



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 11/2023 - SES/SAIS/CATES/DUAEC

Brasília-DF, 06 de julho de 2023.

**Assunto: Critérios de regulação para a realização de Consultas em Ginecologia na rede pública de saúde do DF.**

1. **DO OBJETIVO**

A presente Nota Técnica N.º 11/2023 - SES/SAIS/CATES/DUAEC, foi elaborada para orientar e melhorar o entendimento e a compreensão dos fluxos e critérios de encaminhamento para regulação e realização de consultas **em Ginecologia** na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Tem como objetivo apresentar os principais elementos que serão observados para o encaminhamento das pacientes usuárias da atenção primária, definindo o fluxo de encaminhamento nas situações que necessitem de atendimento na atenção secundária e terciária na especialidade de Ginecologia, na REDE de saúde pública da SES/DF, incluindo as unidades geridas pelo IGESDF e HUB.

A presente Nota Técnica foi elaborada pela Referência Técnica de Ginecologia e Obstetrícia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (RTD/GO/SES/DF) com a colaboração da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CTGO/SES/DF), cujo objetivo é contribuir auxiliando os profissionais de saúde e médicos ginecologistas no processo de referenciamento e contrarreferenciamento das pacientes. A Nota Técnica apresenta critérios de intervenção clínica e cirúrgicas, que não devem ser interpretados e aplicados de forma rígida, e sim apenas como guia de orientação para o referenciamento e fluxo na assistência individualizada de cada paciente.

Importante enfatizar que esta Nota Técnica não trata de protocolos clínicos assistenciais em Ginecologia, e que estes não fazem parte do escopo desta Nota Técnica.

2. **DA JUSTIFICATIVA**

O atendimento em Ginecologia pode exigir recursos com densidade tecnológica diferente daquela disponível na Atenção Primária à Saúde - APS, tendo em vista isso, é fundamental o estabelecimento de critérios para o compartilhamento de cuidados e encaminhamento de pacientes para outros níveis de atenção, da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) nas policlínicas e hospitais das regiões de saúde e da Atenção Hospitalar na Rede de Atenção de Saúde (RAS): CONDIÇÕES CLÍNICAS DE ENCAMINHAMENTO PARA OS AMBULATÓRIOS especializados.

A uniformização e padronização de condutas para o encaminhamento de pacientes para outros níveis de atenção, permite o atendimento integral à saúde da mulher, aumenta a qualidade da assistência e organiza as demandas para que não haja sobrecarga, com melhoria do acesso e continuidade do cuidado.

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 motivos mais comuns que justificam o encaminhamento das pacientes para consulta nos ambulatórios de ginecologia geral, uroginecologia, climatério, ginecologia endócrina, reprodução humana, planejamento familiar e ginecologia infanto-puberal que serão objetos desta Nota Técnica são: pacientes com sangramento uterino anormal, mioma uterino, alterações uroginecológicas, dor pélvica crônica, endometriose, climatério,

amenorreia, infertilidade, planejamento familiar, alterações infanto-puberais, malformações genitais, dentre outros.

Os critérios de encaminhamento para atendimento de urgência/emergência para os ambulatórios de ginecologia especializada da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) nas policlínicas e nos hospitais e da Atenção Hospitalar; e para consulta ambulatorial na atenção terciária no Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB e Hospital Universitário de Brasília - HUB, Unidades de Referência Distrital (URD) descritos a seguir.

A avaliação inicial de todas as pacientes deve ser realizada na atenção primária, 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 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família conceder e prestar as primeiras orientações e cuidados sobre saúde e, quando necessário, encaminhar as pacientes para as unidades de atenção secundária e terciárias de vinculação e de referência de cada região, mantendo seu seguimento e monitoramento, mesmo que estejam sendo atendidas por outros níveis de atenção.

