

Gerência de Regulação Ambulatorial  
Superintendência do Complexo Regulador em Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde de Goiás  
2021

# Protocolo de Regulação Ambulatorial e de Cirurgia Eletiva

HOSPITAL REGIONAL DE LUZIÂNIA  
Macrorregião Nordeste  
Luziânia



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde





SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

### PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO AMBULATORIAL E ELETIVO

Protocolo 001	Data de Aprovação: 02/02/2021	Revisão – 001 Data: 08/03/2021
Elaborado por: Equipe Técnica SCRS e HRL		Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL

**Natureza:** PÚBLICO

**Endereço:** Av. Alfredo Nasser, s/n – Parque Estrela Dalva VII, Luziânia – GO, CEP: 72820-200.

**Cidade:** Luziânia – GO

**Responsável pela regulação na Unidade:** Mayara Rocha de Oliveira – Coordenadora do Núcleo Interno de Regulação (NIR)

**Contato:** (61) 990460983 – NIR

## 1 – INTRODUÇÃO

O Hospital Regional de Luziânia – HRL, está localizado Av. Alfredo Nasser, s/n – Parque Estrela Dalva VII, Luziânia – GO, CEP: 72820-200.

A Unidade Estadual é gerida por uma Organização Social – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED, através do Contrato de Gestão nº 027/2020 – SES/GO, tendo por objeto o estabelecimento de compromisso entre as partes para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde, no Hospital Regional de Luziânia, com a pactuação de indicadores de desempenho e qualidade, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e equânime aos usuários de SUS.

Esse protocolo é dividido em linhas de cuidado, nas quais os serviços estão inseridos, para melhor coordenação do cuidado e ordenamento em rede.

Esse Protocolo visa definir critérios e perfil para atendimento **AMBULATORIAL** que constituirão a porta de entrada também para os procedimentos cirúrgicos eletivos.

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

## **2 – APLICAÇÃO**

Esse protocolo aplica-se para todos os municípios de abrangência do Hospital Regional de Luziânia – HRL.

## **3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Constituição Federal e Lei 8.080/90.

Portaria n<sup>o</sup> 1.559, de 1<sup>o</sup> de agosto de 2008

Portaria n<sup>o</sup> 1034, de 05 de maio de 2010

## **4 – DEFINIÇÕES**

HRL – Hospital Regional de Luziânia

IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento.

SES – Secretaria | Estadual de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

NIR – Núcleo Interno de Regulação

SISREG III – Sistema Nacional de Regulação.

HDA – História da doença atual.

ASA I – Classificação de estado físico da American Society of Anesthesiologists – Não há distúrbios orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psiquiátricos.

ASA II – Classificação de estado físico da American Society of Anesthesiologists – Distúrbios sistêmicos, variando de discretos a moderados, que eventualmente não estão relacionados com o motivo da cirurgia.

GOLDMANN I E II – índice de Risco Cardíaco.



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

## **5 – MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA**

Assistência à população de aproximadamente 1 milhão e 330 mil habitantes da Macrorregião Nordeste que é composta por 31 municípios de acordo com a Tabela 01.

Além da Macrorregião Nordeste, a Unidade poderá atender outros municípios de acordo com necessidade discricionária da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

<b>MACRORREGIÃO NORDESTE</b>			
<b>REGIÃO ENTORNO NORTE</b>	<b>REGIÃO ENTORNO SUL</b>	<b>REGIÃO NORDESTE I</b>	<b>REGIÃO NORDESTE II</b>
<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>
Água Fria de Goiás	Águas Lindas de Goiás	Campos Belos	Alvorada do Norte
Alto Paraíso	Cidade Ocidental	Cavalcante	Buritinópolis
Cabeceiras	Cristalina	Divinópolis de Goiás	Damianópolis
Flores de Goiás	Luziânia	Monte Alegre de Goiás	Guarani de Goiás
Formosa	Novo Gama	Teresina de Goiás	Iaciara
Planaltina	Santo Antônio do Descoberto		Mambaí
São Joao D´Aliança	Valparaíso de Goiás		Nova Roma
Vila Boa			Posse
			São Domingos
			Simolândia
			Sítio D´Abadia

Tabela 01-Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás

## **6 – REGULAÇÃO**

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL
--	------------------------------------



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

O processo de regulação das consultas especializadas e exames complementares no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás dará através do SISREG III, cuja base está implantada na Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás, o qual possui profissionais médicos habilitados e treinados na operacionalização do sistema, seguindo os critérios descritos na Política de Regulação e demais Normas que regem o atendimento equânime descritos na Constituição Federal e Lei 8.080/90.

