SUS

Secretaria de Saúde

PREFEITURA CONTAGEM

MANUAL DE ACOMPANHAMENTO E REFERENCIAMENTO PARA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA EM CONTAGEM

1ª Edição

CONTAGEM

2019

©2019. Secretaria Municipal de Saúde de Contagem.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Versão eletrônica. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem.
Para acesso à versão eletrônica, consultar o endereço: http://www.contagem.mg.gov.br

Elaboração, distribuição e informações

Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
Av. General David Sarnoff, 3113 - Cidade Industrial
Contagem – MG
CEP: 32210-110

Organização e Edição Técnica

Ivana Santana Andrade

Elaboração Técnica

Ana Carolina Silva Antunes de Menezes
Carolina Hespanha Almeida
Karla Andrea Aguilar de Paula Marques
Denise Alves da Silva
Fernanda Cunha de Carvalho
Grace Daniella Piacesi Chaves
Ivana Vilela Teixeira
Juscélio Pereira da Silva
Letícia Campos Cunha Marinho de Souza
Maria Izabel Chagas Costa
Maria Thereza Pace Boardman
Silviane Flávia de Souza Andre
Simone Rodrigues de Sá
Viviane dos Reis Gade Cruz
Wilton Braga de Oliveira Junior

Ficha Catalográfica

Contagem. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Acompanhamento eReferenciamento para ginecologia em Contagem.** Contagem, 2019. 28p

CONTEÚDO

1. INTRODUÇÃO **5**

2. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER ABORDADAS E CONDUZIDAS PELO MÉDICO GENERALISTA E ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE **6**

2.1 Saúde sexual, reprodutiva e planejamento familiar: **6**

2.1.1 Detecção da Infertilidade 6

2.2 Assistência à Gestante **6**

3. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA GINECOLOGIA DA ATENÇÃO BÁSICA **9**

3.1 Saúde sexual, reprodutiva e planejamento familiar: **9**

3.1.1 Climatério: 9

3.1.1Casais em avaliação da infertilidade; 9

3.1.2Sangramento uterino anormal (SUA) crônico ou agudo leve: 9

3.1.3 Massas anexiais: 9

3.1.4 Miomatose confirmada por USG: 9

3.1.5 Anormalidades na Estática Pélvica: 9

3.1.6 Dor Pélvica Crônica/ Endometriose: 10

3.1.7 Amenorreia (Sempre descartar gravidez na investigação inicial de Amenorreia): 10

3.1.8 Vaginismo: 10

3.1.9 Pólipos cervicais: 10

3.2 Assistência à Gestante **10**

3.2.1 Acompanhamento pré–natal: 10

3.3 Acompanhamento do puerpério patológico: realizar a consulta do puerpério patológico de todas as parturientes de sua área de abrangência; **11**

4. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA GINECOLOGIA/OBSTÉTRICA DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO (PNAR) **13**

4.1 Características individuais e condições sócio demográficas: **13**

4.2 Condições clínicas PRÉVIAS À GESTAÇÃO: **13**

4.3 Doenças hematológicas **13**

4.4 Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular, paraplegia, tetraplegia e outras). **14**

4.5 Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome anti-fosfolipídeo, artrite reumatóide, esclerose múltipla, outras colagenoses). **14**

4.6 Ginecopatias: **14**

4.7 Transplantes **14**

4.8 Cirurgia bariátrica 14
4.9 Câncer: os de origem ginecológica OU invasores OU que estejam em tratamento OU que possam repercutir na gravidez. 14
4.10 História reprodutiva anterior 14
4.11 Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual. 14
4.12 Doenças infecciosas: 15
4.13 Suspeita atual de insuficiência cervical / incompetência istmo-cervical 15
4.14 Anemia (hemoglobina <8g/dl) OU anemia refratária a tratamento. 15
4.15 Níveis de plaquetas abaixo de 100.000 mm3 15
4.16 Hemorragias do segundo e terceiro trimestre da gestação: 15
4.17 Colestase gestacional (prurido gestacional, icterícia persistente) 15
4.18 Isoimunização Rh: 15
4.19 Desvio quanto ao crescimento uterino: 15
4.20 Desvio quanto ao volume de líquido amniótico: 15
4.21 Acretismo placentário e placenta prévia total (em qualquer idade gestacional) . 15
4.22 Malformação fetal e/ou arritmia cardíaca fetal. 15
5. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA CAGEP (CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA) 16
6. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA GINECOLOGISTA COLPOSCOPISTA 19
7. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA O CENTRO MATERNO INFANTIL (CMI), INCLUSIVE CASOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA GINECOLÓGICA: 21
7.1 Urgências e Emergências obstétricas 21
7.2 Algumas condições no puerpério também deverão ser encaminhadas ao CMI: ... 22
7.3 Urgência e emergência ginecológicas 23
8. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA GINECOLOGIA ONCOLÓGICA (VIA CEAPS – CASOS DE ALTA SUSPENSÃO) 24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 25
ANEXO 1- MEDICAMENTOS E EXAMES LABORATORIAIS QUE A ENFERMAGEM PODE PRESCREVER/ TRANSCREVER 26

1. INTRODUÇÃO

O Médico Generalista e o Enfermeiro das Unidades Básicas de Saúde são competentes para o atendimento da maioria das condições clínicas na mulher. Nesse sentido, o Ginecologista deve lidar com situações clínicas específicas para esta população.

Este Manual foi elaborado com o objetivo de aperfeiçoar o uso dos recursos em saúde, impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão dos fluxos de referenciamento aos ginecologistas, discriminando as principais situações clínicas de atribuição desses profissionais.

Tendo como foco a Atenção Básica, é fundamental haver uma comunicação entre profissionais para estabelecer uma linha de cuidado integral e longitudinal à paciente. Para efetivar essa ação, é necessário implementar fluxos de referenciamento bem delineados, que estabeleçam quais são os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados pela Atenção Básica.

Caso haja encaminhamento, é essencial o preenchimento correto da guia, contendo além das particularidades de cada quadro clínico, os seguintes itens:

- Identificação da paciente (nome completo, endereço, telefone, idade, Cartão Nacional de Saúde – CNS);
- Sinais e sintomas;
- Exame físico e ginecológico (exame especular e/ou toque vaginal);
- Se a paciente está na menopausa e há quanto tempo, se relevante para o quadro clínico;
- Resultado de exames relevantes, com a data;
- Medicamentos em uso e tratamentos prévios da condição (com dose e posologia).

2. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER ABORDADAS E CONDUZIDAS PELO MÉDICO GENERALISTA E ENFERMEIROS DASUNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

2.1 Saúde sexual, reprodutiva e planejamento familiar:

- Pacientes para coleta de material do examecitopatológico do colo uterino;
- Pacientes para introdução (primeira prescrição) de contracepção oral (médicos e enfermeiros) ou injetável (médico) e manutenção do método;
- Pacientes com vaginite ou vaginoses;
- Pacientes com alterações fisiológicas do colo uterino, como ectrópio ou cistos de Naboth;
- Pacientes com dor pélvica de causa não ginecológica, como constipação ou de fundo psicogênico;
- Pacientes com "relato de fogacho" com ciclos menstruais presentes;
- Planejamento familiar com orientações quanto aos métodos contraceptivos ofertados pelo SUS;
- Acompanhamento de usuárias de DIU: a partir do aniversário de 1 ano de inserção.

2.1.1 Detecção da Infertilidade

- Identificação do casal infértil:
  Definição: Incapacidade do casal em gestar após 12 meses de relação sexual sem métodos contraceptivos em mulheres com até 35 anos, ou após 6 meses nas mulheres acima de 35 anos.

- O Médico Generalista deverá solicitar exames laboratoriais antes do encaminhamento ao ginecologista da Atenção Básica:
  I. Mulheres:HBSAg, anti HCV, anti HIV, Rubéola IgG, Clamídia IgG, HTLV I/II, VDRL e Glicemia de Jejum;
  II. Homens:HBSAg, anti HCV, anti HIV, HTLV I/II, VDRL Espermograma. Se espermograma alterado solicitar testosterona total e FSH;
  III. Exame de imagem:
     - Ultrassom transvaginal (avaliar útero e anexos)
     - Ultrassom de bolsa escrotal, se alteração no espermograma.

