



**PROCOLOS 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)**

2026

ÍNDICE

PARTE I

PROTOCOLO DE ACESSO ÀS LINHAS DE CUIDADO DA OBSTETRÍCIA.....	04
1. Projeto Nascer – Pré-Natal de Risco Habitual.....	04
Rotina de Exames de Pré-Natal Sugerida.....	04
2. Pré-Natal de Risco Intermediário.....	07
2.1. Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).....	08
2.2. Hipertensão Arterial Crônica (HAC).....	09
2.3. Anemia Moderada.....	10
2.4. Obesidade Mórbida com IMC > 40.....	10
2.5. Outras Condições.....	10
3. Ambulatório de Acolhimento e Cuidado em Abortamento Retido.....	11

PARTE II

PROTOCOLO DE ACESSO ÀS LINHAS DE CUIDADO DA GINECOLOGIA CIRÚRGICA.....	12
1. Ambulatório de Cirurgia Ginecológica.....	16
2. Ambulatório de Histeroscopia.....	17
3. Ambulatório de Laqueadura Tubária.....	18
Anexo 1 – Exames Pré-Operatórios.....	19

PARTE III

PROTOCOLO DE ACESSO ÀS LINHAS DE CUIDADO DA MASTOLOGIA.....	21
1. Lesões Mamárias Benignas e Diagnóstico.....	21
2. Mastologia Reparativa.....	22

PARTE IV

PROTOCOLO DE ACESSO ÀS LINHAS DE CUIDADO DA GINECOLOGIA.....	24
1. Dor Pélvica Crônica.....	24

2. Patologia do Trato Genital Inferior (PTGI).....	25
3. Colposcopia.....	26
4. Climatério.....	27
5. Métodos contraceptivos.....	28

PARTE V

PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA (SADT).....	30
1. Ultrassonografia Ginecológica.....	30
2. Ultrassonografia de Mamas.....	31
3. Ultrassonografia Obstétrica.....	32
4. Mamografia.....	33
5. Cardiotocografia.....	34

PARTE I

PROTOCOLO DE ACESSO ÀS LINHAS DE CUIDADO DA OBSTETRÍCIA

1. PROJETO NASCER – PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

Nomenclatura SIRESP: Obstetrícia

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

O CRSMRP-MATER atende, pelo Projeto Nascer, gestantes com idade gestacional maior ou igual a 36 semanas. O Projeto Nascer consiste no acompanhamento final do pré-natal de baixo risco na maternidade em que a gestante terá o parto. Após 36 semanas, a paciente deve ser referenciada da Atenção Primária à Saúde (APS) para a realização de consultas na maternidade.

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 calendário vacinal da gestante.

ROTINA DE EXAMES DE PRÉ-NATAL SUGERIDA

Exame	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Hemograma Completo	SIM		SIM

Exame	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Urocultura	SIM (se negativo, não necessita repetir)		
Teste rápido HIV OU Elisa Anti-HIV	SIM	SIM	SIM
Teste rápido Sífilis (treponêmico)	SIM Realizar VDRL se treponêmico positivo	SIM	SIM
Teste rápido para hepatite B OU HBsAg	SIM		SIM (para as não vacinadas)
Toxoplasmose	SIM*	SIM*	SIM*
	(*Repetir se IgG negativo; Se IgG e IgM positivos no primeiro trimestre, solicitar Teste de Avidéz da IgG)		
Teste rápido para hepatite C OU Anti-HCV	SIM		
Anti-HTLV	SIM		
Glicemia de Jejum	SIM		SIM
GTT		SIM - entre 24 e 28 semanas se glicemia inicial normal < 92 mg/dl	
Tipagem Sanguínea	SIM		
Coombs Indireto	SIM (**repetição apenas se Rh negativo)	SIM**	SIM** (Caso não tenha realizado Imunoglobulina)
Ultrassonografia	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)

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 ao DRS para providências junto ao município de origem.

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.faepe.br/encontro-de-gestantes/>) e a inscrição pode ser realizada por e-mail pelo profissional ou pela própria paciente (cursogestante@mater.faepe.br).

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 contra referenciada 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.