A prioridade de regulação, foi estabelecida, baseado na Classificação de Risco do SISREG III, que tem como parâmetro a história da doença atual (HDA).

Os critérios de regulação estão baseados na classificação de prioridade pertinente aos motivos de encaminhamento, como demonstrado no Tabela 02.

COR	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	PRIORIDADE DE SOLICITAÇÃO
Vermelho	P0	Emergência (necessidade de atendimento imediato).
Amarelo	P1	Urgência (atendimento o mais rápido possível).
Verde	P2	Prioridade não urgente.
Azul	P3	Atendimento Eletivo.

Tabela 02 – Classificação de prioridade de acordo com o SISREG III.

## **7 – SERVIÇOS OFERTADOS**

### **7.1 – CONSULTAS AMBULATORIAIS (CIRURGIAS GERAL)**

PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO NO SISREG
Consulta em Cirurgia Geral	0301010072 CONSULTA EM CIRURGIA GERAL – GERAL
Consulta em Pequena Cirurgia	0301010072 CONSULTA EM PEQUENA CIRURGIA
Consulta em Cirurgia Ginecológica	0301010072 CONSULTA EM GINECOLOGIA CIRÚRGICA
Consulta em Ortopedia	0303010072 CONSULTA EM ORTOPEDIA – GERAL

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL
--	------------------------------------



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

Consulta em Cirurgia Vascular (para Varizes)	0301010072 CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR – VARIZES
--	--

Tabela 03 – Relação de consultas ambulatoriais

### 7.1.1 – CONSULTA EM CIRURGIA GERAL

#### Principais motivos para o encaminhamento:

- Hérnia Inguinal
- Hérnia Umbilical
- Hérnia Epigástrica
- Colelitíase
- Vasectomia
- Postectomia (**Adultos com menos 100 kg**)
- Varicocele
- Frenectomia
- Hidrocele

#### Critérios gerais para encaminhamento:

- Pacientes ASA I e ASA II ou GOLDMANN I e II;
- Justificativa clínica com sinais e sintomas do motivo do encaminhamento;

#### Especificidades:

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL
--	------------------------------------



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

Colelitíase: **peso inferior a 100 kg**

Vasectomia: necessário planejamento familiar

**Exame físico:** relatar achados importantes

**Exames complementares necessários:** Todos realizados nos últimos 03 meses, SE HOUVER.

- Hemograma
- Ureia
- Creatinina
- Glicemia de jejum
- EAS
- Coagulograma
- ECG c/ laudo
- USG para procedimento de colecistectomia e/ou patologias que necessitem do US
- Risco cirúrgico para idade **maior /igual a 40 anos**

**Critério: P2**

**OBS:** casos de colecistite aguda ou hérnia encarcerada devem ser encaminhados ao serviço de atendimento de urgência

### 7.1.2 CONSULTA EM PEQUENA CIRURGIA

**Principais motivos para encaminhamento:**

- Retirada de cisto sebáceo;
- Retirada de verruga;
- Retirada de calosidade;
- Retirada de corpo estranho;

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

- Cantoplastia (tratamento cirúrgico para unha encravada);
- Drenagem de abscesso;
- Cisto pilonidal.

**Exame físico:** relatar achados importantes

**Exames complementares necessários:** Todos realizados nos últimos 03 meses, SE HOUVER.

### 7.1.3 – CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLÓGICA

**Principais motivos para o encaminhamento:**

- Histerectomia
- Laqueadura Tubária (**Paciente deverá apresentar ata assinada do planejamento familiar completo realizada no município de origem**)
- Miomectomia
- Ooforectomia/Ooforoplastia
- Exerese Glândula de Bartholin

OBS: ENCAMINHAR SOMENTE DOENÇAS BENIGNAS.

