

Protocolo de Regulação do Acesso Ambulatorial

Centro Estadual de Atenção Prolongada e Casa de Apoio Condomínio Solidariedade – CEAP-SOL



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



CONTE
COM
ESSA
FORÇA



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

Protocolo 001	DATA 01/10/2021	Revisão: 02 - 17/10/2022
---------------	-----------------	--------------------------

Unidade: Centro Estadual de Atenção Prolongada e Casa de Apoio Condomínio Solidariedade – CEAP-SOL
CNES: 9138625
Esfera Administrativa: Estadual
Natureza: Administração Pública
Endereço: Avenida Veneza, Quadra 62, Lote 1/10 – Jardim Europa Cidade: Goiânia - GO
Responsável pela regulação na Unidade: Aucéria Augusta de Souza Moreira e Raiany Caroline A. Carvalho.
Contato: (62) 3201-9288

SUMÁRIO

SUMÁRIO	2
1 – INTRODUÇÃO	2
2 – APLICAÇÃO	2
3 – ABRANGÊNCIA	2
4 – SERVIÇOS OFERTADOS	3
4.1 – CONSULTAS AMBULATORIAIS (EXCETO MÉDICO)	
4.2 - CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS	3
5 – FLUXO REGULATÓRIO PARA REFERÊNCIA AMBULATORIAL	7
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8
7 – CRÉDITOS	8

1 – INTRODUÇÃO

O CEAP-SOL foi criado em meados da década de 1980. Constituiu-se desde o seu nascimento como uma Instituição de Casa de Apoio Tipo I ao portador de infecção pelo HIV/AIDS.

No início do ano 2012 foi integrado ao HDT e ampliado seu âmbito de atuação, incorporando assistência médico hospitalar com leitos de retaguarda em cuidados prolongados, assistência ambulatorial multiprofissional não médica, com foco na reabilitação e assistência psicossocial, obedecendo o perfil de doenças infectocontagiosas e dermatológicas e mantendo-se ainda como casa de apoio reestruturada para Tipo II.

Em 2017, foi renomeado como **CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO PROLONGADA E CASA DE APOIO CONDOMÍNIO SOLIDARIEDADE - CEAP-SOL**. Desde então, busca a assistência médico-hospitalar qualificada e humanizada, impulsionando o equilíbrio social, biológico, psicológico e laboral, na tentativa de restabelecer o indivíduo enfermo na sua auto suficiência física e mental, reinserindo-o na sociedade como cidadão dentro de toda a sua amplitude, e recuperando o ambiente familiar.

2 – APLICAÇÃO

Este protocolo visa definir critérios e perfis para atendimento ambulatorial do Centro Estadual de Atenção Prolongada e Casa de Apoio Condomínio Solidariedade – CEAP-SOL.

3 – ABRANGÊNCIA

Abrangência estadual, sendo o acesso disponível aos 246 municípios do Estado de Goiás.

4 – SERVIÇOS OFERTADOS

4.1 – CONSULTAS AMBULATORIAIS - EXCETO MÉDICO (Portadores de infecção pelo HIV/AIDS, hepatites crônicas e outras doenças infectocontagiosas e dermatológicas)

Considerando que o perfil da unidade e o acesso se dará a uma população específica, os agendamentos serão feitos por meio da Central de Regulação, valendo-se da disponibilização de vagas de primeiras consultas nas seguintes especialidades:

Descrição	Especialidade	Sub Especialidade
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (EXCETO MÉDICOS)	ODONTOLOGIA	N/A
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (EXCETO MÉDICOS)	NUTRIÇÃO	N/A
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (EXCETO MÉDICOS)	PSICOLOGIA	N/A
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (EXCETO MÉDICOS)	FISIOTERAPIA	N/A
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (EXCETO MÉDICOS)	TERAPIA OCUPACIONAL	N/A
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (EXCETO MÉDICOS)	FONOAUDIOLOGIA	N/A