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 \leq 45 sem outras doenças associadas
 - Gestantes obesas com IMC \leq 40 portadoras das doenças acima mencionadas podem ser encaminhadas ao CRSMRP-MATER.

Para as gestantes que não se enquadrem nesses critérios, checar critérios de encaminhamento para o Pré-Natal de Risco Intermediário (Item 2 da Parte I) ou avaliar indicação de encaminhamento ao Alto Risco.

2. PRÉ-NATAL DE RISCO INTERMEDIÁRIO

Nomenclatura SIRESP: Obstetrícia – Pré-Natal Risco Intermediário

Lista de CID: Z35.8 / Z35.9 / O10.0 / O24.4 / E66.9 / O99.0

Trata-se de proposta assistencial em regime de **MATRICIAMENTO** com a Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo não é assumir integralmente a assistência pré-natal, mas sim atuar em parceria com a APS, oferecendo suporte para patologias que exijam recursos além dos disponíveis na rede básica.

Nesse contexto, as gestantes serão encaminhadas para avaliação pela equipe do ambulatório com os exames básicos de pré-natal realizados, além dos exames específicos de acordo com a patologia identificada. A equipe especializada, então, fará os ajustes necessários nas condutas e, se indicado, programará avaliações de vitalidade e crescimento fetal ao longo da gestação.

É importante destacar que a paciente deverá manter o seguimento na unidade de origem.

Serão atendidas gestantes em qualquer idade gestacional que apresentem as seguintes comorbidades:

2.1. Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

Pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional e indicação de insulino**terapia sem repercussão fetal**.

ATENÇÃO AOS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Gestantes com DM1 e DM2 deverão ser encaminhadas ao Alto Risco, independente do tratamento que estejam realizando.
- Gestantes com DMG bem controladas com dieta deverão manter seguimento na APS até o encaminhamento ao Projeto Nascer.

As pacientes com diagnóstico de DMG deverão receber, em serviço de origem, orientação de terapia nutricional, com total de calorias diárias, considerando a classificação nutricional definida pelo Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional e o seguinte cálculo:

Total de calorias = Peso* x fator de correção (*considerar peso atual)

Índice de Massa Corporal	Fator de correção
Baixo peso	35
Adequado	30
Sobrepeso	25
Obesidade	22

A composição ideal da dieta deverá respeitar as seguintes proporções:

- 40% a 45% de carboidratos;
- 15% a 20% de proteínas (no mínimo 1,1 g/kg/dia);
- 30% a 40% de gorduras (7% saturadas)

A ingestão calórica recomendada deve ser dividida em seis refeições: Café da manhã, Lanche da manhã, Almoço, Lanche da tarde, Jantar, Lanche noturno (22 horas).

Após uma a duas semanas da prescrição dietética, realizar a avaliação de perfil glicêmico (dosagem glicêmica em horários pré-determinados em relação à dieta) de acordo com as recomendações no quadro abaixo. Se os níveis glicêmicos

permanecerem elevados ($\geq 30\%$ de valores alterados), recomenda-se iniciar o tratamento farmacológico.

Recomendação para aferição da glicemia capilar na condução da paciente com DMG:

Paciente em tratamento não farmacológico	
Viabilidade financeira e disponibilidade técnica total	Viabilidade financeira e disponibilidade técnica parcial
Perfil diário de 4 pontos: Jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar	Perfil de 4 pontos 3 vezes por semana: Jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar
Paciente em tratamento farmacológico	
Viabilidade financeira e disponibilidade técnica total	Viabilidade financeira e disponibilidade técnica parcial
Perfil diário de 6 pontos: Jejum, pós-café, antes do almoço, pós-almoço, antes do jantar, pós-jantar	Perfil diário de 4 pontos: Jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar

Fonte: Adaptado de Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2019. 57p.

São considerados valores alterados:

- Glicemia de jejum ≥ 95 mg/dl;
- Glicemia pré-prandial ≥ 100 mg/dl;
- Glicemia uma hora pós-prandial ≥ 140 mg/dl;
- Glicemia duas horas pós-prandial ≥ 120 mg/dl.

Para o encaminhamento, além dos exames básicos, deverá ser apresentado o perfil glicêmico ambulatorial (utilizando glicosímetro ou sensor de monitorização glicêmica contínua) de acordo com as recomendações já citadas acima.