Casos confirmados de malignidade devem ser encaminhados ao serviço de referência (de acordo com a pactuação do município de origem).

**Critérios gerais para encaminhamento:**

- Pacientes ASA I e ASA II ou GOLDMANN I e II
- Justificativa clínica com sinais e sintomas do motivo do encaminhamento
- **Maiores de 16 anos**

**Especificidades:**

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL
--	------------------------------------





SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

- Histerectomia: **PESO INFERIOR A 100 KG.**

**Exame físico:** relatar achados importantes.

**Exames complementares necessários:** Todos realizados nos últimos 03 meses, SE HOUVER.

- Hemograma
- Ureia
- Creatinina
- Glicemia de jejum
- EAS
- Coagulograma
- ECG c/ laudo
- USG para procedimento relacionado a útero e ovário
- Risco cirúrgico para **maiores ou igual a 40 anos.**

**Critério: P2**

#### **7.1.4– CONSULTA EM ORTOPEDIA**

**Principais motivos para o encaminhamento:**

- Ressecção de Exostose
- Ressecção Simples de Tumor Ósseo/Partes Moles
- Bursectomia
- Fasciectomia
- Manipulação Articular



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

- Redução Metacarpio
- Redução Incruenta
- Tenólise
- Tenosinovectomia em Membro Superior
- Tratamento cirúrgico de dedo em gatilho
- Tratamento Cirúrgico de Polidactilia não Articulada

**Critérios gerais para encaminhamento:**

Justificativa clínica com tempo de evolução, exames realizados, sintomas associados, tratamento já realizado ou em curso e medicamentos em uso.

**Exame físico:** relatar achados importantes.

**Exames complementares necessários:** Exames relacionados.

**Critério: P2**

**7.1.5 – CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR (PARA VARIZES)**

**Principais motivos para o encaminhamento:**

- Tratamento cirúrgico de varizes unilateral
- Tratamento cirúrgico de varizes bilateral

**Critérios gerais para encaminhamento:**



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

Justificativa clínica com tempo de evolução, exames realizados, sintomas associados, tratamento já realizado ou em curso e medicamentos em uso.

**Exame físico:** relatar achados importantes.

**Exames complementares necessários:** Exames relacionados.

**Critério:** P2

## 7.2 – SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

As solicitações de exames são de responsabilidade da secretaria municipal de origem do paciente, que deverá solicitar via sistema SISREGIII, conforme quadro abaixo:

SADT	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO NO SISREG
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	XXXX – GRUPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADO

Procedimento	Código do Procedimento – SIGTAP	Procedimento no SISREG
Tomografia computadorizada de face/ articulações temporo-mandibulares	020601004-4	Tomografia computadorizada de face/ articulações temporo-mandibulares
Tomografia computadorizada do pescoço	020601005-2	Tomografia computadorizada de pescoço
Tomografia computadorizada de sela turcica	020601006-0	Tomografia computadorizada de sela turcica

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

Tomografia computadorizada do crânio	020601007-9	Tomografia computadorizada de crânio
-Tomografia computadorizada de articulações de membro superior direito -Tomografia computadorizada de articulações de membro superior esquerdo	020602001-5	-Tomografia computadorizada de articulações de membro superior direito -Tomografia computadorizada de articulações de membro superior esquerdo
Tomografia computadorizada de articulações de membro inferior direito Tomografia computadorizada de articulações de membro inferior esquerdo	020603002-9	Tomografia computadorizada de articulações de membro inferior direito Tomografia computadorizada de articulações de membro inferior esquerdo
-Tomografia computadorizada de segmentos apendiculares – (mão, perna, pé) direito -Tomografia computadorizada de segmentos apendiculares – (mão, perna, pé) esquerdo	020602002-3	-Tomografia computadorizada de segmentos apendiculares direito -Tomografia computadorizada de segmentos apendiculares esquerdo
Tomografia computadorizada de tórax	020602003-1	Tomografia computadorizada de tórax
Tomografia computadorizada do mediastino	020602004-0	Tomografia de hemitórax, pulmão ou do mediastino
Tomografia computadorizada de abdômen superior	020603001-0	Tomografia computadorizada de abdômen superior
Tomografia computadorizada de abdômen inferior	020603003-7	Tomografia computadorizada de pelve/ bacia /abdomen inferior
Tomografia computadorizada de pelve	020603003-7	Tomografia computadorizada de pelve/ bacia /abdomen inferior

