

PROTOCOLOS DE ACESSO ÀS LINHAS DE CUIDADO E SERVIÇOS AUXILIARES DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO-MATER (CRSMRP-MATER) – ABRIL DE 2026

PARTE II - PROTOCOLO DE ACESSO ÀS LINHAS DE CUIDADO DA GINECOLOGIA CIRÚRGICA

A. Objetivo e escopo

Este protocolo destina-se à Atenção Primária à Saúde (APS) e tem como objetivo orientar o acesso às linhas de cuidado ginecológicas do CRSMRP-MATER, hospital de nível secundário, esclarecendo critérios de encaminhamento, responsabilidades da unidade de origem e fluxos assistenciais.

Os ambulatórios de ginecologia cirúrgica atendem mulheres de **11 a 80 anos**, com perfil de alta resolutividade. O foco do atendimento é:

- Avaliar indicação cirúrgica;
- Programar procedimento quando indicado; ou
- Realizar contrarreferência qualificada à rede de origem, com orientações para seguimento clínico quando não houver indicação cirúrgica.

B. Responsabilidade da Atenção Primária

Para garantir a resolutividade do atendimento no nível secundário, é responsabilidade da unidade solicitante:

- Assegurar o adequado controle clínico das comorbidades;
- Solicitar e disponibilizar exames pré-operatórios básicos, conforme descrito no Anexo 1;
- Orientar a paciente a levar todos os exames no dia da consulta.

⚠ Atenção: em caso de demora para o agendamento, cabe à unidade de origem monitorar o vencimento dos exames e atualizá-los conforme o protocolo.

C. Critérios clínicos para elegibilidade cirúrgica

Visando maior segurança assistencial e melhores desfechos perioperatórios, **não deverão ser encaminhadas para cirurgia no CRSMRP-MATER** as seguintes pacientes:

- **Obesidade grave:**
 - IMC ≥ 40 kg/m²;
 - IMC ≥ 35 kg/m² **associado a uma ou mais comorbidades clínicas de risco cirúrgico**, tais como:
 - Diabetes mellitus (especialmente insulínica independente ou com controle glicêmico inadequado);
 - Hipertensão arterial sistêmica;
 - Doença cardiovascular (ex.: coronariopatia, insuficiência cardíaca, arritmias clinicamente relevantes);
 - Doença pulmonar crônica (ex.: asma grave, DPOC);
 - Doença renal crônica (estágio ≥ 3);
 - Apneia obstrutiva do sono moderada a grave.
- **Comorbidades clínicas descompensadas**, independentemente do IMC.
- **Uso de medicamentos que aumentam a complexidade do manejo perioperatório**, tais como:
 - Anticoagulantes orais ou injetáveis (ex.: varfarina, DOACs, heparinas);
 - Antiagregantes plaquetários (ex.: AAS, clopidogrel), quando não houver possibilidade de suspensão segura conforme avaliação especializada;
 - Diabetes mellitus em uso de **insulina**, pelo maior risco de instabilidade metabólica no perioperatório.
- Este hospital é unidade de nível secundário, sem retaguarda de UTI e sem recursos de recuperação intraoperatória de sangue. **Pacientes que recusam transfusão sanguínea ou hemoderivados** devem ser previamente identificadas na Atenção Primária. Nos casos em que o procedimento proposto apresente risco moderado ou elevado de sangramento, recomenda-se encaminhamento direto para serviço terciário

com suporte intensivo e protocolos específicos de manejo sem transfusão, a fim de garantir maior segurança assistencial.

Embora o tabagismo não seja contraindicação ao encaminhamento, pacientes tabagistas ativas **não devem ser encaminhadas para cirurgia eletiva sem prévia orientação e tentativa de cessação do tabagismo**, visando redução de complicações anestésicas, respiratórias, infecciosas e de cicatrização.

D. Avaliação de risco clínico e cardiológico

Considerando que o CRSMRP-MATER é um hospital de **nível secundário, sem leitos de UTI**, somente devem ser encaminhadas pacientes clinicamente estáveis, sem doenças sistêmicas graves descompensadas.

D1. Situações que exigem avaliação cardiológica prévia (na APS)

A avaliação de risco cardiológico pré-operatório deve ser solicitada **antes do encaminhamento** quando houver:

- Cardiopatia previamente diagnosticada (ex.: insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, arritmias);
- História de infarto do miocárdio, AVC ou internação cardiovascular prévia;
- Sintomas cardiovasculares atuais (dor torácica, dispneia aos esforços, palpitações, síncope);
- Hipertensão arterial ou diabetes mellitus com sinais de mau controle ou complicações.