Os encaminhamentos para avaliação especializada em Ginecologia serão feitos pela atenção primária e atenção secundária para os médicos ginecologistas da atenção secundária, ou pelos ginecologistas da atenção secundária para outros ginecologistas da atenção secundária ou terciária.

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

- Profissionais de saúde que prestam atendimento na Atenção Primária habilitados para regular pacientes;
- Médicos dos ambulatórios da Atenção Ambulatorial Secundária nas Policlínicas e Hospitais;
- 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.
- As pacientes com critério para CONSULTA EM GINECOLOGIA - UROGINECOLOGIA ou CONSULTA EM GINECOLOGIA - INFANTO-PUBERAL devem ser reguladas **pelos** profissionais de saúde da APS - Atenção Primária à Saúde para **CONSULTA EM GINECOLOGIA - GERAL em Panorama 1 ou 2**. Após avaliação pela Ginecologia estas pacientes se necessário poderão ser REGULADAS para **CONSULTA EM GINECOLOGIA - UROGINECOLOGIA** ou **CONSULTA EM GINECOLOGIA INFANTO-PUBERAL respectivamente em PANORAMA 3:**

Os solicitantes para consulta em ginecologia reguladas **no SISREG em Panorama 3:**

- Médicos dos ambulatórios especializados da atenção secundária (policlínicas e hospitais) que realizam consultas 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;
- As pacientes com critério para CONSULTA EM GINECOLOGIA - UROGINECOLOGIA ou CONSULTA EM GINECOLOGIA - INFANTO-PUBERAL devem ser reguladas **pelos** profissionais de saúde da APS - Atenção Primária à Saúde para **CONSULTA EM GINECOLOGIA - GERAL em Panorama 1 ou 2**. Após avaliação pela Ginecologia estas pacientes se necessário poderão ser REGULADAS para **CONSULTA EM GINECOLOGIA - UROGINECOLOGIA** ou **CONSULTA EM GINECOLOGIA INFANTO-PUBERAL respectivamente em PANORAMA 3:**

Para melhor compreensão e organização, as **CONSULTAS EM GINECOLOGIA** serão agrupadas por entidades com afinidades, em 11 (onze) **GRUPOS** como segue:

#### 4. PANORAMA DE REGULAÇÃO

**REGULADAS em PANORAMA 1 e/ou 2:**

Código Unificado - SIGTAP	Descrição do procedimento interno	Código interno
03.01.01.007-2	CONSULTA EM GINECOLOGIA - GERAL	0830028
03.01.01.007-2	CONSULTA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR	0701253
03.01.01.007-2	CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA	0055021
03.01.01.007-2	CONSULTA EM GINECOLOGIA - CLIMATÉRIO	0701402
03.01.01.007-2	CONSULTA EM REPRODUÇÃO HUMANA	2018119
03.01.01.007-2	CONSULTA EM GINECOLOGIA - ENDOCRINOLOGIA	0701293
03.01.01.007-2	CONSULTA EM GINECOLOGIA - ENDOMETRIOSE - DOR PÉLVICA	0701697

### REGULADAS em PANORAMA 3:

Código Unificado - SIGTAP	Descrição do procedimento interno	Código interno
03.01.01.007-2	CONSULTA EM GINECOLOGIA - UROGINECOLOGIA	0710797
03.01.01.007-2	CONSULTA EM GINECOLOGIA - INFANTO-PUBERAL	0701681
03.01.01.007-2	CONSULTA EM REPRODUÇÃO HUMANA - ALTA COMPLEXIDADE	2018623
03.01.01.007-2	CONSULTA EM GINECOLOGIA - ENDOMETRIOSE PROFUNDA	2018857

Quanto à classificação da prioridade de consultas, serão consideradas:

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

Todas as pacientes que estejam em acompanhamento nos níveis de atenção secundária e terciária devem permanecer vinculadas e seguir em acompanhamento conjunto na UBS de vinculação e referência da Atenção Primária à Saúde. Conforme avaliação na atenção secundária ou terciária, poderão continuar sendo atendidas apenas na atenção primária ou secundária. Para isso, haverá um formulário de contrarreferência (figura 1) à atenção primária ou secundária ou ambas, com as orientações pertinentes para o seguimento.

