



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Coordenação de Atenção Especializada à Saúde
Diretoria de Serviços de Urgências, Apoio Diagnóstico e Cirurgias

Nota Técnica N.º 12/2023 - SES/SAIS/CATES/DUAEC

Brasília-DF, 06 de julho de 2023.

Assunto: Critérios de regulação para a realização de Cirurgias Ginecológicas Eletivas na rede pública de saúde do DF.

1. **DO OBJETIVO**

Este documento, Nota Técnica N.º 12/2023 - SES/SAIS/CATES/DUAEC, tem como objetivo apresentar os principais elementos que serão observados para o encaminhamento das usuárias da atenção secundária para a realização de cirurgias ginecológicas eletivas na Rede Pública de Atenção à Saúde no Distrito Federal, incluindo as unidades geridas pelo IGESDF e HUB.

Atualizar a Nota Técnica Nº 06/2020 – DUAEC/CATES/SAIS/SES-DF, Assunto: “Critérios de regulação para a realização de Cirurgias Ginecológicas Eletivas”.

A presente Nota Técnica elaborada pela Referência Técnica de Ginecologia e Obstetrícia da da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (RTD/GO/SES/DF) com colaboração da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CTGO/SES/DF) com objetivo de contribuir auxiliando os profissionais saúde e médicos ginecologistas, apresentando técnicas de intervenção clínica e cirúrgicas, não devem ser interpretadas e aplicadas de forma rígida, apenas como guia de orientação para o encaminhamento na assistência individualizada de cada paciente.

Importante enfatizar que esta Nota Técnica não trata de protocolo clínico assistencial em ginecologia, e que estes não fazem parte do escopo desta Nota Técnica.

2. **DA JUSTIFICATIVA**

Os motivos mais comuns que justificam encaminhamento das pacientes regulação de cirurgia ginecológica eletiva da cirurgia ginecológica geral, uroginecologia, endoscopia ginecológica/reprodução humana, endometriose profunda e malformações genitais, que serão objetos desta Nota Técnica são: , mioma uterino, adenomiose, sangramento uterino anormal, neoplasia benigna do ovário, cisto de ovário, prolapso genital, fístula ginecológica, incontinência urinária, cisto da glândula de Bartholin, infertilidade, pólipos endometriais, DIU perdido, endometriose, endometriose profunda, hipertrofia de grandes lábios da vulva, malformação genital congênita, e outros.

A atenção integral à saúde da mulher está prevista na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em todos os seus ciclos de vida, resguardadas as especificidades relacionadas às diferentes faixas etárias e grupos socioculturais.

3. **INTRODUÇÃO**

A lei 8080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), preconiza a universalidade, a integralidade e a equidade na assistência à saúde. Para que isso ocorra e para uma melhor assistência, é necessária a organização dos serviços de saúde por níveis de atenção, em redes hierarquizadas e regionalizadas, com encaminhamento responsável através de referência e contrarreferência.

Os critérios de prioridade para regulação de cirurgia ginecológica eletiva pela ginecologia especializada da Atenção Secundária nos hospitais na Atenção Hospitalar nos Hospitais Regionais e nas Unidades de

Referência Distrital, Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB e Hospital Universitário de Brasília - HUB, descritos abaixo, foram validados pela Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia da SES-DF.

A avaliação inicial de todas(os) as(os) pacientes deve ser realizada na atenção primária, na APS, com encaminhamento conforme as morbidades, comorbidades e critérios descritos abaixo.

A estruturação da rede de saúde pública no DF está formatada respeitando a regionalização e a hierarquização por níveis de atenção, que define e determina a competência de cada nível. É competência da Atenção Primária à Saúde (APS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família conceder e prestar as primeiras orientações, aconselhamento e cuidados sobre saúde e, quando necessário, encaminhar as(os) pacientes para as unidades de Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) nas policlínicas e nos ambulatórios hospitalares de referência de cada região, mantendo seu monitoramento, mesmo que estejam sendo atendidas por outros níveis de atenção.

Os encaminhamentos para avaliação nos ambulatórios de cirurgia ginecológica eletiva serão feitos pelos médicos e enfermeiras da atenção primária e pelos médicos ginecologistas da atenção secundária.

Os solicitantes dos procedimentos cirúrgicos regulados no SISREG III serão **exclusivamente** os médicos ginecologistas que prestam atendimento nos ambulatórios especializados de cirurgia ginecológica geral, uroginecologia, endoscopia ginecológica e infertilidade, , endometriose profunda e malformações genitais da rede de Atenção Ambulatorial da Atenção Secundária e as Referências Técnicas Assistenciais (RTAs) das Unidades de Ginecologia e Obstetrícia (UGO) dos Hospitais Regionais e URDs que realizam cirurgias ginecológicas eletivas e ou atendem pacientes.

Os solicitantes para **consulta em ginecologia reguladas no SISREG III em Panorama 1 e 2:**

- Profissionais de saúde que prestam atendimento na atenção primária;
- Médicos dos ambulatórios especializados da atenção secundária (policlínicas e hospitais) que realizam consultas e cirurgias eletivas em ginecologia;
- Médicos dos ambulatórios de ginecologia especializada vinculados às Unidades de Ginecologia e Obstetrícia (UGO) dos hospitais das regiões de saúde que realizam consultas eletivas em ginecologia;
- Referências Técnicas Assistenciais (RTAs) das Unidades de Ginecologia e Obstetrícia (UGO) dos Hospitais Regionais e URDs.

Os solicitantes para **cirurgias ginecológicas eletivas reguladas no SISREG III em Panorama 3:**

- Médicos dos ambulatórios especializados da atenção secundária (policlínicas e hospitais) que realizam cirurgias eletivas em ginecologia;
- Médicos dos ambulatórios de ginecologia especializada vinculados às Unidades de Ginecologia e Obstetrícia (UGO) dos hospitais das regiões de saúde que realizam cirurgias eletivas em ginecologia, cadastrados;
- Referências Técnicas Assistenciais (RTAs) das Unidades de Ginecologia e Obstetrícia (UGO) dos Hospitais Regionais e URDs.

Para melhor compreensão e organização, as **CIRURGIAS GINECOLÓGICAS ELETIVAS** serão todas **REGULADAS EM PANORAMA 3** e agrupadas por patologias e afinidade das técnicas de execução, em 05 (cinco) **GRUPOS CE** (Grupos de Cirurgias Eletivas) como segue:

- **CE - GINECOLOGIA GERAL**
- **CE – UROGINECOLOGIA**
- **CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA / REPRODUÇÃO HUMANA**
- **CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA**
- **CE - MALFORMAÇÃO GENITAL CONGÊNITA**

Quanto à classificação da prioridade de consultas, em relação ao prazo para agendamento, serão consideradas:

- Prioridade 1 **VERMELHA**
- Prioridade 2 **AMARELA**
- Prioridade 3 **VERDE**

Todas as pacientes encaminhadas ou que estejam em acompanhamento em outros níveis de atenção, secundário e terciário, permanecerão vinculadas e seguirão em acompanhamento compartilhado em suas UBS de origem na Atenção Primária à Saúde (APS). Algumas delas, conforme a avaliação inicial na atenção secundária ou terciária, poderão continuar com atendimento apenas na atenção primária. Para isso, deve ser preenchido o formulário de contrarreferência (Formulário 1) direcionado à atenção primária com as orientações pertinentes para o seguimento.