2.2. Hipertensão Arterial Crônica (HAC)

Gestantes hipertensas crônicas que não façam uso de medicação ou usem apenas UMA medicação (monoterapia). Recomenda-se que a profilaxia para pré-eclâmpsia e restrição de crescimento intraútero (AAS + Cálcio) seja iniciada na APS, conforme protocolo regional de profilaxia de pré-eclâmpsia. Apresentar, além dos exames habituais de pré-natal, os seguintes exames:

- Hemograma com contagem de plaquetas

- Creatinina
- TGO / TGP
- Bilirrubinas
- Relação proteína-creatinina em amostra isolada de urina OU Urina tipo i
- Eletrocardiograma dependendo da clínica da paciente
- Fundo de olho (se possível)

2.3. Anemia moderada

Gestantes com hemoglobina entre 8 e 10 podem ser encaminhadas ao pré-natal intermediário para complementação de avaliação e programação de seguimento. Exames recomendados, além dos básicos:

- Eletroforese de Hemoglobina
- Ferro sérico
- Ferritina
- Capacidade Latente de Fixação do Ferro

2.4. Obesidade mórbida com IMC > 40

Gestantes com IMC acima de 40 sem comorbidade ou que tenham diagnóstico de outra morbidade incluída nesse protocolo poderão ser encaminhadas para avaliação nutricional, com o acréscimo em relação aos exames complementares da comorbidade de Lipidograma e TSH.

2.5. Outras condições que podem ser encaminhadas

- Asma bem controlada sem episódios de agudização na gestação
- Epilepsia bem controlada sem crises na gestação
- Leiomiomatose uterina: mioma subseroso com 10cm ou mais ou mioma intramural ou submucoso com mais de 5cm.

3. AMBULATÓRIO DE ACOLHIMENTO E CUIDADO EM ABORTAMENTO RETIDO

Nomenclatura SIRESP: Ginecologia - Triagem

Lista de CID: O02.1

Neste ambulatório, serão atendidas pessoas que estejam vivenciando situação de abortamento com diagnóstico na atenção primária de aborto retido para seguimento em conduta expectante ou programação de conduta ativa.

Critérios de exclusão:

- Pacientes com IMC > 40kg/m² com comorbidades
 - Gestação ectópica
 - Gestação não confirmada
- Sangramento vaginal ativo que demande avaliação de urgência (aborto em curso)
- Sinais de aborto infectado (encaminhar via urgência)

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:**
 - $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$;
 - $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ **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.**

PARTE III

PROTOCOLO DE ACESSO ÀS LINHAS DE CUIDADO DA MASTOLOGIA

Assim como as linhas de cuidado da Ginecologia Cirúrgica, para lesões mamárias benignas e mastologia reparativa, cabe à Atenção Primária à Saúde encaminhar as pacientes com os exames pré-operatórios recomendados, conforme consta no Anexo 1 da Parte II desse protocolo.

1. LESÕES MAMÁRIAS BENIGNAS E DIAGNÓSTICO

Nomenclatura SIRESP: Mastologia

O CRSMRP-MATER recebe mulheres com lesões palpáveis (nódulos e cistos) ou não na mama, com documentação de exame(s) radiológico(s) demonstrando BI-RADS 3, 4 (sem subclassificação), 4A ou 4B para realização de biópsia ou exérese, casos de mama e/ou mamilo acessório além de tratar outras condições adquiridas da mama, como infecções mamárias relacionadas ou não ao parto e mastite granulomatosa.