Os critérios de encaminhamento para os ambulatórios especializados em Ginecologia, bem como sua classificação quanto à prioridade, propedêutica mínima e conteúdo descritivo mínimo, estão detalhados nos grupos abaixo.

#### 5. **GRUPO I - SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL (SUA) E ESPESAMENTO ENDOMETRIAL**

- N93 - Outros sangramentos anormais do útero e da vagina
- N93.0 - Sangramentos pós-coito ou de contato
- N93.8 - Outros sangramentos anormais especificados do útero e da vagina
- N93.9 - Sangramento anormal do útero ou da vagina, não especificado
- N92 - Menstruação excessiva e frequente

N84.0 - Pólipo endometrial

N85.0 - Hiperplasia glandular endometrial

N85.1 - Hiperplasia adenomatosa endometrial

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

Pacientes com SUA com ou sem anemia em mulheres na infância, na adolescência, no menacme ou na menopausa.

O tratamento das mulheres com SUA, tanto agudos ou crônicos, didaticamente é melhor compreendido baseado no sistema de classificação PALM- COEIN da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), dividindo em causas estruturais e não estruturais, excluindo causas gestacionais.

Sangramento uterino anormal (SUA) em um Artigo de Revisão de Benetti-Pinto et al.

Benetti-Pinto CL, Rosa-e-Silva ACJS, Yela DA, Soares Junior JM Sangramento uterino anormal Rev Bras Ginecol Obstet 2017;39:358–368.

As etiologias do PALM-COEIN são: Pólipo uterino (P), Adenomiose (A), Leiomioma (L), lesões precursoras e Malignas do corpo uterino (M), Coagulopatias (C), disfunção

Ovulatória (O), disfunção Endometrial (E), Iatrogênico (I) e as não classificado (N).

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):2204–2208, 2208.e1–2208.e3

Para melhor compreensão usado a classificação PALM- COEIN			
Estruturais		Não Estruturais	
<b>P</b>	Pólipos	<b>C</b>	Coagulopatias
<b>A</b>	Adenomiose	<b>O</b>	Ovulatório
<b>L</b>	Leiomiomas	<b>E</b>	Endometrial
<b>M</b>	Malignidades (hiperplasias, câncer)	<b>I</b>	Iatrogênico
		<b>N</b>	Não classificado

Quadro I – Classificação PALM-COEIN do sangramento uterino anormal (SUA)

## 5. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL, CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA:

5.1. **CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM NECESSIDADE de ENCAMINHAMENTO PARA URGÊNCIA e EMERGÊNCIA em GINECOLOGIA e OBSTETRÍCIA preferencialmente da maternidade de vinculação e referência:**

Atendimento de urgência em atenção especializada - SIGTAP: 03.01.06.006-1

Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para CONSULTAS de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA em GINECOLOGIA, as pacientes com sangramento uterino anormal com necessidade de atendimento imediato, que serão realizadas nos PRONTO SOCORROS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA de vinculação e referência NOS HOSPITAIS DA REDE de saúde pública do DF.

- Mulheres e meninas com SUA que apresentem **manifestações clínicas como instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas severos;**

5.2. **SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL PARA os AMBULATÓRIOS DE GINECOLOGIA GERAL da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) em PANORAMA 1 e/ou 2:**

**CONSULTA EM GINECOLOGIA GERAL - Código Interno: 0830028**

**Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para consulta nos AMBULATÓRIOS DE GINECOLOGIA GERAL da AASE nas policlínicas e nos hospitais das regiões de saúde.**