Os critérios de encaminhamento para os ambulatórios especializados em cirurgia ginecológica eletiva, bem como sua classificação de prioridade, propedêutica mínima e conteúdo descritivo mínimo, estão descritos e detalhados a seguir.

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA.

PANORAMA 03

GRUPO – CE GINECOLOGIA GERAL

IV - CIRURGIA DE GRANDE PORTE - PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL OU VAGINAL SEM PROLAPSO

CE - HISTERECTOMIA TOTAL - SIGTAP: 04.09.06.013-5

CE - HISTERECTOMIA SUBTOTAL - SIGTAP: 04.09.06.012-7

CE - HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) - SIGTAP: 04.09.06.011-9

CE - HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL - SIGTAP: 04.09.06.010-0

- **No SISREG III, caso a cirurgia for ser por videolaroscopia, ou por via vaginal no caso de prolapso uterino, solicitar a cirurgia no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA ou no Grupo CE - UROGINECOLOGIA, respectivamente).**

4. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL OU VAGINAL SEM PROLAPSO:

4.1. LEIOMIOMA DO ÚTERO ou MIOMA DO ÚTERO

D25 - Leiomioma do útero

D26 - Outras neoplasias benignas do útero

Prioridade 1 - **VERMELHA**

- **Mioma(s) em útero com mais de 250 cm³, em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, causando anemia, refratário à tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero.**

Prioridade 2 - AMARELA

- Mioma(s) em útero com menos de 250 cm³, em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, causando anemia, refratário à tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero;
- Mioma(s) em útero de qualquer tamanho, em mulheres com prole definida, com dor pélvica ou dismenorréia moderada ou grave, refratário à tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero.

Prioridade 3 - VERDE

- Mioma(s) em útero com menos de 250 cm³, em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, sem causar anemia, refratário à tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero;
- Mioma(s) em útero acima de 250 cm³, em mulheres com prole definida, assintomática, ou com dor pélvica ou dismenorréia leve, refratária à tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos usados com posologia);
- Hemograma completo, com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Descrição do exame de imagem, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

4.2. ADENOMIOSE (DO ÚTERO)

N80.0 - Adenomiiose

Prioridade 1 - VERMELHA

- Adenomiiose em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, causando anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero.

Prioridade 2 - AMARELA

- Adenomiiose em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, sem causar anemia, refratário à tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero.

Prioridade 3 - VERDE

- Adenomiiose em mulheres com prole definida, com útero acima de 250 cm³, assintomática, com manifestado desejo para retirar o útero.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;

- Tratamento em uso ou já realizado para adenomiose (medicamentos usados com posologia);
- Hemograma completo, com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica com data;
- Descrição do exame de imagem, com data confirmando o diagnóstico;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

4.3. **SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL SEM PATOLOGIA ESTRUTURAL**

N92 - Menstruação excessiva e frequente

Prioridade 1 - **VERMELHA**

- Sangramento uterino anormal não-estrutural, em mulheres com prole constituída, causando anemia, não responsivo ao tratamento clínico (AINE, hormonioterapia, pró-coagulante) por 6 meses ou com contraindicação para tal, com encaminhamento da ginecologia endócrina, com manifestado desejo para retirar o útero.

Prioridade 2 - **AMARELA**

- Sangramento uterino anormal não-estrutural, em mulheres com prole constituída, sem causar anemia, não responsivo ao tratamento clínico (AINE, hormonioterapia, pró-coagulante) por 6 meses ou com contraindicação para tal, com encaminhamento da ginecologia endócrina, com manifestado desejo para retirar o útero.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos usados com posologia);
- Hemograma completo, com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Resultado dos exames da propedêutica mínima, com data: Beta-HCG, TSH, FSH e prolactina;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

V - CIRURGIA DE GRANDE PORTE - PARA MIOMECTOMIA POR LAPAROTOMIA.

CE - MIOMECTOMIA - SIGTAP: 04.09.06.019-4

- **No SISREG III, caso a cirurgia for por videolaroscopia, ou videohisteroscopia no caso de Leiomioma submucoso menor que 4 cm, solicitar a cirurgia no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA.**

5. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA MIOMECTOMIA ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA:

5.1. **LEIOMIOMA DO ÚTERO OU MIOMA DO ÚTERO**

D25 - Leiomioma do útero

D25.0 - Leiomioma submucoso do útero (maior 4 cm)

D25.9 - Leiomioma do útero não especificado**Prioridade 1 - VERMELHA**

- Mioma(s) submucoso maior 4 cm, intramural e/ou subseroso, em útero com mais de 250 cm³, em mulheres no menacme, com sangramento uterino anormal, causando anemia, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo.

Prioridade 2 - AMARELA

- Mioma(s) submucoso maior 4 cm, intramural e/ou subseroso, em útero com menos de 250 cm³, em mulheres no menacme, com sangramento uterino anormal, causando ou não anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses; com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo,
- Mioma(s) submucoso maior 4 cm, intramural e/ou subseroso, em útero de qualquer tamanho, em mulheres no menacme, com dor pélvica ou dismenorréia moderada ou grave, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo.
- Mioma(s)) submucoso maior 4 cm, intramural e/ou subseroso, em útero de qualquer tamanho, em mulheres no menacme, assintomática, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo imediato.

Prioridade 3 - VERDE

- Mioma(s) de qualquer localização, em útero acima de 250 cm³ em mulheres no menacme, assintomáticas, com desejo de preservação do útero, sem desejo reprodutivo imediato.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e infertilidade, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos usados com posologia);
- Hemograma completo, com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Descrição do exame de imagem, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

VI - CIRURGIA DE PEQUENO PORTE - INVESTIGAÇÃO ENDOMETRIAL no espessamento endometrial, pólipos endometrial (suspeita de pólipo) ou sangramento uterino anormal.

CE - CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO - SIGTAP: 04.09.06.004-6

CE - BIÓPSIA DE ENDOMÉTRIO - SIGTAP: 02.01.01.015-1

CE - BIÓPSIA DE ENDOMÉTRIO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU) - SIGTAP: 02.01.01.016-0

- No SISREG III, caso a investigação endometrial for por videohisteroscopia, SOLICITAR CE - HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA - SIGTAP: 02.11.04.004-5 no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA).

6. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA INVESTIGAÇÃO ENDOMETRIAL E TERAPÊUTICA (QUANDO FOR O CASO):

6.1. ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL, PÓLIPO ENDOMETRIAL (SUSPEITA DE PÓLIPO) ou SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

Z12.9 - Exame de rastreamento de neoplasias de outras localidades (espessamento endometrial)

N84.0 - Pólipo endometrial

N92 - Menstruação excessiva e frequente

Prioridade 1 - VERMELHA

- Espessamento endometrial na ultrassonografia transvaginal nas mulheres na pós-menopausa, assintomáticas:
 - Espessura ≥ 14 mm naquelas sem terapia hormonal;
 - Espessura ≥ 14 mm persistente na ultrassonografia de reavaliação após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal.
- Sangramento uterino anormal na presença de alteração estrutural ou não, em mulheres no menacme, COM anemia, sem resposta ao tratamento clínico (AINE, hormonioterapia, pró-coagulante) por 6 meses ou com contraindicação para tal;
- Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal com espessura ≥ 14 mm ou causando anemia independente da espessura;
- Sangramento uterino anormal e exame de imagem com lesão suspeita de neoplasia de endométrio;
- Pólipo endometrial em mulheres no menacme, com sangramento uterino anormal, causando anemia;
- Pólipo endometrial de qualquer tamanho, em mulheres na pós-menopausa, com sangramento uterino anormal, causando anemia ou não.