Lista de Patologias e CID correspondente:

Achados anormais de exames para diagnóstico por imagem (como mamografia ou ultrassonografia, que requerem investigação adicional, mas sem um diagnóstico definitivo de imediato - BI-RADS 4, 4A ou 4B).	R92
Neoplasia benigna da mama (crescimento de células não cancerosas, como fibroadenomas)	D24
Displasias mamárias benignas.	N60
Cisto solitário da mama.	N60.0
Mastopatia cística difusa.	N60.1
Fibroadenose da mama.	N60.2
Fibroesclerose da mama.	N60.3
Ectasia de dutos mamários.	N60.4

Displasia mamária benigna não especificada.	N60.9
Nódulo mamário não especificado (usado quando um nódulo é encontrado, mas sua natureza exata ainda não foi determinada)	N63
Mama supranumerária (presença de tecido mamário extra, geralmente na axila, também conhecido como polimastia).	Q83.1
Mamilo acessório (ou mamilo supranumerário).	Q83.3
Transtornos inflamatórios da mama (como mastite aguda ou crônica, que pode ou não estar associada ao parto)	N61
Mastite granulomatosa	N61.2
Abscesso mamário associado ao parto	O91.1
Contusão da mama (hematoma ou lesão por impacto).	S20.0
Ferimento da mama (lesão com ruptura da pele).	S21.0
Outras doenças da mama.	N64
Necrose gordurosa da mama.	N64.1
Mastodinia (dor na mama).	N64.4
Exame especial de rastreamento de neoplasia de mama.	Z12.3
História familiar de neoplasia maligna de mama (fator de risco genético ou familiar).	Z80.3
História pessoal de neoplasia maligna de mama (indica que o paciente já teve câncer de mama no passado e está em acompanhamento).	Z85.3

2. MASTOLOGIA REPARATIVA

Nomenclatura SIRESP: Mastologia Pré-Cirúrgica

Atende pacientes de 12 a 80 anos para procedimento reparador da mama, com as seguintes condições (checar critérios clínicos de elegibilidade para procedimento cirúrgico):

- 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.

Lista de patologias e CID correspondente:

Ausência congênita da mama com ausência de mamilo	Q83.0
Ausência adquirida da(s) mama(s), seja por intervenção cirúrgica ou trauma.	Z90.1
Hipertrofia da mama.	N62
História pessoal de neoplasia maligna da mama. Este código é utilizado para pacientes que tiveram um diagnóstico prévio de câncer de mama, mas que não estão mais em tratamento ativo e não apresentam evidência de doença no momento	Z85.3

PARTE IV

PROTOCOLO DE ACESSO ÀS LINHAS DE CUIDADO DA GINECOLOGIA

1. DOR PÉLVICA CRÔNICA

Nomenclatura SIRESP: Avaliação em Dor Pélvica Crônica

Lista de CID: R10.2 / N80.0 / N80.1 / N80.2 / N80.3 / N80.6 / N80.8 / N94.4 / N94.5 / N94.6 / N71.1

Trata-se de proposta assistencial em regime de matriciamento com a Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo é o atendimento multiprofissional da mulher com dor pélvica crônica, incluindo psicologia, nutrição, fisioterapia e equipe médica especializada, investigação complementar de causa, direcionamento de tratamento cirúrgico, quando indicado, e início de tratamento clínico com matriciamento com a APS.

Nessa linha de cuidado, o objetivo não é assumir integralmente o cuidado, mas sim atuar em parceria com a APS, oferecendo suporte na condução após a alta através de teleconsultoria.

Critérios de inclusão:

- Dor pélvica crônica, isto é, com duração de pelo menos 6 meses, suficientemente intensa para interferir em atividades rotineiras e envolver o uso frequente de analgésicos.

- Inclui:
- a. Dispareunia e dismenorreia moderada ou severa;
 - b. Endometriose;
 - c. Neuropatias e síndrome miofascial;
 - d. Doença inflamatória pélvica recorrente ou não responsiva ao tratamento usual;

e. Outras suspeitas como: síndrome do intestino irritável, congestão (varizes) pélvica, síndrome da bexiga dolorosa, malformações genitais ou outras afecções que curse com dor pélvica crônica.

NÃO inclui: afecções que causem dor pélvica crônica cuja causa seja conhecida e não seja ginecológica, como por exemplo doenças inflamatórias intestinais, dores de origem neoplásica.

Exames necessários para o encaminhamento: rastreamento ginecológico em dia conforme protocolo do Ministério da Saúde. Resultados principais descritos no encaminhamento, principalmente o citopatológico do colo uterino e outros exames que tenham sido solicitados previamente como ultrassonografia da pelve.

Descrever em detalhes todas as medidas tomadas até o momento, especialmente as propostas terapêuticas.

2. PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR (PTGI)

Nomenclatura SIRESP: Ginecologia - PTGI

Situações que devem ser encaminhadas para PTGI:

- **N89: Outros transtornos não-inflamatórios da vagina** – Categoria genérica para alterações vaginais que não envolvem infecção ativa ou vaginite aguda, mas que demandem investigação por biópsia (ex: alterações teciduais).
- **N89.0: Displasia vaginal leve** – Neoplasia Intraepitelial Vaginal de baixo grau (NIVA I / Baixo Grau); associada ao HPV, requer acompanhamento citológico/colposcópico.
- **N89.1: Displasia vaginal moderada** – Lesão precursora intermediária (NIVA II); exige avaliação especializada para definir necessidade de ablação ou excisão.
- **N89.2: Displasia vaginal grave, não classificada em outra parte** – Lesão de alto grau (NIVA III); alto risco de progressão para carcinoma invasor, encaminhar para o ginecologista.
- **N89.3: Displasia da vagina, não especificada** – Alteração celular atípica na mucosa vaginal sem biópsia ou estadiamento de grau definido.

- **N89.4: Leucoplasia da vagina** – Placa esbranquiçada visível ao exame especular na parede vaginal; exige biópsia para afastar malignidade.
- **N90.0: Displasia vulvar leve** – Neoplasia Intraepitelial Vulvar de baixo grau (NIV I); alteração celular inicial na pele da vulva, manejo conservador ou ablação local.
- **N90.1: Displasia vulvar moderada** – Lesão vulvar de grau intermediário (NIV II); necessita de mapeamento minucioso com vulvoscopia.
- **N90.2: Displasia vulvar grave, não classificada em outra parte** – Lesão vulvar de alto grau (NIV III); carcinoma *in situ*, exige biópsia ampla e ressecção cirúrgica imediata pelo especialista.
- **N90.3: Displasia de vulva, não especificada** – Diagnóstico clínico ou histológico de atipia celular na vulva onde o grau da lesão não foi detalhado.
- **L28.0: Líquen simples crônico** – Pele espessada, endurecida e com acentuação dos sulcos (liquenificação) gerada pelo ciclo crônico de coçar e friccionar; o foco do tratamento é interromper o prurido (corticoides tópicos).
- **L90.0: Líquen escleroso e atrófico** – Dermatose inflamatória crônica que gera placas brancas, fragilidade cutânea e estenose anatômica da vulva; possui risco aumentado de evolução para carcinoma espinocelular (excluído por biópsia) e o tratamento padrão é com corticoides de alta potência.
- **L29.2: Prurido vulvar** – Sintoma puramente isolado de coceira intensa na vulva, utilizado quando a causa base (infecciosa, alérgica ou dermatológica) ainda está em investigação diagnóstica.
- **B97.7: Papilomavírus (HPV) como causa de doenças classificadas em outros capítulos**

Encaminhar com as pacientes os resultados de exames realizados: citologia oncológica (OBRIGATÓRIO), pesquisa de HPV e colposcopia e biópsia (se realizadas).

Não há restrição de comorbidades e IMC, visto que este é um ambulatório de propedêutica para investigação e não oferecerá nenhum tipo de procedimento cirúrgico.

3. COLPOSCOPIA

Nomenclatura SIRESP: Ginecologia - Colposcopia

Situações que devem ser encaminhadas para PTGI:

- **N87: Displasia da cérvix uterina** – Categoria genérica que engloba qualquer grau de alteração celular pré-cancerosa ou atipia epitelial no colo do útero, sem especificar a gravidade.
- **N87.0: Displasia cervical leve** – Corresponde à NIC I (Neoplasia Intraepitelial Cervical grau I) ou lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL). Seguir diretrizes do Ministério da Saúde de 2022 (quadro abaixo) para identificar indicação de encaminhamento.
- **N87.1: Displasia cervical moderada** – Corresponde à NIC II (Neoplasia Intraepitelial Cervical grau II), classificada como lesão intraepitelial de alto grau (HSIL).
- **N87.2: Displasia cervical grave, não classificada em outra parte** – Corresponde à NIC III ou carcinoma *in situ* do colo do útero (HSIL grave). Risco iminente ou progressão avançada para câncer invasor. Exige encaminhamento **imediate e prioritário**.
- **N87.9: Displasia da cérvix uterina, não especificada** – Utilizado quando o laudo ou prontuário aponta uma displasia no colo do útero, mas não detalha se ela é leve, moderada ou grave.
- **B97.7: Papilomavírus (HPV) como causa de doenças classificadas em outros capítulos** – Deve ser usado para as situações em que o resultado do teste de DNA-HPV motivou o encaminhamento, conforme novas diretrizes do Ministério da Saúde de 2025 (abaixo).