**Prioridade 1 - VERMELHA**

- Pacientes com sangramento uterino pós-menopausa;
- Pacientes com SUA, **COM anemia**, refratário ao tratamento clínico por três meses;
- Pacientes com SUA associado a espessamento de endométrio **COM anemia** (para mulheres no menacme com espessura endometrial  $\geq 12$  mm por ultrassonografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase precoce do ciclo menstrual ou  $\geq 5$  mm em mulheres na pós-menopausa);
- Pacientes com SUA persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e pelo menos um fator de risco para câncer de endométrio como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica ou uso de tamoxifeno);
- Pacientes com SUA em mulheres no menacme sem causa definida **COM anemia**.
- Espessamento endometrial na ultrassonografia transvaginal nas mulheres na pós-menopausa, assintomáticas:
  - Espessura  $\geq 14$  mm naquelas sem terapia hormonal;
  - Espessura  $\geq 14$  mm persistente na ultrassonografia de reavaliação após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal.

**Prioridade 2 - AMARELA**

- Pacientes com SUA **SEM anemia**, refratário ao tratamento clínico por três meses;
- Pacientes com SUA associado a espessamento de endométrio **SEM anemia** (para mulheres no menacme com espessura endometrial  $\geq 12$  mm por ultrassonografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase precoce do ciclo menstrual ou  $\geq 5$  mm em mulheres na pós-menopausa).
- Espessamento endometrial na ultrassonografia transvaginal nas mulheres na pós-menopausa, assintomáticas:
  - Espessura  $\geq 7$  mm naquelas sem terapia hormonal;
  - Espessura  $\geq 7$  mm persistente na ultrassonografia de reavaliação após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal.

**Prioridade 3 - VERDE**

- Pacientes com SUA associado a espessamento de endométrio **SEM anemia** (para mulheres no menacme com espessura endometrial  $< 12$  mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase precoce do ciclo menstrual);
- Pacientes com SUA em mulheres no menacme sem causa definida **SEM anemia**.
- 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.

5.3. **SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL PARA os AMBULATÓRIOS DE CIRURGIA GINECOLÓGICA da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) em PANORAMA 1 e/ou 2:**

**CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLÓGICA - Código Interno: 0055021**

**Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para consultas nos AMBULATÓRIOS DE CIRURGIA GINECOLÓGICA nas POLICLÍNICAS e nos HOSPITAIS nas regiões de saúde.**

**Prioridade 1 - VERMELHA**

- Pacientes com SUA associado a mioma, **COM anemia**, refratário ao tratamento clínico por três meses;
- Pacientes com SUA associado a pólipos ou espessamento de endométrio (para mulheres no menacme, espessura endometrial  $\geq 12$  mm por ultrassonografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase precoce do ciclo menstrual ou  $\geq 5$  mm em mulheres na pós-menopausa) **COM anemia** e refratário ao tratamento clínico;
- Pacientes com SUA em mulheres no menacme sem causa definida **COM anemia** refratário ao tratamento clínico.

**Prioridade 2 - AMARELA**

- Pacientes com SUA associado a mioma, **SEM anemia**, refratário ao tratamento clínico por três meses.
- Pacientes com SUA associado a pólipos ou espessamento de endométrio (para mulheres no menacme, espessura endometrial  $\geq 12$  mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase precoce do ciclo menstrual ou  $\geq 5$  mm em mulheres na pós-menopausa) **SEM anemia** e refratário ao tratamento clínico;
- Pacientes com SUA no menacme sem causa definida, **SEM anemia** e refratário ao tratamento clínico.

**5.4. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL PARA os AMBULATÓRIOS DE REPRODUÇÃO HUMANA / GINECOLOGIA - ENDOCRINOLOGIA da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) em PANORAMA 1 e/ou 2:****CONSULTA EM GINECOLOGIA - ENDOCRINOLOGIA - Código Interno: 0701293**

Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para consultas nos AMBULATÓRIOS DE REPRODUÇÃO HUMANA E GINECOLOGIA - ENDOCRINOLOGIA, nas POLICLÍNICAS e nos HOSPITAIS nas regiões de saúde.