2.2 Assistência à Gestante

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal.

Preconiza-se a realização de no mínimo 7 consultas de pré-natal e consulta puerperal, intercaladas entre o médico e o enfermeiro, com a seguinte periodicidade:

- ✓ 02 consultas no primeiro trimestre;
- ✓ 02 consultas no segundo trimestre;

- ✓ 03 consultas no terceiro trimestre;
- ✓ 02 consultas de puerpério (uma na primeira semana e a outra de 30até 42 dias após o parto).

Calendário Mínimo de Consultas		
Trimestre de Gestação	**Consultas**	**Profissional Responsável**
Primeiro trimestre	Mínimo de 2 consultas	Médico/ Enfermeiro (1ª consulta Preferencialmente com Enfermeiro)
Segundo trimestre	Mínimo de 2 consultas	Consultas intercaladas entre o Médico e Enfermeiro
Terceiro trimestre	Mínimo de 3 consultas	
Puerpério	Primeira consulta Puerperal (ações da primeira semana)	Médico/ Enfermeiro (Preferencialmente com Enfermeiro)
	Segunda consulta Puerperal (até 42 dias do parto)	Médico/ Enfermeiro

O quadro acima leva em consideração a gestante que inicia o pré-natal no primeiro trimestre. Caso a mesma inicie o acompanhamento tardiamente, deve-se levar em consideração a idade gestacional para definição do profissional que deverá realizar a consulta (médico ou enfermeiro) e o intervalo dos exames. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas, respeitando os intervalos abaixo:

- ✓ Até 32ª semana – mensalmente;
- ✓ Da 33ª até a 36ª semana – quinzenalmente
- ✓ Da 37ª até a 41ª semana – semanalmente.

É imprescindível que todas as consultas de pré-natal/ resultados de exames/ vacinas aplicadas, dentre outras informações relevantes, sejam registradas no Cartão ou Caderneta da Gestante, no prontuário e no sistema e-SUS.

Não existe "alta" do pré-natal antes do parto. Quando o parto não ocorrer até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a Maternidade de Referência para avaliação do bem-estar fetal e assistência ao parto. Após o parto deve-se realizar a primeira consulta de puerpério na primeira semana com o agendamento da segunda consulta até o 42º dia após o parto.Em caso de intercorrências ou outras alterações, deverá ser garantido atendimento a gestante ou parturiente na unidade antes do retorno programado.

O Ministério da saúde e a lei do Exercício Profissional regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 autorizam o profissional enfermeiro acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde (BRASIL, 2012). Além disso, segundo resolução COFEN 0477 de 14 de abril de 2015 que dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência as gestantes, parturientes e puérperas em seu artigo 3º descreve que o enfermeiro como integrante da equipe de saúde realiza assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido, prescrição da assistência de enfermagem, prescrição de medicamentos e participação em programas de atenção à saúde sexual e reprodutiva.

OBSERVAÇÃO: *Todos os medicamentos e exames prescritos pelos Enfermeiros da Atenção Básica devem estar de acordo com o Padronizado pelo Município*. (ANEXO 1)

LINHA DO TEMPO PARA O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Semanas Gestacionais

1º trimestre | 2º trimestre | 3º trimestre | 1ªConsulta Puerperal e do RN | 2ª Consulta Puerperal

Ações da 1ª semana de saúde | Até 42 dias após o parto

1ª | 14ª | 18ª | 22ª | 24ª | 28ª | 32ª | 34ª | 35ª | 36ª | 37ª | 40ª | 41ª

Consultas mensais | Consultas quinzenais | Consultas semanais

US TranslucênciaNucal (1 -14 semanas).

1ª CONSULTA (ATÉ 12 s IDEALMENTE)

US Obstétrico[1] (a partir de 22 semanas.)

***Exames do 3º trimestre (entre 29ª e 36ª):** Eritrograma, Toxo para susceptíveis (IgG e IgM), Testes rápido (HIV , Sífilis e Hepatie C) ou VDRL e HIV (sorológico), Glicemia de Jejum, eritrograma, EAS/cultura, coombs indireto se Rh negativo).

***Encaminhar ao CMI para realização de cardiotocografia e possível indução do parto.**

-Levantar informações do parto/internação;
- Levantar queixas e atentar-se para sinais de alerta;
-Rever esquema vacinal;
-Apoiar a Amamentação;
-Manter sulfato ferroso materno;
- Orientar cuidados básicos com RN e planejamento familiar;
- Se Puerpério patológico: encaminhar ao ginecologista da AB;
- Evoluir e lançar no E-SUS.

***Anamnese:**
-Gravidez planejada? Falha de método?
-HP: comorbidades, hábitos nocivos, vacinas;
- HO: GPA, intercorrências;
- HF: comorbidades; social, violência;
- Gestação atual:

*Exame Físico Geral e Obstétrico:
- Peso, altura, IMC, PA. (após 12s: MF, AU e BCF).

*Estratificação de risco gestacional (com encaminhamentos se necessário).

*Exames rotina: GS/Rh; C.I, Eritrograma, GJ, Toxo (IgG e IgM), EAS, TSH, UC, Eletroforese de Hb,Testes rápido (HIV ,Sífilis e Hepatite B e C) e papanicolau (se necessário).

*Orientações e plano de cuidados [atualizar vacinas (antitetânica, Hep B, Influenza), sinais de risco, repelente, orientações higiênico-dietéticas, educação em saúde, etc].<u>Orientar sobre pré-natal do parceiro</u>.

* Prescrever Acido fólico 400 µc/dia ou 0,4 mg/dia até o 3º mês para prevenção de má formação do tubo neural e/ou até o final para prevenção de anemia

*Preencher e entregar a caderneta da gestante

*Evoluir em prontuário e lançar dados no E-SUS.

*Prescrever repelente e orientações prevenção Dengue

***Exames do 2º Trimestre (entre 24ª e 28ª):** Hemograma, Toxo para susceptíveis (IgG e IgM), Testes rápido (HIV, Sífilis e Hepatite C) ou VDRL e HIV (sorológico), Teste oral de tolerância a Glicose (TOTG- Jejum, 1 e 2 horas após 75g de dextrosol), coombs indireto (se Rh negativo) EAS/cultura

***Entre 35 e 37 semanas:** Coleta amostra para a triagem Pré-Natal do Streptococcus β Hemolítico

***Encaminhar ao CMI para realização de cardiotocografia no plantão**

***Pacientes com histórico de 02 ou mais cesáreas prévias:** Encaminhar ao CMI para agendamento de cesárea eletiva. Em caso de cesariana+ STB: encaminharem posse do termo de consentimento livre esclarecido para STB (se desejo da paciente após realização do planejamento familiar 60 dias antes do procedimento)

Indicação de US
1 . A gestante terá acesso a 1 US simples de rotina. A IG ficará á critério do prenatalista e de acordo com indicação. Sugerimos a partir de 22 semanas. Se necessário outro US será diagnóstico e deverá ser encaminhado para CEAPS

CONDUTAS DE ROTINA NAS CONSULTAS SUBSEQÜENTES DO PRE-NATAL

- Intercalar (idealmente) consultas entre médico e enfermeiro; - Avaliação clínico-obstétrica e anamnese atual: exame físico geral e obstétrico- Peso, IMC, PA, inspeção de pele e mucosas, mamas, palpação obstétrica e medida da AU, pesquisa de edemas, BCF, - Confirmação e Cálculo de IG; -Controle do calendário de vacinação (dTpa a partir de 20 semanas); - Solicitação e interpretação de exames laboratoriais; - Prescrição do Sulfato Ferroso profilático 40 mg 01cp 30 minutos antes do almoço a partir de 20 semanas de gestação até 03 meses após o parto. -Orientar e estimular aleitamento materno	- Realizar estratificação de risco gestacional em todas as consultas, <u>manter acompanhamento compartilhado na Unidade Básica mesmo se estiver no PNAR;</u> - Encaminhar para consulta odontológica na 1º consulta - Acompanhamento de condutas e reavaliação do plano de cuidados elaborado (inclusive do ginecologista da AB e PNAR); - Ações educativas (individuais ou em grupo) incluindo o planejamento familiar (Orientar sobre métodos e sobre o serviço de inserção de DIU no pós-parto imediato do CMI); - Ofertar visita ao CMI; - Agendar consulta subseqüente. - Registrar em prontuário, caderneta da gestante e E-SUS;

3. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA GINECOLOGIA DA ATENÇÃO BÁSICA

3.1 Saúde sexual, reprodutiva e planejamento familiar:

- Inserção de DIU erevisões clínicas de 30 dias e 06 meses após inserção;
- Condiloma Acuminado / Verrugas Virais:

Em lesões retais ou lesões perianais extensas ou numerosas deve ser realizado o encaminhamento para proctologia.

3.1.1 Climatério:

- Terapia de reposição hormonal;
- Prolapso genital;
- Menopausa precoce (antes dos 40 anos);
- Todas as pacientes sintomáticas.
- Mulher na menopausa com:

I. Espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm, evidenciada na ecografia pélvica transvaginal;

II. Sangramento uterino anormal e impossibilidade de solicitar ecografia pélvica transvaginal.

3.1.1Casais em avaliação da infertilidade;

3.1.2 Sangramento uterino anormal (SUA) crônico ou agudo leve:

- Após estabelecido do plano terapêutico o seguimento poderá acontecer em conjunto ao generalista da atenção básica.

3.1.3Massas anexiais:

- Cistos simples em mulher na menopausa;
- Cistos simples em mulheres na menarca:
  - Menor que 8,0 cm que não tenham regredido em duas ecografias pélvicas transvaginais com intervalo de 9 meses entre elas;
  - Maior ou igual a 8,0 cm.

3.1.4 Miomatose confirmada por USG:

- Quando associada a sintomas - sangramento, distensão abdominal/pélvica, dispareunia;
- Em mulheres em idade fértil com desejo de engravidar.

3.1.5Anormalidades na Estática Pélvica:

- Paciente com prolapso genital sintomática, independente do grau, que deseja tratamento cirúrgico;
- 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, como perda de peso quando necessário, diminuição da ingesta de cafeína/álcool).

3.1.6 Dor Pélvica Crônica/ Endometriose:

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

3.1.7 Amenorreia (Sempre descartar gravidez na investigação inicial de Amenorreia):

- Amenorreia Primária:

I. Maiores de 14 anos sem caracteres sexuais secundários;
II. Maiores de 16 anos com caracteres sexuais secundários.

- Amenorreia Secundária:

I. Falência ovariana precoce (menores de 40 anos);
II. História de exposição à rádio e/ou quimioterapia no passado.

3.1.8 Vaginismo:Contração involuntária dos músculos próximos à vagina. Caso julgue necessário, o profissional médico da AB deve referenciar a paciente para avaliação com o ginecologista.

3.1.9 Pólipos cervicais:para retirada em presença de queixa de sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumentado e/ou sangramento discreto entre as menstruações.

3.2 Assistência à Gestante

O encaminhamento da gestante ao ginecologista da AB não interrompe o acompanhamento desta pela equipe da UBS, podendo haver alternância de consultas entre o ginecologista e a equipe de saúde da UBS seguindo orientações e sugestões de condutas do plano de cuidado.

É atribuição dos profissionais ginecologistas da AB informar as equipes de saúde o plano terapêutico estabelecido para cada paciente.

O ginecologista deve reencaminharaos profissionais responsáveis pelo acompanhamento (médico generalista ou enfermeiro) das gestantes referenciadas inadequadamente (em não conformidade com este protocolo), por meio de guia de contrarreferênciae com discussão do caso por telefone e/ou pessoalmente.

3.2.1 Acompanhamentopré–natal:

- Pacientes menores de 14 e maiores de 40 anos, com o atendimento compartilhado com a ESF;
- IMC entre 35 e 39,9 kg/m2 (obesidade grau II) com o atendimento compartilhado (avaliação nutricional pela equipe de NASF e da Atenção Básica);
- Asma intermitente, controlada, com prescrição de broncodilatador inalatório apenas se crise;
- Ganho de peso inadequado de acordo com o gráfico de acompanhamento nutricional da caderneta da gestante salvo obesidade grau III e Desnutrição - (IMC < 19KG/M²);
- Sífilis diagnosticada durante a gestação em equipes de saúde sem referência médica;

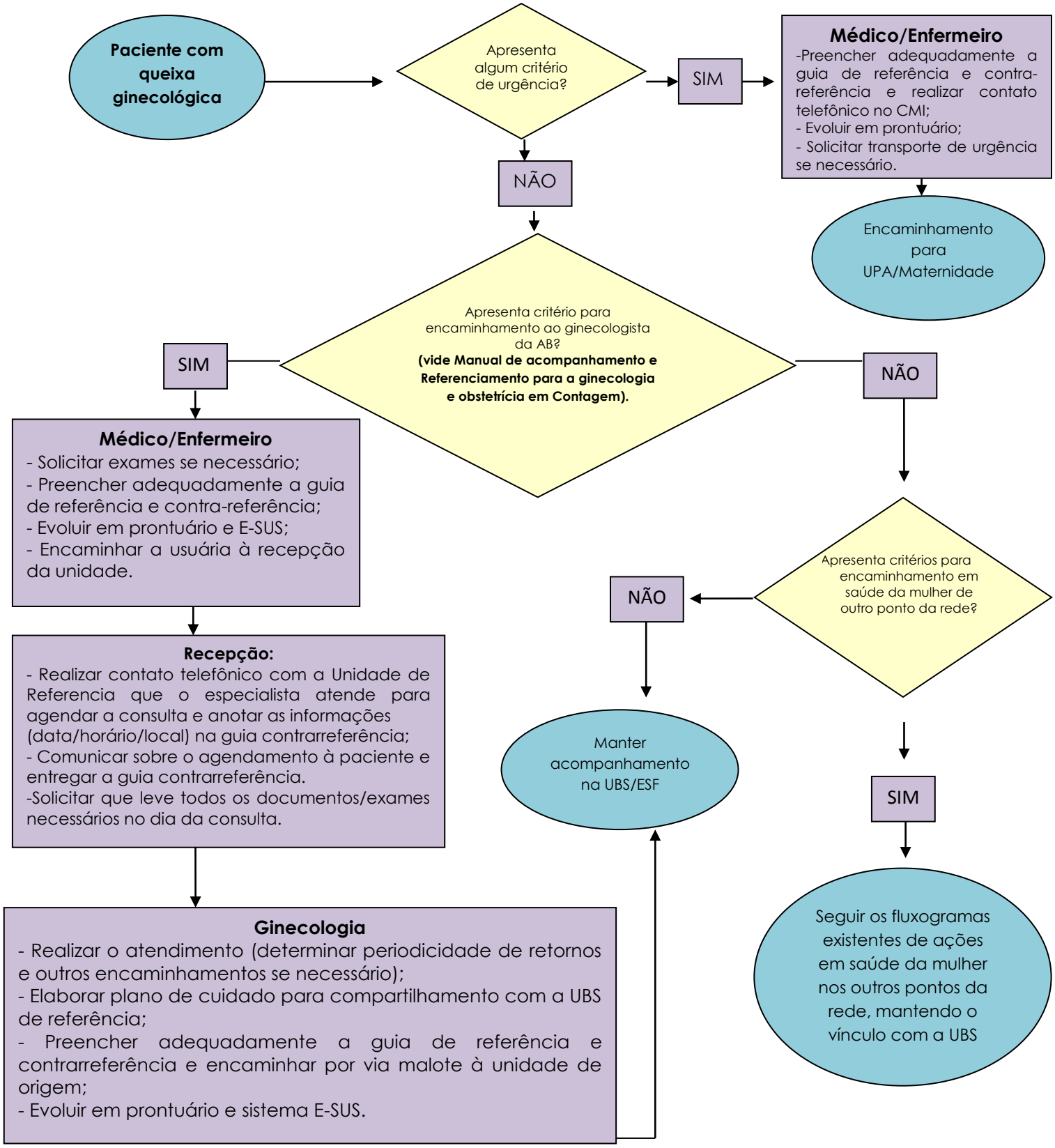
- Ultrassonografia revelando placenta prévia parcial ou marginal após 20 semanas de gestação;
- Gestantes com hemoglobina entre 9 e 10 g/dl;
- Gestantes com quadro de depressão remitida em fase de manutenção do tratamento (incluir obrigatoriamente a avaliação pela equipe de saúde mental da Atenção Básica- AB);
- Suspeita/confirmação de Arbovirose. Se confirmado Zika encaminhar para PNAR
- Gestação atual em boa evolução com histórico de duas ou mais síndromes hipertensivas anteriores;
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo com bom controle pressórico;
- Cesariana prévia com incisão longitudinal;
- Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal (necessário acompanhamento conjunto a equipe de saúde mental da AB);
- Infecção urinária de repetição (≥3 episódios)OU ≥ 1 episódio de pielonefrite;
- Condiloma acuminado **QUANDO COM** verruga viral no canal vaginal ou colo uterino OU lesões extensas / numerosas localizadas em região genital ou perianal: Nunca usar podofilina, podofilotoxina ou iniquimod durante a gestação. Não indicar parto cesariano, exceto se houver obstrução completa do canal do parto (Se necessário acompanhamento conjunto a colposcopia);
- Placenta Prévia Parcial ou marginal **SE** idade gestacional **ACIMA** de 20 semanas;
- Alterações na medida de altura uterina persistente.

3.3 Acompanhamento do puerpério patológico: realizar a consulta do puerpério patológico de todas as parturientes de sua área de abrangência;

IMPORTANTE: O ginecologista da Atenção Básica, além de realizar o atendimento as condições clínicas de sua competência descritas nesse Manual, também deverá desenvolver as seguintes competências/atribuições no apoio a equipe:

- ✓ Discussão das fichas de investigações de óbito materno ocorridos na área de abrangência;
- ✓ Ações de educação permanente aos profissionais de suas equipes de saúde de referência;
- ✓ Realização de procedimentos diferenciados de semiologia e na interpretação dos resultados de exames complementares, auxiliando as equipes de Atenção Básica.
- ✓ Apoio técnico as equipes da atenção básica na condução de casos ginecológicos específicos e nos atendimentos que não se enquadre neste manual, conforme pactuação distrital.

FLUXOGRAMA 1 - REFERENCIAMENTO PARA O ATENDIMENTO DO GINECOLOGISTADA AB



4. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA GINECOLOGIA/OBSTÉTRICA DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO (PNAR)

O encaminhamento da gestante ao Pré Natal de Alto Risco (PNAR) não interrompe o acompanhamento pela equipe da UBS, podendo haver alternância de consultas entre o PNAR, ginecologista da AB e a equipe de saúde da UBS.

É atribuição dos profissionais do PNAR encaminhar as equipes de saúde o planodecuidados estabelecido para cada paciente.

O serviço de pré-natal de alto risco deve reencaminhar ao Centro de Saúde as gestantes referenciadas inadequadamente ao pré-natal de alto risco (em não conformidade com este protocolo), por meio de guia de contra-referencia, explicitando os critérios não atendidos e se necessário sugerir condutas.

4.1 Características individuais e condições sócio demográficas:

- Dependência OU uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas;
- Agravosalimentares e nutricionais:
  - ObesidadegrauIII (IMC ≥ 40 kg/m²) / Desnutrição - (IMC < 19KG/M²);
  - Hipovitaminoses;
  - Anorexia nervosa/Bulimia nervosa.

4.2 Condições clínicas PRÉVIAS À GESTAÇÃO:

- Doença psiquiátrica grave que necessite de acompanhamento com especialista - psicose, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outros transtornos GRAVES – referenciar ao PNAR e a equipe intermediária de saúde mental;
- Hipertensão arterial crônica descompensada, de difícil controle ou que necessite troca da medicação;
- Doenças genéticas maternas (malformação em uma única gestação não é critério de risco para a gestação atual);
- Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar);
- Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação) OU infarto agudo do miocárdio;
- Pneumopatias graves - asma persistente em uso de medicamentos contínuos – corticóide oral e/ou corticóide inalatório e/ou broncodilatador inalatório, DPOC, fibrose cística;
- Nefropatiasgraves (insuficiência renal, rins policísticos);
- Endocrinopatias (diabetes mellitus, hipotireoidismo com tratamentomedicamentoso e hipertireoidismo).

4.3 Doenças hematológicas

- Doença falciforme (hemoglobina SS ou SC);
  - *Encaminhar gestante SS ou SC concomitantemente para medicina fetal.*
  - *Gestante cuja eletroforese de hemoglobina evidenciar traço falciforme (hemoglobina AS ou AC) <u>deve manter pré-natal na Atenção Básica com generalista.</u>*
- Púrpura trombocitopênica idiopática, coagulopatias;

- Talassemia (suspeitar de talassemia quando hemoglobina A2 maior ou igual a 3,5%).

4.4 Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular, paraplegia, tetraplegia e outras).

4.5 Doenças autoimunes(lúpus eritematoso, síndrome anti-fosfolipídeo, artrite reumatóide, esclerose múltipla, outras colagenoses).

4.6 Ginecopatias:

- Malformações uterinas (útero bicorne);
- Miomas intramurais com diâmetro > 4 cm ou;miomas múltiplos ou;
- Miomas submucosos.

4.7 Transplantes

4.8 Cirurgia bariátrica

4.9 Câncer: os de origem ginecológica OU invasores OU que estejam em tratamento OU que possam repercutir na gravidez**.**

4.10 História reprodutiva anterior

- Morte perinatal inexplicada;
- Abortamento habitual (3 ABORTOS CONSECUTIVOS OU 5 ABORTOS INTERCALADOS COM GESTAÇÕES VIÁVEIS);
- História prévia de insuficiência cervical / incompetência istmo-cervical;

- Se idade gestacional menor que 12 semanas encaminhar concomitantemente ao Complexo Materno Infantil de Contagem para avaliação da indicação de cerclagem.

- Isoimunização Rh em gestação anterior (gestante Rh negativo com COOMBS indireto positivo);
- Acretismo placentário;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva COM desfecho desfavorável materno (síndrome HELLP, eclampsia, parada cardiorrespiratória ou admissão em UTI (durante a internação e/ou perinatal);
- Prematuridade EXTREMA (gestação interrompida antes de 28 semanas).

4.11 Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual.

- Psicose, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outros transtornos **GRAVES**;
- Câncer: que esteja em tratamento OU que possam repercutir na gravidez;
- Gestação múltipla: assistência compartilhadacom o ginecologista da AB;
- Hipertensão arterial crônicadiagnosticadanagestaçãoOU hipertensão arterial gestacionalOUpré-eclampsia semcritérios de gravidade;
- Diabetes Mellitus.

Diabetes Gestacional Diagnóstico:

Glicemia jejum > = 92 mg/dl ou
Glicemia 1 hora após ingesta de 75 mg Dextrosol> = 180 mg/dl ou
Glicemia 2 horas após ingesta de 75 mg Dextrosol> = 153 mg/dl

4.12 Doençasinfecciosas:

- Sífilisterciária, resistente ao tratamento compenicilinabenzatina ou comachadosecográficossuspeitos de sífilis congênita;
- Toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus[1]; herpes simples; tuberculose; hanseníase;
- Hepatite **SE** alteração das transaminases, HbeAg positivo e alterações na ultrassonografia fetal. Encaminhar concomitantemente para interconsulta com infectologia;
- Diagnóstico de HIV/AIDS. Encaminhar concomitantemente ao Serviço de Atendimento Especializado HIV/AIDS no CCE IRIA DINIZ – SAE.

1. O exame de rastreamento de citomegalovírus não esta padronizado na rotina do pré –natal em Contagem/MG

4.13 Suspeita atual de insuficiência cervical / incompetência istmo-cervical

- *Se idade gestacional menor que 12 semanas encaminhar concomitantemente ao Centro Materno Infantil para avaliação da indicação de cerclagem.*

4.14 Anemia (hemoglobina<8g/dl)OUanemia refratária a tratamento.

- *Anemia (hemoglobina< 6 g/dl encaminhar para avaliação no Complexo Materno Infantil de Contagem)*

4.15 Níveis de plaquetas abaixo de 100.000 mm3

4.16 Hemorragias do segundo e terceiro trimestre da gestação:

- *Se sangramento ativo referenciar para avaliação no Complexo Materno Infantil de Contagem.*

4.17 Colestase gestacional (prurido gestacional, icterícia persistente)

4.18 Isoimunização Rh:

- Gestante Rh negativo com COOMBS indireto positivo (independente do grupo sanguíneo paterno).
  - *Encaminhar concomitante à medicina fetal via CEAPS.*

4.19 Desvio quanto ao crescimento uterino:

- CIUR ou macrossomia confirmados pelo US.

4.20 Desvio quanto ao volume de líquido amniótico:

- Oligodrâmnio ou polidrâmnio assintomáticos, confirmados pelo US;
  - *Se avaliação clínica ou ultrassonografia com sinais de sofrimento fetal referenciar ao Complexo Materno-infantil de Contagem.*

4.21 Acretismo placentário e placenta prévia total (em qualquer idade gestacional)

4.22 Malformação fetal e/ou arritmia cardíaca fetal.

- *Encaminhar concomitantemente para medicina fetal;*

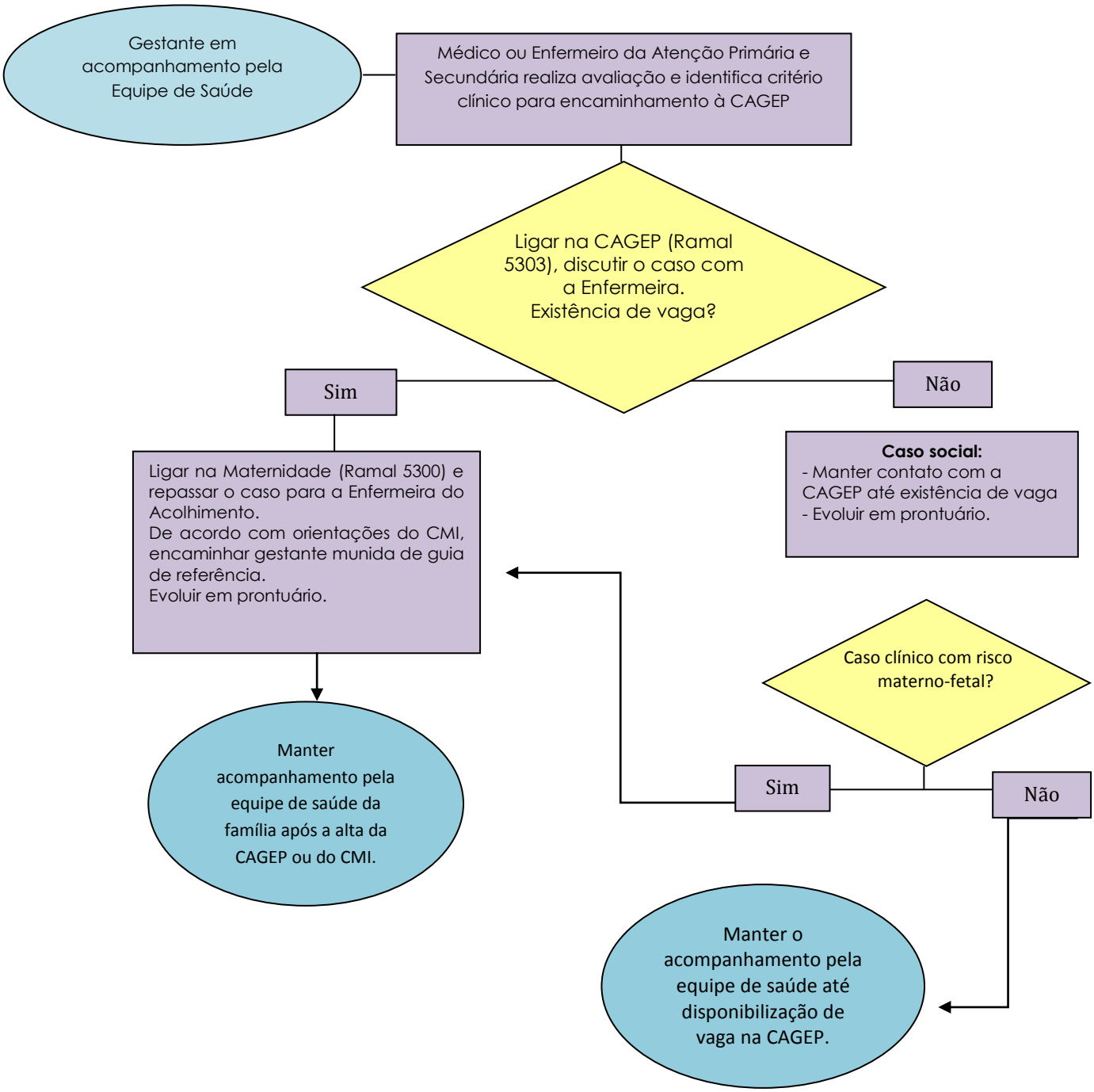
5. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA CAGEP (CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA)

A CAGEP estará disponível para as **gestantes** que necessitarem de atenção diária pela equipe de saúde, por apresentar situação de vulnerabilidade ou necessitar de vigilância mais frequente de suas condições de saúde nos seguintes casos:

- Necessidade de avaliação periódica do bem-estar materno em comorbidades descompensadas (diabetes, controle pressórico, obesidade mórbida, tireoideopatias, colagenoses, cardiopatias, valvulopatias, doenças pulmonares como asma e DPOC, malformações uterinas, miomas intramurais ou múltiplos e miomas submucosos ou útero bicorno);
- Patologia clínicas maternas controladas que necessitem transição, adaptação do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar: diabete gestacional em uso de insulina, iniciado na internação na enfermaria do Alto Risco do Centro Materno Infantil; tromboembolismo tratado, em ajuste empírico de dose anticoagulante, mulheres em situação de vulnerabilidade social em tratamento de infecções urinárias.
- Gestantes em controle ultrassonográfico periódico de bem estar fetal por: comorbidade materna (diabetes materno, doença tireoidiana materna ou doença hipertensiva, anemia materna grave, infecções por sífilis, rubéola, toxoplasmose, HIV, hepatites, etc) e/ou fetal (CIUR, má formações fetais compatíveis ou incompatíveis com a vida; oligoidrâmino idiopático ou em investigação, na ausência de insuficiência placentária; poliidrâminio idiopático ou em investigação);
- Rotura prematura de membranas (manejo conservador na ausência de trabalho de parto ativo);
- Gestantes em fase latente de trabalho de parto, que dependam do transporte coletivo para retorno ao seu domicílio em horários noturnos;
- Gestantes com risco de parto prematuro por dilatação cervical avançada;
- Gestantes em situação conjugal insegura ou conflitos familiares, condições ambientais desfavoráveis que caracterizem riscos;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Gestantes com placenta prévia e ausência de sangramento, com proposta de conduta conservadora;
- Outras situações de risco materno-fetal identificado pela equipe multidisciplinar de atenção a gestante que não tenha sido aqui contemplada, desde que em conformidade com a RESOLUÇÃO SES/MG Nº 3.866.