◆ **Por motivos de especificação do aparelho, encaminhar pacientes até 160 kg para realizarem exames.**

◆ **Tomografias realizadas com a utilização de contraste, em pacientes acima de 16 anos.**

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
 Hospital Regional de Luziânia – HRL

➔ **Tomografia computadorizada de face/ seios da face/ articulações temporo - mandibulares**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinusopatia crônica;</li> <li>• Trauma facial;</li> <li>• Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face;</li> <li>• Tumores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• RX simples com Laudo.</li> <li>• USG com laudo, quando indicado.</li> <li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> </ul>

➔ **Tomografia computadorizada de pescoço**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores;</li> <li>• Má formação vascular;</li> <li>• Estadiamento de neoplasias;</li> <li>• Estudo de carótidas e vertebrais;</li> <li>• Processos inflamatórios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• RX simples com Laudo.</li> <li>• USG com laudo, quando indicado.</li> <li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> </ul>

➔ **Tomografia computadorizada de crânio e sela túrcica**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismo;</li> <li>• AVCs;</li> <li>• Doenças Degenerativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• RX simples com Laudo.</li> </ul>



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

<p>do Encéfalo;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aneurismas;</li><li>• Convulsões recentes a esclarecer;</li><li>• Cefaléia grave a esclarecer;</li><li>• Hemorragias;</li><li>• Tumores (diagnóstico e estadiamento);</li><li>• Metástases (detecção e acompanhamento);</li><li>• Processos Expansivos;</li><li>• Hidrocefalia;</li><li>• Distúrbio do comportamento;</li><li>• Alterações endócrinas e estudo da hipófise;</li><li>• Síndromes demências a esclarecer.</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• USG com laudo, quando indicado.</li><li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li><li>• Exame do Líquor (se doença infecciosa)</li></ul>
---	--	--

➔ **Tomografia computadorizada de articulações**

**Membros superiores**

- Articulações Esternoclaviculares;
- Articulações dos Ombros;
- Articulações dos Cotovelos;
- Articulações dos Punhos.

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
 Hospital Regional de Luziânia – HRL

**Membros inferiores**

- Articulações Sacro-Iliacas;
- Articulações Coxo-Femorais;
- Articulações dos Joelhos;
- Articulação dos Tornozelos.

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismos;</li> <li>• Tumores (diagnóstico e estadiamento) e metástases (detecção e acompanhamento);</li> <li>• Processos expansivos;</li> <li>• Fraturas (cominutivas);</li> <li>• Artrose.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• RX simples com Laudo.</li> <li>• USG com laudo, quando indicado.</li> <li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> </ul>

- ◆ Caso seja necessário fazer exames de membro direito e esquerdo, solicitar o procedimento duas vezes. Ex: Tomografia computadorizada de articulações de membro inferior direito + Tomografia computadorizada de articulações de membro inferior esquerdo.

➔ **Tomografia computadorizada de segmentos apendiculares ( mão, perna e pé)**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumas;</li> <li>• Patologias inflamatórias, ósseas e cartilagenosas;</li> <li>• Neoplasias;</li> <li>• Malformações congênitas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• RX simples com Laudo.</li> <li>• USG com laudo, quando indicado.</li> <li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> </ul>

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL
--	------------------------------------



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

--	--	--

➔ Tomografia computadorizada de tórax

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"><li>• Traumatismo;</li><li>• Sangramentos (vias aéreas);</li><li>• Pneumopatias Intersticiais;</li><li>• Mediastino, Hilos, Pleura (avaliação);</li><li>• Bronquiectasias (acompanhamento);</li><li>• Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural;</li><li>• Tumores (diagnóstico e estadiamento);</li><li>• Metástases (detecção e acompanhamento);</li><li>• Nódulos não-neoplásicos (avaliação e acompanhamento);</li><li>• Síndrome de compressão da veia cava superior;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• História Clínica.</li><li>• Exame Físico.</li><li>• RX simples com Laudo.</li><li>• USG com laudo, quando indicado.</li><li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li><li>•</li></ul>