**Prioridade 1 - VERMELHA**

- Pacientes com sangramento disfuncional de causa ovulatória (SUA-O), **COM anemia**, sem resposta ao tratamento clínico por três meses (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia e escape por anticoncepcional hormonal de baixa dose);

**Prioridade 2 - AMARELA**

- Pacientes com sangramento disfuncional de causa ovulatória (SUA-O), **SEM anemia**, sem resposta ao tratamento clínico por três meses (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia e escape por anticoncepcional hormonal de baixa dose).

**Propedêutica mínima para o encaminhamento, além do exame ginecológico completo:**

- Ultrassonografia pélvica ou transvaginal na primeira fase precoce do ciclo, com data;
- Teste imunológico para gravidez preferencialmente beta-HCG, TSH, prolactina e hemograma completo, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

**Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento:**

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e outras informações relevantes);
- Relatórios de cirurgias prévias, seja por laparotomia ou laparoscopia, se realizou;
- Exame físico geral e ginecológico completo (exame da genitália, exame especular, toque vaginal e exame das mamas);

- Descrição da fase reprodutiva da mulher (menacme, perimenopausa ou pós-menopausa);
- Resultado dos exames da propedêutica mínima, com ênfase para os exames de imagem, com data;
- Tratamento em uso e os já realizados para SUA ou dor pélvica (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso).

## 6. **GRUPO II - MIOMATOSE UTERINA**

D25 - Leiomioma do útero

D25.0 - Leiomioma submucoso do útero

D25.1 - Leiomioma intramural do útero

D25.2 - Leiomioma subseroso do útero

D25.9 - Leiomioma do útero, não especificado

Estima-se que 80% das mulheres em idade fértil tenham miomas. Eles podem se localizar dentro da cavidade uterina (miomas submucosos), dentro da parede uterina (miomas intramurais) ou na superfície do útero (miomas subserosos). Os miomas habitualmente são assintomáticos (>50% dos casos) e muitas vezes são achados ocasionais do exame pélvico ou ultrassonográfico. Os sintomas, quando existem, correlacionam-se com o tamanho, a quantidade e a localização. Os miomas subserosos maiores podem distorcer a anatomia pélvica, comprimindo e deslocando os órgãos adjacentes. Os miomas intramurais podem causar dismenorria e sangramento; enquanto os miomas submucosos geralmente produzem sangramentos irregulares e infertilidade.

### \* Classificação dos miomas – FIGO

**0** - Intracavitário, pediculado; **1** - Submucoso, < 50% intramural;

**2** - Submucoso,  $\geq$  50% intramural; 2-5: quando o nódulo possui componentes submucoso e subseroso, com menos da metade do seu diâmetro nas cavidades endometrial e peritoneal;

**3** - Intramural, tangenciando o endométrio; **4** – Intramural; **5** - Subseroso,  $\geq$  50% intramural;

**6** - Subseroso, < 50% intramural; **7** - Subseroso, pediculado; **8** - Outros (ex. cervical, parasita).

## 6. MIOMATOSE UTERINA, CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA:

### 6.1. MIOMATOSE UTERINA PARA os AMBULATÓRIOS DE GINECOLOGIA GERAL da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) em PANORAMA 1 e/ou 2:

**CONSULTA EM GINECOLOGIA GERAL Código Interno: 0830028**

**Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para os AMBULATÓRIOS DE GINECOLOGIA GERAL da atenção secundária nas policlínicas e nos hospitais nas regiões de saúde.**

#### **Prioridade 2 - AMARELA**

- Mioma(s) submucoso(s) de qualquer tamanho, intramural e/ou subseroso maior que 4 cm, em útero menor que 250 cm<sup>3</sup>, em mulheres no menacme, **com sangramento uterino anormal**, causando ou não anemia, com ou sem desejo de preservar o útero, sem desejo de gravidez;
- Mioma(s) submucoso(s) de qualquer tamanho, intramural e/ou subseroso maior que 4 cm, em útero maior que 250 cm<sup>3</sup>, em mulheres no menacme, **assintomáticas (sem sintomas)**, com ou sem desejo de preservar o útero, sem desejo de gravidez.

