

## **PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO AO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO-MATER (CRSMRP-MATER)**

**Atualizado em 06 de janeiro de 2025**

## **AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL – PROJETO NASCER**

O CRSMRP-MATER atende, pelo Projeto Nascer, gestantes com idade gestacional maior ou igual a 36 semanas. O Projeto Nascer consiste na realização do final do pré-natal de baixo risco na maternidade onde a gestante terá o parto. Após 36 semanas, a paciente deve ser referenciada da unidade de saúde (UBS) para a realização de consultas na maternidade, sendo o CRSMRP-MATER uma das referências para o perfil assistencial mencionado neste protocolo.

O Projeto Nascer permite, também, que a gestante e seu(sua) acompanhante participem de cursos e grupos da instituição, conheçam a maternidade (inclusive salas de parto) e os profissionais que poderão estar no dia do nascimento do seu bebê.

A gestante, quando encaminhada ao pré-natal do CRSMRP-MATER, já deve ter realizado todos os exames na Atenção Básica (incluindo os exames de terceiro trimestre de ultrassonografia, sorologias e hemograma completo). Quando identificado falta de exames complementares, especialmente ultrassom de terceiro trimestre, a equipe do CRSMRP-MATER irá fazer contrarreferência à unidade de origem para que providencie o agendamento do exame com prioridade. Além disso, também cabe à Atenção Básica a atualização do seu calendário vacinal da gestante.

***É de extrema importância a anotação de maneira clara e legível de todos os dados da gestação no Cartão de Pré-Natal, evitando-se a repetição desnecessária de exames e desconfortos à gestante. A gestante deve ser orientada a trazer, em sua primeira consulta, todos os laudos e imagens dos exames de ultrassonografia realizados na gestação.***

**ROTINA DE EXAMES DE PRÉ-NATAL SUGERIDA PELO CRSMRP-MATER:**

Exame	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
<b>Hemograma Completo</b>	SIM		SIM
<b>Urocultura</b>	SIM (se negativo, não necessita repetir)		
<b>Teste rápido HIV OU Elisa Anti-HIV</b>	SIM	SIM	SIM
<b>Teste treponêmico / VDRL</b>	SIM Realizar VDRL se treponêmico positivo	SIM	SIM
<b>Teste rápido para hepatite B OU HBsAg</b>	SIM		SIM (para as não vacinadas)
<b>Toxoplasmose</b>	SIM*	SIM*	SIM*
	(*Repetir se IgG negativo; Se IgG e IgM positivos no primeiro trimestre, solicitar Teste de Avidez da IgG)		
<b>Teste rápido para hepatite C OU Anti-HCV</b>	SIM		
<b>Glicemia de Jejum</b>	SIM		
<b>GTT</b>		SIM → entre 24 e 28 semanas <u>se glicemia inicial normal</u>	
<b>Tipagem Sanguínea</b>	SIM		
<b>Coombs Indireto</b>	SIM (**repetição apenas se Rh negativo)	SIM**	SIM** (Caso não tenha realizado Imunoglobulina)
<b>Ultrassom</b>	SIM (entre 11 e 14 sem para avaliação de Translucência Nucal e outros marcadores de cromossomopatias)	SIM (entre 20 e 24 sem para avaliação da anatomia fetal)	SIM (entre 30 e 34 sem para avaliar crescimento fetal)

Essas pacientes são encaminhadas ao CRSMRP-MATER da rede municipal de Saúde dos municípios da DRS XIII, conforme orientações abaixo:

1. Todas as solicitações de encaminhamento deverão ser inseridas e agendadas no Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP), cumprindo todos os requisitos apresentados nesse protocolo de encaminhamento.
2. É terminantemente proibido o agendamento antes das 36 semanas e deve-se evitar o encaminhamento após as 38 semanas de idade gestacional. Os casos identificados como agendados incorretamente ou com informações incompletas serão notificados à DRS para providências junto ao município de origem.
3. Gestantes que se enquadrem nos critérios para seguimento em pré-natal de alto risco **não** deverão ser agendadas no Projeto Nascer.
4. Em qualquer momento da gestação a paciente pode participar dos encontros de gestantes da MATER para que ela possa conhecer a instituição e as rotinas do serviço. Os temas dos encontros estão disponíveis no site (<https://mater.faepa.br/encontro-de-gestantes/>) e a inscrição pode ser realizada por e-mail pelo profissional ou pela própria paciente (cursogestante@mater.faepa.br).
5. **É compromisso da atenção básica dos municípios da área de abrangência do DRS XIII que:**
  - **As gestantes encaminhadas para o Projeto Nascer no CRSMRP-MATER venham com a rotina de exames adequada;**
  - **O Cartão de pré-natal contenha informações completas e legíveis;**
  - Para garantir que a paciente chegue na idade gestacional adequada (após 36 semanas), a atenção básica deverá fazer o encaminhamento ao Projeto Nascer em tempo hábil, em torno da 32ª semana (portanto agendar a consulta para 4 semanas após ou com 36 semanas). A gestante deverá manter o seguimento na atenção básica até a realização da primeira consulta agendada no CRSMRP-MATER. Caso no dia do Caso Novo no CRSMRP-MATER seja identificada idade gestacional muito precoce para o Projeto Nascer, a gestante será contrarreferenciada para continuar seguimento na unidade de origem, mas será garantido agendamento de data para retorno ao pré-natal da maternidade para o período em que tiver completado 36 semanas.

6. Gestantes que tenham manifestado o desejo por esterilização definitiva (LT) e se enquadrem na **LEI Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**, e na **LEI Nº 14.443, de 02 de setembro de 2022 (a partir de 01/03/2023)**, devem trazer o planejamento familiar completo realizado na atenção básica na consulta de pré-natal ou no dia de sua internação (o que ocorrer primeiro), incluindo documento que comprove a data da manifestação da vontade de realizar a laqueadura. A MATER realiza a laqueadura intraoperatório em cesáreas e periumbilical pós-parto normal nas situações previstas na lei.

Algumas situações, embora não sejam consideradas baixo risco, também podem ser encaminhadas ao Projeto Nascer na MATER:

- Gestantes com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional controlada com dieta
- Gestantes com Hipotireoidismo
- Gestante com Anemia leve ou moderada (Índice de Hemoglobina >9,0)
- Gestantes obesas com IMC ≤ 45 sem outras doenças associadas
  - Gestantes obesas com IMC ≤ 40 portadoras das doenças acima mencionadas podem ser encaminhadas ao CRSMRP-MATER.

***Gestantes com Síndromes Hipertensivas ou Diabetes Mellitus Insulinodependentes devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco.***

Lista de CID: Z34.0 / Z34.8 / Z34.9 / O24.4 / O34.2

## **AMBULATÓRIOS DE ASSISTÊNCIA GINECOLÓGICA:**

Os ambulatórios de assistência ginecológica do CRSMRP-MATER atendem mulheres de 11 a 80 anos e são organizados com perfil de alta resolutividade e predominantemente cirúrgico. O intuito é que as pacientes sejam avaliadas e rapidamente agendadas para procedimento caso haja indicação ou contrarreferenciadas à rede para seguimento com sugestões de programação deste seguimento nos casos em que a indicação for de controle clínico. Dessa forma, **a responsabilidade pela coleta e resultados dos exames pré-operatórios básicos é da unidade solicitante.** Os exames pré-operatórios estão organizados na Anexo 1 a seguir para melhor visualização.

Buscando melhor assistência às pacientes e melhores resultados pós-operatórios, não serão liberadas para cirurgia paciente com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40, ou pacientes com IMC acima de 35 associado **a duas ou mais comorbidades** (por exemplo: diabetes, hipertensão arterial) ou, ainda, paciente com comorbidades não controladas. Pacientes com tabagismo ativo são incentivadas a cessar tal hábito a fim de reduzir o risco

A unidade responsável pelo encaminhamento deverá certificar-se do adequado controle clínico das comorbidades apresentadas pelas pacientes, assim como solicitar exames pré-operatórios conforme descrito no Anexo 1.