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL





SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

<ul style="list-style-type: none"><li>• Doenças da aorta; (aneurisma/dissecção);</li><li>• Tromboembolismo pulmonar;</li><li>• Investigar comprometimento de órgãos devido: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses.</li></ul>		
--	--	--

➔ **Tomografia do mediastino**

<b>Indicação</b>	<b>Contra Indicação</b>	<b>Pré-requisito</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Alargamento do mediastino;</li><li>• Hemoptise;</li><li>• Bronquiectasias;</li><li>• Dissecção de aneurisma;</li><li>• Suspeita clínica em aneurisma de aorta;</li><li>• Síndrome da compressão de veia cava superior;</li><li>• Suspeita de mediastinite;</li><li>• Pesquisa de metástases pulmonares;</li><li>• Pesquisa de foco de infecção e neoplasias;</li><li>• Alterações endócrinas ou metabólicas de origem mediastinal;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• História Clínica.</li><li>• Exame Físico.</li><li>• RX simples com Laudo.</li><li>• USG com laudo, quando indicado.</li><li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li></ul>

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

<ul style="list-style-type: none"><li>• Estudar transição cervico-torácica ou tóraco-abdominal;</li><li>• Estadiamento dos tumores do esôfago e pulmão;</li><li>• Pesquisa de neoplasia em paciente com Osteoartropatia Hipertrófica;</li><li>• Rouquidão por lesão do laríngeo recorrente;</li><li>• Pesquisa de adenomegalia;</li><li>• Diferenciar abscesso de empiema;</li><li>• Avaliação de enfisema pulmonar para avaliação de cirurgia redutora de pulmão;</li><li>• Pesquisa neoplasia indeterminada (com radiografia normal);</li><li>• Estudo parênquima pulmonar (com prova de função alterada);</li><li>• Trauma.</li></ul>		
--	--	--

➔ **Tomografia de abdômen superior**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"><li>• Abscessos;</li><li>• Traumatismos;</li><li>• Tumores (diagnóstico e</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• História Clínica.</li><li>• Exame Físico.</li><li>• RX simples com Laudo.</li></ul>

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

<p>estadiamento);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Processos expansivos;</li><li>• Ruptura de órgãos (suspeita);</li><li>• Pesquisa de metástases;</li><li>• Aneurismas;</li><li>• Pancreatites;</li><li>• Litíase pancreática;</li><li>• Linfonomegalia;</li><li>• Cálculo renal;</li><li>• Hemorragias pós-cirurgia, pós-cateterismo, pós-tratamento anticoagulante;</li><li>• Investigar comprometimento de órgãos: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses.</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• USG com laudo, quando indicado.</li><li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li><li>•</li></ul>
--	--	---

➔ Tomografia computadorizada de pelve/abdômen inferior

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"><li>• Traumatismos;</li><li>• Malformações congênitas;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gravidez</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• História Clínica.</li><li>• Exame Físico.</li><li>• RX simples com Laudo.</li><li>• USG com laudo, quando</li></ul>
Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL		Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores (diagnóstico e estadiamento) e metástases (detecção e acompanhamento);</li> <li>• Processos expansivos;</li> <li>• Cálculo renal.</li> <li>• Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;</li> <li>• Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;</li> <li>• Patologia geniturinária (doença inflamatória/neoplásica);</li> <li>• Patologia uterina e anexos;</li> <li>• Patologia prostática;</li> <li>• Patologia na transição retosigmóide;</li> <li>• Neoplasias de partes moles e ósseas;</li> <li>• Malformações congênitas.</li> </ul>		<p>indicado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> <li>•</li> </ul>
--	--	---

◆ Caso seja solicitação de abdômen total é necessário solicitar: Tomografia computadorizada de abdômen superior + Tomografia computadorizada de pelve/ bacia /abdômen inferior

## 8 – CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AMBULATORIAL

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL
--	------------------------------------



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

A definição de critérios, visa à otimização da oferta dos serviços aos usuários do SUS e à qualificação dos motivos de encaminhamento evitando recusa de atendimento e devoluções de pacientes fora do perfil estabelecido.