A CAGEP também estará disponível para as **puérperas** que necessitarem de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar e/ou cujo recém-nascido encontrar-se internado em UTIN ou UCINCO no estabelecimento hospitalar e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe, além de puérperas com comorbidades em controle clínico (ANEXO 3).

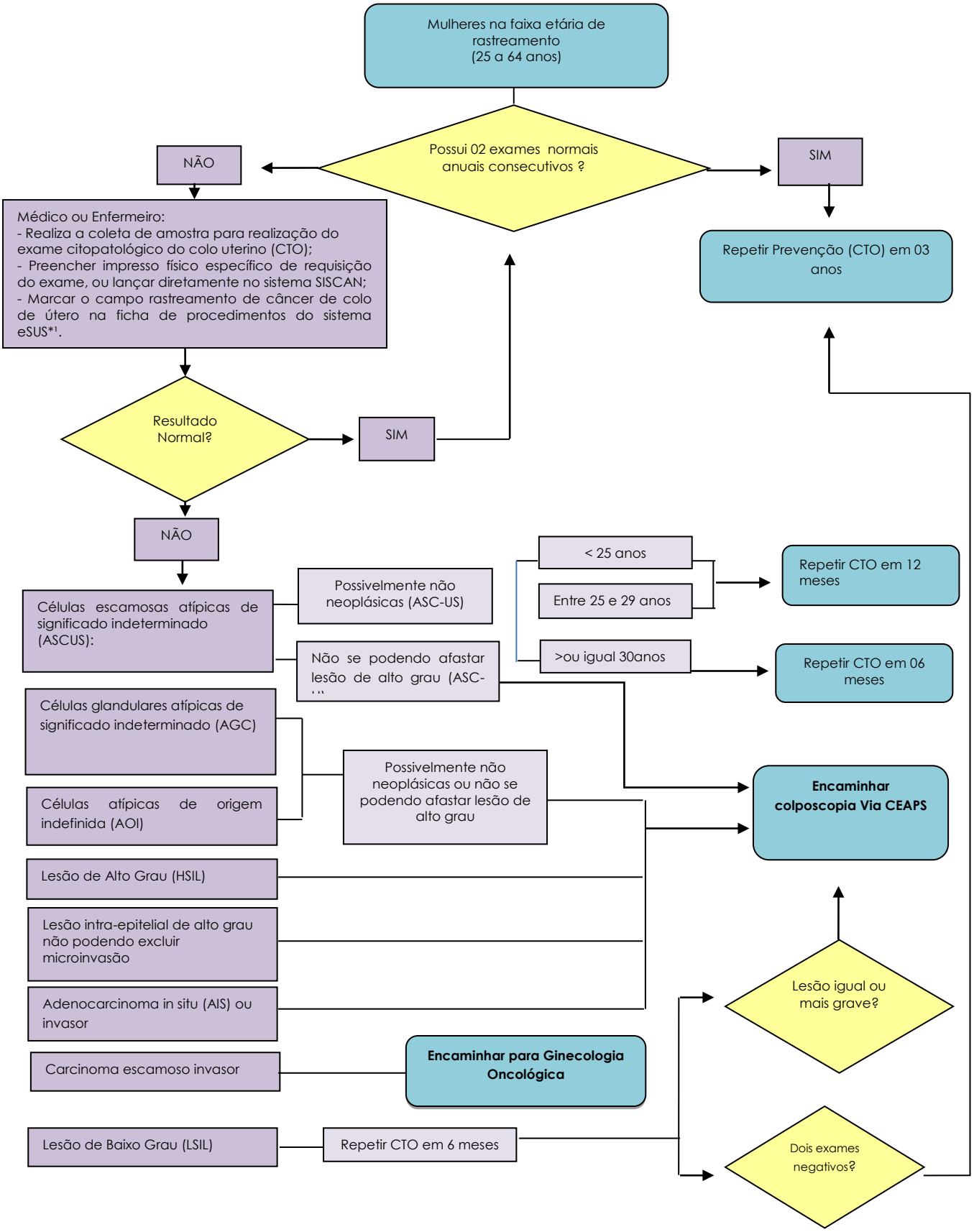
FLUXOGRAMA 2- ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES PARA CASA DA GESTANTE E DA PUÉRPERA DA MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM (CAGEP)



IMPORTANTE:
São contra indicações ao acompanhamento e permanência na CAGEP a não adaptação da gestante ao ambiente da CAGEP; uso de medicação venosa contínua na CAGEP; doença psiquiátrica em atividade; envolvimento com drogas ilícitas que coloque em risco a integridade das outras gestantes ou dos profissionais da CAGEP;
O transporte das pacientes a serem encaminhadas à CAGEP será definido após discussão do caso. Caberá ao enfermeiro obstetra da CAGEP definir junto com o profissional que está encaminhando o tipo de transporte.
As gestantes encaminhadas à CAGEP, não poderão estar internadas em nenhuma unidade da rede de saúde de Contagem.

Pacientes com resultado da coleta de material de citopatológico do colo uterino (prevenção/ CTO), alterado conforme Fluxograma de Rastreamento do Câncer de Colo Uterino.

FLUXOGRAMA3- RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO



ORIENTAÇÕES SOBRE A COLETA DE CITOLOGIA

- **Preparação da lâmina:**

- O uso de lâmina com bordas lapidadas e extremidade fosca é obrigatório.
- Verificar se a lâmina está limpa e, caso necessário, limpá-la com gaze;
- A lâmina deve ser identificada com as iniciais do nome da mulher e número do frasco utilizando-se de lápis preto nº 2 ou grafite, na extremidade fosca.

- **São critérios de rejeição da amostra pelo prestador:**

- Dados ilegíveis na identificação da amostra;
- Falta de identificação ou identificação incorreta da amostra;
- Requisições não padronizadas de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde;
- Ausência de dados referente à anamnese e ao exame clínico;
- Ausência de identificação, registro no respectivo conselho de classe e assinatura do profissional responsável pela coleta;
- Ausência do nome do Serviço de Saúde responsável pela coleta;
- Divergência entre as informações da requisição e da lâmina; bem como dos dados do Cartão Nacional do SUS;
- Lâminas quebradas;
- Material sem fixação prévia;
- Uso de fixador inadequado; e quantidade ineficiente de fixador (atentar-se para validade do fixador).

- **Rotina do SISCAN**

O lançamento da solicitação do exame citopatológico no SISCAN é de responsabilidade do profissional requisitante e deve ser feito na UBS , conforme Portaria 3.394/MS

- O preenchimento da ficha de solicitação deverá ser lançado no SISCAN pelo profissional requisitante.
-Nas UBS com computador conectado a internet e impressora, a solicitação pode ser feita em plataforma web. Após a digitação imprimir a ficha e colocar o número da lâmina, assinar e carimbar
-Nas unidades com computador e internet, mas sem impressora, as fichas deverão ser lançadas no SISCAN e ao finalizar registrar o número de protocolo gerado no sistema.
-Nas UBS sem informática as fichas continuarão sendo lançadas no SISCAN pelo prestador.

- **Avaliação do resultado:**

<u>- Para ser considerado exame normal</u>: Amostra satisfatória com as seguintes células representativas do epitélio- escamosa, glandulares e metaplásicas. Resultados normais somente com células escamosas e colo visualizado devem ser repetidos com intervalo de 1 ano e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de 3 anos;
<u>- Alterações Celulares Benignas Reativas ou Reparativas</u>: Inflamação; sem agente ou com agente microbiano (Lactobacilussp e Cocos; Chamydiasp; Actinomycessp; Cândida sp; Trichomonasvaginalis; Herpes vírus; Gardnerella / Mobiluncus); Metaplasia escamosa, Reparação, Atrofia com inflamação e Radiação são consideradas benignas para o

rastreamento do câncer do colo uterino devendo ser considerado a necessidade de tratamento clínico para cada caso;
- Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem normais (identificação dos três tipos de células com amostra satisfatória e colo visualizado), os próximos devem ser realizados a cada 3 anos;
- É considerada amostra insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por natureza técnica ou devido à presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular. Nestes casos, a mulher deve repetir o exame em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.