CONDIÇÕES PARA SEREM ENCAMINHADAS PARA COLPOSCOPIA:

- PARA EXAMES CITOLÓGICOS (avaliação das células do colo do útero em lâmina, independente de ser coleta convencional ou em meio líquido) - Diretrizes para Rastreamento de Neoplasia do Colo Uterino (INCA, 2022):

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

- PARA O NOVO TESTE MOLECULAR, QUE PESQUISA O DNA DO VÍRUS HPV - Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I – Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV Oncogênico (INCA, 2025):

Resultado do DNA-HPV

Conduta

Negativo
(Não detectado)

Nenhuma triagem necessária. Retornar a paciente para a rotina habitual com novo exame em 5 anos ou 3 anos se paciente imunossuprimida.

Positivo para HPV 16 e/ou 18

Encaminhar para Colposcopia.

Positivo para Outros HPV de Alto Risco
(ex: 31, 33, 35, 45, 52, etc.)

Aguardar resultado de citologia reflexa.
- Citologia reflexa alterada ASCUS ou maior:
Encaminhar para Colposcopia

- Citologia reflexa normal: Repetir em 1 ano. Se manutenção da positividade em 2 anos, encaminhar para Colposcopia.

Exceções Importantes e Encaminhamento Direto

1. **Pacientes Imunossuprimidas (incluindo vivendo com HIV):** Qualquer resultado **positivo para HPV de alto risco** (seja 16/18 ou os demais tipos) indica **encaminhamento direto para colposcopia**, independentemente do resultado da citologia.
2. **Pacientes Sintomáticas:** Mulheres com sinais suspeitos de neoplasia invasora (ex: sangramento pós-coital importante ou colo uterino com lesão vegetante visível ao exame especular) devem ser encaminhadas diretamente para avaliação especializada, ignorando o rastreamento por PCR.

Encaminhar com as pacientes os resultados de exames realizados: citologia oncológica (OBRIGATÓRIO), pesquisa de HPV e colposcopia e biópsia (se realizadas). Não há restrição de comorbidade e IMC.

4. CLIMATÉRIO

Nomenclatura SIRESP: Ginecologia - Climatério

O ambulatório de climatério do CRSMRP-MATER seguirá mulheres que se enquadrem nas seguintes situações:

- a.) Sintomas climatéricos moderados a graves que persistem apesar do manejo na Atenção Primária à Saúde (APS), tais como: fogachos intensos, alterações emocionais e cognitivas com impacto significativo em qualidade de vida, dispareunia ou síndrome geniturinária da menopausa refratária.
- b.) Avaliação para Terapia Hormonal de Reposição em casos complexos:
 - Falência ovariana prematura (<40 anos)
 - Presença de fatores de risco relevantes para câncer de mama

- Risco cardiovascular intermediário/alto (5 a 10% em 10 anos) pelo Escore de Risco Global, disponível em: <https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas/calculadora-risco-cardiovascular>
- Outras doenças que tragam riscos à terapia hormonal convencional.

c.) Osteoporose e risco aumentado de fratura, ou seja: fratura por fragilidade após os 50 anos, FRAX alto ($\geq 20\%$ fratura maior ou $\geq 3\%$ quadril), uso crônico de corticoide, baixo IMC ($< 20 \text{ kg/m}^2$), tabagismo ativo, história familiar de fratura de quadril e/ou menopausa precoce (< 40 anos)

NÃO devem ser encaminhadas para o CRSMRP-MATER as pacientes que apresentem sintomas leves sem impacto funcional e aquelas com sintomas que respondem bem ao tratamento iniciado na APS.