#### **Prioridade 3 - VERDE**

- Mioma(s) submucoso(s) de qualquer tamanho, intramural e/ou subseroso maior que 4 cm, em útero menor que 250 cm<sup>3</sup>, em mulheres no menacme, **sem sangramento uterino anormal**, com ou sem desejo de preservar o útero, sem desejo de gravidez.

## 6.2. MIOMATOSE UTERINA PARA os AMBULATÓRIOS DE CIRURGIA GINECOLÓGICA da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) em PANORAMA 1 e/ou 2:

### CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLÓGICA Código Interno: 0055021

Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para consultas nos AMBULATÓRIOS DE CIRURGIA GINECOLÓGICA da atenção secundária OU nos ambulatórios dos hospitais nas regiões de saúde.

#### Prioridade 1 - VERMELHA

- Mioma(s) submucoso(s) de qualquer tamanho, intramural e/ou subseroso maior que 4 cm, em útero maior que 250 cm<sup>3</sup>, em mulheres no menacme, **com sangramento uterino anormal, causando anemia**, com ou sem desejo de preservar o útero, com ou sem desejo de gravidez.

#### Prioridade 2 - AMARELA

- Mioma(s) submucoso de qualquer tamanho, intramural e/ou subseroso maior que 4 cm, em útero menor que 250 cm<sup>3</sup>, em mulheres no menacme, **com sangramento uterino anormal, com anemia**, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com ou sem desejo de preservar o útero, com ou sem desejo de gravidez;
- Mioma(s) submucoso de qualquer tamanho, intramural e/ou subseroso maior que 4 cm, em útero de qualquer tamanho, em mulheres no menacme, **com dor pélvica ou dismenorreia moderada ou grave**, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com ou sem desejo de preservar o útero, com ou sem desejo de gravidez;
- Mioma(s) submucoso de qualquer tamanho, intramural e/ou subseroso maior que 4 cm, em útero de qualquer tamanho, em mulheres no menacme, **assintomáticas (sem sintomas)**, com desejo de preservar o útero, **com desejo de gravidez**.

#### Prioridade 3 - VERDE

- Mioma(s) submucoso de qualquer tamanho, intramural e/ou subseroso maior que 4 cm, em útero menor que 250 cm<sup>3</sup>, em mulheres no menacme, **com sangramento uterino anormal, sem anemia**, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com ou sem desejo de preservar o útero, com ou sem desejo de gravidez;
- Mioma(s) de qualquer tamanho e localização, em útero maior que 250 cm<sup>3</sup> em mulheres no menacme, **assintomáticas (sem sintomas)**, com ou sem desejo de preservar o útero, sem desejo de gravidez.

#### Propedêutica mínima para o encaminhamento, além do exame ginecológico completo:

- Ultrassonografia pélvica ou transvaginal na primeira fase precoce do ciclo, com data;
- Teste imunológico para gravidez preferencialmente beta-HCG, TSH e hemograma completo, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

#### Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento:

- Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e outras informações relevantes);
- Relatórios de cirurgias prévias, seja por laparotomia ou laparoscopia, se realizou;
- Exame físico geral e ginecológico completo (exame da genitália, exame especular, toque vaginal e exame das mamas);
- Descrição da fase reprodutiva da mulher (menacme, perimenopausa ou pós-menopausa);



- Resultado dos exames da propedêutica mínima, com ênfase para os exames de imagem, com data;
- Tratamento em uso e os já realizados para SUA ou dor pélvica (medicamentos utilizados com posologia).