D2. Encaminhamento conforme risco

- Pacientes **sem indicação** de avaliação cardiológica ou com avaliação de **baixo risco**, clinicamente compensadas: podem ser encaminhadas ao CRSMRP-MATER.
 - Pacientes com **risco cirúrgico moderado ou alto**, doença cardiovascular grave, descompensação clínica ou múltiplas comorbidades: **não devem** ser encaminhadas ao CRSMRP-MATER, devendo ser referenciadas diretamente a serviço terciário, por necessidade de maior complexidade assistencial.
-

E. Guia de referência: informações obrigatórias

As guias de referência devem conter **todas** as informações abaixo. Encaminhamentos fora do protocolo, com exames incompletos ou sem indicação de seguimento no serviço, serão contra referenciados à unidade de origem.

Checklist mínimo:

- () IMC – Índice de Massa Corporal (peso/altura²)
- () Comorbidades
- () Medicações em uso
- () Hipótese diagnóstica que justifica o encaminhamento
- () Tratamentos clínicos prévios
- () Exames complementares diagnósticos com data (ultrassonografia transvaginal é obrigatória para patologias uterinas e anexiais)
- () Resultado de colpocitologia oncótica ou teste de DNA-HPV dentro da periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde
- () Exames pré-operatórios (Anexo 1)
- () Planejamento familiar completo, nos casos de laqueadura tubária, conforme Leis nº 9.263/1996 e nº 14.443/2022

F. Primeira consulta no CRSMRP-MATER

Na primeira consulta, a equipe avaliará:

- Indicação cirúrgica;
- Necessidade de exames adicionais para confirmação diagnóstica ou planejamento cirúrgico.

◊ **Não é necessário jejum** para a primeira consulta.

1. AMBULATÓRIO DE CIRURGIA GINECOLÓGICA

Nomenclatura SIRESP: Cirurgia Eletiva – Avaliação Ginecologia

Patologias e CIDs aceitos

- Leiomioma intramural do útero – **D25.1**
- Leiomioma subseroso do útero – **D25.2**
- Leiomioma do útero, não especificado – **D25.9**
- Cistocele – **N81.1**
- Prolapso uterovaginal incompleto – **N81.2**
- Prolapso uterovaginal completo – **N81.3**
- Prolapso uterovaginal não especificado – **N81.4**
- Retocele – **N81.6**
- Outros prolapso genitais femininos – **N81.8**
- Prolapso genital feminino, não especificado – **N81.9**
- Hipertrofia de pequenos lábios – **N90.6**
- Cisto vulvar – **N90.7**
- Transtornos não inflamatórios da vulva e do períneo – **N90.8 / N90.9**
- Cisto da glândula de Bartholin – **N75.0**
- Abscesso da glândula de Bartholin – **N75.1**
- Outras doenças da glândula de Bartholin – **N75.8**
- Doença não especificada da glândula de Bartholin – **N75.9**
- Endometriose de cicatriz cutânea – **N80.6**
- Outros cistos ovarianos e não especificados – **N83.2**
- Transtornos não inflamatórios do ovário/trompa/ligamento largo – **N83.9**
- Neoplasia benigna do ovário – **D27**
- Incontinência urinária de esforço – **N39.3**
- Fístula vesicovaginal – **N82.0**

🚫 Pacientes com diagnóstico de dor pélvica crônica e/ou endometriose devem ser encaminhadas exclusivamente ao Ambulatório de Dor Pélvica Crônica, conforme capítulo específico deste protocolo.

Classificação de risco – Cirurgia Ginecológica

- **Encaminhar para serviço terciário:** afecção ginecológica cirúrgica que agrave comorbidades ou útero com crescimento rápido.
- **Prioridade Alta:** cisto ovariano/tubário complexo; sangramento vaginal de difícil controle (sem instabilidade hemodinâmica); hímen imperfurado.
- **Prioridade Média:** miomatose volumosa sem repercussão clínica; cisto de Bartholin sem infecção.
- **Prioridade Baixa:** endometrioma de parede abdominal sem dor importante; hipertrofia de pequenos lábios.