PERFIL DETALHADO DE ATENDIMENTO PARA AS CONSULTAS ESPECIALIZADAS:

- **CONSULTA EM ODONTOLOGIA**

Ambulatório de Odontologia para portadores de infecção pelo HIV/AIDS, hepatites crônicas e outras doenças infectocontagiosas e dermatológicas **ELETIVO** em clínica geral (limpezas e restaurações), e especializado em cirurgia oral e estomatologia (exodontia e biópsias), conforme solicitação médica, sendo os principais procedimentos realizados discriminados abaixo:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
01.01.02.011-2	AÇÃO COLETIVA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL
02.01.01.023-2	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR
02.01.01.034-8	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
03.01.01.015-3	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA
03.01.01.017-0	CONSULTA/ AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
03.01.01.015-2	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS
03.07.03.007-5	TRATAMENTO DE LESÕES NA MUCOSA ORAL
04.01.01.003-1	DRENAGEM DE ABSCESSO
04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA
04.01.01.006-6	EXCISÃO E/OU SUTURA DE PENAS LESÕES/ FERIMENTOS DE PELE
04.01.01.007-4	EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA
04.01.01.008-2	FRENECTOMIA
04.01.01.010-4	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO
04.01.02.007-0	EXERÉSE DE CISTO DERMOIDE
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ORO-SINUSAL
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS
04.04.02.008-9	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR
04.04.02.009-7	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO DE BOCA

04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO
04.04.02.027-5	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.02.031-3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTO ORO-MAXILARES
04.04.02.038-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DE OSSOS DA FACE
04.04.02.044-5	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM
04.04.02.045-3	OSTEOTOMIA DA MAXILA
04.04.02.046-1	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA
04.04.02.048-8	OSTEOTOMIA DAS FRATURA ALVÉOLO- DENTÁRIAS
04.04.02.061-5	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR
04.04.02.063-1	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO- MANDIBULAR
04.04.02.065-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA/OUTRAS LESÕES ESPECÍFICAS
04.04.02.067-4	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DE BOCA
04.04.03.003-3	OSTEOTOMIA DE MAXILA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.005-0	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO
04.04.03.024-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL EM PACIENTES COM ANOMALIA
04.04.03.025-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORONASAL EM PACIENTES COM ANOMALIA
04.07.03.017-4	MARSUPIALIZAÇÃO DE ABSCESSO /CISTO
04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO/DE PARTES MOLES
04.08.06.033-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
04.14.01.025-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL/ ORO-NASAL
04.14.01.027-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA CUTÂNEA DE ORIGEM DENTÁRIA
04.14.01.032-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DO COMPLEXO MAXILO-MANDIBULAR
04.14.01.034-5	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR
04.14.01.036-1	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO- ODONTOGÊNICO
04.14.01.037-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DENTE INCLUSO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO
04.14.01.038-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/EXTRAORAL
04.14.02.003-0	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)
04.14.02.004-9	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES
04.14.02.005-7	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR
04.14.02.006-5	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR
04.14.02.007-3	CURETAGEM PERIAPICAL
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE
04.14.02.014-6	EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE
04.14.02.020-0	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS
04.14.02.021-9	ODONTOSECÇÃO /RADILECTOMIA /TUNELIZAÇÃO
04.14.02.024-3	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL(POR ELEMENTO)
04.14.02.027-8	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO/ IMPACTADO)
04.14.02.029-4	REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES
04.14.02.035-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL
04.14.02.036-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL
04.14.02.038-3	TRATAMENTO ALVEOLITE
04.14.02.040-5	ULOTOMIA/ ULECTOMIA
04.14.02.043-0	EXODONTIA DE DENTE SUPRANUMERÁRIO

Reiteramos que não há atendimento odontológico de urgência/emergência na unidade.