Pacientes com Sangramento Pós-Menopausa devem ser referenciadas ao ambulatório de Histeroscopia, que possui protocolo próprio.

Além disso, o ambulatório de Climatério não dispõe de especialidades clínicas para acompanhamento das comorbidades (HAS, dislipidemia, DM2, entre outras), as quais devem permanecer em seguimento na atenção primária ou ambulatório secundário que disponha desses recursos.

No momento do encaminhamento, são obrigatórios os seguintes exames:

- Avaliação das mamas para as pacientes acima de 40 anos (seguir a recomendação vigente dos órgãos oficiais).
- Exame de rastreio para o câncer de colo uterino, podendo ser PCR para HPV ou citologia oncótica cervical, dentro da validade conforme a recomendação atual do Ministério da Saúde.
- Exames laboratoriais relevantes para a idade e comorbidades (validade de 6 meses).

Lista de patologias e CID correspondentes:

Estado da menopausa e do climatério feminino – Código principal para a fase de transição, englobando sintomas como ondas de calor, alterações de humor e secreta vaginal.	N95.1
---	-------

Vaginite atrófica pós-menopausa	N95.2
Condições associadas com a menopausa artificial	N95.3
Menopausa precoce (insuficiência ovariana primária)	E28.3

5. AMBULATÓRIO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Nomenclatura SIRESP: Ginecologia – Métodos Contraceptivos

Serão atendidas, no ambulatório de métodos contraceptivos mulheres e/ou pessoas com útero que atendam um ou mais dos seguintes critérios:

1. Vida sexual ativa e comorbidades* que requeiram avaliação especializada para contracepção;

* Doenças neurológicas, cardiológicas, imunológicas, reumatológicas, pneumológicas, dermatológicas, psiquiátricas, genéticas, nefrológicas, urológicas, entre outras que necessitem de orientação especial de contracepção.

2. Desejo de inserção de Dispositivo intrauterino de levonorgestrel ou Implante contraceptivo, não disponíveis em seus municípios;
3. Presença de implante contraceptivo não palpável;
4. Impossibilidade de remoção do dispositivo intrauterino por técnicas habituais não guiadas por ultrassom;
5. Usuárias de implante contraceptivo que apresentem sangramento desfavorável e desejam a continuidade do método.

Lista de CID correspondentes:

Presença de DIU (de qualquer tipo) com indicação de remoção e impossibilidade de fazê-la na atenção primária (Complicação mecânica de DIU; Presença de DIU)	T83.3 Z97.5
---	----------------

Implante de etonogestrel de localização profunda	T85.6
Sangramento uterino anormal secundário ao uso de implante contraceptivo	N93.8
Aconselhamento contraceptivo em situações especiais (pacientes com múltiplas comorbidades e/ou com desejo de inserção de método contraceptivo de longa duração não disponível em seu município)	Z30.0 Z30.1 Z30.8

PARTE V

PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA (SADT)

Fluxo de encaminhamento das pacientes no CRSMRP-MATER: a APS faz o pedido para agendamento via SIRESP.

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

1. ULTRASSONOGRAFIA GINECOLÓGICA

Solicitar quando houver uma ou mais das situações abaixo:

1a. Prioridade (necessidade mais breve):

- Sangramento uterino na pós-menopausa
- Sangramento uterino anormal durante o menacme ou perimenopausa
- Dor pélvica persistente (>3 meses)
- Massa pélvica palpável / aumento uterino

1b. Avaliação Eletiva:

- Infertilidade
- Rastreamento de malformações uterinas
- Avaliação de miomas e pólipos já diagnosticados
- Controle de DIU quando houver dúvida de posição
- Acompanhamento de cistos ovarianos
- Avaliação de amenorreia/oligomenorreia
- Dor pélvica ocasional

Situações que NÃO indicam USG de rotina: pacientes assintomáticas.