Pacientes com risco cardíaco elevado, deverão ser encaminhados para avaliação de risco, a ser realizada por cardiologista, clínico geral ou médico que acompanhe a patologia de base, ANTES de sua consulta no CRSMRP-MATER. Casos com avaliação de risco baixo ou moderado poderão ser encaminhadas ao CRSMRP-MATER e casos de risco alto encaminhados ao HCRP.

**Deve-se considerar o encaminhamento para serviços com retaguarda de UTI e outras especialidades clínicas as pacientes com as seguintes situações:**

- Uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários**
  - IMC acima de 35 com comorbidade**
  - IMC acima de 40, mesmo que sem comorbidade**
  - Recusa à transfusão de sangue e hemoderivados**

As guias de referência deverão conter todas as informações constantes do check-list abaixo (Figura 1). Pacientes encaminhadas fora do protocolo, com exames incompletos ou sem indicação de seguimento no serviço serão contrarreferenciadas para a unidade de origem.

Figura 1. Check-list de informações mínimas para Guia de Referência:

- |  |
|--|
| ( ) IMC – Índice de Massa Corporal = Peso / (Altura) <sup>2</sup>  |
| ( ) Comorbidades   |
| ( ) Medicações em uso  |
| ( ) Hipótese Diagnóstica que justifica o encaminhamento  |
| ( ) Tratamento(s) clínico(s) prévio(s)   |
| ( ) Exames complementares de investigação diagnóstica  |
| ( ) Exames pré-operatórios (vide Anexo 1)  |
| ( ) Anexar planejamento familiar (nos casos de Laqueadura), respeitando as leis: Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e Nº 14.443, de 02 de setembro de 2022. |

Na primeira consulta no CRSMRP-MATER, a equipe cirúrgica avaliará o caso quanto à indicação cirúrgica e necessidade de eventuais exames para confirmação diagnóstica ou planejamento cirúrgico. Não há necessidade de vir ao primeiro atendimento em jejum.

**ATENÇÃO:** Na eventualidade de haver demora para o agendamento da paciente, a unidade deve monitorizar o vencimento dos exames pré-operatórios e atualizá-los conforme o protocolo.

- **Ambulatório de Cirurgia Ginecológica – patologias atendidas:**

- ✓ Incontinência urinária
- ✓ Prolapso genital (cistocele, retrocele, prolapso uterino e de cúpula vaginal)
- ✓ Flacidez vaginal
- ✓ Hipertrofia de pequenos lábios
- ✓ Cisto de Glândula de Bartholin
- ✓ Cisto de Glândula de Skeene
- ✓ Lesões vulvares e/ou vaginais e/ou perineais (não há disponibilidade de Colposcopia)
- ✓ Retirada de corpo estranho vaginal
- ✓ Endometrioma de parede abdominal

- ✓ Leiomiomatose uterina para miomectomia ou histerectomia (abdominal ou vaginal)
- ✓ Massas anexiais de baixo risco de malignidade, sendo descartado causas funcionais
- ✓ Massas anexiais sugestivas de teratoma ao US
- ✓ Fístulas gênito-urinárias

Lista de CID: R32 / N81 / N81.0 / N81.1 / N81.2 / N81.3 / N81.4 / N81.5 / N81.6 / N81.8 / N81.9 / N90.6 / N90.7 / N90.8 / N90.9 / N75 / N75.0 / N75.1 / N75.8 / N75.9 / T19.2 / T19.3 / T19.8 / T19.9 / N80.6 / D25 / D25.0 / D25.1 / D25.2 / D25.9 / D27 / N83.9/ N84.0 / N84.1 / N84.2 / N84.3 / N84.8 / N84.9 / N82.0 / N82.1 / N82.5 / N82.9

- **Ambulatório de Histeroscopia:**

- ✓ Espessamento endometrial para investigação de doenças do endométrio por videohisteroscopia;
- ✓ Pacientes com suspeita de pólipos endometriais ao US;
- ✓ Pacientes para retirada de DIU sem o fio visível;
- ✓ Investigação de malformação mulleriana (uterina);
- ✓ Sangramento uterino pós-menopausa;
- ✓ Mioma submucoso sintomático.