	TIPO DE CONSULTA	INDICAÇÕES CLÍNICAS	CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA SOLICITAÇÃO DE VAGA
01	Consulta em Cirurgia Geral	Hérnia Inguinal, Hérnia Umbilical, Hérnia Epigástrica Colelitíase, Vasectomia, Postectomia ( <b>Adultos com menos 100 kg</b> ), Varicocele, Frenectomia, Hidrocele.	Pacientes ASA I e ASA II ou GOLDMANN I e II Justificativa clínica com sinais e sintomas do motivo do encaminhamento  <b>Especificidades:</b> Colelitíase: <b>peso inferior a 100 kg</b> Vasectomia: necessário planejamento familiar.
02	Consulta em Pequena Cirurgia	Retirada de cisto sebáceo; Retirada de verruga; Retirada de calosidade; Retirada de corpo estranho; Cantoplastia (tratamento cirúrgico para unha encravada); Drenagem de abscesso; Cisto pilonidal.	Não há.
03	Consulta em Cirurgia Ginecológica	Histerectomia, Laqueadura Tubária Miomectomia, Ooforectomia /Ooforoplastia, Exerese Glândula de Bartholin.  OBS: ENCAMINHAR SOMENTE	Pacientes ASA I e ASA II ou GOLDMANN I e II, Justificativa clínica com sinais e sintomas do motivo do encaminhamento, <b>Maiores</b>

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

		DOENÇAS BENIGNAS. Casos confirmados de malignidade devem ser encaminhados ao serviço de referência (de acordo com a pactuação do município de origem).	<b>de 16 anos.</b> <b>Especificidades:</b> Histerectomia: <b>PESO INFERIOR A 100 KG.</b>
04	Consulta em Ortopedia	Ressecção de Exostose, Ressecção Simples de Tumor Ósseo/Partes Moles, Bursectomia, Fasciectomia Manipulação Articular, Redução Metacarpo, Redução Incruenta, Tenólise, Tenosinovectomia em Membro Superior, Tratamento cirúrgico de dedo em gatilho, Tratamento Cirúrgico de Polidactilia não Articulada.	Justificativa clínica com tempo de evolução, exames realizados, sintomas associados, tratamento já realizado ou em curso e medicamentos em uso.
05	Consulta em Cirurgia Vascular (para varizes)	Tratamento cirúrgico de varizes unilateral, Tratamento cirúrgico de varizes bilateral.	Justificativa clínica com tempo de evolução, exames realizados, sintomas associados, tratamento já realizado ou em curso e medicamentos em uso.

Tabela 04 – Síntese dos critérios / indicação clínica.

## **9 – CIRURGIAS ELETIVAS**

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL
--	------------------------------------



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

As solicitações de Cirurgias Eletivas são de responsabilidade da Secretaria do município de origem do paciente, que deverá solicitar via sistema SISREG.

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
04.07.03.002-6	Colecistectomia
04.01.02.008-8	Exerese de Cisto Sacrococcigeo (Cisto Pilonidal)
04.07.04.008-0	Hérnia Incisional
04.07.04.006-4	Hernioplastia Epigátrica
04.07.04.010-2	Hernioplastia Inguinal / Crural Unilateral
04.07.04.011-0	Hernioplastia Recidivante
04.07.04.012-9	Hérnia Umbilical
04.09.04.021-5	Tratamento Cirúrgico de Hidrocele
04.09.04.023-1	Tratamento Cirúrgico de Varicocele
04.09.04.024-0	Vasectomia
04.09.05.008-3	Postectomia
04.01.01.008-2	Frenectomia
04.09.06.013-5	Histerectomia
04.09.06.018-6	Laqueadura Tubária
04.09.06.019-4	Miomectomia
04.09.06.021-6	Ooforectomia/Ooforoplastia
04.09.07.015-7	Exerese Glândula de Bartholin
04.06.02.057-4	Tratamento cirúrgico de varizes unilateral
04.06.02.056-6	Tratamento cirúrgico de varizes bilateral
04.08.06.022-0	Ressecção de Exostose
04.08.06.031-0	Ressecção Simples de Tumor Ósseo/Partes Moles
04.08.06.008-5	Bursectomia
04.08.06.014-0	Fasciectomia
04.08.06.015-8	Manipulação Articular

