

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE 2018

ANEXO III

PROPOSTA DE DIRETRIZES CLÍNICAS



1. CONSULTA DE AVALIAÇÃO AMPLIADA EM GERIATRIA.....	3
2. CONSULTA – PUERICULTURA	4
3. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HÉRNIA DE DISCO LOMBAR	6

1 CONSULTA DE AVALIAÇÃO AMPLIADA EM GERIATRIA

Quando o procedimento consulta, corresponder a uma consulta de avaliação ampliada em geriatria deverá atender os seguintes critérios:

1. Para pacientes acima de 60 anos, deverá ser realizado por médico geriatra e contemplar além da avaliação clínica convencional, a aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), utilizando instrumento específico reconhecido pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), disponibilizado no sítio eletrônico www.sbgg.org.br, sendo obrigatória a emissão de laudo em duas vias, preenchido pelo menos um dos critérios abaixo:

- a. Trinta dias após internações clínicas com duração igual ou superior a dez dias.
- b. Trinta dias após cirurgia de médio ou grande porte, independente do tempo de internação.
- c. Anualmente, em idosos com idade ≥ 60 anos, mesmo sem comorbidades, sendo que a primeira servirá como referência para futuras avaliações (Avaliação de Referência).
- d. Semestralmente, após os sessenta e cinco anos, quando houver declínio funcional instalado.
- e. Semestralmente, após os setenta anos, independente de resultado de avaliações anteriores.
- f. A qualquer momento, a partir de sessenta anos, quando da ocorrência de qualquer uma das grandes síndromes geriátricas:
 - i. - Insuficiência cognitiva;
 - ii. - Incontinência urinária e/ou fecal;
 - iii. - Instabilidade postural e/historia de quedas;
 - iv. - Imobilidade;
 - v. - Iatrogenia.
- g. A qualquer momento, a partir de sessenta anos, quando do diagnóstico de:
 - i. - Incapacidade funcional;
 - ii. - Neoplasias malignas;
 - iii. - Insuficiência cardíaca \geq CF II;

- iv. - Fragilidade psicossocial e/ou depressão.

Diretrizes para a realização de uma AGA:

- a. A AGA deverá ser realizada por médicos especialistas com título em Geriatria pela SBGG/AMB;
- b. Ter um caráter avaliativo multidimensional;
- c. Necessita prover ao seu término, um perfil de resultados nos seus escores, que revelem não somente uma listagem de doenças e problemas, mas seus impactos funcionais;
- d. Permitir no seu laudo técnico final, apontar recursos de tratamentos que envolvam aspectos farmacológicos, planos de cuidados, intervenções em reabilitação e a necessidades de recursos comunitários.

2 CONSULTA – PUERICULTURA

Quando o procedimento consulta, corresponder a uma consulta de puericultura deverá atender os seguintes critérios:

- a. atendimento ambulatorial sequencial e limitado, conforme calendário abaixo;

Lactente 0-2 anos	Pré-escola 2-4 anos	Escolar 5-10 anos	Adolescente 11-19 anos
1ª semana	24 meses	5 anos	11 anos
1 mês	30 meses	6 anos	12 anos
2 meses	36 meses	7 anos	13 anos
3 meses	42 meses	8 anos	14 anos
4 meses	48 meses	9 anos	15 anos
5 meses		10 anos	16 anos
6 meses			17 anos
9 meses			18 anos
12 meses			19 anos
15 meses			
18 meses			

- b. incluir as ações a serem realizadas nos atendimentos agendados em conformidade com os itens abaixo descritos:

- avaliação do estado nutricional da criança pelo indicadores clínicos definidos pelo Ministério da Saúde;
- avaliação da história alimentar;
- avaliação da curva de crescimento pelos parâmetros antropométricos adotados pelo Ministério da Saúde;
- estado vacinal segundo o calendário oficial de vacinas do Ministério da Saúde;
- avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor;
- avaliação do desempenho escolar e dos cuidados dispensados pela escola;
- avaliação do padrão de atividades físicas diárias conforme parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde;
- exame da capacidade visual;
- avaliação das condições do meio ambiente conforme roteiro do Ministério da Saúde;
- avaliação dos cuidados domiciliares dispensados à criança;
- avaliação do desenvolvimento da sexualidade;
- avaliação quantitativa e qualitativa do sono;
- avaliação da função auditiva;
- avaliação da saúde bucal.

Referência: CBHPM, 2012.

3 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HÉRNIA DE DISCO LOMBAR

O tratamento cirúrgico da hérnia de disco lombar está indicado para pacientes portadores de discopatia lombar sintomática comprovada por exame clínico e exames de imagem, associada ou não a ciatalgia, com dor discogênica, comprovadamente refratária ao tratamento conservador/clínico e que preencham ao menos um dos critérios abaixo descritos:

- a. Espondilolistese;
- b. Instabilidade na coluna lombar;
- c. Escoliose do adulto;
- d. Artrose ou degeneração facetária;
- e. História de cirurgia prévia em coluna lombar;
- f. Estenose de canal vertebral;
- g. Fratura vertebral de origem traumática, neoplásica, osteoporótica, infecciosa e/ou reumatológica.