Lista de CID: D25 / D25.0 / D25.9 / N84.0 / N84.1 / N84.2 / N84.3 / N84.8 / N84.9 / N85.9 / N93 / N93.8 / N93.9 / T83.3 / Z97.5 / Z30.5 / Q51 / Q51.0 / Q51.1 / Q51.2 / Q51.3 / Q51.4 / Q51.5 / Q51.8 / Q51.9 / N95.0

- **Ambulatório de Planejamento Familiar:**

O CRSMRP-MATER realizará o procedimento de laqueadura tubária para as pacientes que se enquadrem nas leis nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e nº 14.443, de 02 de setembro de 2022, com planejamento familiar completo realizado em unidade de origem, com avaliação de equipe multidisciplinar e termos de Consentimento e de Manifestação do Desejo.

### Considerações importantes:

- ✓ A paciente deve trazer no dia da consulta os papéis do processo de planejamento familiar para que sejam anexados ao prontuário, **incluindo documento que comprove a data da manifestação da vontade de realizar a laqueadura**
- ✓ Conforme previsto em lei, o procedimento será agendado com, ao mínimo, 60 dias da data da manifestação da vontade.
- ✓ Não há necessidade de comparecimento em jejum no dia da consulta.
- ✓ O casal que decidir pela esterilização masculina definitiva deverá ser encaminhado ao Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP) para realização da vasectomia.

Lista de CID: Z30.2 / Z30.9

#### • **Ambulatório de Mastologia Benigna:**

O CRSMRP-MATER recebe mulheres com lesões palpáveis ou não na mama, com documentação de exame(s) radiológico(s) demonstrando BI-RADS 3, 4 ou 5 para realização de biópsia ou exérese. O ambulatório também avaliará casos de mama axilar acessória.

Lista de CID: O91.1 / R92 / S20.0 / Z12.3 / S21.0 / D24 / N60 / N60.0 / N60.1 / N60.2 / N60.3 / N60.4 / N60.8 / N60.9 / N61 / N63 / N64 / N64.1 / N64.4 / Z80.3 / Z85.3 / Q83.1

#### • **Ambulatório de Mastologia Reparativa**

Atende pacientes de 12 a 80 anos para procedimento reparador da mama, com as seguintes condições:

- I. Submetidas a mastectomia total uni ou bilateral devido câncer de mama (após o tratamento oncológico).
- II. Portadora de alterações do desenvolvimento mamário como amastia, gigantomastia (potencial de redução de 1,5kg por mama) e mamas tuberosas.

### III. Portadora de sequelas mamárias estéticas advindas do tratamento de mastites prévias.

#### **ULTRASSONOGRAFIA**

- Ultrassom obstétrico de 1º trimestre: gestantes até 14 semanas (quando com idade gestacional entre 11 e 14 semanas, será realizada a avaliação dos marcadores ecográficos de cromossomopatias);
- Ultrassom Obstétrico de 2º trimestre: idealmente realizado entre 20 e 24 semanas, quando há melhores condições para avaliação da anatomia fetal. Quando o médico assistente solicitar, também poderá ser realizada medida do colo uterino por avaliação transvaginal.
- Ultrassom obstétrico de 3º trimestre: idealmente realizado entre 30 e 34 semanas, principalmente para avaliação do crescimento fetal. Quando o médico assistente solicitar, também poderão ser realizadas avaliações de volume de líquido amniótico, perfil biofísico fetal e dopplervelocimetria.
- Ultrassom pélvico ginecológico: por vias transabdominal ou transvaginal.