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

04.08.02.015-6	Redução Metacarpio
04.08.01.012-6	Redução Incruenta
04.08.06.044-1	Tenólise
04.08.02.030-0	Tenosinovectomia em Membro Superior
04.08.02.032-6	Tratamento cirúrgico de dedo em gatilho
04.08.06.065-4	Tratamento Cirúrgico de Polidactilia não Articulada
04.03.02.012-3	Tratamento Cirúrgico de Síndrome Compressiva em Túnel Osteo-Fibroso ao Nível do Carpo

Tabela 05 – Cirurgias Eletivas.

## **10 – FLUXO REGULATÓRIO PARA REFERÊNCIA AMBULATORIAL**

As solicitações de consultas é de responsabilidade da secretaria do município de origem do paciente, que deverá solicitar via sistema SISREG de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas conforme Tabela 04 – Síntese dos critérios / indicação clínica.

- **Solicitação de consulta especializada via SISREG:** Responsabilidade das Unidades Municipais.

Acessar o SISREGIII > Fazer login > Solicitar > Ambulatorial > Inserir CNS do paciente > Pesquisar > Conferir dados > Continuar > Preencher dados do Procedimento Ambulatorial desejado > Preencher CID > Preencher nome do profissional solicitante > Selecionar Central Executante > Selecionar Unidade executante – Hospital Regional de Luziânia – HRL > Selecionar OK > Conferir dados > Selecionar Solicitar (mesmo que o sistema diga que não há vagas disponíveis) > Conferir dados > Em **destino da solicitação** selecionar “Regulação” > Inserir as observações necessárias para o agendamento da consulta especializada > Incluir CRM do médico solicitante > Enviar > Anotar número da solicitação para acompanhamento.

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL





SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

As Unidades devem solicitar o tipo de consulta de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas disponíveis na Tabela 04.

- **Avaliação técnica da solicitação de consulta especializada e agendamento das consultas:** Responsabilidade do Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

Os médicos reguladores avaliarão todas as solicitações de consulta, caso não existam as condições necessárias para agendamento, a solicitação será negada via SISREG com justificativa pertinente.

Caso as solicitações estejam de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas disponíveis na Tabela 04, a consulta será agendada via SISREG, na data mais próxima disponível nas agendas dos médicos da Unidade.

- **Informação do agendamento aos pacientes:** Responsabilidade das Unidades Municipais Solicitantes.

Para verificar o andamento das solicitações deve-se proceder da seguinte maneira:

Acessar o SISREGIII > Fazer login > Consulta Amb > Preencher Cód. Solicitação > Pesquisar.

Após verificação do agendamento da consulta especializada no SISREG, as Unidades Municipais solicitantes procederão ao contato telefônico com os pacientes e realizarão a entrega dos comprovantes de agendamento emitidos pelo SISREG, fazendo todas as orientações necessárias aos pacientes.

No caso de cancelamentos ou desistências, as Unidades Solicitantes deverão enviar de forma eletrônica solicitação de cancelamento da consulta ao Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

O Complexo Regulador em Saúde de Goiás poderá utilizar a vaga liberada para agendamento de outro paciente em aguardo na fila de espera SISREG.

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo  
Hospital Regional de Luziânia – HRL

- **Atendimento às consultas agendadas:** Responsabilidade do Hospital Regional de Luziânia – HRL

O Hospital Regional de Luziânia (HRL) deve proceder com o atendimento dos pacientes e providenciar os exames complementares e risco cirúrgico dos pacientes para a realização da cirurgia.

## 11 – CRÉDITOS

<b>Elaborado por:</b>	Gerência de Regulação Ambulatorial/ Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás/ SES.	03/02/2021
	Hospital Regional de Luziânia – HRL	02/02/2021
<b>Validado por:</b>	Diretoria-Geral do Hospital Regional de Luziânia – HRL	02/02/2021
	Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás/SES.	04/02/2021

**Ouvidoria:** Sugestão, reclamações, elogios e denúncias entre em contato pela ouvidoria da SES – GO no telefone 0800 643 3700.

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRL	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRL
--	------------------------------------