Prioridade 2 - AMARELA

- Espessamento endometrial na ultrassonografia transvaginal nas mulheres na pós-menopausa, assintomáticas:
 - Espessura ≥ 7 mm naquelas sem terapia hormona;
 - Espessura ≥ 7 mm persistente na ultrassonografia de reavaliação após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal.
- Sangramento uterino anormal na presença de alteração estrutural ou não, em mulheres no menacme, SEM anemia, sem resposta ao tratamento clínico (AINE, hormonioterapia, pró-coagulante) por 6 meses ou com contraindicação para tal;
- Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal com espessura ≥ 7 mm e < 14 mm, sem anemia;
- Pólipo endometrial em mulheres na menacme, com sangramento uterino anormal, sem anemia, ou com dismenorreia;
- Pólipo endometrial de qualquer tamanho, em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas, com fator de risco para câncer de endométrio como obesidade, hipertensão, diabetes ou usuária de Tamoxifeno.

Prioridade 3 - VERDE

- Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal com espessura > 4 mm e < 7 mm, sem anemia;
- Pólipo endometrial, em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas.
- Pólipo endometrial, em mulheres na menacme, assintomáticas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal;
- Descrição da fase da mulher, se menacme, perimenopausa ou pós-menopausa;
- Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino anormal (medicamentos utilizados e posologia);
- Hemograma completo com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, na primeira METADE da primeira fase do ciclo para as pacientes que ainda menstruam ou em qualquer momento para as menopausadas sem terapia hormonal ou após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal, com data;
- Mamografia atualizada de rotina se indicada, obedecendo a recomendação do MS;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

VII - CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA OU SALPINGECTOMIA

CE - OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA - SIGTAP: 04.09.06.021.6

CE - SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL - SIGTAP: 04.09.06.023-2

- **No SISREG III, no campo “OBSERVAÇÃO” informar se a cirurgia será aberta, por laparotomia ou por videolaparoscopia, neste caso, solicitar a cirurgia no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA)**

7. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA OU SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL:**7.1. TUMORES ANEXIAIS**

D27 - Neoplasia benigna do ovário

N83.0 - Cisto folicular do ovário

N83.2 - Outros cistos ovarianos e os não especificados

N83.8 - Outros transtornos não inflamatórios da trompa de falópio (hidrossalpinge)

D50.1 - Cisto ovariano de desenvolvimento - Parooforo

Prioridade 1 - VERMELHA

- Neoplasias benignas do ovário, em mulheres no menacme, abaixo de 35 anos, maiores que 10 cm, com as outras características de benignidade pelo IOTA presentes: cisto unilocular, componente sólido < 7 mm, sombra acústica presente, multilocular liso com maior diâmetro < 10 cm, sem ascite ou sem fluxo ao doppler, com desejo reprodutivo imediato.

Prioridade 2 - AMARELA

- Neoplasias benignas do ovário, doenças das trompas, em mulheres de qualquer idade com características de benignidade pelo IOTA: cisto unilocular, componente sólido < 7 mm, sombra acústica presente, multilocular liso com maior diâmetro < 10 cm, sem ascite ou sem fluxo ao doppler. Com desejo reprodutivo imediato.

Prioridade 3 - VERDE

- Neoplasias benignas do ovário, doenças das trompas, em mulheres de qualquer idade com características de benignidade pelo IOTA: cisto unilocular, componente sólido < 7 mm, sombra acústica presente, multilocular liso com maior diâmetro < 10 cm, sem ascite ou sem fluxo ao doppler. Sem desejo reprodutivo imediato.
- Alterações funcionais dos ovários, cistos foliculares, cistos lúteos ou tecaluteínicos, em mulheres no menacme que persistem acima de 5 cm após 12 semanas com controle ultrasonográfico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução e infertilidade, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia);
- Descrição do exame de imagem, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

VIII - CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - PARA LAQUEADURA TUBÁRIA.**CE - LAQUEADURA TUBÁRIA - SIGTAP: 04.09.06.018.6**

8. **CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA LAQUEADURA TUBÁRIA**, ATENDIDO OS CRITÉRIOS DEFINIDOS NA LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996, TRAZIDA PELA LEI Nº 14.443, DE 2 DE SETEMBRO DE 2022:

8.1. CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA**Z30.2 - Esterilização (feminina)****Prioridade 1 - VERMELHA**

- Mulheres no menacme com comorbidade de risco de vida elevado se engravidar, necessidade imediata de esterilização cirúrgica conforme relatório de especialidade médica, com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, desde que atendidos os critérios definidos na Lei.
- Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, com 04 (quatro) filhos OU mais, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei .

Prioridade 2 - AMARELA

- Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, com 02 (dois) ou 03 (três) filhos, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.
- Mulheres no menacme com necessidades especiais ou comorbidades que dificulte ou contraindique o uso dos métodos contraceptivos disponíveis na atenção primária, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.

Prioridade 3 - VERDE

- Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, laqueadura tubária, desde que atendidos os critérios definidos na Lei.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia);
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

Documentação mínima necessária, para regulação com inserção da paciente no SISREG III para esterilização cirúrgica definitiva, através da laqueadura tubária bilateral, , atendendo os critérios definidos na Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, trazida pela Lei Nº 14.443, de 2 de setembro de 2022:

- Comprovante de **participação em consulta individual, palestra / reunião de aconselhamento para fim específico sobre a importância do planejamento reprodutivo (Anexo I)* preenchido, incluindo a data (sem rasura)** e assinado, com “confere” do agente público que atender a paciente;
- **Termo de Consentimento Informado (TCI) (Anexo II)* preenchido, incluindo a data (sem rasura)** e assinado, com “confere” do agente público que atender a paciente;
- **ATA de Conferência (ATA) (Anexo III)* preenchido incluindo a data (sem rasura)** e assinado, com “confere” do agente público que atender a paciente.

* Anexo I, Anexo II e Anexo III contidos Nota Técnica N.º 13/2023 - SES/SAIS/CATES/DUAEC (117164056) Processo SEI 00060-00351356/2023-90

IX - CIRURGIA DE PEQUENO PORTE - GLÂNDULA DE BARTHOLIN, OU CISTO VAGINAL:

CE - MARSUPIALIZAÇÃO GLÂNDULA DE BARTHOLIN - SIGTAP: 04.09.07.019-0

CE - EXERESE DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE - SIGTAP: 04.09.07.015-7

CE - EXÉRESE DE CISTO VAGINAL - SIGTAP: 04.09.07.014-9

9. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA MARSUPIALIZAÇÃO DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN, BARTHOLINECTOMIA OU EXÉRESE DE CISTO VAGINAL:

9.1. CISTO VAGINAL E OUTRAS DOENÇAS DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN

N75.0 - Cisto da glândula de Bartholin

N75.8 - Outras doenças da glândula de Bartholin

Q52.4-b- Cisto embrionário vaginal

Prioridade 2 - **AMARELA**

- Cisto da glândula de Bartholin;

Prioridade 3 - **VERDE**

- História de dois ou mais abscessos da glândula de Bartholin no mesmo lado drenados em pronto-socorro;
- Cisto embrionário vaginal

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia);
- Tratamento cirúrgico prévio realizado;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

X - CIRURGIA DE PEQUENO PORTE - PARA NINFOPLASTIA.

CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LÁBIOS - SIGTAP: 04.09.07.026-2
(Ninfoplastia ou plástica íntima)

10. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA NINFOPLASTIA:

10.1. HIPERTROFIA DE PEQUENOS LÁBIOS

N90.6 - Hipertrofia de vulva, dos pequenos lábios

Prioridade 2 - **AMARELA**

- Hipertrofia disfuncional dos pequenos lábios, maior que 8 cm de altura.

Prioridade 3 - **VERDE**

- Hipertrofia dos pequenos lábios, menor que 8 cm de altura.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia);
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA.

PANORAMA 03

GRUPO – CE - UROGINECOLOGIA

XI - CIRURGIA DE GRANDE PORTE - HISTERECTOMIA VAGINAL ou COLPOCLEISE no PROLAPSO UTERINO.

CE - HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL) - SIGTAP: 04.09.06.010-0

CE - COLPOCLEISE (CIRURGIA DE LE FORT) - SIGTAP: 04.09.07.003-3

CE - COLPOPERINEOCLEISE - SIGTAP: 04.09.07.004-1

11. **CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA HISTERECTOMIA VAGINAL OU COLPOCLEISE:**

11.1. **PROLAPSO UTERINO**

N81.2 - Prolapso uterovaginal incompleto

N81.3 - Prolapso uterovaginal completo

Prioridade 1 - **VERMELHA**

- Prolapso uterino com exteriorização do órgão, com manifestado desejo para retirar o útero.

Prioridade 2 - **AMARELA**

- Prolapso uterino sem exteriorização do órgão, com manifestado desejo para retirar o útero.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução e outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos usados com posologia);
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

XII - CIRURGIA DE GRANDE PORTE – CORREÇÃO DE PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL

CE - COLPOPEXIA SACRO-ESPINHOSA / COLPOSACROSUSPENSÃO - SIGTAP: 04.09.07.021-1

12. **CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA COLPOPEXIA SACRO-ESPINHOSA:**

12.1. **PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL**

N99.3 - Prolapso de cúpula de vagina após histerectomia

Prioridade 1- **VERMELHA**

- Prolapso de cúpula de vagina com exteriorização.

Prioridade 2 - **AMARELA**

- Prolapso de cúpula vaginal sem exteriorização.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Cirurgia prévia se realizada, com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia).

XIII - CIRURGIA DE GRANDE PORTE - CORREÇÃO DE FÍSTULA GINECOLÓGICA**CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA VESICO-UTERINA - SIGTAP: 04.09.06.028-3****CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA RETO-VAGINAL - SIGTAP: 04.09.07.023-8****CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA URETRO-VAGINAL - SIGTAP: 04.09.07.024-6****CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA VESICO-VAGINAL - SIGTAP: 04.09.07.025-4****13. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FÍSTULA GINECOLÓGICA, DO TRATO GENITAL FEMININO:****13.1. FÍSTULA GINECOLÓGICA****N82 - Fístulas do trato genital feminino****Prioridade 1- VERMELHA**

- Fístula ginecológica, fístula vesico-uterina, fístula reto-vaginal, fístula uretrovaginal, fístula vesicovaginal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia);
- Descrição do exame de imagem, com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

XIV - CIRURGIA DE GRANDE PORTE - CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA Cirurgia de Burch.**CE - OPERAÇÃO DE BURCH - SIGTAP: 04.09.07.020-3****14. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA:****14.1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA****N39.3 - Incontinência urinária de tensão (“stress”)****N39.4 - Outras incontinências urinárias especificadas****Prioridade 2 - AMARELA**

- Incontinência urinária de esforço (“stress”) em mulheres de qualquer idade, refratária a tratamento clínico e ou fisioterápico por 6 meses;

- Incontinência urinária mista em mulheres de qualquer idade, refratária a tratamento clínico e fisioterápico por 6 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia);
- Descrição do exame de imagem, com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Resultado de urocultura, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

XV - CIRURGIA DE MÉDIO PORTE -COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR / POSTERIOR

CE - COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR - SIGTAP: 04.09.07.005-0

CE - COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR - SIGTAP: 04.09.07.006-8

CE - COLPOPERINEORRAFIA NÃO OBSTÉTRICA - SIGTAP: 04.09.07.007-6

CE - COLPOPLASTIA ANTERIOR - SIGTAP: 04.09.07.008-4

15. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR / POSTERIOR DEVIDO CISTOCELE E OU RETOCELE, COM OU SEM LACERAÇÃO DE PERÍNEO SEM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE TENSÃO:

15.1. CISTOCELE, RETOCELE E LACERAÇÃO DE PERÍNEO.

N81.1 - Cistocele

N81.6 - Retocele

O70 - Laceração de períneo durante o parto

Prioridade 1 - VERMELHA

- Laceração de períneo de terceiro ou quarto grau (Grau III ou IV), com ou sem cistocele e / ou retocele.

Prioridade 2 - AMARELA

- Laceração de períneo de segundo grau (Grau II), com ou sem cistocele e / ou retocele.

Prioridade 2 - VERDE

- Laceração de períneo de primeiro grau (Grau I), com ou sem cistocele e / ou retocele, não responsivo a tratamento fisioterápico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia);
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

XVI - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL**CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL (“SLING”) - SIGTAP: 04.09.07.027-0****16. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA DE CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA:****16.1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

N39.3 - Incontinência urinária de tensão (“stress”)

N39.4 - Outras incontinências urinárias especificadas

Prioridade 2 - AMARELA

- Incontinência urinária de esforço (“stress”) em mulheres de qualquer idade, refratária a tratamento clínico e fisioterápico por 6 meses;
- Incontinência urinária mista em mulheres de qualquer idade, refratária a tratamento clínico e fisioterápico por 6 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia);
- Descrição do exame de imagem, com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Resultado de urocultura, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA.**PANORAMA 03****GRUPO – CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA****XVII - CIRURGIA DE PEQUENO PORTE - HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA****CE - HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA - SIGTAP: 02.11.04.004-5**

- **No SISREG III, caso a investigação for por videohisteroscopia, solicitar CE - HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA - SIGTAP: 02.11.04.004-5 no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA).**

17. **CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL, PÓLIPO ENDOMETRIAL (SUSPEITA DE PÓLIPO) OU SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL:**

17.1. **ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL, PÓLIPO ENDOMETRIAL (SUSPEITA DE PÓLIPO) ou SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL**

Z12.8 - Exame de rastreamento de neoplasias de outras localizações (espessamento endometrial)

N84.0 - Pólipo endometrial

N92 - Menstruação excessiva e frequente

Prioridade 1 - VERMELHA

- Espessamento endometrial na ultrassonografia transvaginal nas mulheres na pós-menopausa, assintomáticas:
 - Espessura ≥ 14 mm naquelas sem terapia hormonal;
 - Espessura ≥ 14 mm persistente na ultrassonografia de reavaliação após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal.
- Sangramento uterino anormal na presença de alteração estrutural ou não, em mulheres no menacme, COM anemia, sem resposta ao tratamento clínico (AINE, hormonioterapia, pró-coagulante) por 6 meses ou com contraindicação para tal;
- Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal com espessura ≥ 14 mm ou causando anemia independente da espessura;
- Sangramento uterino anormal e exame de imagem com lesão suspeita de neoplasia de endométrio;
- Pólipo endometrial em mulheres no menacme, com sangramento uterino anormal, causando anemia;
- Pólipo endometrial de qualquer tamanho, em mulheres na pós-menopausa, com sangramento uterino anormal, causando anemia ou não.

