO:** Paciente exposto a procedimentos invasivos que apresenta os sinais e sintomas referidos como clínica compatível (02 ou mais sintomas) e que apresenta cultura positiva para MCR; ou que apresenta granuloma, com ou sem necrose caseosa, no estudo anatomopatológico de peça ressecada e paciente sintomático que apresenta vínculo epidemiológico com casos confirmados de MCR**.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES:

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica e procedimentos invasivos. As infecções pós-operatórias por MCR podem ocorrer, em pacientes sem febre, com sinais inflamatórios no sítio cirúrgico após várias semanas do procedimento, associada à drenagem serosa. Quando existe a suspeita, o cirurgião deve procurar colher material para isolar tal micobactéria. O material enviado para análise microbiológica pode ser o líquido da drenagem, mas preferencialmente de tecido do sítio cirúrgico infectado é recomendado. O desbridamento e a drenagem são fundamentais do tratamento. Nos casos de mamoplastia de aumento, a retirada das próteses com capsulectomia e a retirada do tecido de granulação são habitualmente necessárias.
- *CONSIDERAR CASOS CONFIRMADOS OU SUSPEITOS de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)- Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC), por MCR em pacientes submetidos a: procedimentos cirúrgicos, vídeo laparoscópicos; cirurgias com utilização de cânula de aspiração (como exemplo lipoaspiração); cirurgias com utilização de instrumento de fibra óptica; cirurgias com implante de prótese (mama e outros), órtese; ceratotomia, mesoterapia, preenchimento cutâneo com ácido hialurônico ou metacrilato, ou injeção por via intramuscular.
**Ressalta-se que para as IRAS-ISC por MCR deve-se considerar até 24 meses após a realização do procedimento cirúrgico como critério diagnóstico de ISC (ANVISA, 2017).
- Laudo dos exames:
 - ✓ Pesquisa BAAR (Baciloscopia) ou exame Tuberculose, baciloscopia: Este exame é realizado em

amostras clínicas. As micobactérias são bacilos álcool-ácido resistentes.

- ✓ Cultura para Micobactéria ou Micobacteriose cultura - LACEN: realizada em todas as amostras clínicas. Fundamental para confirmar a micobactéria, bem como a espécie envolvida. Habitualmente, observa-se crescimento rápido em cultura, em uma a duas semanas, diferenciando-a de *M. tuberculosis*.
- ✓ Quando o material encaminhado para o LACEN for cepa, a presença de micobactéria for confirmada e a mesma apresentar características de uma MNT; o material é encaminhado para a identificação da espécie pelo método molecular PRA-hsp65. Este resultado será disponibilizado em até 30 dias.
- ACOMPANHAR OS PACIENTES CASOS CONFIRMADOS
 - ✓ Casos confirmados acompanhar Evolução do Tratamento - Cura: acompanhamento por 2 anos; NÃO CURA: Prolongamento do Tratamento, e em caso de Cirurgia/explante e/ou desbridamento.
- NOS CASOS ONDE NÃO SEJAM PREENCHIDOS OS CRITÉRIOS ACIMA SE DEVE:
 - ✓ Realizar consulta no ambulatório de referência quando houver isolamento eventual de MCR, a fim de afastar-se a possibilidade de contaminação ambiental.
 - ✓ Acompanhar os pacientes até que este seja confirmado ou excluído.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica, especialistas (infectologista) e/ou médico responsável pelo paciente.

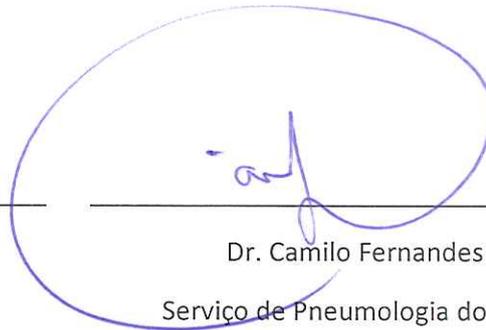
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Todos os casos
VERDE	
AZUL	

9. COLABORADORES:



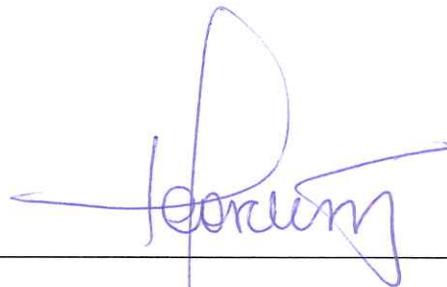
Dr. Cleyton Gregory
Serviço de Infectologia HNR
CRM/SC 10983



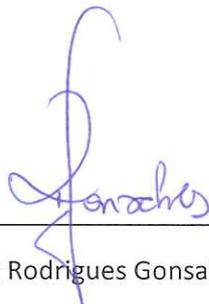
Dr. Camilo Fernandes
Serviço de Pneumologia do HNR
CRM/SC 8996



Telma E. da Silva
Médica Reguladora Gecor



Marilvan Cortese
Gerente de Complexos Reguladores SES



Cláudia Rodrigues Gonsalves
Diretora de Planejamento, Controle e
Avaliação do SUS



Karin Cristine Geller Leopoldo
Superintendente de Serviços e Regulação



Sérgio Beduschi Filho
Chefe Serv. Infectologia/HNR
CRM/SC 14286 RQE 9232
CNS 980016287941915