**Fluxo de encaminhamento das pacientes para ultrassonografia no CRSMRP-MATER:** as UBS fazem o pedido para agendamento via SIRESP. Quando alguma mulher informar previamente a impossibilidade em comparecer ao exame, poderá ser agendada outra paciente em sua vaga.

**ATENÇÃO:** Cabe à atenção básica informar a paciente sobre a data do agendamento e confirmar que ela poderá comparecer.

### ANEXO 1

Abaixo consta quadro resumo dos exames e avaliações pré-operatórias que devem ser providenciados pela unidade solicitante e que devem estar claramente informados na guia de referência inserida no SIRESP. Aos exames informados para “Todas as pacientes” devem ser acrescidos aqueles de acordo com o seu perfil.

	Todas as pacientes	Cirurgias de Maior Porte (Laparoscopia, Prolapso, Histerectomia, Miomectomia)	Cirurgias com necessidade de sondagem e Incontinência Urinária	IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$	Idade $\geq 50$ anos
Colpocitologia (até 36 meses)*	SIM				
Hemograma Completo (até 6 meses)	SIM				
Glicemia de jejum (até 6 meses)		SIM		SIM	SIM
Coagulograma (TP- INR e TTPa) (até 6 meses)		SIM			
Eletrocardiograma (até 6 meses)					SIM
Creatinina (até 6 meses)					SIM
Urina I e Urocultura			SIM		

\* EXCETO PARA PACIENTES ENCAMINHADAS PARA A MASTOLOGIA, MENORES DE 25 ANOS DE IDADE OU PACIENTES SEM INÍCIO DE VIDA SEXUAL.

#### Outros exames:

- **Ultrassom Pélvico:** obrigatório para pacientes encaminhadas devido a sangramento uterino anormal, massa pélvica ou sangramento pós-menopausa.
- **Mamografia e/ou Ultrassom de Mamas:** para todas as pacientes encaminhadas ao ambulatório de mastologia.
- **Hemoglobina Glicada (até 6 meses):** para pacientes com diabetes mellitus.
- **TSH/T4 livre (até 6 meses):** para pacientes com doenças da tireoide.
- **Outros exames que demonstrem controle das comorbidades da paciente.**

## **ANEXO 2**

### **AVALIAÇÃO PERIOPERATÓRIA**

Solicito avaliação de risco cirúrgico para a paciente acima identificada para o procedimento a seguir.

**Procedimento proposto:** \_\_\_\_\_

(  ) ROTINA      (  ) PRIORIDADE

**Risco intrínseco da cirurgia:** baixo (  )    médio (  )    alto (  )

**Alto (Risco cardíaco  $\geq 5,0\%$ )**

Cirurgias de urgência ou emergência

**Intermediário (Risco cardíaco  $\geq 1,0\%$  e  $< 5,0\%$ )**

Cirurgias intraperitoneais

**Baixo (Risco cardíaco  $< 1,0\%$ )**

Procedimentos endoscópicos

Procedimentos superficiais

Cirurgia de mama

Cirurgia ambulatorial

Atenciosamente,

---

Assinatura / CRM

**1- Risco cardiovascular do paciente:** baixo (  )    médio (  )    alto (  )

**2- Comorbidades:** \_\_\_\_\_

---

---

---

### 3- Necessidade de suspensão de antiagregantes plaquetários e/ou anticoagulantes:

sim ( ) não ( )

medicamento: AAS ( ) Clopidogrel ( ) Marevan ( ) outros ( ) \_\_\_\_\_

Tempo pré-operatório de interrupção da medicação: \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_

Quando retornar a medicação no pós operatório: \_\_\_\_\_

Indicado transição da anticoagulação com heparina: \_\_\_\_\_

#### 4- Necessidade de profilaxia para endocardite:

sim ( ) não ( )

Orientação (antibiótico): \_\_\_\_\_

## 5- Orientações gerais:

---

---

---

---

---

## Assinatura / CRM