3. Informações obrigatórias no pedido

- Queixa principal e tempo de evolução
- Padrão menstrual e uso de hormônios/DIU
- Exame físico
- Hipótese diagnóstica
- História pessoal de câncer ginecológico

2. ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS

2a. Prioridade:

- Nódulo palpável
- Secreção mamilar suspeita (hemática, unilateral)
- Mastite com abscesso
- Pele em casca de laranja / retração mamilar
- Massa em mama em gestante ou lactante
- Alteração clínica importante recente

Atenção! A MAMOGRAFIA É O EXAME DE PRIMEIRA LINHA A SER SOLICITADO PARA RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER DE MAMA.

2b. Avaliação Eletiva

- Avaliação complementar de mamografia alterada
- Mama densa em mulheres com indicação de rastreamento
- Dor mamária focal persistente (>2-3 ciclos) com exame físico alterado
- Controle de cistos e fibroadenomas já conhecidos

Quando **NÃO** solicitar USG de mama:

- Rastreamento isolado em mulheres ≥ 40 anos **sem indicação clínica**
→ Priorizar **mamografia** conforme protocolo nacional
- Mastalgia difusa sem achados ao exame físico
- Pacientes assintomáticas

Informações obrigatórias no pedido:

- Queixa e tempo de evolução
- Localização do achado (quadrante, lateralidade)
- Idade e fatores de risco
- Resultado de exames prévios (se houver)
- Situação especial: gestação / lactação

SEMPRE ORIENTAR A PACIENTE A LEVAR NO DIA DO EXAME OS EXAMES ANTERIORES.

3. ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

- 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. **O CRSMRP-MATER não realiza ultrassonografia morfológica de 2º trimestre.**
- 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.

4. MAMOGRAFIA

4a. Indicação em mulheres de risco habitual:

- Mulheres entre 40 e 74 anos bienal (a cada 2 anos)
- Mulheres ≥ 75 anos se houver expectativa de vida > 7 anos e condições de diagnóstico/condução terapêutica.

4b. Rastreamento em mulheres com risco maior que o habitual

- BRCA1/BRCA2 e mutações associadas: iniciar rastreamento anual com mamografia a partir dos 30 anos (não antes dos 30).
- Risco de vida $\geq 20\%$ calculado por modelo de risco: iniciar 10 anos antes da idade de diagnóstico do parente mais jovem (não antes de 30).
- Radioterapia prévia no tórax: iniciar 8 anos após radioterapia (não antes dos 30).

4c. Mamografia diagnóstica (sintomática):

- Nódulo palpável ou massa nova;
- Alterações de pele/mamilo (retração, ulceração, “casca de laranja”);
- Secreção papilar suspeita (especialmente hemática/unilateral);
- Sinais clínicos locais que sugiram malignidade.

Nesses casos, o exame é diagnóstico, não apenas rastreamento (prioridade clínica).

Todo pedido de mamografia deve conter no mínimo as seguintes informações:

- Finalidade: rastreamento ou diagnóstico;
- Idade e dados clínicos da paciente;
- Queixa principal e tempo de evolução (se houver);
- História pessoal e familiar de câncer de mama;
- Fatores de risco (genéticos, densidade mamária, comorbidades);

- Resultados de exames prévios se existirem.
- de câncer ginecológico

1. CARDIOTOCOGRAFIA

O CRSMRP-MATER oferece vagas para realização de cardiocografia para pacientes em seguimento em outros locais.

Quando indicada a avaliação da vitalidade, a equipe assistencial da unidade de origem deverá entrar em contato com a recepção do Ambulatório do CRSMRP-MATER pelos telefones (16)39628208 ou (16)39628245 para agendar o exame.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: GESTAÇÕES INFERIORES A 28 SEMANAS.

Situações de urgência, como achados ultrassonográficos de restrição de crescimento intraútero, queixa da gestante de redução da movimentação fetal ou ainda achado no exame físico de alteração da frequência cardíaca fetal deverão ser encaminhadas via **Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo**, pois há risco de necessidade de resolução da gestação.

A equipe do CRSMRP-MATER irá realizar o traçado e, caso normal, liberar a gestante com cópia do traçado e do laudo. Havendo alteração, já providenciará realização de ultrassom para complementação.

Apesar de o agendamento da Cardiocografia ser direto via recepção, a gestante deverá trazer no dia da realização do exame o pedido ou guia de referência solicitando avaliação da vitalidade fetal.