Prioridade 2 - AMARELA

- Espessamento endometrial na ultrassonografia transvaginal nas mulheres na pós-menopausa, assintomáticas:
 - Espessura ≥ 7 mm naquelas sem terapia hormonal;
 - Espessura ≥ 7 mm persistente na ultrassonografia de reavaliação após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal.
- Sangramento uterino anormal na presença de alteração estrutural ou não, em mulheres no menacme, SEM anemia, sem resposta ao tratamento clínico (AINE, hormonioterapia, pró-coagulante) por 6 meses ou com contraindicação para tal;
- Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal com espessura ≥ 7 mm e < 14 mm, SEM anemia;
- Pólipo endometrial em mulheres na menacme, com sangramento uterino anormal, sem anemia, ou com dismenorreia;
- Pólipo endometrial de qualquer tamanho, em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas, com fator de risco para câncer de endométrio como obesidade, hipertensão, diabetes ou usuária de Tamoxifeno.

Prioridade 3 - VERDE

- Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal e/ou com espessura > 4 mm e < 7 mm, SEM anemia;

- Pólipo endometrial, em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas.
- Pólipo endometrial, em mulheres na menacme, assintomáticas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal;
- Descrição da fase da mulher, se menacme, perimenopausa ou pós-menopausa;
- Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino anormal (medicamentos utilizados e posologia);
- Hemograma completo com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, na primeira METADE da primeira fase do ciclo para as pacientes que ainda menstruam ou em qualquer momento para as menopausadas sem terapia hormonal ou após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal, com data;
- Mamografia atualizada de rotina se indicada, obedecendo a recomendação do MS;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

17.2. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA na semiologia da infertilidade, amenorreia e abortamento de repetição INVESTIGAÇÃO DE INFERTILIDADE, MALFORMAÇÃO GENITAL CONGÊNITA E SINÉQUIA INTRAUTERINA:

N97.2 - Infertilidade feminina de origem uterina

N97.3 - Infertilidade feminina de origem cervical

N97.9 - Infertilidade feminina não especificada

N85.6 - Sinéquias intra-uterinas

Q51.9 - Malformação não especificada do útero e do colo do útero

Prioridade 1 – VERMELHA

- Paciente em investigação de infertilidade, suspeita de sinéquia intrauterina e/ou malformação genital congênita.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, de infertilidade, outras informações relevantes);
- Idade da paciente quando se iniciaram os sintomas;
- Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal;
- Tratamentos em uso ou já realizados para os sintomas do climatério (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

XVIII - CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM RESSECTOSCÓPIO

CE - HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA C/ RESSECTOSCÓPIO - SIGTAP: 04.09.06.017-8

18. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM RESSECTOSCÓPIO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÓLIPO ENDOMETRIAL, MIOMA UTERINO SUBMUCOSO DE ATÉ 4 CM, SINÉQUIA UTERINA, SEPTO UTERINO:

18.1. PÓLIPO ENDOMETRIAL

N84.0 - Pólipo endometrial

Prioridade 1 - VERMELHA

- Pólipo endometrial em mulheres no menacme, com sangramento uterino anormal, causando anemia, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo imediato;
- Pólipo endometrial de qualquer tamanho, em mulheres na pós-menopausa, com sangramento uterino anormal, causando anemia ou não.

Prioridade 2 - AMARELA

- Pólipo endometrial em mulheres na menacme, com sangramento uterino anormal, sem anemia, ou com dismenorreia, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo;
- Pólipo endometrial de qualquer tamanho, em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas, com fator de risco para câncer de endométrio como obesidade, hipertensão, diabetes ou usuária de Tamoxifeno;
- Pólipo endometrial associado a infertilidade.

Prioridade 3 - VERDE

- Pólipo endometrial, em mulheres na pós-menopausa ou na menacme, assintomáticas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e infertilidade, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal;
- Hemograma completo, com data;
- Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos usados com posologia);
- Descrição do exame de imagem, com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Histeroscopia diagnóstica, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

18.2. LEIOMIOMA SUBMUCOSO DO ÚTERO (menor que 4 cm) em paciente com desejo de preservação do útero e desejo reprodutivo

D25.0 - Leiomioma submucoso do útero (menor 4 cm)

* L0 - mioma submucoso pediculado.

* L1 - mioma submucoso com 50% ou mais do seu volume no interior da cavidade uterina.

* L2 - mioma submucoso com menos de 50% do seu volume no interior da cavidade uterina.

Prioridade 1 - VERMELHA

- Mioma submucoso L0, L1 ou L2 da FIGO menor que 4 cm, em útero com até 250 cm³, em mulheres no menacme, com sangramento uterino anormal, causando anemia, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo;

Prioridade 2 - AMARELA

- Mioma submucoso L0, L1 ou L2 da FIGO menor que 4 cm, em útero com até 250 cm³, em mulheres no menacme, com sangramento uterino anormal, sem anemia, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo;
- Mioma submucoso L0, L1 ou L2 da FIGO menor que 4 cm, em útero com até 250 cm³, em mulheres no menacme, associado a infertilidade, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo imediato.

Prioridade 3 - VERDE

- Mioma submucoso L0, L1 ou L2 da FIGO menor que 4 cm, em útero com até 250 cm³, em mulheres no menacme, assintomáticas, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo futuro.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e infertilidade, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal;
- Hemograma completo com data;
- Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos usados com posologia);
- Descrição do exame de imagem, com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Histeroscopia diagnóstica, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

18.3. SINÉQUIA UTERINA**N85.6 - Sinéquias intra-uterinas****Prioridade 1 - VERMELHA**

- Diagnóstico de sinéquia intrauterina, em mulheres no menacme, associado a infertilidade, ou aborto de repetição, com desejo reprodutivo imediato.

Prioridade 2 - AMARELA

- Diagnóstico de sinéquia intrauterina, em mulheres no menacme, associado a infertilidade, com desejo reprodutivo futuro.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e infertilidade, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal;

- Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos usados com posologia);
- Descrição do exame de imagem, com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Histeroscopia diagnóstica, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

18.4. **SEPTO UTERINO**

Q51.9 - Malformação não especificada do útero e do colo do útero, **septo uterino**

Prioridade 1 - **VERMELHA**

- Septo uterino, em mulheres no menacme, associado a infertilidade ou aborto de repetição, com desejo reprodutivo imediato.