- **CONSULTA EM NUTRIÇÃO**

O ambulatório de nutrição é destinado a portadores de infecção pelo HIV/AIDS, hepatites crônicas e outras doenças infectocontagiosas e dermatológicas, para recuperação e/ou manutenção do estado nutricional. Promovendo assim, tratamento ambulatorial para doenças relacionadas à alimentação, tais como diabetes, hipertensão, doença celíaca, obesidade, entre outras.

● **CONSULTA EM PSICOLOGIA**

O Ambulatório de Psicologia em Saúde para portadores de infecção pelo HIV/AIDS, hepatites crônicas e outras doenças infectocontagiosas e dermatológicas, tem a finalidade de atender psicopatologias leves (depressão, transtorno de ansiedade, dentre outras), e com isso reduzir os níveis de ansiedade, angústia e medo vivenciados pelos pacientes e familiares desde a descoberta diagnóstica, passando pelo tratamento e incluindo os casos onde a recuperação da saúde física é improvável, além de realizar a reabilitação dos efeitos gerados pelos antirretrovirais (ARVs) em crianças e adultos expostos ao HIV. Os principais procedimentos realizados estão discriminados abaixo:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
03.01.04.004-4	TERAPIA INDIVIDUAL
03.01.08.017-8	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA
03.01.08.029-1	ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE
03.01.08.036-4	ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE SUBSTÂNCIAS
03.01.08.037-2	ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNOS
03.01.08.038-0	ACOMPANHAMENTO DA POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL COM SOFRIMENTO
03.01.14.001-4	ATENDIMENTO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

● **CONSULTA EM FISIOTERAPIA**

O Ambulatório de fisioterapia é destinado a portadores de infecção pelo HIV/AIDS, hepatites crônicas e outras doenças infectocontagiosas e dermatológicas. Ele se destina a promover a habilitação e reabilitação físico/funcional de pacientes portadores de HIV/AIDS, com atividades educativas e terapêuticas voltadas à promoção e prevenção das alterações funcionais dos seus portadores, incrementando a qualidade de vida física e psico-social.

A terapêutica pautada nos problemas osteomioarticulares é fundamental para a autoestima, auxiliando na manutenção do tônus muscular e favorecendo a consciência corporal. No âmbito clínico/ funcional, pode prescrever condutas terapêuticas de acordo com as necessidades objetivas e subjetivas de cada paciente. Os principais procedimentos realizados estão discriminados abaixo:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
02.11.03.004-0	AVALIAÇÃO DE FUNÇÃO E MECÂNICA RESPIRATÓRIA
02.11.03.007-4	AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR
03.01.07.006-7	ATENDIMENTO /ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO NAS MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIA
03.01.07.007-5	ATENDIMENTO/ ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM REABILITAÇÃO
03.01.10.003-9	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL
03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO
03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO CLÍNICO
03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS
03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICOS
03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICOS
03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO
03.03.19.001-9	TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO
03.09.05.003-0	SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO

● **CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL**

O atendimento em Terapia Ocupacional nesta unidade destina-se prioritariamente para portadores de infecção pelo HIV/AIDS, hepatites crônicas e outras doenças infectocontagiosas e dermatológicas. Os principais procedimentos realizados estão discriminados abaixo:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
03.01.04.004-4	TERAPIA INDIVIDUAL
03.01.07.002-4	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM REABILITAÇÃO EM COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA
03.01.07.004-0	ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO
03.01.07.014-8	TREINO DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE
03.01.07.020-2	ESTIMULAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR
03.01.14.001-4	ATENDIMENTO DE PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS
03.03.19.001-9	TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO
07.01.02.011-03	ÓRTESE ESTATÍSTICA IMOBILIZADORA AXILO-PALMAR TIPO AEROPLANO

● **CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA**

O atendimento em fonoaudiologia é destinado à saúde dos portadores de infecção pelo HIV/AIDS, hepatites crônicas e outras doenças infectocontagiosas e dermatológicas. A atuação é voltada para a promoção e recuperação dos pacientes atendidos na unidade. Os principais procedimentos realizados estão discriminados abaixo:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
02.11.07.007-6	AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM ORAL
02.11.07.008-4	AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
02.11.07.011-4	AVALIAÇÃO VOCAL
03.01.04.004-4	TERAPIA INDIVIDUAL
03.01.07.002-4	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PARA ADAPTAÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO
03.01.07.011-3	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL

4.2 – CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS - GERAL

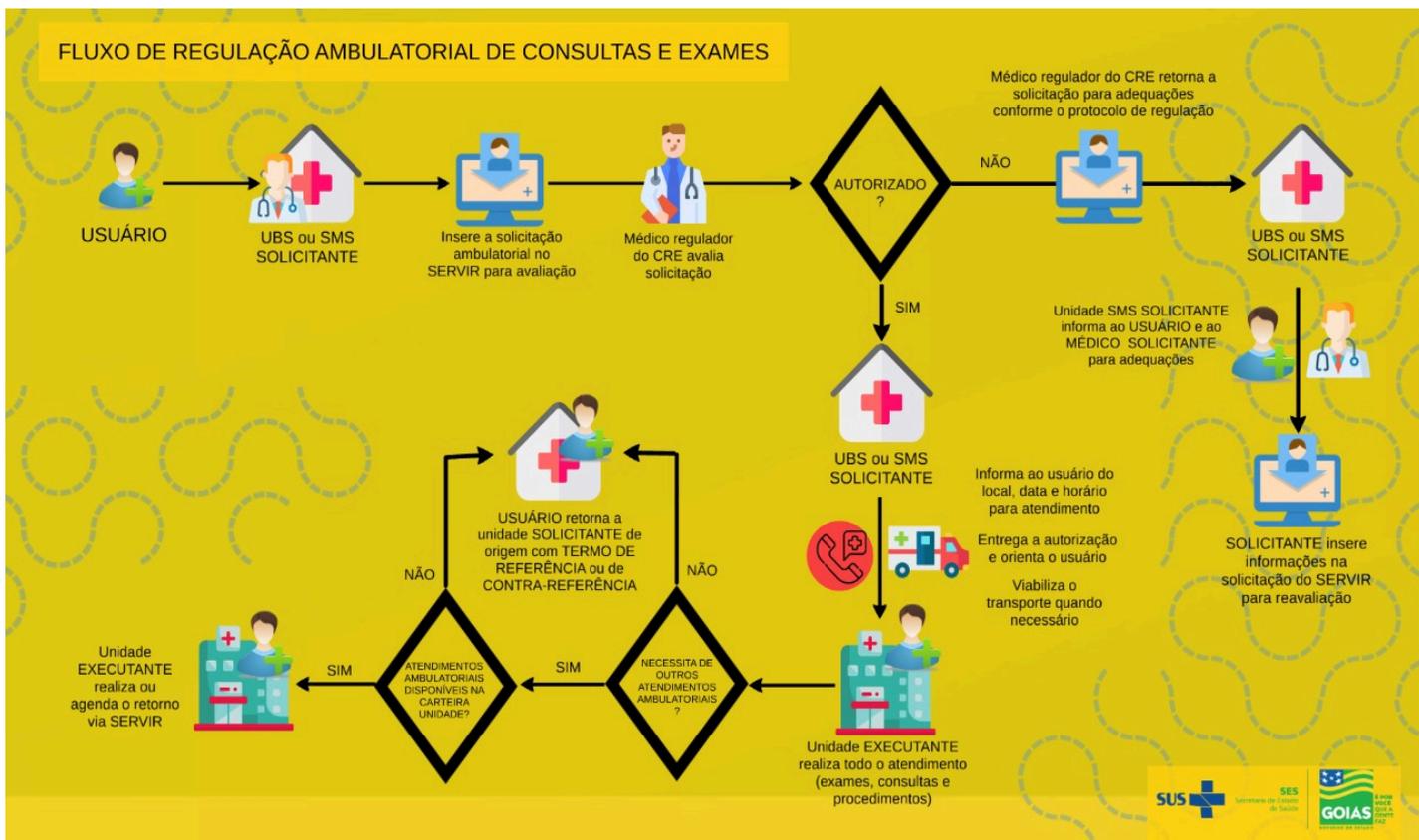
Os agendamentos serão feitos por meio da Central de Regulação, valendo-se da disponibilização de vagas de primeiras consultas nas seguintes especialidades:

Código	Descrição	Especialidade	Sub Especialidade
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	INFECTOLOGIA	N/A
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	DERMATOLOGIA	N/A
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	GINECOLOGIA	N/A
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	NEUROLOGIA	N/A
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	PSIQUIATRIA	N/A
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	GASTROENTEROLOGIA	N/A
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	REUMATOLOGIA	N/A
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	PNEUMOLOGIA	N/A
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	CARDIOLOGIA	N/A
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	PROCTOLOGIA	N/A

As agendas para acesso aos serviços ambulatoriais da Unidade podem ser consultadas no link:

X AGENDAS DAS UNIDADES ESTADUAIS

5 – FLUXO REGULATÓRIO PARA REFERÊNCIA AMBULATORIAL



As solicitações de consultas ou exames são de responsabilidade do município de origem do paciente (SMS ou UBS), que deverá fazê-las via SERVIR, de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas, conforme critérios e indicação clínica descritos neste protocolo.

5.1- Solicitação de consulta especializada ou SADT via SERVIR:

Responsabilidade das **Unidades Municipais**. As Unidades solicitantes devem incluir os encaminhamentos de consulta ou exame de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas. Em caso de dúvidas acessar o manual do usuário:

http://cre.saude.go.gov.br/v2/web/bundles/core/docs/mra_padrao.pdf

5.2- Avaliação técnica da solicitação e agendamento dos procedimentos:

Responsabilidade do **Complexo Regulador em Saúde de Goiás**. Os médicos reguladores avaliarão todas as solicitações inseridas no SERVIR, caso não existam as condições necessárias para agendamento, enviarão um ADENDO ao solicitante, que deverá responder o questionamento, até que os dados informados estejam de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para a regulação.

As solicitações em que os adendos não forem respondidos no período de 7 (sete) dias serão automaticamente canceladas, devendo o solicitante fazer nova inclusão quando for necessário.

Versão 01	Protocolo de Regulação do Acesso Ambulatorial e Eletivo	Página 7 de 8
Ouvidoria SUS – ouvidoria.saude@goias.gov.br – 0800 643 3700		



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Após autorização da equipe médica reguladora, a solicitação é direcionada para a fila do agendamento até a disponibilidade da vaga. O agendamento será feito para a data mais próxima disponível nas agendas dos profissionais da Unidade, e de acordo com a priorização definida pelo regulador.

O agendamento das consultas e dos procedimentos será feito seguindo critérios de prioridades previamente estabelecidos, de acordo com cada situação clínica, conforme abaixo:

P1 - PRIORIDADE ALTA

P2 - PRIORIDADE MÉDIA

P3 - PRIORIDADE BAIXA

5.3- Informação do agendamento aos pacientes: SOLICITANTE E/OU EXECUTANTE

Após a verificação do agendamento da consulta especializada no SERVIR, as Unidades Municipais solicitantes procederão ao contato telefônico com os pacientes e farão a entrega da FILIPETA emitida pelo SERVIR, fazendo todas as orientações necessárias.

5.4- Atendimento às consultas agendadas: EXECUTANTE

O EXECUTANTE deve proceder ao atendimento dos pacientes e definir a necessidade de realização de exames complementares para diagnóstico e estadiamento.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Constituição Federal de 1988 e Lei 8.080/90

Portaria GM/MS n. 1.559, de 1 de agosto de 2008

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007

7 – CRÉDITOS

Elaborado por:	Gerência de Regulação Ambulatorial/ Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás/ SES.	01/11/2021
Validado por:	Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás/SES.	11/11/2021