



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO

RESOLUÇÃO – CIB/TO N.º. 022, de 20 de fevereiro de 2020.

Dispõe sobre o Protocolo para Priorização de Procedimentos de Ureterorrenolitotripsia Flexível no Estado do Tocantins.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições contidas no Art. 2º da Portaria N.º. 931/1997, que constituiu a CIB-TO, de 26 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins em 04 de julho de 1997, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, e no Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a Instrução Normativa n.º 01, de 08 de janeiro de 2018 - Institui as normas para a regulação de cirurgias eletivas no Estado do Tocantins;

Considerando a RESOLUÇÃO – CIB/TO N.º. 007, de 20 de fevereiro de 2020, que Dispõe sobre o Projeto para realização dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no Estado do Tocantins no ano de 2020 – Projeto Global de Cirurgias Eletivas – Opera Tocantins;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 20 dias do mês de fevereiro do ano de 2020.

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar o Protocolo para Priorização de Procedimentos de Ureterorrenolitotripsia Flexível no Estado do Tocantins, conforme Anexo I e II desta.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor nesta data.

(ASSINATURA DIGITAL)
LUIZ EDGAR LEÃO TOLINI
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO

ANEXO I - RESOLUÇÃO – CIB/TO N°. 022, de 20 de fevereiro de 2020.

**PROTOCOLO PARA PRIORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE
URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL**

Este protocolo tem por objetivo priorizar mediante lista de espera os casos mais graves para realização do procedimento em questão.

ENVOLVIDOS

- Unidade Hospitalar Executante
- Central de Regulação;
- Unidades de Saúde Solicitantes.

DEFINIÇÕES:

O Sistema de Gerenciamento de Listas de Espera – SIGLE é utilizado pela central de regulação do Estado do Tocantins para gerenciamento e transparência nas listas de espera de cirurgias eletivas no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins;

Instrução Normativa n° 01, de 08 de janeiro de 2018 - Institui as normas para a regulação de cirurgias eletivas no Estado do Tocantins.

A classificação de prioridade é realizada hoje através do Anexo II – Classificação de Prioridades da instrução acima mencionada, porém mediante a necessidade de um protocolo específico para os procedimentos de Ureterorrenolitotripsia Flexível e adequação de perguntas específicas para distinção das prioridades, estabelece-se este protocolo.

PROCEDIMENTO:

Quanto à Classificação de Prioridade do SIGLE:

I - A classificação de prioridade no SIGLE é descrita como “baixa”, “média” e “alta”;

II - O médico solicitante poderá realizar a classificação de prioridade, quando necessária, preenchendo o Formulário de Prioridade em anexo inserindo data, assinatura e carimbo com CRM;

III - A Central de Regulação ao receber o formulário preenchido fará a soma do peso das prioridades conforme os itens especificados no formulário (ANEXO) e a tabela 1. O resultado da soma determinará a prioridade de acordo com a tabela 2 abaixo:



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO

TABELA 1

ITEM		PESO
1		7,0
2	Leve	1,0
	Moderada	2,0
	Acentuada	3,0
3		Caso Negativo – 5,0
4		2,0
5		5,0
6		5,0
7		1,0
8		SP*
9		7,0
10		SP*
11		***
12		**
13		**
14		**

*SP=Sem pontuação: são questões importantes para conhecimento do médico avaliador, porém por si só não pontuam.

** O valor da pontuação para essas questões poderá variar a depender do fator de risco do paciente e do tipo de doença / Necessidade Especial descrita pelo médico assistente (pontuação varia de 0 a 7). Esta pontuação será aplicada pelo médico regulador.

** 12- Paciente gestante = 7,0

*** Caso o paciente não possua contra indicação para Litotripsia o mesmo poderá solicitado pela Secretaria Municipal Saúde, conforme protocolo de Diretrizes para Urolitíase da Sociedade Brasileira de Urologia.

TABELA 2

Somatório	Prioridade
0-3	Baixa
4-6	Média
≥ 7	Alta

Quando o formulário de Classificação de Prioridades não for preenchido, subentende-se que o paciente é de baixa prioridade.

IV - Após a classificação a Central de Regulação dará continuidade ao processo encaminhando o processo à Unidade Executante.

V - No momento da inserção do paciente no SIGLE o operador deve transcrever no campo de “Justificativa” do sistema todas as informações clínicas descritas, resultados e seu respectivo somatório para concluir a classificação de prioridade;

VI - O médico regulador terá total autonomia em reclassificar no SIGLE a prioridade informada, conforme os critérios estabelecidos e exames comprobatórios;



**GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO**

VII - Pacientes com justificativas de priorização, não contemplados nos critérios estabelecidos, serão avaliados individualmente pelo médico regulador conforme quadro clínico descrito detalhadamente pelo médico assistente;

(ASSINATURA DIGITAL)

LUIZ EDGAR LEÃO TOLINI
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO

ANEXO II - RESOLUÇÃO – CIB/TO N°. 022, de 20 de fevereiro de 2020.

**CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES PARA PROCEDIMENTO DE
URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL**

LETRA DE FORMA
LEGÍVEL
CONFORME O
CODIGO DE ÉTICA
MÉDICA
CAPITULO III,
ARTIGO 11.

Unidade de Origem:
Nome do Paciente:
CNS:

1. Paciente rim único?	() Sim () Não
2. Presença de Hidronefrose?	() Sim () Não
Caso positivo, grau da Hidronefrose:	() Leve () Moderada () Acentuada
3. Foi possível realizar a passagem de Cateter Duplo J?	() Sim () Não
Caso negativo justifique:	
4. Paciente com Cateter Duplo J implantado a mais de 90 dias?	() Sim () Não
Data da implantação:	
5. Paciente com Cateter Duplo J calcificado?	() Sim () Não
6. Paciente apresenta quadro infeccioso?	() Sim () Não
Descrever exame bioquímico que comprove:	
7. Paciente apresenta cálculos bilaterais?	() Sim () Não
8. Tamanho e lado do cálculo a ser tratado? Descrever:	
9. Paciente apresenta quadro de Insuficiência Renal (fisiológica)?	() Sim () Não
Se sim, descrever exames bioquímicos - URÉIA:	
CREATININA:	
10. Paciente já realizou outros tratamentos?	() Sim () Não
Quais:	
11. Paciente possui contra indicação para realização de Litotripsia ou outros procedimentos?	() Sim () Não
Se sim, Justificar:	
12. Paciente gestante ou Portador de Necessidades Especiais?	() Sim () Não



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO

Se PNE, Qual:	
13. Paciente apresenta comorbidades?	() Sim () Não
Quais:	
14. Outros fatores não descritos acima?	() Sim () Não
Descrever:	

Assinatura e Carimbo do Médico Urologista

Data

(ASSINATURA DIGITAL)
LUIZ EDGAR LEÃO TOLINI
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite