



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

**PROTOCOLO DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE E REGULAÇÃO PARA O ACESSO A  
CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA**

**HOMOLOGADO PELA RESOLUÇÃO CIB/ES:**

---

O presente “Protocolo” é um documento de análise objetiva para a implantação/Implementação da Rede de Atenção a Saúde Materno Infantil nos municípios que compõem as quatro Regiões de Saúde do Estado do Espírito Santo, escrito com o propósito de subsidiar o sua organização e funcionamento.

**Vitória  
Outubro 2016**



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Ricardo de Oliveira

**SUBSECRETÁRIO DE ASSUNTOS DE REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À  
SAÚDE**

Engre Beilke Tenório

**GERENTE DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

Joanna de Barros Jaegher

**CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

Luciléia Rosa Heller

**CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES  
ESPECIALIZADOS**

Patrícia Védova

**ELABORAÇÃO**

Ary Célio de Oliveira

Eliane Pereira da Silva

**COLABORAÇÃO**

Grupo Condutor da Rede de Atenção Materno Infantil Região Sul

Grupo Condutor da Rede de Atenção Materno Infantil Região Norte

**ORGANIZAÇÃO**

Equipe Técnica Da Saúde Da Mulher



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

**SUMÁRIO**

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>O PRÉ-NATAL E A CAPACITAÇÃO PRECOCE DA GESTANTE</b>	<b>6</b>
<b>ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE</b>	<b>7</b>
<b>PARAMETRIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b>	<b>12</b>
<b>MATERNIDADES</b>	<b>13</b>
<b>FLUXO DE ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>COMPETENCIAS E ATRIBUIÇÕES DE SERVIÇOS E PROFISSIONAIS</b>	<b>17</b>
<b>UNIDADE BÁSICA</b>	<b>17</b>



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

<b>FLUXOGRAMADAGESTANTE</b>	<b>17</b>
<b>AMBULATORIOESPECIALIZADO</b>	<b>20</b>
<b>MATERNIDADE DERISCOHABITUAL</b>	<b>21</b>
<b>MATERNIDADE DEALTORISCO</b>	<b>22</b>
<b>MATERNIDADE/HOSPITAIS P/ FLUXOS ESPECIAIS</b>	<b>22</b>
<b>RESUMO DO MAPEAMENTO DO CUIDADONOPRÉ-NATAL</b>	<b>24</b>
<b>ATRIBUIÇÕESDOSPROFISSIONAIS</b>	<b>31</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>FICHA DE ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE PARA O AGENTE VINCULADOR MUNICIPAL</b>	<b>35</b>
<b>FICHA DE ENCAMINHAMENTO DAS GESTANTES PARA A MATERNIDADE DE REFERENCIA</b>	<b>37</b>
<b>TERMO DE ADESÃO</b>	<b>38</b>
<b>MAPA DE VINCULAÇÃO SEMANAL DA GESTANTE DE ALTO RISCO</b>	<b>40</b>
<b>MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE DERISCOHABITUAL</b>	<b>41</b>
<b>NOTIFICAÇÃO DE OCORRENCIA</b>	<b>43</b>
<b>- PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS EM GINECOLOGIA</b>	



## GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

*Secretaria da Saúde*

### **Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

#### **APRESENTAÇÃO**

O enfrentamento das mortalidades infantil e materna coloca-se como uma das prioridades da política pública de saúde em todas as instâncias de gestão e assistência. Com esse escopo, a Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo vem desenvolvendo a Implantação/Implementação da [Rede Estadual de Atenção a Saúde](#) da mulher e da Criança objetivando a resposta adequada e em tempo oportuno para todas as gestantes, parturientes, puérperas, neonatos e crianças do Estado.

Para tanto, conta com diferentes estratégias, setores e grupos de atuação, entre eles: os Comitês Estadual e Regional de Mortalidade Materna e Infantil, os Grupos Condutores Estadual, Regionais e Municipais da Rede Cegonha, Núcleo de Vigilância em Saúde, Rede Saúde Bucal, Núcleo e ou Laboratórios de Planejamento Regional, Comissão Intergestora Regionais, Agentes Vinculadores Municipais e Agentes Vinculadores Institucionais (das maternidades de referência), entre outros, oferecem ferramentas para o planejamento de ações estratégicas para a atuação em rede. E que em conjunto são responsáveis pelo matriciamento, monitoramento e regulação do atendimento a gestante além do pronto reconhecimento dos óbitos materno e infantil potencialmente evitáveis e definição das ações de melhoria da qualidade da assistência ambulatorial e hospitalar prestada às gestantes, prevenindo outros óbitos e garantindo um atendimento de qualidade.

Um dos fundamentos para implantação de uma rede de atenção à saúde são as diretrizes clínicas baseadas em evidências que normalizam a condição de saúde ao longo dos diferentes pontos de atenção e serviços da rede. As recomendações visam ao manejo clínico, diagnóstico e o tratamento, e à organização da assistência baseando-se na estratificação de risco, parametrização da assistência, competências e atribuições de serviços e profissionais dentro da linha de cuidados.



## GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

### **O Pré Natal e a Captação Precoce da Gestante**

O pré-natal é o acompanhamento realizado pela equipe médica de uma Unidade de Saúde que tem como objetivo acompanhar as condições de saúde da gestante e do feto. Durante a gestação são realizados exames laboratoriais para identificar e tratar doenças que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou do feto. É importante que as gestantes iniciem seu pré-natal assim que tiverem a gravidez confirmada, ou antes, de completarem três meses de gestação, como é preconizado dentre os 10 passos para um pré-natal de qualidade na Atenção Básica, ou seja, captação precoce (BRASIL,2012).

É extremamente importante que as gestantes cumpram o calendário traçado pela equipe de saúde e participem das práticas educativas desenvolvidas nas Unidades de Saúde. Tais práticas visam discutir assuntos relacionados à gestação (transformações físicas e emocionais que determinam também o acompanhamento do pré-natal), cuidados com a saúde durante a gestação, preparação para o parto, sinais de trabalho de parto, puerpério imediato, cuidados com o bebê, dentre outros.

Os profissionais devem garantir um acompanhamento pré-natal acolhedor e humanizado, garantindo o acompanhamento da gestante o mais precocemente possível até o final da gestação.

O acolhimento durante o pré-natal pode ser realizado de várias formas, dentre elas, pode-se citar a atenção voltada para escutar as queixas da gestante, seus anseios, suas preocupações esclarecendo os mitos ela cria em torno da fase que vive. Outro fator relevante é estimular a participação do (a) acompanhante durante as consultas do pré-natal, no trabalho de parto, no parto e pós-parto, o diálogo presente em um pré-natal humanizado possibilita a criação de um elo entre profissionais de saúde e gestantes.



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE**

A estratificação da população perinatal por estratos de riscos é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Os critérios normalmente utilizados para a estratificação de risco gestacional referem-se às características individuais da gestante, como idade, estatura, peso; às condições socioeconômicas, como escolaridade, ocupação e uso de substâncias psicoativas; à história reprodutiva anterior, como intervalo interpartal, prematuridade e abortamento; e às intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual, como gestação múltipla, ganho ponderal, patologias controladas ou não e fatores de risco fetais.

A estratificação de risco da gestante em dois níveis – Risco Habitual e Alto Risco – permitiu, nos últimos anos, assistência adequada em várias situações. A implantação da rede de atenção à saúde materno-infantil evidenciou a necessidade de um reavaliamento dos critérios e dos estratos de risco com vistas a uma segurança ainda maior para determinadas situações de risco para a gestante ou para o neonato.

Assim, foram propostos dois outros estratos de risco: o Médio Risco, para caracterizar a presença de alguns fatores de risco que implicam maior vigilância e cuidado da gestante, mesmo que o fluxo para o pré-natal e o parto seja o mesmo do risco habitual; e o Muito Alto Risco, para caracterizar um risco maior para a gestante (doenças não controladas) e/ou para o neonato (pela presença de malformações ou intercorrências que levam à prematuridade extrema), riscos estes que podem ser identificados durante o pré-natal, definindo, previamente ao parto, fluxos assistenciais diferenciados, que muitas vezes serão realizados fora do território das regiões de saúde, concentrando o serviço na região metropolitana.

É importante salientar que a estratificação de risco se refere a uma condição crônica, visando a uma intervenção clínica individual ou do grupo de gestantes diferenciada, segundo o estrato de risco. É diferente da identificação e classificação de risco de



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

situações de urgência, como a pré-eclâmpsia ou a própria urgência do trabalho de parto, situações não abordadas nesta Nota Técnica.

O quadro a seguir apresenta os estratos de risco, os fatores analisados e os critérios utilizados.

<b>RISCO HABITUAL</b> Até 04 pontos	<b>MÉDIO RISCO</b> De 04 a 09 pontos	<b>ALTO RISCO</b> De 10 a 40 pontos	<b>MUITO ALTO RISCO</b> Mais de 40 pontos
--	---	--	--

Fatores	Critérios/Pontos				Pontuação
Idade da Gestante	Menor de 14 anos / 1 ponto	De 14 a 34 anos / 0 ponto	Maior de 35 anos / 1 ponto		
Altura da Gestante	Menor que 1,45m / 1 ponto		Altura normal / 0 pontos		
Situação Familiar	Instável Sim (1 ponto) Não (0 ponto)		Aceitação da Gravidez Não (1 ponto) Sim (0 ponto)		
Escolaridade: Sabe ler e escrever?	Sim (0 ponto)		Não (1 Ponto)		
Tabagismo: É fumante?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)		
É dependente de drogas lícitas ou ilícitas?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)		
Existem anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)		
A gestante está exposta a riscos ocupacionais?	Sim (1 pontos)		Não (0 pontos)		
A gestante está exposta a condições ambientais desfavoráveis?	Sim (1 pontos)		Não (0 pontos)		
Avaliação Nutricional	Peso Adequado (0 Pontos)	Baixo Peso (IMC<18,5Kg/m <sup>2</sup> ) Ganho de peso inadequado e ou anemia (1 Ponto)	Sobrepeso ou (IMC>25, 29,9Kg/m <sup>2</sup> ) (1 Ponto)	Obesidade (IMC> 30, + de 9Kg/m <sup>2</sup> ) (5 pontos)	





**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

Antecedentes Obstétricos	Até 2 abortos (05 Pontos)			
	Mais de 2 Abortos Espontâneos (10 Pontos)			
	Natimorto (05 Pontos)			
	Parto prematuro (05 Pontos)			
	Mais de 01 parto prematuro (10 Pontos)			
	Óbitos Fetais (05 Pontos)			
	Históriaderecém-nascidocomcrescimentorestritoou MalformaçãoFetal(05Pontos)			
	Intervalointerpartalmenorquedoisanosoumaiorquecinco anos (02Pontos)			
	Eclampsia (10 Pontos)			
	Pré Eclampsia (05 Pontos)			
	Placenta Prévia e DPP (05 Pontos)			
	Incompetência Istmo-cervical (10 Pontos)			
	Cirurgiauterinaanterior(incluindoduasoumaiscesárias anteriores(05Pontos)			
	Diabetes gestacional (05 pontos)			
	Nuliparidade e grande multiparidade (05 pontos)			
Fatores de Risco Atuais - Obstétricos e Ginecológicos	Ameaça de aborto (05 Pontos)			
	Anomalia do Trato Geniturinário (05 Pontos)			
	Placenta Prévia (10 Pontos)			
	Câncer Materno (10 Pontos)			
	Isoimunização/Doença Hemolítica (10 Pontos)			
	Esterilidade Tratada (05 Pontos)			
	Neoplasia Ginecológica (10 Pontos)			
	Malformações Congênitas (10 Pontos)			
	CIUR – Crescimento Intra-uterino Restrito (10 Pontos)			
	Polidrâmnio e Oligodrâmnio (10 Pontos)			
	Citologia Cervical Anormal ( NIC I, II, III) (10 Pontos)			
	DHEG, Diabetes Gestacional (10 Pontos)			
	Gestação Gemelar (10 Pontos)			
	Insuficiência Istmo-cervical (10 Pontos)			
	Trabalhodepartoprematuroougravidezprolongada(05 Pontos)			
	Desvioquantoaocrescimentouterino,númerodefetose volumedelíquidoamniótico(10Pontos)			
Pré-eclâmpsia e eclâmpsia (10 pontos)				
Diabetes gestacional (05 pontos)				



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

	Óbito fetal (10 pontos)	
Condições Clínicas Preexistentes	Aneurismas (20 pontos)	
	Aterosclerose (05 pontos)	
	Alterações osteo-articulares de interesse obstétrico (05 pontos)	
	Cardiopatias (15 pontos)	
	Doenças auto-imunes , LES e outras colagenoses (15 pontos)	
	Doenças inflamatórias intestinais crônicas (05 pontos)	
	Endocrinopatias(especialmenteDiabetesMellituse tireoidopatias) (10pontos)	
	Epilepsia (10 pontos)	
	Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outros) (10 pontos)	
	Nefropatias,Hemopatias,PneumopatiaseHipertensãoarterial (10pontos)	
	Trauma (10 pontos)	
	Tromboembolismo (10 pontos)	
	Doenças infecciosas bucais (05 pontos )	
	DoençasInfecciosas(hepatites,toxoplasmose,sífilis,HIVe outrasDSTs(10pontos)	
	Neoplasias (10 pontos)	
Intercorrências Clínicas	Doençasinfeciocontagiosasvivasduranteapresentegestação (ITU, doenças do trato respiratório, tuberculose, rubéola,gengivites e periodontites,	
	Doençasclínicasdiagnosticadaspelaprimeiraveznessagestação (cardiopatias, endocrinopatias). (10pontos)	
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>		

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido.

É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.

## PARAMETRIZAÇÃO DA ASSISTENCIA

### Parâmetros para estimativa do Número de gestantes de um território sanitário:

- 01- Cálculo da estimativa das gestantes em determinado território no ano: número de nascidos vivos no ano anterior +10%
- 02- Cálculo de Gestantes de Risco Habitual: 85% das gestantes estimadas
- 03 - Cálculo de Gestantes de Alto Risco: 15% das gestantes estimadas

#### 1) MATERNIDADES DE REFERÊNCIA E TIPOS DE RISCO

TIPO DE RISCO
Risco Habitual
Alto Risco
Muito Alto Risco



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

**MATERNIDADES**

<b>R. Metropolitana</b>	
<b>Cariacica</b> Hospital e Maternidade de Cariacica	Cariacica, Viana, Santa Leopoldina.
<b>Serra</b> H.Mater.de Carapina	Serra
<b>Vila Velha</b> H Municipal de V Velha Cobilândia	Vila Velha
<b>Vitória</b> Promatre Vitória	Vitoria



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

<b>Domingos Martins</b> H.Dr.Arthur Gerardt	Domingos Martins, Marechal Floriano
<b>Venda Nova Imigrante</b> H.Padre Máximo	Afonso Claudio, Brejetuba, Ibatiba, Conceição do Castelo, Laranja da Terra, Venda Nova do Imigrante
<b>Guarapari</b> <b>HIFA</b>	<b>Guarapari</b>
<b>Santa Teresa</b> H. Madre Regina Protman	Fundão, Itarana, Itaguaçu, Santa Teresa, Santa Maria de Jetibá
<b>Região Central</b>	
<b>Aracruz</b> H.Mater.São Camilo	Aracruz, Ibraçu, João Neiva
<b>Baixo Guandu</b> H.Dr.João Santos Neves	Baixo Guandu
<b>Linhares</b> São José	Linhares, Rio Bananal, Sooretama, Alto Rio Novo, Marilândia e São Roque do Canaã, São Gabriel Palha, São Domingos do Norte, Gov. Lindenberg, Pancas e Vila Valério.
<b>Colatina</b> Sta.Casa de Misericórdia de Colatina	Colatina
<b>Região Norte</b>	
<b>São Mateus</b> <b>H.Mater.N.S.Aparecida</b>	Conceição da Barra, Jaguaré, Pedro Canário, São Mateus, <b>Ponto Belo e Mucurici</b>



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil

<b>Barra de São Francisco</b> H.Dra.Rita de Cássia	Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Ecoporanga
<b>Nova Venécia</b> H.São Marcos	Boa Esperança, Nova Venécia, Vila Pavão
<b>Região Sul</b>	
<b>Cachoeiro de Itapemirim</b> Sta.Casa de Cachoeiro	Alfredo Chaves, Atílio Vivacqua, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui e Vargem Alta
<b>Guaçuí</b> Sta.Casa de Guaçuí	Alegre, Dolores do Rio Preto, Divino São Lourenço, Ibitirama, Guaçuí, Irupi, Luna, Muniz Freire
<b>Itapemirim</b> H.Menino Jesus	Anchieta, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piuma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul.
<b>São José do Calçado</b> H. São José	Apiacá, Bom Jesus do Norte, São José do Calçado

**MATERNIDADES PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO POR MUNICÍPIO.**

**Região Metropolitana**



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

<b>Serra</b> H.Dr.Jayme dos Santos Neves	Fundão, Itarana, Itaguaçu, Santa Teresa, Santa Maria de Jeribá, Serra, Afonso Claudio, Brejetuba, Ibatiba, Conceição do Castelo, Venda nova do Imigrante, Vila Velha, Domingos Martins, Marechal Floriano, Cariacica, Viana, e Santa Leopoldina
<b>Vitória</b> H.U.C.A.M	Vitória
<b>Região Central e Norte</b>	
<b>Colatina</b> H.Mater.São José	Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Mantenópolis, Marilandia, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã e Vila Valério. Água Doce do Norte, B. de São Francisco, Vila Pavão, Ecoporanga, Pancas, Nova Venécia, Aracruz, Conceição da Barra, Ibiraçu, Jaguaré, João Neiva, Linhares, Pedro Canário, Mucurici, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus, Sooretama. a Esperança
<b>Região Sul</b>	
<b>Cachoeiro de Itapemirim</b> H.Evangélico de Cachoeiro	Alegre, Alfredo Chaves, Atilio Vivacqua, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui e Vargem Alta, Dolores do Rio Preto, Divino São Lourenço, Ibitirama, Irupi e Luna, Anchieta, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piuma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, Apiacá, Bom Jesus do Norte, São José do Calçado, Muniz Freire e Guaçuí.

## 2) FLUXO DE ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO

Um dos componentes das redes de atenção à saúde são os pontos de atenção à saúde, serviços que se distribuem nos níveis de atenção primária, secundária e



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

Terciária à saúde, organizados nos territórios do município, da região de saúde e do estado.

Os pontos de atenção são definidos considerando os princípios de escala, qualidade e acesso, mas obedecendo, antes de tudo, à necessidade de saúde.

Assim, a estratificação de risco, identificando diferentes situações de gravidade, indica níveis também diferentes de necessidade de saúde, o que, por sua vez, define o tipo de cuidado que deve ser ofertado nos vários serviços.

O quadro a seguir apresenta os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares que devem ser referência para o pré-natal e o parto nos diversos estratos de risco da gestação.

<b>ESTRATO DE RISCO GESTACIONAL</b>	<b>PRÉ-NATAL</b>	<b>PARTO</b>
Risco habitual e Médio Risco	Unidade Básica de	Maternidade de Risco Habitual
Alto e Muito Alto Risco e	Unidade Básica de + Ambulatório de Municipal ou outros Serviços de para Gestação de + Serviço de especializado caso)	Maternidade de Alto Risco e/ou Hospitais que são referência para os fluxos especiais.

**COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DE SERVIÇOS E PROFISSIONAIS**

Considerando que todas as etapas do Programa de Planejamento Familiar do Município foram realizadas e a gravidez foi confirmada, cabe aos profissionais da

**Unidade Básica de Saúde:**

- 1) Estabelecer o fluxograma dagestante

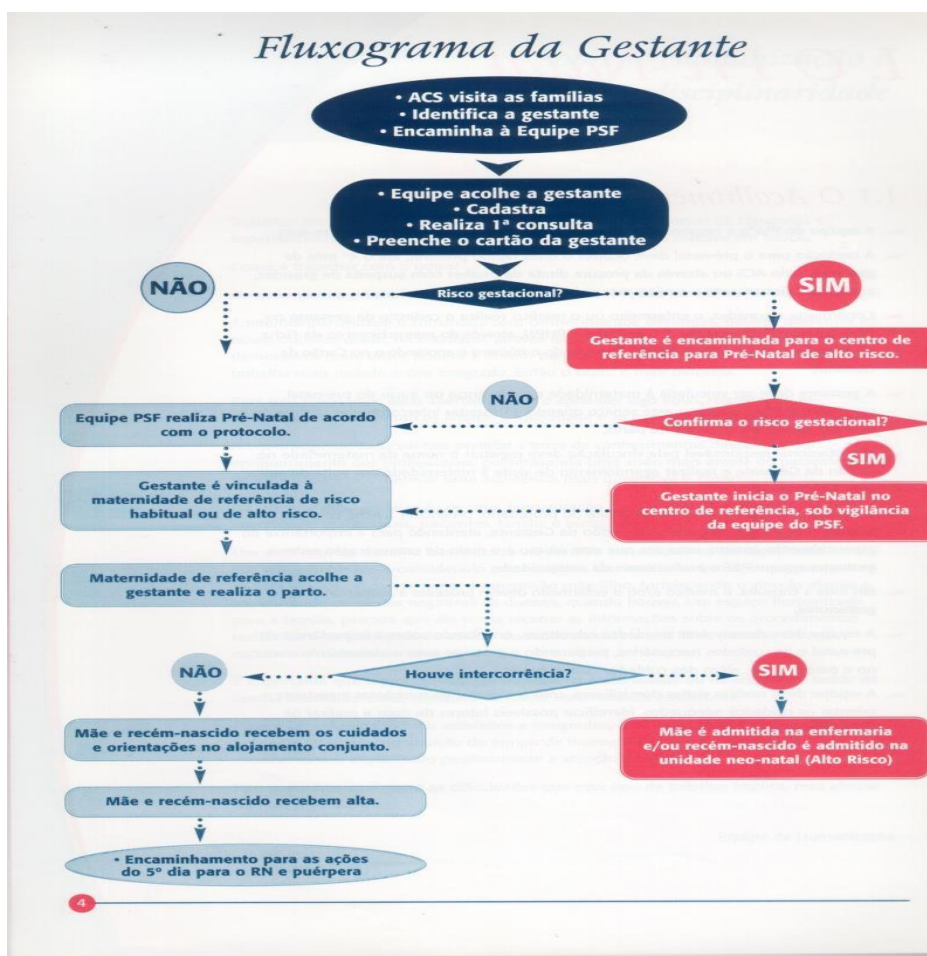




GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO

Secretaria da Saúde

Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil



- garantir a consulta de pré-natal e melhoria da qualidade da assistência prestada;
- garantir os exames de pré-natal, com acesso e tempo oportuno dos resultados;
- garantir contínua do acesso aos medicamentos nopré-natal;



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

- Estabelecer agentes vinculadores nas UBs eESF;
  - Instituir a ferramenta de referencia econtrareferencia;
  - Preencher o Mapa de Vinculação daGestante;
  - Estabelecer vínculo da gestante com o serviço referencia ambulatorial e a maternidade no início do pré-natal, com organização de fluxos de referência e contra-referência;
- 2) Orientar a gestante quanto ao encaminhamento ao serviço de referencia municipal de consultas e exames e esclarecer que o vínculo com a equipe continua, caso o pré-natal seja centralizado no município e não seja realizado por todas as equipes de Estratégia de Saúde daFamília;
  - 3) Acionar o Serviço de Referência Municipal para agendar a primeira consulta (quando existir tal serviço), ou já agendar a primeira consulta na própriaUBS;
  - 4) Já na primeira consulta, se for possível, a gestante deverá passar pela primeira consulta odontológica programática ou ter sua consulta agendada para posterior Tratamento Odontológico e monitoramento de sua Saúde Bucal alcançada;
  - 5) Até que aconteça a primeira consulta, a equipe da UBS deve manter o acompanhamento dagestante;
  - 6) A equipe da UBS deve manter uma vigilância sobre a gestante, realizando visitas domiciliares, atividades educativas e assegurando que ela compareça a todas as consultasagendadas.
  - 7) Os profissionais da UBS devem estar atentos a todos os cuidados da anamnese, exame físico geral, exame gineco obstétrico e ao preenchimento da Caderneta da Gestante;
  - 8) A gestante deve ser continuamente orientada quanto ao andamento da sua gravidez;
  - 9) Já na primeira consulta a gestante deve ser preparada para a vinculação a maternidade e ao ambulatório especializado de referencia, e receberá informações sobre seus direitos e deveres durante o pré-natal e além da importância da participação do seu parceiro/futuro pai em todo o processo;



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

- 10) A gestante deve ser vinculada à maternidade de referência no início do pré-natal, sendo orientada a procurar este serviço quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto, obedecendo ao fluxo municipal traçado e pactuado. É importante lembrar que alguns municípios definiram que a porta de entrada para qualquer intercorrência durante a gestação é a Unidade Pronto Atendimento.
- 11) Para vincular a gestante a UBS enviará ao Agente Vinculador Municipal todas as informações necessárias sobre a gestante, conforme documento constante no **Anexo I**, assim que a gestante for cadastrada na unidade;
- 12) O Agente Vinculador Municipal por sua vez, fará um compilado com as novas gestantes do município e enviará para a Maternidade de Referência o mais breve possível, garantindo que a Maternidade tenha conhecimento da existência das novas gestantes, conforme o **Anexo II**;
- 13) Os profissionais da UBS devem realizar atividades Educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o parto, o aleitamento materno e além dos cuidados com o bebê;
- 14) Ainda nas primeiras consultas, de preferência no primeiro trimestre da gestação, a gestante deve assinar o documento que informa sobre o direito a visita à maternidade após a 30ª semana de gestação (**Anexo III**), sinalizando o seu interesse para que o município se organize e a visita possa ocorrer de forma tranquila;
- 15) A guia de referência deve ser adequadamente preenchida quando a gestante atingir a 36ª semana de gestação, pelo médico (a) responsável por todo o pré-natal e/ou conforme avaliação clínica da paciente antes mesmo desta idade gestacional. A referida guia deve ser entregue a gestante juntamente com o cartão da gestante e a descrição do escore de risco, atentando para o correto preenchimento, uma vez que é o meio de comunicação entre a gestante, equipe da UBS e profissionais da maternidade;
- 16) O Agente Vinculador Municipal deve enviar à Maternidade de Referência semanalmente e ou conforme pactuado o Mapa de vinculação (**Anexo IV**), onde entraram todas as gestantes com idade gestacional acima de 36 semanas. O Mapa deve ser atualizado semanalmente retirando as gestantes que já realizaram o parto e acrescentando as gestantes que atingiram a idade gestacional mínima para sua inclusão no mapa.



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

**Ambulatório Especializado Municipal, Regional e ou Rede Cuidar**

- 1) Estabelecer um agente vinculador e ou referencia para contato junto à unidade básica onde a gestante realiza o pré-natal e ou a maternidade de referencia para a gestação de risco;
- 2) O profissional agente vinculador e ou referencia responsável pelo ambulatório especializado Municipal, Regional e ou Rede Cuidar, caso a gestante não tenha registro, deve registrar o nome da maternidade de referencia no Cartão da gestante e encaminhar a unidade básica de origem para que seja realizado o agendamento de visita à maternidade a partir do sexto mês de gestação e ou de 30 semanas de gestação;
- 3) Uma vez recebida a gestante para acompanhamento em um serviço de referencia especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca o vínculo com sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal;
- 4) O profissional agente vinculador e ou referencia responsável pelo ambulatório especializado Municipal, Regional e ou Rede Cuidar deverá manter a equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contra-referência e ou plano decuidado;
- 5) O formulário de encaminhamento da gestante a maternidade de referencia a gestação de alto risco (Referencia) deverá ser adequadamente preenchido após a 36 semana de gravidez e ou conforme a avaliação clinica da paciente no cartão da gestante e preenchido o mapa de vinculação, atentando para o preenchimento correto, uma vez que é o meio de comunicação entre a gestante, equipe ESF, os profissionais da unidade especializada e os profissionais da maternidade;
- 6) O Agente Vinculador Municipal deve enviar à Maternidade de Referência semanalmente e ou conforme pactuado o Mapa de vinculação (**Anexo IV**), onde entram todas as gestantes com idade gestacional acima de 36 semanas.



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a  
Saúde Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

7) A gestante ao ser vinculada a maternidade de referencia deve ser orientada a procurar este serviço quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto, obedecendo ao fluxo municipal traçado;

8) Entrar em contato prévio pelo telefone a maternidade de referencia e envio do mapa de vinculação semanalmente e/ou mensalmente se for o caso.

**Maternidade de Risco Habitual**

- 1) Vigilância e cuidado a todas as gestantes admitidas, segundo os protocolos clínicos implantados na instituição;
- 2) Realização de acolhimento e classificação de risco da gestante;
- 3) Identificação das gestantes com maior nível de gravidade, estabilização e transferência para maternidade de maior complexidade, quando for necessário;
- 4) Utilização do partograma para monitoramento do trabalho de parto;
- 5) Prestação de assistência à parturiente com problemas não previsíveis que ocorrem durante o parto e o nascimento;
- 6) Capacidade para realização de cesárea após 30 minutos da indicação médica;
- 7) Disponibilidade de anestesia, radiologia, ultrassonografia, laboratório e serviço de banco de sangue;
- 8) Assistência às condições pós-parto;
- 9) Assistência neonatal ao nascimento com um profissional capaz dos procedimentos de reanimação e um profissional facilmente alcançável, competente para todos os procedimentos de reanimação;
- 10) Ressuscitação e estabilização de todos os recém-nascidos;
- 11) Alojamento conjunto para todas as mães e os recém-nascidos clinicamente estáveis;
- 12) Disponibilização de leitos neonatais de apoio para assistir e estabilizar recém-nascidos prematuros ou doentes antes da transferência para uma Unidade Neonatal;
- 13) Regulação e transferência do neonato prematuro ou doente para a UNN;
- 14) Registro de dados e monitoramento da assistência;
- 15) Programas de melhoria da qualidade incluindo medidas de segurança do paciente.
- 16) Recebimento da relação das gestantes dos municípios a ela referenciados e dos mapas de vinculação para melhor organização e gerenciamento de leitos;
- 17) Manter um Agente Vinculador Institucional que responda junto aos Agentes

Vinculadores Municipais pelo agendamento da visita da gestante e outras necessidades;

18) Manter informados todos os profissionais envolvidos no atendimento as gestantes e neonatos (médicos obstetras, pediatras, anesthesiologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, etc.) sobre as decisões e avaliações do Grupo Conductor da Rede de Atenção Materno Infantil, bem como das legislações vigentes.

### **Maternidade de Alto Risco**

Todas as competências da Maternidade de Risco Habitual, acrescidas de:

- 1) Assistência às gestantes de alto risco admitidas e transferidas de outras maternidades;
- 2) Estabilização de parturientes/puérperas e recém-nascidos malformados severamente doentes e assistência até transferência para unidades de maior complexidade;
- 3) Assistência às gestantes e aos recém-nascidos de risco resultado de complicações clínicas anteriores à gestação atual e complicações obstétricas da gestação atual.

Obs.: a) Essas maternidades deverão ser as habilitadas para assistência às gestantes e ao RN de risco, segundo portarias ministeriais com garantia de estrutura física, recursos humanos e equipamentos, incluindo unidade neonatal de cuidados progressivos.

**b) Não cabe ao médico plantonista questionar o encaminhamento do médico que acompanhou o pré-natal para a maternidade de alto risco. A gestante precisa ter seus direitos assegurados no momento do parto. Qualquer dúvida em relação a estratificação do risco deverá ser notificada (Anexo V) ao Grupo Conductor da RAMI para posterior tratativa, sem que haja prejuízos para a gestante.**

### **Maternidade/Hospitais para fluxos especiais**

Todas as competências da Maternidade de Alto Risco, acrescidas de:

- 1) Assistência perinatal abrangente para todas as parturientes e os recém-nascidos, de todos os níveis de risco: gestantes com doenças clínicas e obstétricas não controladas e severamente doentes que demandam cuidado especializado: cardiopatias graves, nefropatias graves, doenças sistêmicas – lúpus eritematoso, câncer e outras especificadas em protocolo; RN prematuros extremos e alguns tipos de malformação congênita.

Obs.: Maternidades habilitadas para assistência de risco (portarias ministeriais) com características gerenciais e assistenciais que possam garantir a demanda clínica acima especificada além de estarem habilitadas para assistência à população de risco e identificadas para responderem aos fluxos especiais.

### **IMPORTANTE**

Os profissionais de saúde convivem hoje com uma nova realidade nos serviços de assistência, surge a cada dia um processo contra um médico ou um serviço, no que é denominada medicina defensiva. Nesse enfrentamento o profissional precisará ter seus direitos também assegurados, e para tanto é necessário o cumprimento das normas e procedimentos estabelecidos na legislação vigente. É preciso que todos se

Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo

conscientizem da importância do **REGISTRO MÉDICO**, principalmente naqueles casos onde acontece alguma intercorrência, onde as anotações serão consideradas ferramentas fundamentais na elucidação dos casos nos fóruns, tanto administrativos como legais. O registro

realizado nos serviços de saúde é um direito que deve ser assegurado a todos e, mais que isso

O profissional de saúde deve estar em completa sintonia com os direitos assegurados à gestante; eles devem ser respeitados para que se garanta uma gravidez saudável e um parto seguro. É importante que os direitos trabalhistas também sejam respeitados e é direito da gestante a declaração de comparecimento quando for às consultas do pré-natal ou fizer algum exame necessário ao acompanhamento de sua gravidez.

Finalmente, é importante reiterar a necessidade do **adequado preenchimento de todos os instrumentos de registro disponíveis**, para que a assistência prestada à gestação seja de qualidade; com isso se asseguram os direitos da gestante, lembrando que o prontuário não pertence ao serviço e deve estar disponível para qualquer tipo de esclarecimento solicitado pela gestante ou por uma autoridade judiciária, prevê as legislações vigentes, entre elas a RDC Nº. 63 de 25 de novembro de 2011.

A estruturação da rede, além da disponibilidade de serviços, também implica na humanização do atendimento por meio da sensibilização e da atualização profissional das equipes do sistema como um todo.

Embora essas ações já venham sendo preconizadas pelo Ministério da Saúde desde 2000 no Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) – Portarias nº 569, nº 570, nº 571 e nº 572 –, ainda encontram-se deficiências e estrangulamentos, principalmente para partos de alto risco. Por isso, definimos nesta Nota Técnica as responsabilidades de cada unidade de saúde na linha de produção do cuidado à gestante com sua devida estratificação de risco, incluindo a especificidade da gestação de alto risco, as competências da unidade de saúde e as competências da maternidade na assistência à gestante de alto risco.

Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.

#### RESUMO DO MAPEAMENTO DO CUIDADO NO PRÉ-NATAL

O próximo quadro sugere a organização do cuidado que deve ser oferecido à gestante durante o pré-natal, de acordo com a estratificação de risco.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	GESTANTE			
		RISCO HABITUAL	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO
Identificação e cadastro	Na UBS	- Situação ideal: imediatamente após a confirmação da gestação. - Situação mínima: no primeiro trimestre de gestação.			



Primeira Consulta	<p>Na UBS ou Centro de Referência Municipal, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação clínico-obstétrica.</li> <li>- Cálculo inicial da DPP pela DUM.</li> <li>- Estratificação do risco Gestacional.</li> <li>- Avaliação do calendário Vacinal.</li> <li>- Solicitação de exames Complementares.</li> <li>- Cadastramento no SISPré-Natal.</li> <li>- Preenchimento e entrega do Cartão da Gestante.</li> <li>- Vinculação à maternidade</li> <li>- Agendamento do retorno</li> <li>- Realizar na primeira consulta os Testes rápidos de HIV e Sífilis.</li> <li>- Solicitar US Obstétrica pois no sistema SISPRENATAL é obrigatório estar marcado a solicitação de US Obstétrica na primeira consulta (pelo menos a solicitação do exame).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situação ideal: 24 horas após o cadastro.</li> <li>- Situação mínima: até uma semana após o cadastro.</li> </ul>	
1ª Consulta odontológica programática	<p>Na UBS ou Centro de Referência Municipal, para:</p> <p>Avaliação clínica odontológica e plano de tratamento terapêutico</p>	<p>Prazo mínimo: de preferência no início da gestação;  Prazo máximo: um mês após a primeira consulta.  Acompanhamento, pelo menos, trimestral para gestante de médio e baixo risco;  Acompanhamento mensal para gestante de alto risco.</p>	
Segunda consulta	<p>Na UBS ou Centro de Referência Municipal, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação clínico-obstétrica</li> <li>- Confirmação da idade gestacional</li> <li>- Análise dos resultados de exames complementares</li> <li>- Estratificação do risco gestacional</li> <li>- Avaliação do calendário vacinal</li> <li>- Definição do Plano de Cuidado</li> <li>- Preenchimento do Cartão da Gestante</li> <li>- Agendamento do retorno</li> </ul>	<p>Prazo máximo: um mês após a primeira consulta.  Obs.: O retorno ideal como resultados de exames são 15 dias para avaliação e correta classificação do risco.</p>	
	Na UBS ou Centro de Referência	Mínimo de uma consulta	Mínimo de uma consulta



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

Consultas subsequentes do pré-natal	Municipal, para: - Avaliação clínico-obstétrica - Confirmação da idade gestacional - Estratificação do risco gestacional - Preenchimento do Cartão da Gestante - Reavaliação do Plano de Cuidado - Revisão da vinculação à maternidade, de acordo com a estratificação de risco - Agendamento do retorno	mensal até 32ª semana, quinzenal até 34ª semana e semanal até o parto (médicas e de enfermagem alternadas).	a cada 6 semanas até 32ª semana para monitoramento do Plano de Cuidado e uma consulta quinzenal até 38ª semana e semanal até o parto para monitoramento e avaliação de trabalho de parto (médicas e de enfermagem alternadas)
	No Ambulatório de Alto Risco, para os mesmos itens descritos acima.	Não é necessário	Mínimo de uma consulta médica a cada mês. Mínimo de uma consulta de enfermagem a cada mês. Mínimo de uma avaliação multiprofissional com nutricionista, psicólogo e assistente social.
	Nos Serviços Especializados	Não é necessário	Não é necessário
Exames laboratoriais	<b>1º trimestre:</b> Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto; Teste rápido para sífilis (1ª escolha) ou VDRL (2ª escolha); Glicemia jejum; Urina-rotina; Urocultura c/ antibiograma; Teste rápido para HIV (1ª escolha) ou Anti-HIV (2ª escolha); Toxoplasmose IgM e IgG; Hepatite B (HBsAg); Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional; Citopatológico de colo de útero (se necessário); Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); Eletroforese de hemoglobina e Proteinúria (de fita), segundo protocolo.	Solicitados pela equipe da UBS ou pelo Centro de Referência Municipal na primeira consulta do pré-natal, de acordo com o protocolo. Coombs indireto: realizar para todas as gestantes Rh-; repetir exames mensalmente; Proteinúria (de fita): para as gestantes com alteração de níveis pressóricos; caso positivo, realizar proteinúria 24h.	
	<b>2º trimestre:</b> Toxoplasmose IgM e IgG, suscetível; Glicemia jejum; Teste de tolerância à glicose (1h e 2h após 75g de dextrosol); Teste rápido para sífilis ou VDRL.	Solicitados pela equipe da UBS ou pelo Centro de Referência Municipal	
	<b>3º trimestre:</b> Hemograma; Teste rápido para sífilis ou VDRL; Teste rápido para HIV ou Anti-HIV; Urina-rotina; Toxoplasmose IgM e IgG, suscetível. Pesquisa Streptococcus B, segundo o	Solicitados pela equipe da UBS ou pelo Centro de Referência Municipal	



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

	protocolo. Exames adicionais preconizados para as gestantes de alto risco conforme a disposto na Portaria nº650/2011.		De acordo com a avaliação clínica e os protocolos existentes.
<p><b>ATENÇÃO:</b> Para o diagnóstico da sífilis, devem ser utilizados: Um dos testes treponêmicos (ex: teste rápido ou FTA-Abs ou TPHA ou EQL ou ELISA) e MAIS um dos testes não treponêmicos (ex: VDRL ou RPR ou TRUST). A ordem de realização fica a critério do serviço de saúde. Quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico. <b>Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.</b></p> <p>A penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, e as recomendações para a sua utilização constam no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) produzido pelo Ministério da Saúde e publicado em 2016.</p> <p><b>Observação:</b> as gestantes devem ser seguidas em intervalos mais curtos, mensalmente, para serem avaliadas com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.</p>			
Outros exames	Ultrassom obstétrico	Solicitados pela equipe da UBS ou pelo Centro de Referência Municipal: - Situação ideal: US entre 11 e 13 semanas para datação e entre 18 e 22 semanas de gestação para avaliação de morfologia fetal. - Situação mínima: US entre 18 e 22 semanas para datação e avaliação de morfologia fetal.	
	Ultrassom obstétrico com doppler		De acordo com a avaliação clínica
	Cardiotocografia anteparto		De acordo com a avaliação clínica
	ECG		De acordo com a avaliação clínica
	Ecocardiogramas materno e fetal		De acordo com a avaliação clínica
Medicamentos profiláticos	Ácido fólico Sulfato ferroso	Ácido fólico - início pré-concepcional até a 14ª semana de gravidez para redução de risco de defeito de tubo neural fetal. - Ácido fólico para prevenção de anemia materna até o final da gestação. - Sulfato ferroso profilático: a partir do 5º mês até o final da gestação. - Sulfato ferroso terapêutico nos casos de anemia materna em qualquer época da gestação	
Imunização	Dupla adulto (dT) e/ou dTpa tipo adulto  dT: difteria e tétano dTpa: difteria, tétano e coqueluche	- Gestantes NÃO vacinadas previamente: administrar duas doses de vacinas contendo toxoides tetânico e diftérico e uma dose contendo os componentes difteria, tétano e coqueluche com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias - administrar duas doses de dT e uma de dTpa (preferencialmente entre 27ª e 36ª semanas de gestação); - Gestantes vacinadas com uma dose de dT: administrar uma dose de dT e uma dose de dTpa (entre 27ª e 36ª semanas de gestação) com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de	



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

		<p>30 dias;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestantes vacinadas com duas doses de dT: administrar uma dose de dTpa na 27ª a 36ª semanas de gestação;</li> <li>- Gestantes vacinadas com três doses de dT: administrar uma dose de dTpa na 27ª a 36ª semanas de gestação;</li> <li>- Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há menos de cinco anos: administrar uma dose de dTpa na 27ª a 36ª semanas de gestação;</li> <li>- Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há mais de cinco anos e menos de 10 anos: administrar uma dose de dTpa na 27ª a 36ª semanas de gestação;</li> <li>- Gestantes vacinadas com pelo menos uma dose de dTpa na rede privada: se aplicou dTpa em gestação anterior, aplicar dTpa na gestação atual na 27ª a 36ª semanas de gestação e seguir orientações acima citadas. Se aplicou dTpa na gestação atual, seguir orientações acima citadas.</li> </ul> <p>Atenção: em áreas de difícil acesso a vacina dTpa poderá ser administrada a partir da 20ª semana de gestação. Gestantes que não foram vacinadas com a dTpa durante a gestação, aplicar uma dose de dTpa no puerpério o mais precoce possível.</p>
	Hepatite B	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestantes em qualquer faixa etária e idade gestacional: sem comprovação vacinal administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B.</li> <li>- Em caso de esquema vacinal incompleto, não reiniciar o esquema, apenas completá-lo conforme situação encontrada.</li> <li>- Em situações de atraso vacinal, considerar intervalo mínimo de 60 dias entre a segunda e a terceira dose.</li> </ul>
	Influenza	A vacina influenza é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação contra Gripe.
Visita à maternidade de referência		No início do terceiro trimestre.
Atividade educativa	Realizar grupos operativos de gestantes: tabagismo, alcoolismo e outras drogas, gravidez na adolescência; cuidados da gestação; trabalho de parto e parto; cuidados com recém-nascido; aleitamento materno.	No mínimo três grupos operativos por gestante.
Visita domiciliar	Equipe da UBS e ACS	Mensal ou de acordo com o Plano de Cuidados, que deve ser monitorado.

- Avaliação permanente da assistência pré-natal: procedimento com foco na identificação dos problemas de saúde da população-alvo, bem como no desempenho do serviço. Deve subsidiar, quando necessário, a mudança da estratégia de ação e da organização dos serviços com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência. A avaliação será feita segundo os indicadores construídos a partir dos dados registrados na ficha perinatal, no Cartão da Gestante, nos Mapas de Registro Diário da unidade de



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

saúde, nos relatórios obtidos por intermédio do SisPreNatal e no processo de referência e contrarreferência.

A avaliação deve utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

- Distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal (1º, 2º e 3º);
- Porcentagem de mulheres que realizaram pré-natal em relação à população-alvo (número de gestantes na área ou número previsto);
- Porcentagem de abandono do pré-natal em relação ao total de mulheres inscritas;
- Porcentagem de óbitos de mulheres por causas associadas à gestação, ao parto ou ao puerpério em relação ao total de gestantes atendidas;
- Porcentagem de óbitos por causas perinatais em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de crianças com tétano neonatal em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de recém-nascidos vivos de baixo peso (com menos de 2.500g) em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos em relação ao total de exames realizados;
- Porcentagem de mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas em relação ao total de mulheres que retornaram à unidade de origem após o encaminhamento.

O novo sistema SisPreNatal *web* tem a finalidade de cadastrar as gestantes por intermédio do acesso à base do Sistema de Cadastro de Usuários do SUS (CAD-SUS), disponibilizando informações em tempo real na plataforma *web*, o que torna possível a avaliação dos indicadores pela Rede Cegonha e o cadastramento das gestantes para vinculação ao pagamento de auxílio de deslocamento, conforme dispõe a Medida Provisória nº 557, de 26 de dezembro de 2011.

Além disso, o preenchimento da Ficha de Cadastro da Gestante no sistema e da Ficha de Registro dos Atendimento da Gestante no SisPreNatal possibilita : (i) a vinculação da gestante ao local do parto; (ii) o acesso ao pré-natal para os casos de alto risco; (iii) o acompanhamento odontológico;

(iv) o monitoramento da solicitação e dos resultados dos exames em tempo oportuno; (v) o monitoramento da efetividade do vínculo ao local do parto; (vi) o monitoramento da efetividade da presença do(a) acompanhante; e (vii) o cadastro das informações do RN como escala ou índice de Apgar, além das informações sobre aleitamento, possível anomalia ou malformação congênita.



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

**ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS**

**Agente comunitário de saúde:**

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
- Conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

**Auxiliar/técnico(a) de enfermagem:**

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no SisPreNatal;
- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
- Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Aplicar vacinas antitetânica e contra hepatite

- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);

- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

**Enfermeiro(a):**

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

**Médico(a):**

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) enfermeiro(a);
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;

- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;
- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Realizar testes rápidos;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

#### **Cirurgião-dentista(ã):**

- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal);
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco, médio e alto risco;
- Solicitar exames complementares e orientar e realizar o Tratamento Odontológico, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Orientar a gestante quanto à importância da redução de ingestão de alimentos açucarados na dieta;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez, sendo o período mais apropriado para isso, o segundo trimestre da gravidez;
- Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas em qualquer período gestacional, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;
- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez como sangramento gengival e/ou inflamação gengival;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade (CEO), caso necessário;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Solicitar a busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;



- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação no desenvolvimento da musculatura e no crescimento ósseo para a dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal para toda a família.

### **Consulta de enfermagem/enfermeira(o) na atenção à gestante**

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa.

O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela **Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87**.

Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo.

Os enfermeiros e os enfermeiros obstetras (estes últimos com titulação de especialistas em obstetrícia) estão habilitados para atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio.

Caso haja alguma intercorrência durante a gestação, os referidos profissionais devem encaminhar a gestante para o médico continuar a assistência.

Prestar assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez – período quando ocorrem mudanças físicas e emocionais, época que cada gestante vivencia de forma diferente : é uma das atribuições da enfermagem nas equipes de AB. Outras atribuições são também a solicitação de exames complementares, a realização de testes rápidos e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública (como o pré-natal) e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

As atividades da(o) parteira(o) são exercidas sob supervisão de enfermeiro obstetra quando realizadas em instituições de saúde e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

**ANEXO I**

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE PARA O AGENTE VINCULADOR MUNICIPAL  
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UNIDADE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ÁREA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ MICROÁREA: \_\_\_\_\_  
MÉDICO(A): \_\_\_\_\_  
ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_

OUTROS MEIOS DE CONTATO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE**

NOME: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ NOME DA MÃE DA GESTANTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ OUTROS CONTATOS: \_\_\_\_\_ Nº DO CARTÃO DO SUS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_ Nº DA GESTAÇÃO NO SISPRENATAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ DATA DA 1ª CONSULTA DE PRE-INATAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO: \_\_\_\_\_  
IDADE GESTACIONAL: \_\_\_\_\_ ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: \_\_\_\_\_



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a  
Saúde Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

---

---

---

---

---

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO (ASSINATURA E CARIMBO):

**ANEXO II**

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DAS GESTANTES PARA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA**

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

AGENTE VINCULADOR: \_\_\_\_\_

TELEFONE DE CONTATO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

Nº	NOME DA GESTANTE	IDADE	UBS DE REFERÊNCIA	DUM	IDADE GESTACIONAL	OBSEVAÇÕES
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

Assinatura e carimbo do Responsável

**ANEXO III**

**TERMO DE CONHECIMENTO E ADESAO**  
Secretaria Estadual de Saúdedo Espírito Santo

A Lei Federal nº 11.340/2007, garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto. Já a Lei nº 11.108/2005 e a Portaria nº 2.418/2005 obrigam os serviços de saúde a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, acompanhante este indicado pela parturiente.

Com o intuito de diminuir a ansiedade das futuras mães dos municípios adstritos a Região Sul do ES, comuns ao período de internação para a realização do parto, elaboramos este termo para garantir que todas as gestantes sejam informadas dos seus direitos e se manifestem a respeito da vontade ou não de Realizar a visita à sua maternidade de referência, e a ter um acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, garantindo uma melhor organização das maternidades e dos gestores municipais.

A ideia é familiarizar às gestantes ao ambiente hospitalar da Maternidade, antes que o parto aconteça, por meio de visitas pré-agendadas antes do nascimento do bebê, mais precisamente por volta da 30ª semana de gestação.

A visita a Maternidade de referência permite a gestante conhecer as instalações da maternidade além de ser uma ótima oportunidade para se informar e tirar as dúvidas sobre: documentos necessários para internação, saber o que o hospital exige que os pacientes levem, conhecer o trajeto para chegar à maternidade, se informar a respeito dos horários de visitas e número de visitantes, conhecer as regras da instituição quanto ao acompanhante, entre outras dúvidas ou questionamentos.

As visitas serão agendadas pelo Agente Vinculador Municipal, conforme os critérios estabelecidos pelas Maternidades de Referência e informados aos municípios por meio formal. A gestante será comunicada da data da visita com antecedência mínima de cinco dias úteis e quais as condições para o seu deslocamento até a maternidade.

.....  
Eu, \_\_\_\_\_, portadora do RG nº \_\_\_\_\_  
e CPF nº \_\_\_\_\_, após a leitura e compreensão das  
informações acima descritas, entendo que tenho direito a conhecer com antecedência a Maternidade \_\_\_\_\_  
a qual estou vinculada e diante da importância desse momento,  
confirmo minha participação e aguardo a confirmação do dia, horário e condições para a visita.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Nome do Acompanhante: \_\_\_\_\_

Assinatura da Gestante: \_\_\_\_\_



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação, Organização da Atenção à Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

**ANEXO IV**

**MAPA DE VINCULAÇÃO SEMANAL DA GESTANTE DE ALTO RISCO**

MUNICÍPIO DE ORIGEM: \_\_\_\_\_ AGENTE VINCULADOR: \_\_\_\_\_

MATERNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DATA DO ENVIAMENTO PARA MATERNIDADE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: \_\_\_\_\_

NOME DA GESTANTE	IDADE	ENDEREÇO	DATA E IG DA 1ª US	FATORES DE RISCO	IG ATUAL	DATA DE ENTRADA PRÉ-NATAL – ALTO RISCO	NÚMERO DE CONSULTAS (PRÉNATAL)	DUM	DPP



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação, Organização da Atenção à Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

**ANEXO IV**

**MAPA DE VINCULAÇÃO SEMANAL DA GESTANTE DE RISCO HABITUAL**

MUNICÍPIO DE ORIGEM: \_\_\_\_\_ AGENTE VINCULADOR: \_\_\_\_\_

MATERNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DATA DO ENVIO PARA MATERNIDADE:

\_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: \_\_\_\_\_

NOME DA GESTANTE	IDADE	ENDEREÇO	DATA E IG DA	IG ATUAL	IG NO INÍCIO DO	NÚMERO DE CONSULTAS	DUM	DPP
------------------	-------	----------	-----------------	-------------	--------------------	------------------------	-----	-----



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**

*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação, Organização da Atenção à Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Rede Estadual de Atenção Materno Infantil**

			1ª US	PRÉ NATAL	(PRÉ NATAL)		





GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

**ANEXO V**

**NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA**

Nodia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, agestante \_\_\_\_\_  
portadora do CPF nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ foi recepcionada, acolhida e classificada no  
\_\_\_\_\_ (nome do Hospital)

conforme abaixo descrito: HORÁRIO DE CHEGADA: \_\_\_\_:\_\_\_\_H

HORÁRIO DO ACOLHIMENTO: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_H

HORÁRIO DO ACOLHIMENTO MÉDICO: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_H

BREVE HISTÓRIA OBSTÉTRICA: G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ A \_\_\_\_ (PN=\_\_\_\_/PC=\_\_\_\_) DUM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IG: \_\_\_\_ sem \_\_\_\_ dias DPP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OUTROS: \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO/QUEIXA: \_\_\_\_\_

USO DE MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS: PA= \_\_\_\_ x \_\_\_\_ mmHg FC= \_\_\_\_ bpm FR= \_\_\_\_ ipm TAX= \_\_\_\_ °C

BCF (bpm): \_\_\_\_\_ MF (+/-): \_\_\_\_\_ SANGRAMENTO VAGINAL (Sim/Não): \_\_\_\_\_

CONTRAÇÕES UTERINAS (Sim/Não): \_\_\_\_\_ PERDA DE LÍQUIDO (Sim/Não): \_\_\_\_\_

DOR (Sim/Não): \_\_\_\_\_ DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: \_\_\_\_\_

BREVE RELATO DA OCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_

Médico (a) Plantonista: \_\_\_\_\_

Enfermeiro (a) Plantonista: \_\_\_\_\_

Data da Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome e assinatura do Responsável pelo Registro da Notificação

## Anexo IV

### Oftalmologia

**(baseado nos equipamentos oftalmológicos da unidade Cuidar).**

**Condições clínicas de mulheres diabéticas e hipertensas pré-gestação que indiquem a necessidade de encaminhamento para Oftalmologia:**

- € DM tipo I, após puberdade: exame oftalmológico completo anual (Acuidade visual, refração, tonometria, biomicroscopia, fundoscopia após dilatação pupilar (mapeamento deretina);
- € DM tipo II, no momento do diagnóstico ou da inscrição no programa na UBS: exame oftalmológico completo anual.
- € HAS: no momento do diagnóstico, em especial com hipertensão arterial estágio 3 (PAS >180 mmHG e PAD > 110 mmHg) que apresentem diabetes ou lesão em órgãos-alvo.

**Condições clínicas de gestantes de alto risco (diabéticas e hipertensas) que indicam a necessidade de encaminhamento para Oftalmologia:**

- € Exame oftalmológico completo \_ avaliação inicial no primeiro trimestre (rastreamento) e no final da gestação para avaliação das complicações

<b><i>Periodicidade de encaminhamento para o serviço de oftalmologia</i></b>	
<b>Período</b>	<b>Situações</b>
<b><i>Imediatamente</i></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perda súbita de visão uni ou bilateral</li><li>• Dor importante nos olhos</li><li>• Suspeita de descolamento de retina com percepção de flashes de luz, “moscas volantes” ou sombras e escotomas</li><li>• Suspeita de glaucoma</li></ul>
<b><i>Semestralmente ou em período inferior</i></b>	Por indicação do serviço de oftalmologia
<b><i>Anualmente</i></b>	Para os demais casos



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

**PROCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS E EXAMES  
ESPECIALIZADOS EM  
GINECOLOGIA**

HOMOLOGADO PELA RESOLUÇÃO CIB/ES:

**Vitória  
Outubro 2016**

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE  
Ricardo de Oliveira**

**SUBSECRETÁRIO DE ASUNTOS DE REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA  
ATENÇÃO À SAÚDE  
Mayke Armani Miranda**

**GERENTE DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE  
Márcio Costa Ribeiro**

**CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
Larissa Dell'Antonio Pereira**

**CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E  
EXAMES ESPECIALIZADOS**



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

Patrícia Védova

**ELABORAÇÃO**

Ary Célio de Oliveira  
ElianePereiradaSilva

**COLABORAÇÃO**

**ORGANIZAÇÃO**

Equipe Técnica Da Saúde Da Mulher



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>1 GINECOLOGIA ADULTO</b>	<b>6</b>
– Sangramento Uterino Anormal	6
– Massa Anexial	8
– Miomatose	9
– Anormalidades da Estática Pélvica	9
– Incontinência Urinária	10
– Dor Pélvica Crônica/Endometriose	11
– Climatério	11
– Neoplasia de Endométrio	12
– Neoplasia do Colo Uterino	13
– Amenorreia	14
– Condiloma Acuminado / Verrugas Virais	15
<b>2 REFERÊNCIAS</b>	<b>16</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>Conduas</b>	<b>20</b>
Suspeita de sistite intersticial	20
Teste de progesterona	20
<b>FLUXOGRAMAS</b>	<b>21</b>
<b>FLUXOGRAMA 1- SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL</b>	<b>21</b>
<b>FLUXOGRAMA 2 – ATRASO MENSTRUAL E AMENORREIAS</b>	<b>22</b>

<b>FLUXOGRAMA 3 - AUSÊNCIA DE MENSTRUÇÃO, DESCARTADA GESTAÇÃO</b>	<b>23</b>
<b>FLUXOGRAMA 4 - AMENORREIA SECUNDÁRIA SEM CAUSA EVIDENTE NA AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL</b>	<b>24</b>
<b>FLUXOGRAMA 5 - MAMOGRAFIA</b>	<b>25</b>
<b>FLUXOGRAMA 6- DESCARGA PAPILAR</b>	<b>26</b>
<b>FLUXOGRAMA 7 - DOR PÉLVICA</b>	<b>27</b>
<b>FLUXOGRAMA 8 - IMAGENS ANEXAIS</b>	<b>28</b>
<b>FLUXOGRAMA 9 - MIOMAS</b>	<b>29</b>
<b>FLUXOGRAMA 10- PERDA URINÁRIA</b>	<b>30</b>
<b>FLUXOGRAMA 11- QUEIXAS URINÁRIAS</b>	<b>31</b>
<b>QUADROS</b>	
<b>QUADRO 1 - SÍNTESE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO</b>	<b>32</b>
<b>QUADRO 2 - RECOMENDAÇÕES DA COLETA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO DIANTE DE SITUAÇÕES ESPECIAIS</b>	<b>35</b>
<b>QUADRO 3 - RECOMENDAÇÕES DIANTE DOS PROBLEMAS MAIS FREQUENTES ENCONTRADOS DURANTE A COLETA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO</b>	<b>36</b>
<b>QUADRO 4 - ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA</b>	<b>37</b>
<b>QUADRO 5 - RECOMENDAÇÃO DIANTE DE RESULTADOS DE</b>	<b>38</b>

**EXAMES CITOPATOLÓGICOS NORMAIS**

**39**

**QUADRO 6 – RECOMENDAÇÃO INICIAL DIANTE DE RESULTADOS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS ANORMAIS**

**40**

**QUADRO 7 – SÍNTESE DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA**

**41**

**QUADRO 8 – MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO: INTERPRETAÇÃO, RISCO DE CÂNCER E RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA**





GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

## **APRESENTAÇÃO**

Os protocolos de encaminhamento são ferramentas, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

A atenção Básica (AB) cumpre papel estratégico nas redes de atenção, entre outras coisas, se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como local de gestão do cuidado dos usuários, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade do cuidado, portanto é fundamental que a AB tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da articulação com outros pontos da rede de saúde.

O componente ambulatorial é um lugar marcado por diferentes gargalos, em especial no que se refere ao acesso decorrente de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e do grau de resolutividade da Atenção Básica.

Para a sua superação, requerem estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de regulação do acesso, desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação, bem como na organização da atenção especializada.

Neste protocolo destacamos alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados, que são abordados sob a forma de protocolos de encaminhamento que, para se potencializarem e efetivarem precisa ser articulado a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou à distância, considerando a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

O objetivo do presente protocolo é firmar recomendações para os profissionais de saúde da Atenção Primária de Saúde (APS) de como funciona o fluxo ambulatorial do SUS ofertado pelo Estado, no que tange quando e como encaminhar para o médico especialista, na tentativa de otimizar a assistência. E também, orientar a ação dos médicos Reguladores tanto municipais como os do Estado, visando criar uma cultura de que o acesso a Atenção Especializada seja determinado por necessidades reais identificadas na Atenção Primária, após esta ter esgotado toda sua capacidade de condução do caso, mas com a consciência de que a Atenção Primária em Saúde é e sempre será a responsável pelo acompanhamento de seus usuários.

O médico especialista deverá ser visto como um interconsultor, em casos de difícil condução ou que necessite um parecer especializado, mas este usuário deverá sempre retornar à APS para seguimento e acompanhamento de seu cuidado, não devendo permanecer vinculado à Atenção Secundária.

O acesso a estas consultas e exames especializados deverá ser embasado em documentos de referência e contra referência, constando de história clínica, detalhamento de exame físico, hipótese diagnóstica, exames complementares já realizados e seus laudos ou resultados e o CID-10 (classificação internacional de doenças) coerente com a necessidade, pois este é um dado indispensável para a orientação da Regulação na priorização de casos. Além de orientar o médico especialista e evitar a repetição de exames, como acontece hoje, quando o usuário chega ao especialista sem nenhum direcionamento e muitas vezes não sabendo contar sua história, portando somente um encaminhamento com o nome da especialidade, em papel comum de receituário com caligrafia ruim, de difícil compreensão e muitas vezes até sem data.

Esperamos que esta seja mais uma das estratégias que caminham no sentido de aumentar a resolutividade, a capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

O desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação de regulação.

Boa leitura!

## **1 – GINECOLOGIA ADULTO**

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos (como sangramento uterino anormal e mulher com instabilidade hemodinâmica).

Mulheres com diagnóstico ou suspeita de neoplasia ginecológica e pacientes com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresentam anemia (hemoglobina < 10 g/ml) apesar do tratamento clínico otimizado, devem ter preferência no encaminhamento ao ginecologista, quando comparados com outras condições.

Outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico das pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos.

É responsabilidade do médico assistente, tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação, relatando todas as informações consideradas relevantes.

Importante orientar a paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

### **– Sangramento Uterino Anormal**



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

**Importante:** sempre descartar gravidez (em mulher na menacme) e sangramento por patologias cervicais na investigação inicial de sangramento uterino anormal.

Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser avaliadas em serviço de urgência/ emergência.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:**

#### **Mulher na menacme com:**

- 1- Sangramento disfuncional sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem);ou
- 2- Sangramento uterino anormal associado a mioma, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses;ou
- 3- Sangramento uterino anormal associado a pólipos ou hiperplasia de endométrio (espessura endometrial maior ou igual a 12 mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual);ou
- 4- Sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e pelo menos mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno).

#### **Mulher na menopausa com:**

- 1- Espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada na ecografia pélvica transvaginal;ou
- 2- Sangramento uterino anormal e impossibilidade de solicitar ecografia pélvicatransvaginal.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia ou hematologia:**

- € Mulher na menacme com suspeita de sangramento uterino anormal por discrasia sanguínea (sangramento uterino aumentado desde a menarca ou história familiar de coagulopatia ou múltiplas manifestações hemorrágicas).

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- a) Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes);
- b) Exame físico ginecológico (exame especular e toque vaginal);
- c) Paciente está na menopausa (sim ou não)? Se sim, há quantotempo;
- d) Resultado de hemograma, com data;
- e) Descrição da ecografia pélvica transvaginal, com data;
- f) Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- g) Número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

**– Massa Anexial**

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de referência de câncer ginecológico (preferencialmente oncoginecologia) ou ginecologia:**

- 1- Em qualquer faixa etária;
- 2- Tumores em mulheres com sintomas (distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança hábito intestinal, etc.); ou
- 3- Tumores sólidos independente do tamanho; ou



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

- 4- Tumores císticos com aspecto complexo (multisseptado, conteúdo misto, projeções sólidas);ou
- 5- Tumores comascite.
- 6- Cistos simples em mulher na menopausa.
- 7- Cistos simples em mulheres namename:
- 8- Menor que 8,0 cm que não tenham regredido em duas ecografias pélvicas transvaginais com intervalo de 3 meses entre elas;ou
- 9- Maior ou igual a 8,0cm.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- a) Sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toquevaginal);
- b) Paciente está na menopausa (sim ou não)? Se sim, há quantotempo;
- c) Descrição do exame de imagem, comdata;
- d) História familiar de câncer de mama ou ovário (sim ou não). Se sim, descrever parentesco dos familiares, sexo e idade de diagnóstico do câncer;
- e) Número da teleconsultoria, se caso discutido comTelessaúde.

**-Miomatose**

**Importante:** Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser avaliadas em serviço deurgência/emergência.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:**

- € Sintomas (sangramento, distensão abdominal/pélvica, dispareunia) que persistem após tratamento clínico otimizado por três meses.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

- a) Sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal);
- b) Resultado de hemograma, com data;
- c) Descrição do exame de imagem, com data;
- d) Tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- e) Número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

#### **– Anormalidades da Estática Pélvica**

##### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:**

- 1- Paciente com prolapso genital sintomática, independente do grau, que deseja tratamento cirúrgico; ou
- 2- Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (exercícios para músculos do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição da ingestão de cafeína/álcool)).

##### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- a) Sinais e sintomas (descrever exame especular e toque vaginal);
- b) Tratamentos em uso ou já realizados;
- c) Número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

#### **– Incontinência Urinária**

##### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia ou urologia:**

- € Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado (exercícios para músculos do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão de cafeína/álcool).

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:**

- € Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- a) Sinais e sintomas;
- b) Descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso);
- c) Resultado de urocultura, com data;
- d) Resultado do estudo urodinâmico, com data (se disponível);
- e) Tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- f) Outros medicamentos em uso que afetam a continência urinária (sim ou não). Se sim, quais?
- g) Número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

**– Dor Pélvica Crônica/Endometriose**

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:**

- 1- Dor pélvica por mais de 6 meses de origem ginecológica, refratária ao tratamento clínico otimizado, não associada a gestação; ou
- 2- Alteração em exame de imagem ou exame físico sugestivo de endometriose.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:**





GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

- € Suspeita de dor de origem abdominal com investigação inconclusiva na APS.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:**

- € Suspeita de cistite intersticial (ver quadro 1 no anexo).

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário, exame físico e ginecológico completo);
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- História de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias (sim ou não);
- Descrição do exame de imagem, com data (se disponível);
- Número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

**–Climatério**

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:**

- € Menopausa precoce (antes dos 40 anos); ou
- € Persistência de sintomas associados ao climatério após tratamento clínico otimizado por 6 meses.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas;



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

- b) Idade da paciente quando iniciou a menopausa; tratamentos em uso ou já realizados para os sintomas do climatério (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- c) História prévia de neoplasia maligna ginecológica ou ooforectomia (sim ou não). Se sim, qual?;
- d) Número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

#### **– Neoplasia de Endométrio**

**Atenção:** Não está indicado solicitar ecografia transvaginal como exame de rotina ou para rastreamento de câncer de endométrio.

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ecografia transvaginal:**

- € Mulheres na menopausa com sangramento uterino anormal.

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:**

- € Mulheres na menopausa:
  - 1- Com sangramento uterino anormal (sem terapia hormonal) quando não há oferta de ecografia transvaginal na APS; ou
  - 2- Com espessura endometrial maior que 5 mm ou descrição de endométrio heterogêneo e irregular na ecografia.

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de referência de câncer ginecológico (preferencialmente oncoginecologia):**

- 1- Neoplasia do endométrio evidenciada em biópsia; ou
- 2- Exame de imagem com lesão tumoral suspeita de neoplasia de endométrio.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- a) Sinais e sintomas (descrever exameespecular);
- b) Paciente está na menopausa (sim ou não). Se sim, há quantotempo;
- c) Descrição do exame de imagem, com data;
- d) Resultado de biópsia de endométrio com data, quando realizado;
- e) Número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

**– Neoplasia do Colo Uterino(Lesões)/ou Resultados de Exames citopatológico Alterados ou Anormais**

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia (colposcopia):**

**Resultado de um CP com:**

- 1- Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);ou
- 2- Células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau) (AGC);ou
- 3- Células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau);ou
- 4- Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL);ou
- 5- Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor;ou
- 6- Mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doença autoimunes ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intraepitelial de baixo grau(LSIL).

**Resultado de dois CPs consecutivos (intervalo de 6 meses):**



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

- € Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico (ASC-US);ou
- € Lesão intraepitelial de baixo grau(LSIL).

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncoginecologia:**

- 1- Lesão suspeita (como tumores ou úlceras) ao exame especular; ou
- 2- Resultado de biópsia de colcom:
  - € Neoplasia invasora (carcinoma epidermóide/adenocarcinoma);ou
  - € Carcinoma microinvasor;ou
  - € NIC 2/3.
- 3- Resultado de CPcom:
  - € Carcinoma epidermoide invasor;ou
  - € Adenocarcinoma in situ (AIS) einvasor

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- a) Sinais esintomas;
- b) Exame físico ginecológico (especular e toquevaginal);
- c) Descrição do (s) último (s) CP, com data(s);
- d) Número da teleconsultoria, se caso discutido comTelessaúde.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia-Cirurgia Ginecológica (UNACON/CACON):**

- lesão suspeita (como tumores ou úlceras) ao exame especular;ou
- resultado de biópsia de colcom:
- neoplasia invasora (carcinoma epidermóide/adenocarcinoma);ou
- carcinoma microinvasor;ou
- NIC 2/3.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia (CUIDAR):**

Resultado de um citopatológico (CP) com:

- células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau (ASC-H); ou
- células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau) (AGC); ou
- células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau); ou
- lesão intra-epitelial de alto grau (HSIL); ou
- lesão intra-epitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor; ou
- mulheres em uso de supressoras (HIV transplantadas), com doença autoimune ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intra-epitelial de baixo grau (LSIL).

Resultado de dois CPs consecutivos (intervalo de 6 meses):

- células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico (ASC-US); ou
- lesão intra-epitelial de baixo grau (LSIL).

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia-Cirurgia da Mama (UNACON/CACON):**

- € Diagnóstico histopatológico ou citopatológico de neoplasia da mama; ou
- € Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de neoplasia da mama (nódulo palpável endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente; ou nódulo palpável com linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes; ou descarga papilar suspeita: -sanguínea, serossanguínea ou cristalina "água de rocha"; ou qualquer descarga papilar em mulher com idade superior a 50 anos. Retração ou distorção mamilar recente; ou espessamento ou retração cutânea recente.)
- Achado em exame de imagem altamente sugestivos de neoplasia da mama (BIRADS 4 e 5).

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para mastologia (CUIDAR):**



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

- ≠ Nódulo palpável com provável indicação de citologia e/ou histologia (ver quadro 3 no anexo); **ou**
- ≠ Paciente assintomática com exame de imagem classificado como BI-RADS 3 (categoria 3 do Breast Imaging Reporting and Data System) com provável indicação de citologia e/ou histologia (ver quadro 4 no anexo).
- Cistos simples recidivante; **ou**
- ≠ Cisto simples sintomático (dor/desconforto, obstrução de tecido mamário subjacente); **ou**
- ≠ Fibroadenoma palpável sintomático (dor/desconforto); **ou**
- ≠ Abscessos subareolares crônicos recidivantes.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para mastologia (CUIDAR):**

- ≠ Mulher assintomática com história familiar sugestiva de Síndrome do Câncer de Mama e Ovario Hereditário (ver quadro 5 no anexo).

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. Sinais e sintomas;
2. Descrição de exame de imagem, se realizado, com data;
3. História prévia de câncer de mama (sim ou não). Se sim, descreva;
4. História familiar de neoplasia mamária ou de ovário (sim ou não). Se sim, grau de parentesco e idade no diagnóstico;

**-Amenorreia**

**Importante:** sempre descartar gravidez na investigação inicial de amenorreia.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:**

- 1- Amenorreia primária;
- 2- Maiores de 14 anos sem caracteres sexuais secundários; ou
- 3- Maiores de 16 anos com caracteres sexuais secundários;
- 4- Amenorreia secundária;
- 5- Resposta negativa ao teste do progestágeno (ver quadro 2 no anexo); ou
- 6- Falência ovariana precoce; ou
- 7- História de exposição a rádio e/ou quimioterapia no passado.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:**

- € Hiperprolactinemia ou outras doenças hipofisárias/hipotalâmicas.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- a) Sinais e sintomas;
- b) Tempo de início da amenorreia;
- c) Resultado dos exames de prolactina e TSH, com data (se amenorreia secundária);
- d) Resultado do teste com progestágeno (se amenorreia secundária);
- e) Resultado de ecografia pélvica ou transvaginal, com data (se disponível);
- f) Medicamentos em uso;
- g) Número de teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

**– Condiloma Acuminado / Verrugas Virais**

**Importante:** É de boa prática investigar e outras ISTs (sífilis, HIV, hepatite B e C) em pessoas que apresentam condiloma acuminado.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:**

- € Mulheres com condiloma acuminado (verruca viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).
  - a) Gestante com condiloma acuminado (verruca viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas);
  - b) Gestante com verruca viral no canal vaginal ou colútero.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:**



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

- € Pacientes imunossuprimidos com verrugas refratárias ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões;
- € Pacientes com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal)/ verrugas virais refratárias ao tratamento por pelo menos 3 meses.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia:**

- € Pacientes com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou numerosas).

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- a) Descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal));
- b) Resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
- c) Tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);
- d) Se mulher em idade fértil, trata-se de gestante? (sim ou não);
- e) Número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

### **CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA ENCAMINHAMENTOS DAS MULHERES PARA OFTALMOLOGIA (VER ELAINE)**

### **ENCAMINHAMENTOS PARA CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITE B E C**

## **2 REFERÊNCIAS**

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Câncer de mama**: detecção precoce. Rio de Janeiro, [s.d.]. On-line. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_con\\_trole\\_cancer\\_mama](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos_programas/site/home/nobrasil/programa_con_trole_cancer_mama). Acesso em: 20 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível

**[MABDM1] Comentário:** Como o documento é muito baseado na Nota Técnica Conjunta da SES/MG e SOGIMIG, sugiro incluí-la nas referências e, talvez, citá-la na apresentação desse documento.





GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

em:

<[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_PCDT\\_IST\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf)>. Acesso em: 20 jul.2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Direitos sociais da pessoa com câncer**. Rio de Janeiro, 2012. On-line. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/orientacoes/site/home/direitos\\_sociais\\_cancer](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/orientacoes/site/home/direitos_sociais_cancer)>. Acesso em: 11 mar. 2015.

BREEN, E.; BLEDAY, R. Condylomata acuminata (anogenital warts) in adults. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-in-adults>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

CANCER RESEARCH UK. **Be breast aware**. [Conheça os seus seios]. London, 2006. Folheto. Disponível em: <<http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/breastaware-portuguese.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

CARUSI, D. A. Treatment of vulvar and vaginal warts. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-vulvar-and-vaginalwarts>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

CLEMENS, J. Q. Pathogenesis, clinical features, and diagnosis of interstitial cystitis/ bladder pain syndrome. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis-of-interstitialcystitis-bladder-pain-syndrome>>. Acesso em: 31 jul.2015.

DUNCAN, B.; SCHIMIDT, M. H.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed,2013.

DYNAMED. Abnormal uterine bleeding. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2015. Disponível em: <<http://web.b.ebscohost.com/dynamed/detail?vid=2&sid=9549a6d9-a63d-4920-e4eb35230d9f80%40sessionmgr115&hid=118&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1keW5hbWVklWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=dme&AN=361089>>. Acesso em: 3 ago. 2015.

FREITAS F. et al. Rotinas em ginecologia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

GAUDET, Mia M. et al. Active smoking and breast cancer risk: original cohort data and meta-analysis. **Journal of the National Cancer Institute**, Oxford, v. 105, n. 8, p. 515-525, 17 Apr. 2013.

GOROLL, A. H.; MULLEY JR, A. G. Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient. 6. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

GOTZSCHE, P. C.; JORGENSEN, K. J. Screening for breast cancer with mammography. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, London, n. 6, Jun. 2013.

HACKSHAW, A. K.; PAUL, E. A. Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis. **British Journal of Cancer**, London, v. 88, n. 7, p. 1047-1053, 2003.

JAMOULLE, Marc. **Quaternary prevention**: prevention as you never heard before. Definitions of the four prevention fields as quoted in the Wonca International Dictionary for General/Family Practice. Jmet: [s.n.], 2000. Disponível em: <<http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

KUSHI, L. H. et al. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Maple Shade, v. 56, n. 5, p. 254-281, Sep.-Oct. 2006.

MILLER, A. B. et al. Canadian National Breast Screening Study-2: 13-year results of a randomised trial in women aged 50-59 years. **Journal of the National Cancer Institute**, Oxford, v. 92, N. 18, p. 1.490-1.499, 2000.

MILLER, A. B. et al. Twenty-five year follow up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. **British Medical Journal**, London, n. 348, p. g366, 11 Feb. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA.

Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)> Acesso em: 25 jan. 2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Heavy menstrual bleeding. NICE Clinical Guideline 44. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg44>>. Acesso em 31 jul. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Ovarian



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

cancer: the recognition and initial management of ovarian cancer. NICE Clinical Guideline 122. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg122>>. Acesso em 31 jul. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Suspected cancer: recognition and referral. NICE Clinical Guideline 12. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2015. Disponível em <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>>. Acesso em 31 jul. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. NICE Clinical Guideline 171. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013 [atualizado em 2015]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg171>>. Acesso em 31 jul. 2015.

SICKLES, E. A. et al. ACR BI-RADS® Mammography. In: D'ORSI, C. J. et al. **ACR BIRADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System**. Reston: American College of Radiology; 2013.

SIMON, C.; EVERITT, H.; VAN DORP, F. Manual de clínica geral de Oxford. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

THE NATIONAL COLLABORATION CENTRE FOR PRIMARY CARE (NCC-PC). **Referral guidelines for suspected cancer in adults and children**. Part One: Chapters 1-12. London: NCC-PC, 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg27/evidence/cg27-referralfor-suspected-cancer-full-guideline-part-one2>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

TIMMERMAN, D. et al. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, Lancaster, v. 31, n. 6, p. 681-90, 2008.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18504770>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

TIMMERMAN, D. et al. Simple ultrasound rules to distinguish between benign and malignant adnexal masses before surgery: prospective validation by IOTA group. *BMJ*, London, v. 341, c6839.

UNITED STATES PREVENTIVE SERVICE TASK FORCE (USPSTF). **Recommendation summary**. Rockville, Nov. 2009. Disponível em: <<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstfbrca.htm>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

## ANEXOS

### Conduas

#### Suspeita de cistite intersticial



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

- ✓ Frequência miccional aumentada durante o dia (> 7 micções em vigília)
- ✓ Urgência urinária
- ✓ Noctúria (> ou = 2 micções por noite)
- ✓ Disúria
- ✓ Dor pélvica ou perineal na ausência de infecção ou carcinoma vesical
- ✓ Dispareunia e ardência e dor localizada na vagina, pelve, suprapúbica
- ✓ Hematúria

**Fonte: Freitas (2011) e Clemens (2015).**

### **Teste do progestágeno**

Acetato de medroxiprogesterona, comprimido de 10 mg.

Fornecer 1 comprimido por dia durante 5 a 10 dias.

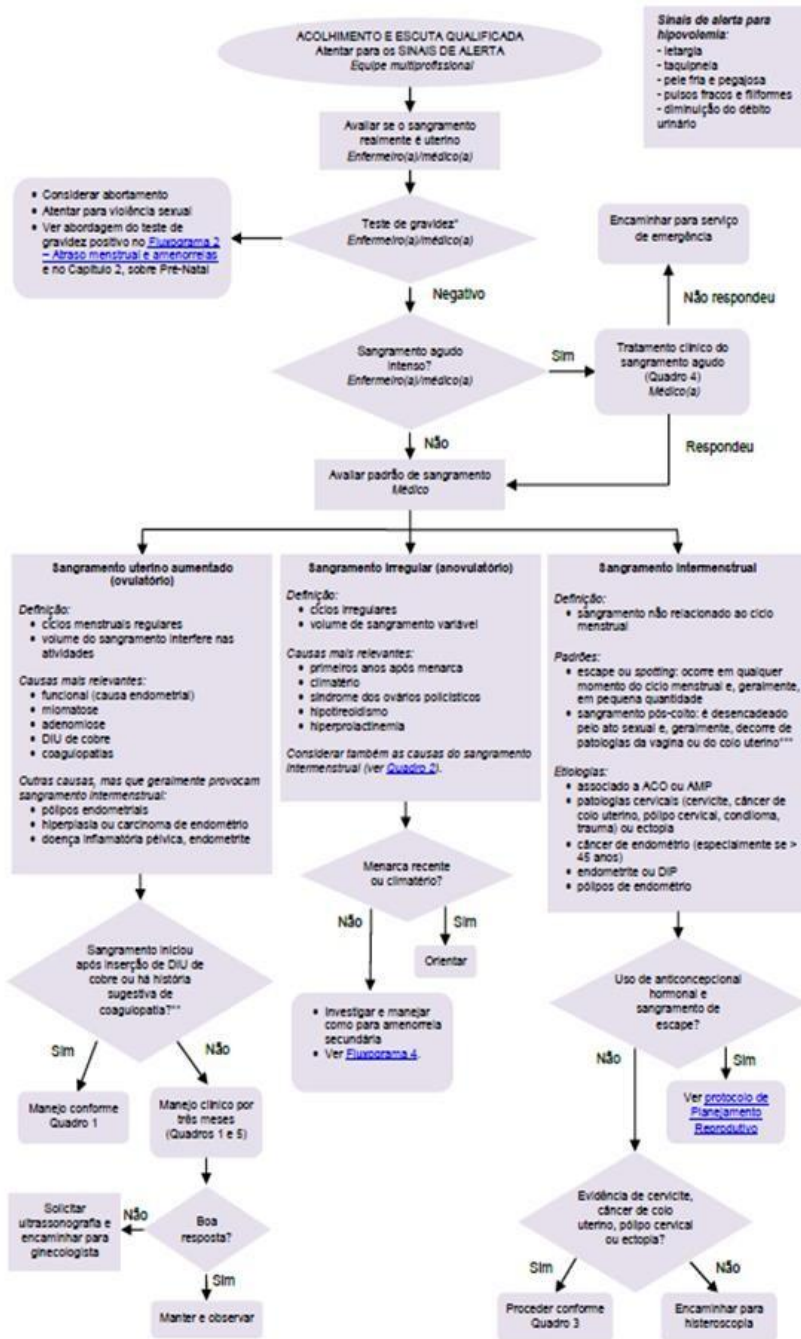
Teste considerado positivo se houver sangramento após 3 a 10 dias do término da medicação.

## **FLUXOGRAMAS**

### **Fluxograma 1 – Sangramento Uterino Anormal**



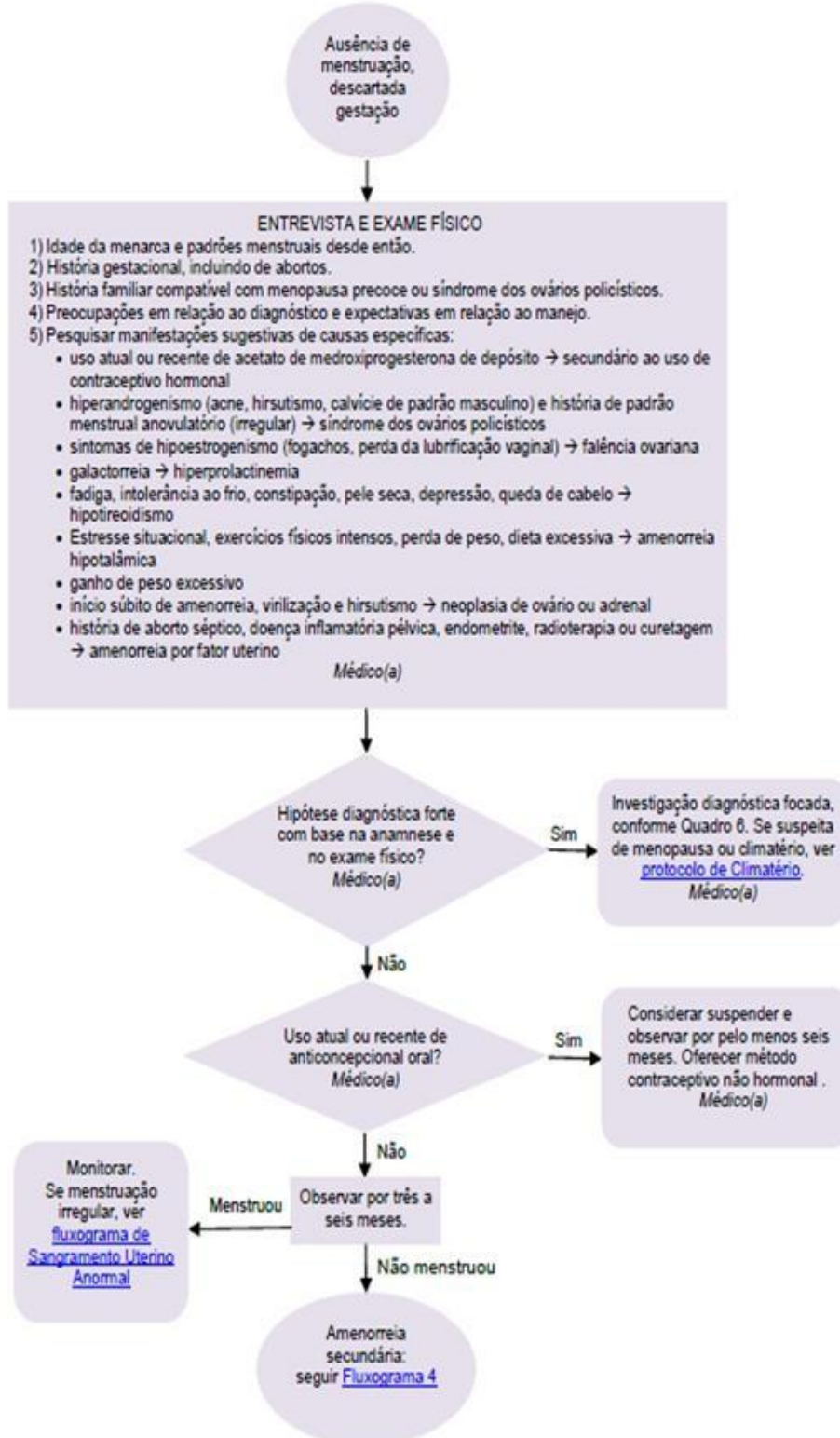
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde



Fluxograma 2 – Atraso Menstrual e Amenorréias  
Fluxograma 3 – Ausência de menstruação, descartada gestação



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

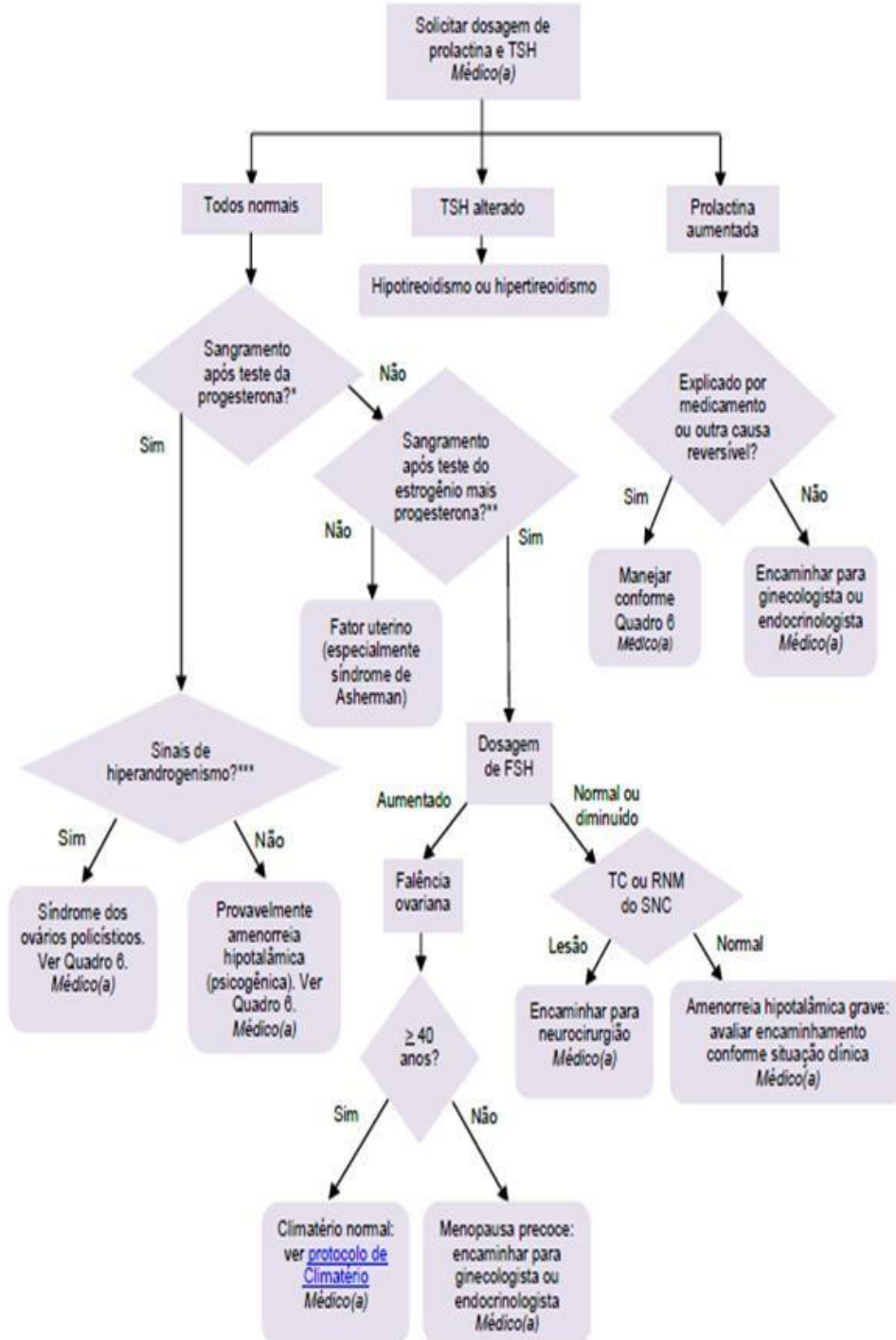




GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

**Fluxograma 4 – Amenorréia secundária sem causa evidente na avaliação  
clínica inicial**

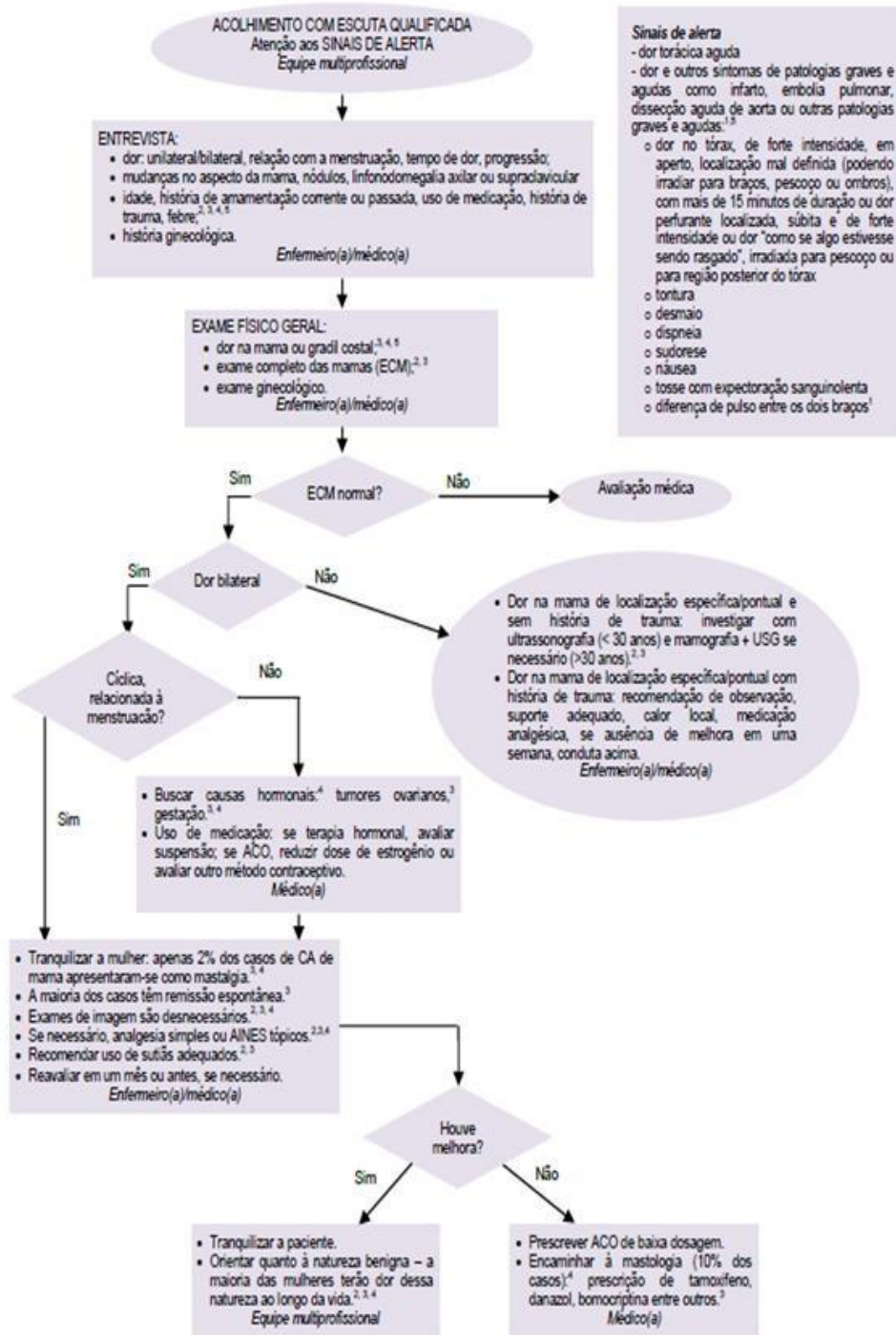








### Fluxograma 5 – Mastalgia



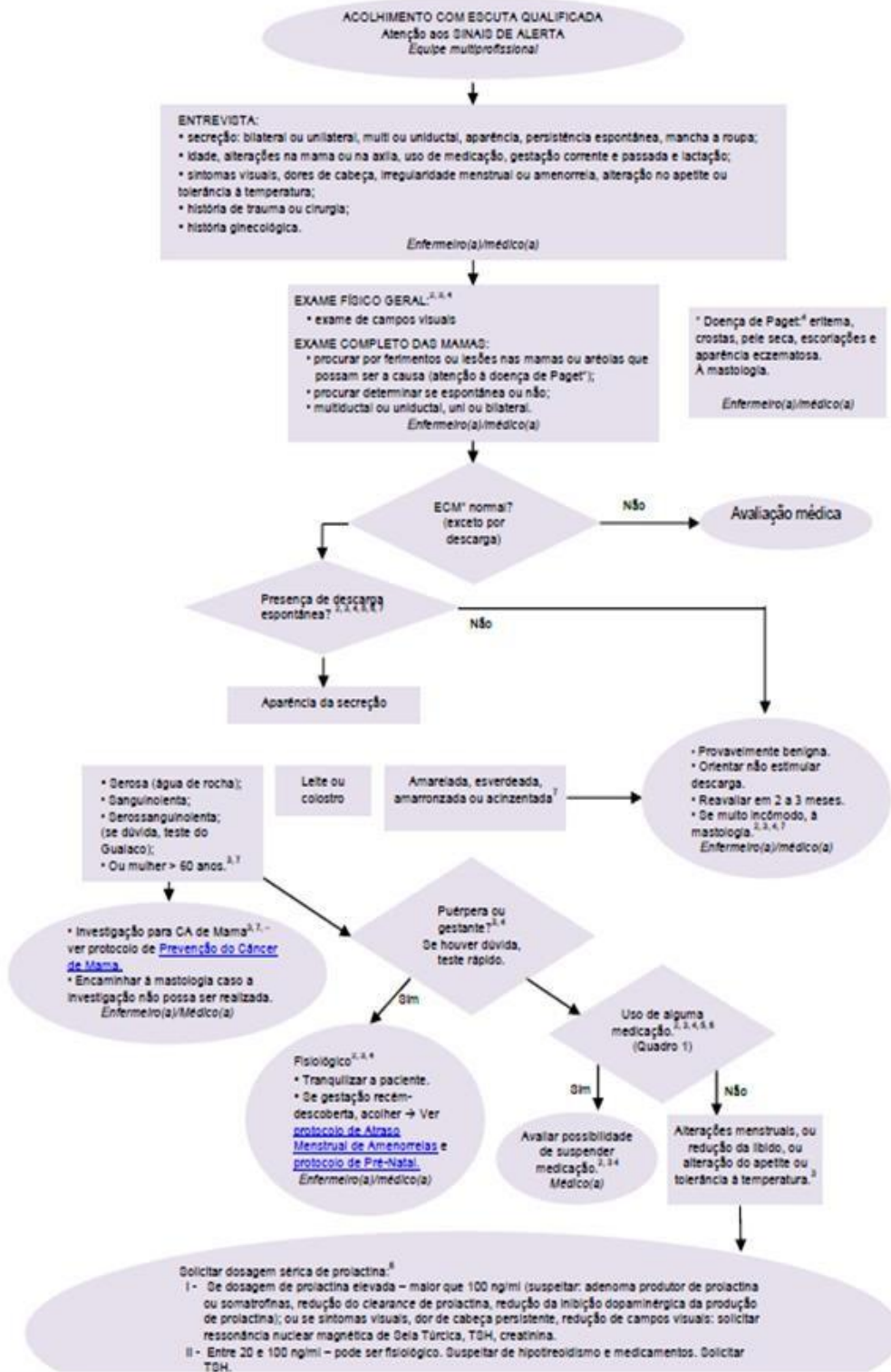


GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

## Fluxograma 6 – Descarga Papilar



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde





GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

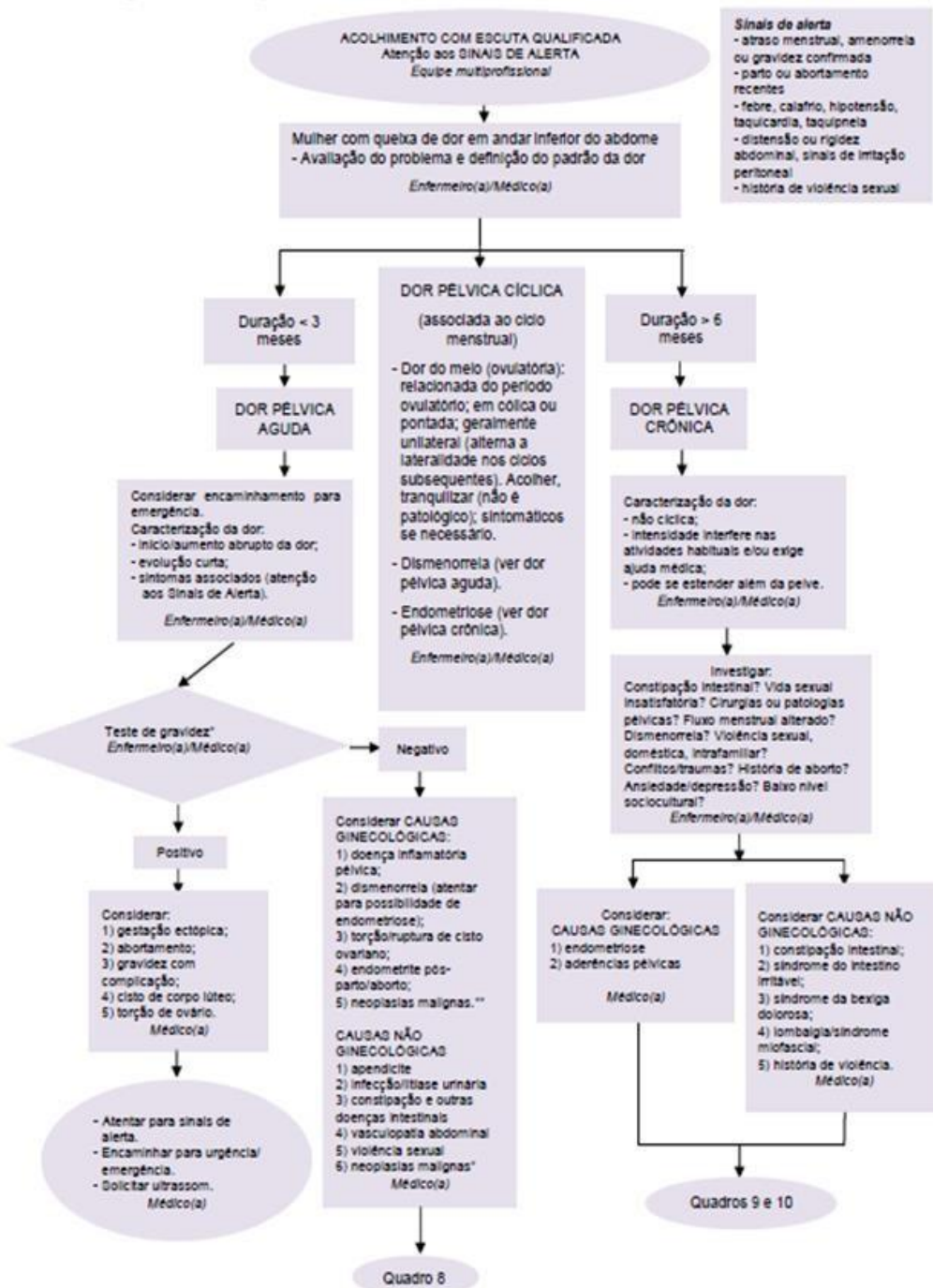
## Fluxograma 7 – Dor Pélvica



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde



\* Sobre Teste Rápido de Gravidez, ver a Nota Técnica da Rede Ceponha de 12 de dezembro de 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt\\_teste\\_rapido\\_gravidez\\_ab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_teste_rapido_gravidez_ab.pdf)>.

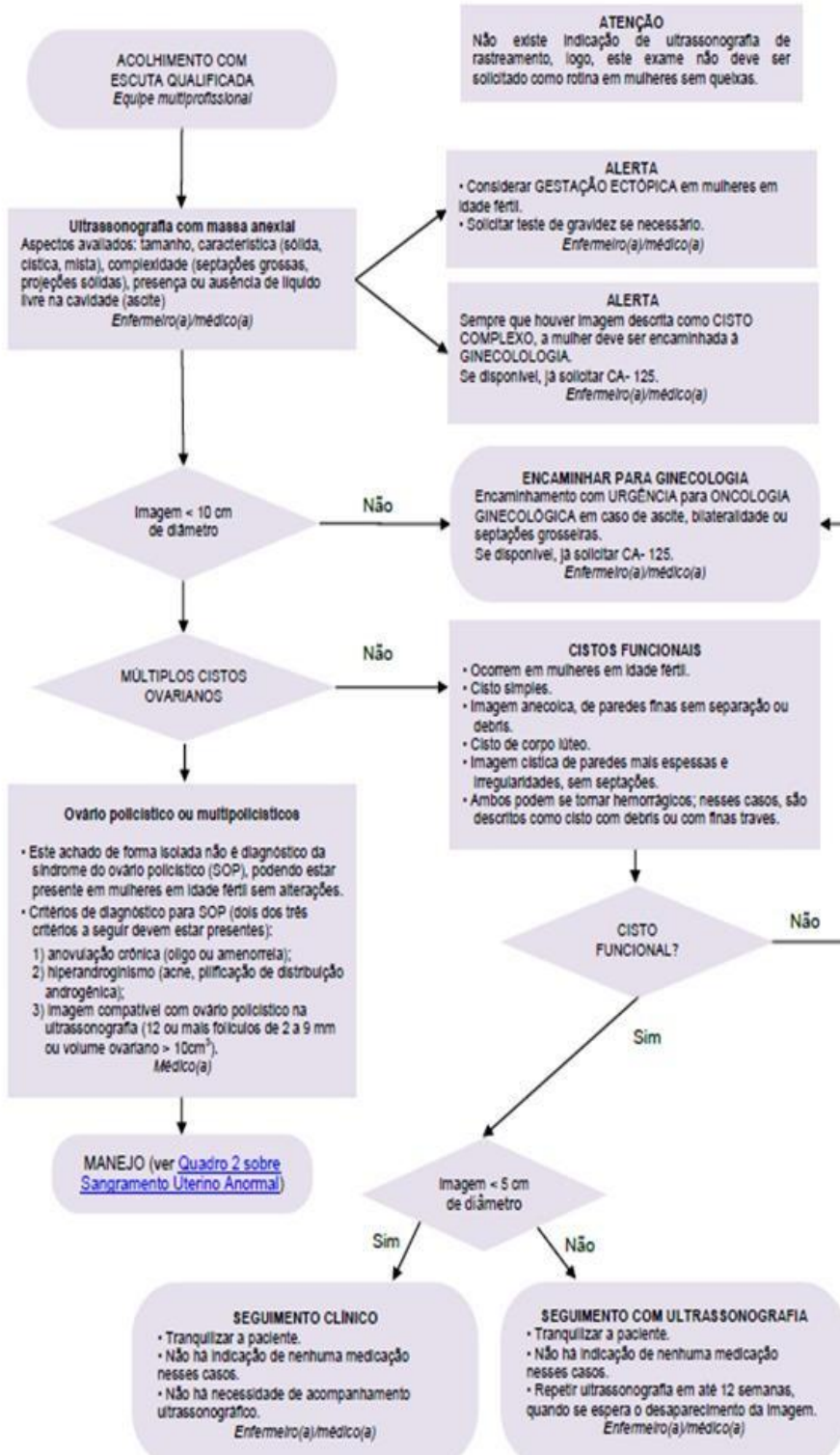
\*\* Perda ponderal, comprometimento do estado geral, sangramento urogenital ou gastrointestinal.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

## Fluxograma 8 – Imagens Anexais







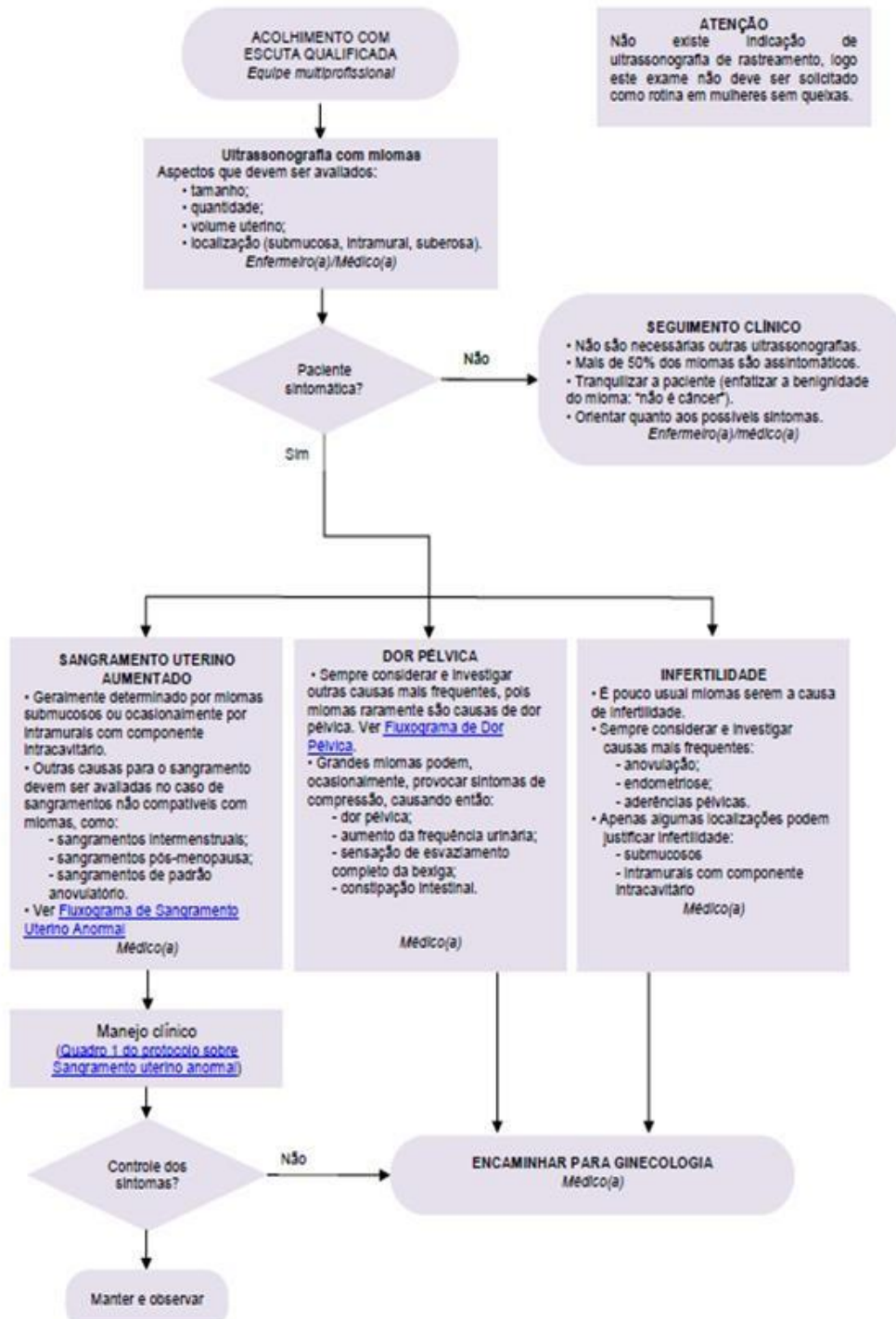


GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

## Fluxograma 9 – Miomas



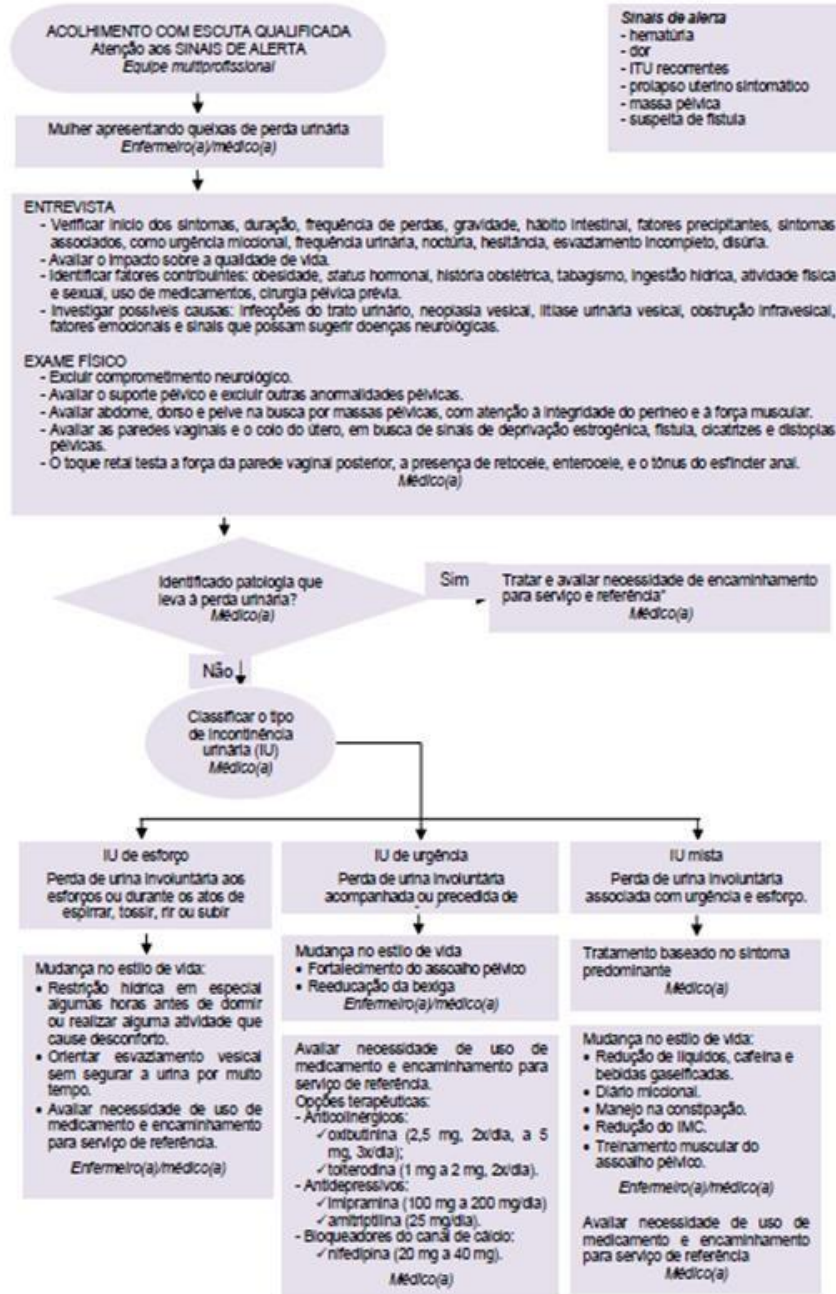
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde



Fluxograma 10 – Perda Urinária



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

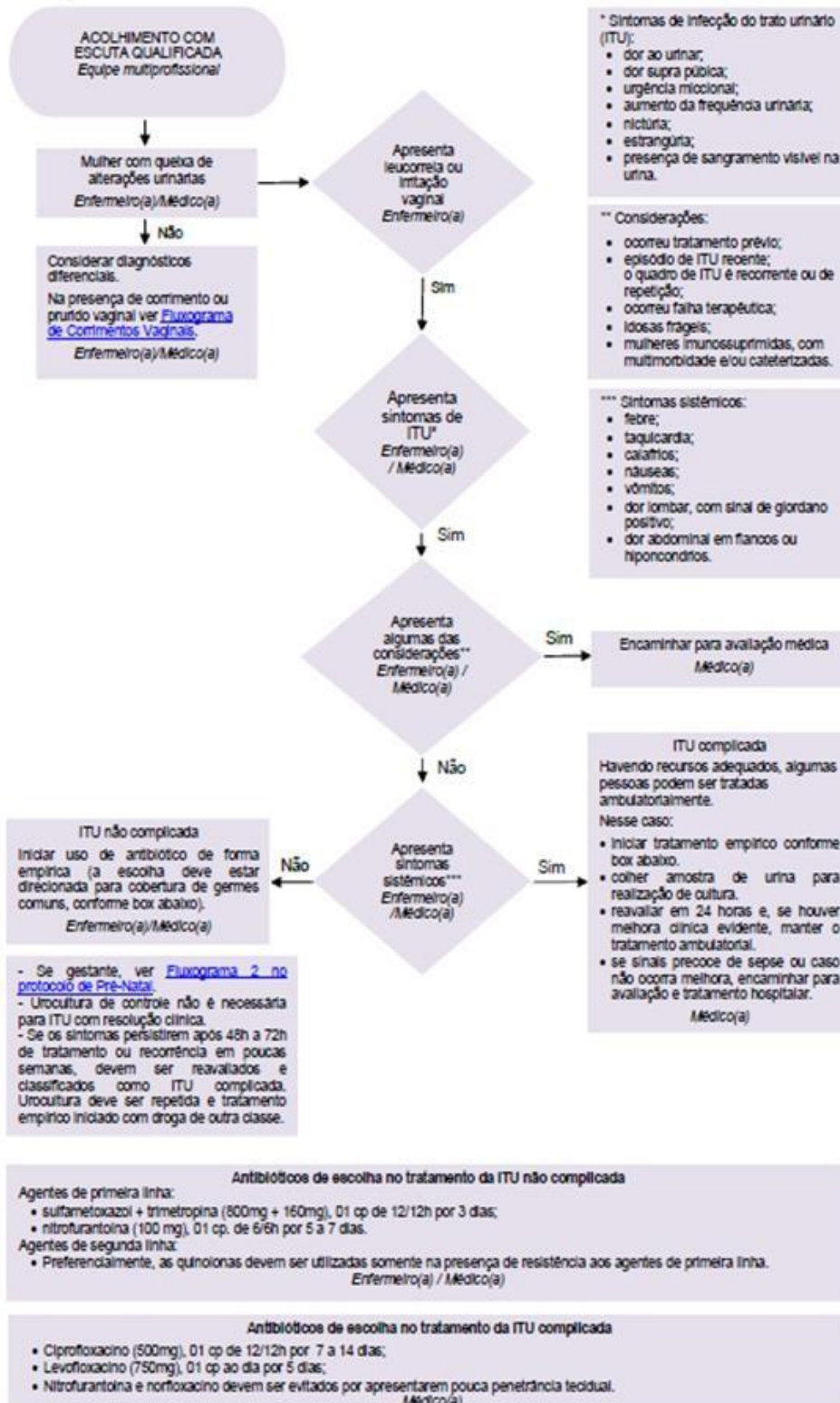


\* Situações que indicam encaminhamento para:  
• **Ginecologia:** prolapso genital associado; outras doenças ginecológicas associadas (miomatose, endometriose, cisto de ovário); incontinência de estresse resistente ao tratamento conservador.  
• **Urologia:** hematuria persistente (na ausência de infecção ou distúrbio eritrocitário); alteração anômica de vias urinárias; incontinência urinária explicada por cálculo renal.  
• **Neurologia:** suspeita de doença do sistema nervoso central.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

## Fluxograma 11 – Queixas Urinárias





GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

**QUADRO 1 – SÍNTESE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO (Continua)**





GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	<b>Identificação dos motivos de contato</b> Direcionamento para o atendimento necessário (qualquer contato da mulher com o sistema de saúde é momento oportuno de identificação daquelas não rastreadas e proceder a coleta da copcitologia).	Equipe multiprofissional
	<b>Entrevista</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Idade (ver população-alvo, conforme descrita no plano de cuidados).</li><li>Verificar a realização prévia de exame citopatológico (data do último exame e ocorrência de exames citopatológicos anormais, vide Quadro 5 deste capítulo).</li><li>Questionar sobre a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, história de relações sexuais com preservativo nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico (fatores que podem ocasionar prejuízo à leitura da amostra coletada). A presença de espermatozoides na amostra não prejudica sua qualidade, entretanto outros fatores podem prejudicar o diagnóstico. É importante aproveitar a presença da mulher na UBS e realizar o exame preventivo compartilhando com ela os riscos de diagnóstico alterado além de garantir registros em prontuário com a informação do tempo da prática sexual.</li><li>Antecedentes pessoais obstétricos, cirurgias pélvicas e antecedentes patológicos, em especial as IST e, entre elas, a infecção pelo HPV.</li><li>Data da última menstruação.</li><li>Presença de queixas relacionadas a corrimentos vaginais. Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de copcitológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento. No entanto, em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 3 meses, pelo risco de prejuízo da amostra (para diagnóstico de tratamento dos corrimentos vaginais, ver Fluxograma 7, no capítulo sobre Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres).</li><li>Dispareunia e sangramentos vaginais pós-coito ou anormais (ver Fluxograma 1, de sangramento anormal, e Fluxograma 7, de corrimentos, no capítulo 1).</li></ul>	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<b>Exame físico específico (ver <a href="#">Salvo Mais</a>).</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Inspeção dos órgãos genitais externos (atendendo à integridade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios vaginais, presença de lesões anogenitais; para detalhamento das lesões vulvares, vide Fluxograma 6, sobre lesão anogenital – capítulo 1).</li><li>Ao exame especular, observar aspecto do colo, presença de secreção anormal ou friabilidade do colo, lesões vegetantes ou ulceradas.</li></ul>	Enfermeiro(a)/médico(a)
<b>Exame citopatológico do colo do útero</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Antes de realizar o exame especular, orientar a usuária sobre o procedimento, buscando esclarecer suas dúvidas e reduzir a ansiedade e medo.</li><li>Preencher a requisição de exame citopatológico do colo do útero (ficha).</li><li>Realização de coleta de material citológico seguindo as normas técnicas de coleta, conforme padronizado pelo Inca e disposto no Caderno de Atenção Básica nº 13.<sup>7</sup></li><li>Idealmente, a coleta da amostra deve ser pelo menos cinco dias após o término da menstruação. No entanto, caso seja esta a única oportunidade e a mulher esteja menstruada, podem-se adicionar gotas de ácido acético a 2% à solução fixadora, buscando melhorar a qualidade da amostra.</li><li>Na identificação de quaisquer anormalidades durante o procedimento de coleta de material para exame citopatológico do colo uterino, é imprescindível a avaliação do(a) enfermeiro(a) e/ou médico(a).</li><li>Informar sobre a possibilidade de discreto sangramento após a coleta, com cessação espontânea.</li></ul>	Técnicos em enfermagem/enfermeiro(a)/médico(a) "A coleta de citopatológico para rastreio poderá ser realizada por técnicos em enfermagem devidamente treinados, em localidades onde seja necessário, visando ampliar o acesso da população-alvo ao exame."	



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

**QUADRO 1 – SÍNTESE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO (Continuação)**





GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

Plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação sobre a importância de buscar o resultado do exame.</li> <li>• Agendamento do retorno para o resultado.</li> </ul>	
	<p><b>Exame citopatológico do colo do útero</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na presença de secreção vaginal anormal, friabilidade do colo, efetuar coleta para análise laboratorial e tratar de acordo com abordagem sintomática (ver <u>capítulo de Atenção aos Problemas/Questias mais Comuns em Saúde das Mulheres</u>). Seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente desta abordagem.</li> <li>• Prescrição de tratamento para outras doenças detectadas, como IST, caso presentes, na oportunidade de rastreamento (ver <u>capítulo de Atenção aos Problemas/Questias mais Comuns em Saúde das Mulheres</u>).</li> <li>• Na presença de lesões suspeitas (vegetantes ou ulceradas no colo do útero) e em mulheres com queixa de sangramento vaginal fora do período menstrual e/ou desencadeada pela relação sexual, deve-se encaminhar para avaliação especializada, visto que podem ser manifestações de doença invasora. A citologia, nesses casos, devido à necrose tecidual, pode não identificar a presença de células neoplásicas.</li> <li>• Diante de problemas como ressecamento vaginal, vaginismo, presença de ectopia, cisto de Naboth e pólipo cervical, observar recomendações descritas no Quadro 2 deste capítulo.</li> </ul>	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<p><b>Consulta de retorno</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretação do resultado do exame citopatológico e conduta (vide Quadros 3, 4 e 5 deste capítulo).</li> <li>• Orientação sobre periodicidade de realização do exame citopatológico: os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, o exame deve ser feito a cada três anos.</li> <li>• O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual.</li> <li>• Os exames devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas sem história prévia de lesões pré-neoplásicas, devem ser interrompidos quando, após esta idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.</li> <li>• As mulheres com história de lesões pré-neoplásicas retornam ao rastreio trienal ao apresentarem dois exames de controle citológicos semestrais normais após tratamento das lesões precursoras na unidade de referência.</li> <li>• Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, elas podem ser dispensadas de exames adicionais.</li> <li>• Comunicação da alteração detectada no exame para a mulher e realização de apoio emocional e esclarecimento de suas dúvidas. Abordar, a depender do resultado, sobre a necessidade de acompanhamento por meio de exame citopatológico, colposcopia ou outros procedimentos. É comum a remissão espontânea de lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau, identificada na colposcopia de controle (vide Quadro 5).</li> <li>• Garantia da continuidade do cuidado em momento oportuno e encaminhamento para serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento do câncer de colo do útero, conforme necessidade.</li> </ul>	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<p><b>Encaminhamentos para serviços de referência</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar encaminhamento dos casos que necessitam de avaliação nos serviços de referência de acordo com os critérios estabelecidos pela gestão municipal, estadual e/ou federal.</li> <li>• Seguir as recomendações dispostas nos quadros 4 e 5.</li> <li>• Encaminhar para a ginecologia/colposcopia: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Lesão suspeita ao exame especular;</li> <li>&gt; Resultado de um colposcópico com: ASC-H; LIE ou SIL de alto grau ou carcinoma <i>in situ</i>;</li> <li>&gt; Resultado de dois colposcópicos consecutivos com: ASC-US; LIE ou SIL de baixo grau.</li> </ul> </li> <li>• Encaminhar para a oncoginecologia: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Resultado de biópsia de colo com: neoplasia invasora (carcinoma epidermóide/adeno carcinoma); carcinoma microinvasor; displasia cervical grave, LIE alto grau (NIC 2/3).</li> <li>&gt; Resultado de colposcopia com: células malignas ou carcinoma invasor; AGC (células glandulares atípicas de significado indeterminado).</li> </ul> </li> </ul>	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<b>Acompanhamento de usuárias pós-exame</b>	Equipe multiprofissional



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

## **QUADRO 1 – SÍNTESE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO (Conclusão)**



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter o acompanhamento da mulher com resultado citopatológico alterado na Atenção Básica, quando contrareferenciado pelo serviço de referência após diagnóstico ou tratamento.</li><li>• Contato contínuo com mulheres com resultado alterado, para estimular a adesão ao tratamento e detectar as falhas.</li></ul>	
<p><b>Estímulo às ações de prevenção primária</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Oferta de vacinação contra HPV para a população feminina entre 9 e 13 anos, sendo o esquema vacinal de duas doses (0 e 6 meses) e um reforço após cinco anos da segunda dose. <i>Não há evidências suficientes da prevenção primária do câncer propriamente dito, mas sim das lesões precursoras (que podem ou não evoluir para câncer, a depender de diversos fatores), conforme disponível no Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (ver Saiba Mais).</i></li><li>• Orientações sobre o uso de preservativo.</li><li>• Combate ao tabagismo (o tabagismo é fortemente associado ao desenvolvimento do câncer cervical e ao retorno de lesão pré-maligna em mulheres tratadas).</li></ul>	
<p><b>Ações de vigilância em saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Realização de busca ativa de mulheres dentro da população-alvo e com exame em atraso.</li><li>• Seguimento de casos alterados.</li></ul>	Equipe multiprofissional
<p><b>Educação em saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientação individual e coletiva de mulheres sobre o objetivo do exame e sua importância.</li><li>• Orientação individual e coletiva de mulheres sobre aos fatores de risco para o câncer de colo do útero: tabagismo, idade, infecção por HPV.</li><li>• Orientação individual e coletiva sobre sexo seguro e prevenção do câncer de colo do útero.</li><li>• Orientação individual e coletiva quanto à periodicidade, recomendações do exame e cuidados a serem tomados antes da coleta, evitando a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, ou manutenção de relações sexuais com preservativos nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico.</li></ul>	



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

## QUADRO 2 – RECOMENDAÇÕES DA COLETA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO DIANTE DE SITUAÇÕES ESPECIAIS





SITUAÇÃO	O QUE FAZER
Sem história de atividade sexual	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.</li></ul>
Gestantes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.</li><li>• Há recomendações conflitantes quanto à coleta de material endocervical em grávidas. Apesar de não haver evidências de que a coleta de espécime endocervical aumente o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada, outras fontes recomendam evitá-la devido ao risco em potencial.</li><li>• Recomenda-se análise caso a caso, pesando riscos e benefícios da ação. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Por outro lado, para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame, devendo, portanto, ser completa.</li></ul>
Climatério e pós-menopausa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres.</li><li>• Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia, realizar estrogenização, conforme o Quadro 4.</li><li>• Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento.</li><li>• Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível.</li></ul>
Histerectomizadas	<p>Exceção: se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso (lesão precursora – controles citocolposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Na requisição do exame, informar sempre a lesão tratada (indicação da histerectomia).</li></ul>
Imunossuprimidas	<p>É parte deste grupo: mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteróides.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual, com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.</li><li>• Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>, deve ter priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ter o rastreamento citológico a cada seis meses. Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.</li></ul>





GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

### QUADRO 3 – RECOMENDAÇÕES DIANTES DOS PROBLEMAS MAIS FREQUENTES ENCONTRADOS DURANTE A COELTA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO UTERO

PROBLEMA	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<b>Ressecamento vaginal ou colpíte atrofica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A atrofia genital pode levar a resultados falso-positivos, devendo o exame na mulher menopausada estar bem indicado para evitar ansiedade e intervenções desnecessárias.</li><li>• Estes achados são comuns no período do climatério, só demandando tratamento se houver queixas como secura vaginal ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia (ver Quadro 4).</li><li>• O tratamento da colpíte atrofica pode ser realizado pela administração vaginal de creme de estriol 0,1%, por um a três meses. Deve ser utilizado, de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de sete dias, ou ainda duas vezes por semana (sempre nos mesmos dias). O creme deve ser suspenso 48 horas antes da coleta.</li><li>• Por ser mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, este não está contraindicado nas mulheres com história de câncer de mama. No entanto, nas mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase (como os utilizados no tratamento do câncer de mama), a terapia com estrogênios está contraindicada.</li></ul>	Enfermeiro(a)/ médico(a)
<b>Vaginismo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A etiologia do vaginismo não está bem esclarecida, embora comumente esteja associada a fatores psicossociais, afetivos, que podem ser decorrentes de questões culturais, religiosas ou mesmo secundários a vivências sexuais traumáticas. Entre as causas físicas, podem estar: anomalias do hímen, anomalias congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, doenças sexualmente transmissíveis, congestão pélvica (ver <a href="#">Salvo Mais</a>).</li><li>• Caracteriza-se pela contração involuntária dos músculos próximos à vagina antes da penetração. Pode impedir a realização do exame, pela limitação à introdução do espéculo. Caso isso aconteça, recomenda-se evitar o exame naquele momento para não provocar desconforto ou mesmo lesões à mulher. Deve-se apoiá-la, buscar tranquilizá-la e tentar reagendar a avaliação. Deve-se, ainda, investigar a etiologia.</li><li>• Considerar encaminhamento ao ginecologista caso seja identificada causa orgânica que necessite de tratamento na atenção especializada ou apoio psicológico especializado, quando necessário.</li></ul>	Enfermeiro(a)/ médico(a)
<b>Ectopia</b> 	<ul style="list-style-type: none"><li>• No período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão. Logo, a ectopia é uma situação fisiológica, não demandando intervenções.</li></ul>	Enfermeiro(a)/ médico(a)
<b>Cisto de Naboth</b>  	<ul style="list-style-type: none"><li>• É decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes, sem significado patológico, não demandando intervenções.</li></ul>	Enfermeiro(a)/ médico(a)
<b>Pólipos cervicais</b> 	<ul style="list-style-type: none"><li>• São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramento vaginal fora do período menstrual e principalmente após relação sexual. Quando localizados externamente, são facilmente visualizados no momento da realização do exame preventivo.</li><li>• São benignos na maioria dos casos. Não causam dor pélvica, dispareunia ou distúrbios menstruais significativos.</li><li>• Encaminhar ao ginecologista para retirada em presença de queixa de sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumentado; sangramento discreto entre as menstruações.</li></ul>	Enfermeiro(a)/ médico(a)



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

#### QUADRO 4 – ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA

SITUAÇÃO	O QUE FAZER
Amostra insatisfatória para avaliação	<p>É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por natureza técnica ou devido à presença de: sangue, plócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nestes casos, a mulher deve repetir o exame em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.</li></ul>
Amostra satisfatória para avaliação	<p>É aquela com células em quantidade representativa, cuja observação permita conclusão diagnóstica. Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero: células escamosas; células glandulares (não inclui o epitélio endometrial) e células metaplásicas.</p>
Estregações normais somente com células escamosas	<p>Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical coletada com escova apropriada e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Deve ser repetido com intervalo de um ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos.</li></ul>



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

## QUADRO 5 – RECOMENDAÇÃO DIANTE DE RESULTADOS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS NORMAIS

RESULTADO	O QUE FAZER
Dentro dos limites da normalidade no material examinado	
Metaplasia escamosa imatura	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seguir a rotina de rastreamento citológico.</li></ul>
Reparação	
Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas)	
Achados microbiológicos: • <i>Lactobacillus sp.</i> • Cocos • Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de <i>Gardnerella/Mobiluncus</i> ) • <i>Candida sp.</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seguir a rotina de rastreamento citológico.</li><li>• Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal, segundo o <a href="#">Fluxograma 7 do capítulo 1, sobre corrimentos vaginais</a>.</li></ul>
Atrofia com inflamação	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seguir a rotina de rastreamento citológico.</li><li>• Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal, conforme esquema sugerido no Quadro 2 – item tratamento para colpíte atrófica.</li></ul>
Indicando radiação	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seguir a rotina de rastreamento citológico</li><li>• O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame.</li></ul>
Achados microbiológicos: • <i>Chlamydia sp.</i> • Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes • <i>Trichomonas vaginalis</i> • <i>Actinomyces sp.</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A colpocitologia oncótica não é método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs. No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes micro-organismos, tais achados microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados</li><li>• <i>Chlamydia</i>, <i>Gonococo</i> e <i>Trichomonas</i>: mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos de infecção por <i>Chlamydia</i> e <i>Gonococo</i>), seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias e orientações, conforme <a href="#">Quadro-síntese sobre corrimentos do capítulo sobre Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres</a>.</li><li>• <i>Actinomyces</i>: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata, não se retira o DIU.</li><li>• Herpes vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital, conforme <a href="#">Quadro-síntese sobre corrimentos do capítulo sobre Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres</a>.</li></ul>
Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seguir a rotina de rastreamento citológico.</li><li>• Avaliar a cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia. <i>Na dificuldade de acesso a esse método, avaliar o eco endometrial através de ultrassonografia trans vaginal.</i></li></ul>



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

## **QUADRO 6 – RECOMENDAÇÃO INICIAL DIANTE DE RESULTADOS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS ANORMAIS**





GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

RESULTADO		O QUE FAZER	
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas.	Provavelmente não neoplásica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetição da citologia em seis meses ou 12 meses.</li> <li>➢ Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de seis (no caso de mulheres com 30 anos ou mais) ou 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos) forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal;</li> <li>➢ Se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.*</li> </ul>
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhamento para colposcopia.*
	Em células glandulares.	Provavelmente não neoplásica.	Encaminhamento para colposcopia.*
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	
	De origem indefinida.	Provavelmente não neoplásica.	Encaminhamento para colposcopia.*
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	
Lesão intraepitelial de baixo grau		Repetição da citologia em seis meses: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Se dois exames negativos, seguir rotina de rastreamento;</li> <li>➢ Se lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.*</li> </ul>	
Lesão intraepitelial de alto grau		Encaminhamento para colposcopia.*	
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor			
Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou invasor			

\* Ver Saiba Mais para acompanhamento das mulheres encaminhadas para colposcopia.

## QUADRO 7 – SÍNTESE DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DEMAMA



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato. Direcionamento para o atendimento necessário.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	<b>Entrevista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Idade;</li> <li>Índice de Massa Corporal (IMC);</li> <li>Antecedentes pessoais obstétricos (menarca, nuliparidade ou primeira gravidez acima de 30 anos);</li> <li>Antecedentes pessoais e familiares patológicos (história progressiva e/ou familiar de câncer de mama);</li> <li>História de exposição a radiação ionizante (terapêutica ou ocupacional);</li> <li>Queixas mamárias, por exemplo: mastalgia, nódulo mamário, alterações do mamilo, descarga papilar, assimetria da mama ou retração da pele (ver <a href="#">capítulo 1, seção 4 – Problemas na mama</a>).</li> </ul>	Equipe multiprofissional
	<b>Exame físico específico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar exame clínico das mamas (ECM) para investigação em caso de queixas mamárias (ver <a href="#">capítulo 1, seção 4 – Problemas na mama</a>).</li> <li>Observar presença de manifestações clínicas sugestivas de câncer de mama: nódulo palpável, descarga papilar sanguinolenta ou em “água de rocha”, lesão eczematosa da pele, edema mamário com pele em aspecto de “casca de laranja”, retração na pele da mama, mudança no formato do mamilo.</li> </ul>	Enfermeiro(a)/médico(a)
Plano de cuidados	<b>Exames para rastreamento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientação e realização dos procedimentos de rastreamento: mulheres entre 50 e 69 anos de idade – mamografia a cada dois anos.</li> <li>Não realizar outros exames para rastreamento, não realizar mamografia com menor intervalo ou fora da faixa etária indicada na ausência de sintomas ou suspeita clínica.</li> </ul>	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<b>Consulta pós-rastreamento mamográfico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recebimento dos laudos</li> <li>Interpretação de resultado e conduta na mamografia de rastreamento (vide Quadro 2).</li> <li>Comunicação dos achados do exame para a mulher, oferecendo apoio e esclarecendo dúvidas.</li> <li>Garantia da integralidade e continuidade do cuidado e encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde, para confirmação diagnóstica e tratamento aos casos identificados de câncer de mama, conforme necessidades.</li> </ul>	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<b>Atividades de Vigilância em Saúde</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificação das mulheres com resultados positivos a investigação ou ao rastreamento para vigilância do caso, acompanhamento segundo recomendação e convocação quando necessário.</li> <li>Identificação da população feminina na faixa etária prioritária para rastreamento.</li> <li>Monitoramento dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento.</li> </ul>	Equipe multiprofissional
	<b>Educação em saúde</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientação individual ou coletiva sobre estilo de vida saudável e prevenção de câncer.</li> <li>Orientações individuais e coletivas para mulheres sobre detecção precoce do câncer de mama: possíveis alterações nas mamas (breast awareness), principais sinais e sintomas do câncer de mama, limites e riscos das ações de rastreamento.</li> </ul>	Equipe multiprofissional



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

**QUADRO 8 – MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO: INTERPRETAÇÃO,  
RISCO DE CÂNCER E RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA**



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

CATEGORIA BI-RADS®	INTERPRETAÇÃO	RISCO DE CÂNCER	RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA
0	Exame inconclusivo	Indeterminado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação adicional com incidências e manobras.</li><li>• Correlação com outros métodos de imagem, conforme recomendação do médico radiologista, sendo a ultrassonografia de mamas a mais comum.</li><li>• Comparação com mamografia feita no ano anterior.</li></ul>
1	Exame negativo	0%	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.</li></ul>
2	Exame com achado tipicamente benigno	0%	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rotina de rastreamento conforme a faixa etária, fora de risco.</li></ul>
3	Exame com achado provavelmente benigno	< 2%	<ul style="list-style-type: none"><li>• Controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes.</li><li>• A paciente pode ser encaminhada à mastologia para acompanhamento compartilhado, mantendo a equipe na coordenação de cuidado, atenta às ações nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.</li></ul>
4	Exame com achado suspeito	2% a 95%, a depender do grau de suspeição	<ul style="list-style-type: none"><li>• Deverão ser encaminhadas para a unidade de referência secundária para investigação histopatológica.</li><li>• Confirmado o diagnóstico, deverá ser encaminhada à unidade de referência terciária para tratamento.</li><li>• A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.</li></ul>
5	Exame com achado altamente suspeito	> 95%	
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	100%	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer.</li><li>• A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.</li></ul>