2. AMBULATÓRIO DE HISTEROSCOPIA

Nomenclatura SIRESP: Ginecologia – Avaliação Histeroscopia

Patologias e CIDs aceitos

- Leiomioma submucoso – **D25.0**
- Pólipos do trato genital feminino – **N84.0 a N84.9**
- Sangramentos uterinos anormais – **N93.8 / N93.9**
- Sangramento pós-menopausa – **N95.0**
- Complicação mecânica de DIU – **T83.3**
- Presença de DIU – **Z97.5**
- Corpo estranho em vagina ou útero – **T19.2 / T19.3**
- Hiperplasia endometrial glandular ou adenomatosa – **N85.0 / N85.1**
- Transtornos não inflamatórios do útero – **N85.9**
- Malformações congênitas do útero e colo uterino – **Q51.0 a Q51.9**

Classificação de risco – Histeroscopia

Regulação de Urgência: sangramento uterino anormal com repercussão hemodinâmica; mioma parido com sangramento ativo.

Prioridade Alta: suspeita de câncer de endométrio; sangramento uterino anormal sem instabilidade.

Prioridade Média: DIU com fio não visualizado, com indicação de retirada ou troca.

Prioridade Baixa: mioma submucoso; pólipos endometriais e outras lesões uterinas sem sangramento.

3. AMBULATÓRIO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Nomenclatura SIRESP: Cirurgia Eletiva – Avaliação Ginecologia Laqueadura

CID incluído:

- Esterilização feminina – **Z30.2**

O CRSMRP-MATER realizará laqueadura tubária conforme as Leis nº 9.263/1996 e nº 14.443/2022, desde que o planejamento familiar esteja completo na unidade de origem, com avaliação multiprofissional e termos legais assinados.

Orientações importantes

- A paciente deve levar toda a documentação do planejamento familiar no dia da consulta, incluindo comprovação da data da manifestação da vontade.
- O procedimento será agendado com intervalo mínimo de 60 dias da manifestação da vontade, conforme legislação.
- Não é necessário jejum no dia da consulta.
- O CRSMRP-MATER não realiza esterilização masculina definitiva.

Anexo 1 – Exames pré-operatórios

Para TODAS as pacientes com indicação cirúrgica ginecológica:

✓ Colpocitologia **ou** teste de **HPV-DNA** (conforme recomendado): considera-se adequado quando a paciente realizou colpocitologia dentro da periodicidade preconizada (a cada 3 anos, após dois exames anuais normais) ou teste de PCR para HPV dentro da periodicidade recomendada (a cada 5 anos, quando negativo), com resultado válido e conduta atualizada conforme o achado. O exame **não** é necessário para o encaminhamento para a mastologia, menores de 25 anos de idade ou pacientes sem início de vida sexual.

✓ Hemograma completo (até 6 meses)

Para cirurgias de maior porte (*laparoscopia, correção de prolapso, hysterectomia, miomectomia*):

- ✓ Glicemia de jejum (até 6 meses)
- ✓ Coagulograma – TP/INR e TTPa (até 6 meses)

Para cirurgias de distopias genitais, hysterectomias e incontinência urinária:

✓ Urina tipo I e urocultura

Para pacientes com IMC ≥ 30 kg/m²:

✓ Glicemia de jejum (até 6 meses)

Para pacientes com 50 anos ou mais:

- ✓ Glicemia de jejum (até 6 meses)
- ✓ Eletrocardiograma (até 6 meses)
- ✓ Creatinina (até 6 meses)

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 acrescentados aqueles de acordo com o seu perfil.

	Todas as pacientes	Cirurgias de Maior Porte (Laparoscopia, Prolapso, Histerectomia, Miomectomia)	Distopias Genitais, Histerectomias e Incontinência Urinária	IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$	Idade ≥ 50 anos
Colpocitologia ou DNA-HPV (ver detalhamento abaixo) *	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Hemograma Completo (até 6 meses)	SIM	SIM	SIM	SIM	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		

*RASTREAMENTO ADEQUADO DE NEOPLASIA DE COLO UTERINO: CONSIDERA-SE ADEQUADO QUANDO A PACIENTE REALIZOU COLPOCITOLOGIA DENTRO DA PERIODICIDADE PRECONIZADA (A CADA 3 ANOS, APÓS DOIS EXAMES ANUAIS NORMAIS) E/OU TESTE DE PCR-HPV DENTRO DA PERIODICIDADE RECOMENDADA (A CADA 5 ANOS, QUANDO NEGATIVO), COM RESULTADO VÁLIDO E CONDUTA ATUALIZADA CONFORME O ACHADO. O EXAME NÃO É NECESSÁRIO PARA O ENCAMINHAMENTO 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.**