- **Informações relevantes:**

-Registrar o campo rastreamento de câncer de colo de útero na ficha de procedimentos do sistema eSUS
- Colo não visualizado deverá ser registrado na ficha e no prontuário e solicitar nova coleta;
- Realizar o exame a partir do rastreamento de base populacional, com busca ativa das mulheres adscritas conforme critérios estabelecidos neste documento, de forma que todas as mulheres do seu território tenham acesso;
- O início da coleta deve ser preferencialmente aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 não é prioritário, mas deverá ser avaliado aos critérios de inclusão e as queixas apresentadas deverão ser consideradas;
- Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva e com pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos;
- Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais, avaliando-se os critérios de inclusão e as queixas apresentadas;
- O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres;
- Mulheres sem história de atividade sexual não se recomenda o rastreamento do câncer do colo do útero;
- Imunossuprimidas: O exame citopatológico deve ser realizado nesse grupo 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. As mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³ devem ter priorizada a correção dos nineis de CD4 e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.

7. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA O CENTRO MATERNO INFANTIL (CMI), INCLUSIVE CASOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA GINECOLÓGICA:

Algumas queixas clínicas apresentadas devem ser sempre avaliadas considerando a presença de outros sintomas que indiquem a gravidade ou potencial de agravamento da situação bem como a necessidade de uma intervenção imediata, conforme apresentado abaixo:

7.1 Urgências e Emergências obstétricas

- Elevação da pressão arterial:
  I. Crise hipertensiva (PAS ≥ 160mmHg OU PAD ≥ 110 mmHg) / Sinais premonitórios de eclampsia/ Eclâmpsia:

Pré-eclâmpsia
Hipertensão arterial (PAS > 140 mmHg ou PAD > 90 mmHg) detectada após 20º semana gestacional associada a: - proteinúria (relação proteinúria/creatinúria> 0,3 ou fita reagente > 1+); e/ou - sintomas premonitórios (qualquer um dos sintomas): • Cefaléia persistente ou grave, o anormalidades visuais (visão turva, escotoma, fotofobia), • Dor abdominal ou epigástrica, • Náusea e vômito, • Dispnéia, dor retroesternal, • Confusão mental. <u>Pré-eclâmpsia sobreposta à Hipertensão Crônica</u> Hipertensão arterial identificada antes da 20º semana gestacional associada a: - piora de proteinúria ou do controle pressórico; e/ou - sinais e sintomas de pré-eclâmpsia.
Eclâmpsia
Crise convulsiva em paciente gestantes sem histórico de crises convulsivas independente dos níveis pressóricos.

Fonte: TelessaúdeRS adaptado de Duncan et. al (2013) e August (2015)

- Sangramento vaginal ativo moderado a intenso;
- Contrações com intervalos menores do que 5 minutos;
- Vítimas de Violência física e sexual;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento ambulatorial (hiperemêse) evômitos com sinais de desidrataçãocom ou sem repercussão hemodinâmica;
- Febre a partir de 38,0 °C com mais de 24h de evolução;
- Suspeita de pielonefrite,
- Perda de líquido vaginal;
- Parada / redução de movimentos fetais: Relato de ausência de MF por mais de 12 horas em gestação ≥ 26 semanas;
- Bradicardia ou taquicardia fetal;

- Dor de cabeça, tontura, vertigem ou perda da consciência acompanhados das seguintes condições:

I. PAS 140-159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas;
II. Dor forte moderada (5-7/10);
III. Náuseas e vômitos de início agudo ou persistentes;
IV. Febre a partir de 38,0 °C.

- Gestantes com sífilis e alérgica à penicilina (para dessensibilização) ou com suspeita de neurossífilis por sinais e sintomas neurológicos ou oftalmológicos;
- Hemoglobina ≤ 6g/dL ou anemia associada a sinais e sintomas de gravidade, como dispnéia, taquicardia, hipotensão;
- Idade gestacional a partir de 40 semanas para realizar cardiotocografia no plantão, mantendo acompanhamento no pré-natal até 41 semanas, quando é internada para indução.
- Suspeita de TVP (trombose venosa profunda) em gestantes;
- Vitalidade fetal alterada (Perfil Biofísico Fetal < 6; diástole zero em artéria umbilical; cardiotocografia com padrão não tranquilizador; ausência ou redução de movimentação fetal por mais de 12 horas, em gestação > 26 semanas), incluindo suspeita de morte fetal;
- Diagnóstico ultrassonográfico de doença trofoblástica gestacional;
- Feto pélvico confirmado por US após 34 semanas tem indicação de cesárea: encaminhar a paciente ao CMI com37 semanaspara agendamento de cesárea eletiva que será realizada com 39 semanas.
- Gestantes com 2 cesáreas prévias, encaminhar com 37 semanas para agendamento da cesárea eletiva que será realizada com 39 semanas. Nessas gestantes, caso seja solicitado STB (Salpingotripsia Bilateral) no momento da cesárea, é **imprescindível que a paciente esteja em posse doTermo de Consentimento Livre e Esclarecido para contracepção cirúrgicaassinado com pelo menos 60 dias de antecedência do procedimento cirúrgico**.
- Pacientes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/reativada; ou pacientes com suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite);
- Suspeita de Gravidez ectópica: Gestante com teste de gravidez positivo, idade gestacional acima de 5 semanas, com quadro de dor abdominal e/ou sangramento vaginal sem evidências ultrassonográficas de gravidez intrauterina, ou com dor abdominal intensa de início súbito.

7.2 Algumas condições no puerpério também deverão ser encaminhadas ao CMI:

- Ingurgitamento mamário com sinais flogísticos associados à febre;
- Infecção puerperal com sinais de gravidade (febre, secreção purulenta vaginal ou em FO (ferida operatória), sinais flogísticos em FO, sangramento e/ou corrimento vaginal com odor fétido);
- Sangramento vaginal (lóquios) aumentado (hemorragia).
- Alterações da Pressão Arterial e freqüência cardíaca conforme quadro a seguir:

Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Frequência Cardíaca
Inaudível ou abaixo de 80	**********	≥140 ou ≤59Bpm Em paciente sintomática
≥160mmHg	≥110mmHg	≥140 ou ≤50 Em paciente assintomática
≥140mmHg a 159 mmHg com sintomas	≥ 90mmHg a 109mmHg	91 a 139 bpm
Abaixo de 139mmHg	Abaixo de 89 mmHg	60 a 90bpm

Fonte: Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, 2017

7.3 Urgência e emergência ginecológicas

- Hemorragia grave: sangramento uterino anormalcom instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves;
- Dor pélvica aguda (Doença inflamatória pélvica/Torção ou ruptura de cisto ovariano)-Apresenta quadro abdominal grave (defesa muscular ou dor à palpação ou Tax> 37,8);
- Violência sexual.

8. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA GINECOLOGIA ONCOLÓGICA (VIA CEAPS – CASOS DE ALTA SUSPENSÃO)

Em qualquer faixa etária:

I. Tumores ovarianos em mulheres com sintomas (distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança hábito intestinal, etc.); ou
II. Tumores ovarianos sólidos,independente do tamanho; ou
III. Tumores ovarianos císticos com aspecto complexo (multisseptado, conteúdo misto, projeções sólidas); ou
IV. Tumores ovarianos comascite.

REALIZAR ENCAMINHAMENTO RESPONSÁVEL

PREENCHER ADEQUADAMENTE A GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA
FAZER CONTATO TELEFÔNICO NA UNIDADE DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA (MATERNIDADE) ANTES DE ENCAMINHAR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica N° 265/2013 (Atualizado em 25/11/2015). Disponível em: < http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/12/cabergolina.pdf> Acesso em: 07 de Agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ginecologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 22 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Portaria SAS/MS nº 1.325, de 25 de novembro de 2013. LEIO MIOMA DE ÚTERO. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-leiomioma-de-utero-livro-2013.pdf

CONTAGEM. Protocolos de regulação do acesso a exames de média e alta complexidade, 2017 – 2018.