Prioridade 2 - **AMARELA**

- Septo uterino, em mulheres no menacme, associado a infertilidade, com desejo reprodutivo futuro.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e infertilidade, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal;
- Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos usados com posologia);
- Descrição do exame de imagem, com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Histeroscopia diagnóstica, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

XIX - CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA

CE - HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA - SIGTAP: 02.09.03.001-1

19. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA PARA RETIRADA DE DIU PERDIDO:

19.1. **DIU PERDIDO**

T19.3 Corpo Estranho no útero (qualquer parte)

Prioridade 1 - **VERMELHA**

- DIU perdido, em mulheres no menacme, sem desejo reprodutivo imediato, com DOR pélvica, com sangramento uterino anormal, com ou sem anemia.

Prioridade 2 - **AMARELA**

- DIU perdido na cavidade uterina, em mulheres no menacme, associado a infertilidade, com desejo reprodutivo imediato.

Prioridade 3 - **VERDE**

- DIU perdido na cavidade uterina, bem posicionado, vencido (eficácia) ou não, em mulheres no menacme, assintomática, sem desejo reprodutivo imediato.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e infertilidade, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal;
- Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos usados com posologia);
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

XX - CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA

CE - SALPINGOPLASTIA - SIGTAP: 04.09.06.025-9

CE - SALPINGOPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SIGTAP: 04.09.06.026-7

20. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REVERSÃO DA FERTILIDADE COM RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA APÓS LAQUEADURA TUBÁRIA PRÉVIA:

O único critério de Prioridade a ser considerado é a data de registro do encaminhamento para a Central de Regulação. Portanto, todas as pacientes devem ser inseridas como Prioridade 3 - VERDE

20.1. REVERSÃO DA FERTILIDADE, (RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA)

N97.1 - Infertilidade feminina de origem tubária

Prioridade 3 – **VERDE**

- CASAL COM mulher no menacme, com Laqueadura tubária prévia informada e comprovada através de exame de Histerossalpingografia, sem suspeita de ser frimbriectomia, com avaliação da reserva ovariana com contagem de folículos superior a 5 folículos antrais, descartada outras causas de infertilidade, descartada principalmente a infertilidade masculina associada.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução e da infertilidade, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal;
- Descrição padrão menstrual da mulher;
- Tratamento em uso ou já realizado para infertilidade (medicamentos utilizados e posologia);
- Ultrassonografia transvaginal com Contagem de Folículos Antrais, realizado entre o 3º e o 5º dia, após o 1º dia da menstruação, considerando o 1º dia, o dia que apresenta sangramento vermelho vivo, com data;
- Espermograma do marido;
- Exame de Histerossalpingografia, com data;

- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA.

PANORAMA 03

GRUPO – CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA (continuação)

XXI - CIRURGIA DE GRANDE PORTE – ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA VIDEOLAPAROSCOPIA, OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA OU SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL

Procedimento a ser solicitado no SISREG:

CE - VIDEOLAPAROSCOPIA - SIGTAP: 02.09.01.006-1

Incluindo Cirurgia para tratamento de endometriose pélvica “ SEM” ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA

Procedimentos a serem informados no campo “OBSERVAÇÃO” no SISREG:

CE - LIBERAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTESTINAIS - SIGTAP: 04.07.04.018-8

CE - SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SIGTAP: 04.09.06.024-0

CE - OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA - SIGTAP: 04.09.06.021-6

CE - HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SIGTAP: 04.09.06.015-1

- No SISREG III, caso a cirurgia for ser por laparotomia, solicitar a cirurgia no Grupo **CE - GINECOLOGIA GERAL.**

21. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA OU SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL:

21.1. TUMORES ANEXIAIS

D27 - Neoplasia benigna do ovário

N83.0 - Cisto folicular do ovário

N83.2 - Outros cistos ovarianos e os não especificados

N83.8 - Outros transtornos não inflamatórios da trompa de falópio (hidrossalpinge)

D50.1 - Cisto ovariano de desenvolvimento - Parooforo

Prioridade 1 - **VERMELHA**

- Neoplasias benignas do ovário, em mulheres no menacme, abaixo de 35 anos, maiores que 10 cm, com as outras características de benignidade pelo IOTA presentes: cisto unilocular, componente sólido < 7 mm, sombra acústica presente, multilocular liso com maior diâmetro < 10 cm, sem ascite ou sem fluxo ao doppler, com desejo reprodutivo imediato.

Prioridade 2 - **AMARELA**

- Neoplasias benignas do ovário, doenças das trompas, em mulheres de qualquer idade com características de benignidade pelo IOTA: cisto unilocular, componente sólido < 7 mm, sombra

acústica presente, multilocular liso com maior diâmetro < 10 cm, sem ascite ou sem fluxo ao doppler. Com desejo reprodutivo imediato.

Prioridade 3 - VERDE

- Neoplasias benignas do ovário, doenças das trompas, em mulheres de qualquer idade com características de benignidade pelo IOTA: cisto unilocular, componente sólido < 7 mm, sombra acústica presente, multilocular liso com maior diâmetro < 10 cm, sem ascite ou sem fluxo ao doppler. Sem desejo reprodutivo imediato.
- Alterações funcionais dos ovários, cistos foliculares, cistos lúteos ou tecaluteínicos, em mulheres no menacme que persistem acima de 5 cm após 12 semanas com controle ultrassonográfico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução e infertilidade, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia);
- Descrição do exame de imagem, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

21.2. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA PARA TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA “SEM” ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA:

ENDOMETRIOSE PÉLVICA “SEM” ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA

- N80.1 - Endometriose do ovário
- N80.2 - Endometriose da trompa de falópio
- N80.3 - Endometriose do peritônio pélvico
- N80.6 - Endometriose em cicatriz cutânea
- N80.8 - Outra endometriose
- N80.9 - Endometriose não especificada
- N94.5 - Dismenorréia secundária
- R10.2 - Dor pélvica e perineal
- K66.0 - Aderências peritoniais

Prioridade 1 - VERMELHA

- Pacientes com diagnóstico de endometriose, endometrioma por exames de imagem, com dor pélvica moderada ou severa, sem resposta ao tratamento clínico (AINE, hormonioterapia) por 6 meses ou com contraindicação para tal, com interesse reprodutivo.

Prioridade 2 - AMARELA.

- Pacientes com diagnóstico de endometriose, endometrioma por exames de imagem, com dor pélvica leve, sem resposta ao tratamento clínico (AINE, hormonioterapia) por 6 meses ou com contraindicação para tal, sem interesse reprodutivo.
- Pacientes com diagnóstico de endometriose de parede abdominal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário);

- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com posologia);
- História de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias;
- Descrição do exame de imagem, com data;
- Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal;
- Descrição da fase da mulher, se menacme, perimenopausa ou pós-menopausa;
- Ultrassonografia de Abdômen total, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA.

PANORAMA 03

Grupo CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA

XXII - DE GRANDE PORTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA "COM" ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR:

Observação importante: apenas membros da(s) equipe(s) constituída(s) com EQUIPE MULTIDISCIPLINAR para realizar CIRURGIA AVANÇADA para TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA poderão inserir paciente neste GRUPO – CE.