UFRGS. TelessaúdeUFRGS. Regula SUS. Protocolos de Encaminhamento para Infertilidade, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Infertilidade.pdf

LORENA, Silvia Helena Tavares; BRITO, José Martins Siqueira. Estudo retrospectivo de crianças pré-termo no Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri. Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo , v. 72, n. 3, p. 360-364, jun. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abo/v72n3/v72n3a15.pdf

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE: Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante. Minas Gerais, 2016. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/16-03-10-Cartilha-Estratificao-de-risco-gestacional.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 64 p.: il.

ANEXO 1- MEDICAMENTOSE EXAMES LABORATORIAIS QUE A ENFERMAGEM PODE PRESCREVER/ TRANSCREVER

De acordo com a Portaria 001/99 SMS e Norma Técnica 001/15, que trata da delegação de atribuições aos enfermeiros da área de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, estão relacionados abaixo, os medicamentos que podem ser prescritos ou transcritos pelos enfermeiros (as).

TABELA 01- MEDICAMENTOS QUE O ENFERMEIRO PODE PRESCREVER E/OU TRANSCREVER NA

ARBOVIROSES
Sais para reidratação oral 27,9 g/envelope
Paracetamol 500 mg/comp
Dipirona 500 mg/mL - (Cada 1 mL=20 gotas) frasco 10ml
Paracetamol 200 mg/mL- frasco 15 mL

HIPERTENSÃO ARTERIAL (Manutenção da prescrição do médico (a)).
AAS 100 mg/comp
Anlodipino 5 mg/comp
Atenolol 50 mg/comp
Enalapril 5 mg e 20 mg/comp
Espironolactona 25 mg e 100 mg/comp
Furosemida 40 mg/comp
Hidroclorotiazida 25 mg/comp
Losartan 25 mg e 50 mg/comp

SAÚDE DA MULHER
Ácido Fólico 0,2mg/ml –frasco 30ml
Fluconazol 150 mg/comp (Exceto para micose de pele e unhas e contraindicado para tratamento em gestante).
Levonorgestrel 0,15 mg + Etinilestradiol 0,03 mg -cartela 21 drágeas
Levonorgestrel 0,75 mg - cartela 2 comp
Metronidazol gel Vaginal 100mg/g – bisnaga 50g (Gestante é contraindicado no primeiro trimestre da gravidez).
Metronidazol 250 mg/comp
Miconazol 20 mg/g - 2% Creme vaginal- bisnaga 80g
Noretisterona 0,35 mg - cartela 35 comp
Sulfato Ferroso 40 mg(fe)/comp

PARASITOSE EM ADULTO
Albendazol 400 mg/comp (Contraindicado para gestantes) – frasco 10ml
Albendazol suspensão oral 40 mg/mL
Ivermectina 6 mg/comp
Metronidazol 250 mg/comp
Permetrina 5% - Solução Tópica- frasco 60ml

PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO
Adesivo de Nicotina 7mg/14mg/21mg (para os pacientes inseridos no grupo classificados no Teste de fagerström <5)
Pastilha ou Goma de Mascar de Nicotina 2mg (para os pacientes inseridos no grupo e classificados no Teste de fagerström <5)

DIABETS MELLITUS (Manutenção da prescrição do médico (a)).
Glibenclamida 5 mg/comp
Insulina NPH 100 ui/mL humana; frasco 10 mL
Insulina regular 100 ui/mL humana; frasco 10 mL
Metformina 850 mg/comp

SAÚDE DA CRIANÇA
Dipirona 500 mg/mL - (Cada 1 mL=20 gotas) Frasco 10ml (RN com febre deve-se encaminhar para a consulta médica imediatamente, devido ao risco de complicações e de óbito; para reação vacinal/ Iminência de convulsão/resfriado comum).
Ivermectina 6 mg/comp
Miconazol 2% Creme Vaginal – bisnaga 80g
Nistatina 100.000 UI/mL -50 ml
Paracetamol 200 mg/mL; gotas; 15 mL (RN com febre deve-se encaminhar para a consulta médica imediatamente, devido ao risco de complicações e de óbito; para reação vacinal/ Iminência de convulsão/resfriado comum).
Sais para reidratação oral 27,9 g/envelope
Cloreto de Sódio 0,9% NASAL – frasco 30ml
Sulfato Ferroso 25 mg(fe)/mL (Apenas profilático).

PARASITOSE EM CRIANÇA
Albendazol 400 mg/comp
Albendazol suspensão oral 40 mg/mL – frasco 10ml
Ivermectina 6 mg/comp
Metronidazol 250 mg/comp
Metronidazol a 4% (Suspensão) - Frasco 100mL (crianças acima de um ano).
Permetrina 5% - Solução Tópica – Frasco 60ml

ATENÇÃO BÁSICA CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS.

TUBERCULOSE (Manutenção da prescrição do médico (a)).
Etambutol 400 mg/comp
Isoniazida 100 mg/comp
Pirazinamida 500 mg/comp
Pirazinamida Suspensão 30mg/mL
Rifanpicina 150mg +Isoniazida 75mg + Pirazinamida 400mg +Etambutol 275mg (4:1)
Rifanpicina 20 mg/mL
Rifanpicina 150 mg/comp +Isoniazida 75 mg/comp
Etionamida 250 mg/comp
HANSENÍASE (Manutenção da prescrição do médico (a)).
Hanseníase - Blisters Multi e Paucibacilar

OUTROS (PARA > 12 ANOS)
Dexametasona 10 g – 1mg/g. Tubo 10g
Loratadina 10 mg/comp
Complexo B VIT (B1, B2, B6, Nicotinamida, Pantotenato de Cálcio) comprimido
Paracetamol 500 mg/comp
Sais para reidratação oral 27,9 g/envelope
Sulfato Ferroso 40 mg(fe)/comp
Sulfadiazina de Prata 1% - tubo 50g
Cloreto de Sódio 0,9% NASAL – Frasco 30ml

TABELA 02- EXAMES LABORATORIAIS QUE O ENFERMEIRO PODE REALIZAR E/OU SOLICITAR NA ATENÇÃO BÁSICA NO PRÉ-NATAL CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS.

PRIMEIRO TRIMESTRE	**SEGUNDO TRIMESTRE**	**TERCEIRO TRIMESTRE**
• Testes Rápidos Sífilis– se positivo iniciar tratamento e solicitar VDRL para confirmação diagnóstica • HIV 1- se positivo realizar Teste 2	• Testes Rápidos Sífilis– se positivo iniciar tratamento e solicitar VDRL para confirmação diagnóstica • HIV 1- se positivo realizar Teste 2	• Testes Rápidos Sífilis– se positivo iniciar tratamento e solicitar VDRL para confirmação diagnóstica • HIV 1- se positivo realizar Teste 2
Hemograma (eritrograma e plaquetas)	Hemograma	Hemograma
Grupo sanguíneo e fator RH	Glicemia de jejum	Cultura de secreção anal e vaginal Strepto B - coletar amostra na UBS entre 35 e 37 semanas de gestação
Glicemia de jejum	Glicemia 1 hora e 2 horas após 75 g de dextrosol (entre 24 a 28 semanas de gestação)	
Toxoplasmose IGM/IGG	Toxoplasmose IGM/IGG– solicitar apenas em pacientes com IgM e IgG negativos e em gestantes imunossuprimidas.	Toxoplasmose IGM/IGG- solicitar apenas em pacientes com IgM e IgG negativos e em gestantes imunossuprimidas.
EUR e Urocultura com antibiograma	EUR e Urocultura com antibiograma	EUR e Urocultura com antibiograma
Eletroforese de hemoglobina		
TSH		
HBSAG		
OBSERVAÇÃO: O Exame de Urina de Urgência com GRAMpode ser solicitado pelo enfermeiro para as gestantes e a amostra deverá ser entregue nos Postos de Coleta.		

PREFEITURA
CONTAGEM
UM NOVO TEMPO COMEÇA AQUI