Procedimento a ser solicitado no SISREG III: Videolaparoscopia - SIGTAP: 02.09.01.006-1

Cirurgia para tratamento de endometriose pélvica **"COM" ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA**

Procedimentos a serem informados no campo "OBSERVAÇÃO" no SISREG:

CE - LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS - SIGTAP: 04.07.04.018-8

CE - SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA - SIGTAP: 04.09.06.024-0

CE - SALPINGOPLASTIA VIDEOLAPAROSCOPICA - SIGTAP: 04.09.06.026-7

CE - OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA - SIGTAP: 04.09.06.021-6

CE - HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA - SIGTAP: 04.09.06.015-1

CE - CISTECTOMIA PARCIAL - SIGTAP: 04.09.01.002-2

CE - CISTORRAFIA - SIGTAP: 04.09.01.008-1

* Enterectomia com reanastomose de reto sigmóide

CE - EXCISAO DE LESAO INTESTINAL / MEENTERICA LOCALIZADA - SIGTAP: 04.07.02.023-3

CE - FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO) - SIGTAP: 04.07.02.024-1

** Dissecção de ureter com reimplante de ureter

CE - URETEROENTEROSTOMIA - SIGTAP: 04.16.01.019-9

CE - INSTALACAO ENDOSCOPICA DECATETER DUPLO J - SIGTAP: 04.09.01.017-0

22. **CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA "COM" ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA COM CIRURGIA AVANÇADA REALIZADA POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA ENDOSOCPIA GINECOLÓGICA:**

ENDOMETRIOSE PÉLVICA "COM" ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA

22.1. ENDOMETRIOSE PÉLVICA "COM" ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA

N80.4 - Endometriose do septo retovaginal e da vagina

N80.5 - Endometriose do intestino

N80.3 - Endometriose do peritônio pélvico

Prioridade 1 - VERMELHA

- Pacientes com diagnóstico de endometriose profunda infiltrativa por exames de imagem,
 - com estreitamento de reto sigmóide, e/ou
 - com hidronefrose devido obstrução de ureter, e
 - com sintomatologia álgica sem resposta a analgesia por via oral.
- Pacientes com diagnóstico de endometriose profunda infiltrativa por exames de imagem, com desejo reprodutivo.

Prioridade 2 - AMARELA

- Pacientes com diagnóstico de endometriose profunda infiltrativa por exames de imagem,
 - sem estreitamento de reto sigmóide, ou
 - sem hidronefrose devido compressão de ureter, e
 - com sintomatologia álgica leve ou moderada.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- 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 posologia);
- História de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias;
- Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal;
- Descrição da fase da mulher, se menacme, perimenopausa ou pós-menopausa;
- Resultado dos exames da propedêutica mínima, com data;
- Mulheres no menacme: CA125, Beta-HCG, TSH, FSH, Prolactina;
- Ultrassonografia de Abdômen total, com data.
- Colonoscopia ou Cistoscopia, com data.
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA.**PANORAMA 03****GRUPO – CE - MALFORMAÇÃO GENITAL CONGÊNITA****XXIII - CIRURGIA DE GRANDE PORTE – PARA CORREÇÃO DE MALFORMAÇÃO****CE - CIRURGIA DE ALARGAMENTO DA VAGINA - SIGTAP: 04.09.07.001-7**

CE - CONSTRUÇÃO DE VAGINA (NEOVAGINA) - SIGTAP: 04.09.07.011-4

CE - RECONSTRUÇÃO DE VAGINA - SIGTAP: 04.09.07.021-1

CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VAGINA SEPTADA / ATRÉSICA - SIGTAP: 04.09.07.028-9

CE - PLÁSTICA DE VULVA E CLITÓRIS - SIGTAP: 04.09.07.026-2

23. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA DE CORREÇÃO DA MALFORMAÇÃO, ALARGAMENTO DA VAGINA OU CONSTRUÇÃO DE VAGINA (NEOVAGINA):

23.1. MALFORMAÇÃO GENITAL CONGÊNITA

Q51 - Malformações congênita do útero e do colo do útero

Q52 - Outras malformações congênitas dos órgãos genitais femininos

Prioridade 1 - VERMELHA

- Septo vaginal oblíquo causando criptomenorréia, hematocolpo, hematometra, hematossalpinge, em útero duplo com duplicação do colo útero e da vagina com uma haste fechada - Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich.
- Septo vaginal transversal causando criptomenorréia, hematocolpo, hematometra, hematossalpinge.
- Agenesia e aplasia do colo do útero causando criptomenorréia, hematocolpo, hematometra, hematossalpinge.
- Estreitamento de vagina ou anel himenal estreitado, COM criptomenorreia e/ou dismenorreia grave e/ou dispaurenia grave.

Prioridade 2- AMARELA

- Estreitamento de vagina ou anel himenal estreitado, SEM criptomenorreia e/ou dismenorreia grave e/ou dispaurenia grave.
- Agenesia de útero e de vagina (Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hause)

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e ginecológico completo (a depender do tipo de malformação);
- Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos usados com posologia);
- Tratamento cirúrgico relacionado à malformação já realizado;
- Resultado dos exames da propedêutica mínima, com data, TSH, FSH, Prolactina;
- Ultrassonografia de abdome total, com data;
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Descrição de outro exame de imagem, com data.

XXIV - CIRURGIA DE PEQUENO PORTE – PARA CORREÇÃO DA MALFORMAÇÃO:

CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COAPTAÇÃO DE NINFAS- SIGTAP: 04.09.07.022-0

CE - HIMENOTOMIA- SIGTAP: 04.09.07.018-1

**CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LÁBIOS - SIGTAP:
04.09.07.026-2****(Ninfoplastia ou plástica íntima)****24. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA DE CORREÇÃO DA MALFORMAÇÃO: IMPERFURAÇÃO HIMENAL OU COAPTAÇÃO DE PEQUENOS LÁBIOS E HIPERTROFIA DE PEQUENOS LÁBIOS:****24.1. MALFORMAÇÃO GENITAL CONGÊNITA, Imperfuração de hímen e coaptação de ninfas:**

Q52.3 - Imperfuração de hímen

N90.8 - Outros transtornos não-inflamatórios especificados da vulva e do períneo (coaptação de ninfas)

Prioridade 1 - **VERMELHA**

- Imperfuração himenal causando criptomenorréia, hematocolpo, hematometra e/ou hematossalpinge.

Prioridade 2- **AMARELA**

- Coaptação de pequenos lábios, inclusive em crianças.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico abdominal e ginecológico (ectoscopia da vulva e períneo);
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia);
- Tratamento cirúrgico relacionado à malformação já realizado.
- Ultrassonografia pélvica abdominal, com data;
- Descrição de outro exame de imagem, com data.

24.2. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA NINFOPLASTIA PARA TRATAMENTO DE HIPERTROFIA DE PEQUENOS LÁBIO:

N90.6 - Hipertrofia de vulva, dos pequenos lábios

Prioridade 2 - **AMARELA**

- Hipertrofia disfuncional dos pequenos lábios, maior que 8 cm de altura.

Prioridade 3 - **VERDE**

- Hipertrofia dos pequenos lábios, menor que 8 cm de altura.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes);
- Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia);
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

25. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Esta nota técnica foi elaborada pela Referência Técnica Distrital de Ginecologia e Obstetrícia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (RTD/GO/SES/DF) com colaboração e apoio técnico científico da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CTGO-SES/DF) para auxiliar e orientar o processo de regulação das cirurgias ginecológicas eletivas no âmbito da Rede de Atenção à Saúde da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Por não esgotar todas as ocorrências relacionadas aos motivos de encaminhamento para cirurgias eletivas na especialidade de ginecologia, as situações não indicadas e/ou não contempladas nesta Nota Técnica podem ter seus critérios definidos pela Referência Técnica Distrital - RTD da Ginecologia e Obstetrícia da SES/DF, em qualquer tempo.

26. DA VIGÊNCIA DA NOTA TÉCNICA:

Este documento de critérios de regulação das cirurgias ginecológicas eletivas, terá validade de dois anos ou até a publicação do Protocolo de Regulação em Ginecologia da SES/DF.


27. REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Constituição Federal Brasileira e Lei 8080, 19 de setembro de 1990.
2. FEBRASGO: Manual de anticoncepção. Marta Finotti. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015.
3. BRASIL. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
4. BRASIL. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
5. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, lei do planejamento familiar, <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm> alterada pela Lei Nº 14.443, de 2 de setembro de 2022.
7. Orientações e recomendações FEBRASGO: [sangramento uterino anormal comissão nacional especializada de ginecologia endócrina](#); Sangramento uterino anormal – São Paulo Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2017.
8. Tratado de endoscopia ginecológica: cirurgia minimamente invasiva. Claudio Peixoto Crispi et al. 3.ed - Rio de Janeiro: Revinter: 2012.
9. Ultrassonografia: Obstetrícia, ginecologia / Ayrton Roberto Pastore, Giovanni Guido Cerri coordenadores. - São Paulo: Savier, 1997.
10. Consenso Brasileiro em Videoendoscopia Ginecológica - Videolaparoscopia Nilson Dnadio, Luiz Cavalcanti – São Paulo: Artes Médicas, 2001.
11. Lasmar RB, Barrozo PR, Dias R, Oiveira MA. Submucous myomas: a new presurgical classification to evaluate the viability of hysteroscopic surgical treatment preliminary report. J Minim Invasive Gynecol 2005;12(04):308-11.
12. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynecol Obstet 2011;113:3-13.
13. Munro MG. Abnormal Uterine Bleeding. Cambridge: Cambridge University Press; 2010:251.

14. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Working Group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril* 2011; 95(07):2204-8, 2208.e1–2208.e3.
15. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS. The FIGO systems for nomenclature and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: who needs them? *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207: 259-65.
16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Management of unscheduled bleeding in women using hormonal contraception. London: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare; 2009. [Internet]. [cited 2017 Feb 2]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/unscheduledbleeding23092009.pdf>
17. Latthe P, Latthe M, Say L et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Pu*2001
18. Tripoli TM, Sato H, Sartori MG, et al. Evolution of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med* 2011 Feb.;8(2):497-503.doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01976.x. Epub 2010 Aug. 16.
19. Rados, DRV et al. REGULA SUS: Protocolos de regulação ambulatorial Ginecologia Adulto. UFRGS, 2017
20. Dynamed. Abnormal uterine bleeding. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2015
21. Duncan, BB et al. Medicina ambulatorial: condutas na atenção primária baseada em evidências. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013
22. Clemens, JQ. Pathogenesis, clinical features and diagnosis of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. Waltham (MA): Up to date, Inc, 2015
23. Freitas, F. et al. Rotinas em ginecologia. 6.ed. Porto Alegre: Artmed 2011
24. Carvalho, MN et al. Puberdade precoce: a experiência de um ambulatório de Ginecologia Infanto-puberal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, vol 29, n2, pp 96, 2007
25. Benetti-Pinto CL, Soares Júnior JM, Yela DA. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 38/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).
26. Nahas EA, Nahas Neto J. Terapêutica hormonal: benefícios, riscos e regimes terapêuticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no 54/Comissão Nacional Especializada em Climatério).
27. Castro RA, Arruda RM, Souza RC. Incontinência urinária de esforço. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 4/ Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).
28. Arruda RM, Castro RA, Souza RC. Bexiga hiperativa. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 61/ Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).
29. Matsuzaki CN, Narde I, Almeida JA. Puberdade normal, precoce e tardia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no 20/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Infanto Puberal).
30. Almeida JA, Bagnoli VR, Fonseca AM, Rocha RI. Distúrbios do desenvolvimento sexual. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 19/ Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Infanto Puberal).
31. Ribeiro PA, Abdalla-Ribeiro HS, Eras A. Dor pélvica crônica. 2a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2020. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 17/ Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica).
32. Lasmar RB, Lasmar BP, Zagury DB, Bruno R, Cardeman L. Pólipo uterino. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 7/ Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica).

33. Lamaita RM, Amaral MC, Cota AM, Ferreira MC. Propedêutica básica da infertilidade conjugal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 46/ Comissão Nacional Especializada em Reprodução Humana).

28. ANEXOS:

	<p>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal Formulário de Contrarreferência da Atenção Secundária e Terciária em GINECOLOGIA para a Atenção Secundária e Primária</p>
<p>NOME: _____ D.NASCIMENTO: ____/____/____ No. SES: _____ No. CNS: _____</p>	
<p>Diagnóstico:</p>	
<p>Conteúdo descritivo (conforme os critérios de encaminhamento de cada patologia):</p>	
<p>Tratamento proposto para o caso:</p>	
<p>Frequência indicada das próximas consultas na ATENÇÃO PRIMÁRIA:</p>	
<p>Orientações do especialista para seguimento na atenção primária:</p>	

Data: ____/____/____ Médico: _____

Anexo 1. Formulário de referência e contrarreferência do atendimento especializado em Ginecologia.



Documento assinado eletronicamente por **JOAO ROCHA VILELA - Matr.1435278-8, Referência Técnica Distrital (RTD) Ginecologia e Obstetrícia-Colaborador(a)**, em 13/07/2023, às 15:03, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **FABYANNE MAZUTTI DA SILVA - Matr.1680363-9, Referência Técnica Distrital (RTD) Ginecologia e Obstetrícia-Colaborador(a)**, em 13/07/2023, às 16:05, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **GABRIELLE OLIVEIRA MEDEIROS DE MENDONCA - Matr.0179750-6, Gerente de Serviços de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**, em 13/07/2023, às 17:08, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **JULIANA LEAO SILVESTRE DE SOUZA - Matr.1443738-4, Diretor(a) de Serviços de Urgências, Apoio Diagnóstico e Cirurgias**, em 24/07/2023, às 16:48, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **BIANCA SOUZA LIMA - Matr.1443954-9, Coordenador(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 02/08/2023, às 16:25, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LARA NUNES DE FREITAS CORREA - Matr.1675286-4, Coordenador(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 02/08/2023, às 17:30, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MAURICIO GOMES FIORENZA - Matr.0172201-8, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 11/08/2023, às 13:26, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANO MORESCO AGRIZZI - Matr.1688993-2, Secretário(a) Adjunto(a) de Assistência à Saúde**, em 14/08/2023, às 12:11, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARTA DE BETANIA RABELO TEIXEIRA DE SOUZA - Matr.0137296-3, Referência Técnica Distrital (RTD) Ginecologia e Obstetrícia**, em 18/08/2023, às 19:42, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
verificador= **116959476** código CRC= **4DCB4AC5**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"
SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF
Telefone(s):
Sítio - www.saude.df.gov.br

00060-00351384/2023-15

Doc. SEI/GDF 116959476