7. **GRUPO III – ALTERAÇÕES UROGINECOLÓGICAS**

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

N39.4 - Outras incontinências urinárias especificadas

N39.9 - Transtornos não especificados do aparelho urinário

R32 - Incontinência urinária não especificada

R33 - Retenção urinária

N99 - Transtorno do trato geniturinário pós-procedimentos não classificados em outra parte

N81 - Prolapso genital feminino

N81.0 - Ureterocele feminina

N81.1 - Cistocele

N81.2 - Prolapso uterovaginal incompleto

N81.3 - Prolapso uterovaginal completo

N81.4 - Prolapso uterovaginal não especificado

N81.5 - Enterocel vaginal

N81.6 - Retocele

N81.8 - Outro prolapso genital feminino

N81.2 - Prolapso genital não especificado

**Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para consultas nos AMBULATÓRIOS DE UROGINECOLOGIA na Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) nas policlínicas e nos hospitais e na Atenção Hospitalar nas regiões de saúde.**

**DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO** para consultas de pacientes com queixas de incontinência urinária e/ou perda involuntária de urina:

- Não há necessidade de avaliação prévia pelo estudo urodinâmico se o tratamento inicial for conservador.
- A terapia comportamental associada à fisioterapia constitui-se na primeira linha de tratamento.

**7. CONDIÇÕES CLÍNICAS nas ALTERAÇÕES UROGINECOLÓGICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA:**

**7.1. ALTERAÇÕES UROGINECOLÓGICAS PARA os AMBULATÓRIOS DE UROGINECOLOGIA na Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) em PANORAMA 3:**

**CONSULTA EM GINECOLOGIA - UROGINECOLOGIA - Código Interno: 0710797**

As pacientes com critério para CONSULTA EM GINECOLOGIA - UROGINECOLOGIA devem ser reguladas **pelos** profissionais de saúde da APS - Atenção Primária à Saúde para **CONSULTA EM GINECOLOGIA - GERAL em Panorama 1 ou 2**. Após avaliação pela Ginecologia estas pacientes se necessário poderão ser REGULADAS para **CONSULTA EM GINECOLOGIA - UROGINECOLOGIA em PANORAMA 3:**

**Prioridade 1 - VERMELHA**

- Paciente com prolapso genital, uterino total (Grau IV) ou vaginal apical.

### **Prioridade 2 - AMARELA**

- Paciente com prolapso genital, uterino parcial (Grau II e III) e / ou de parede vaginal anterior e posterior.
- Paciente com urge-incontinência urinária sem resposta a tratamento medicamentoso por 06 meses (após descartada infecção do trato urinário);
- Paciente com incontinência urinária de esforço (“stress”) em mulheres de qualquer idade, sem resposta ao tratamento clínico e fisioterápico (exercícios para reforço do assoalho pélvico, treinamento vesical, estrogênio terapia tópica em mulheres na pós-menopausa e intervenções no estilo de vida como perda de peso se necessário e diminuição na ingestão de cafeína ou álcool) por 6 meses.

### **Prioridade 3 - VERDE**

- Pacientes com suspeita de cistite intersticial.

\* Frequência miccional maior que 07 vezes ao dia, urgência urinária, noctúria, disúria, dor pélvica ou perineal na ausência de infecção ou neoplasia vesical e hematúria.

### **Propedêutica mínima para o encaminhamento, além do exame ginecológico completo:**

- Exame sumário de urina (EAS) e urocultura, com data;
- Ultrassonografia pélvica ou transvaginal na primeira fase precoce do ciclo, com data;
- Teste imunológico para gravidez, preferencialmente beta-HCG, para paciente no menacme, e hemograma completo, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

### **Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento:**

- Sinais e sintomas (com descrição do hábito intestinal e urinário, atividade física, atividade laboral e outras informações relevantes);
- Relatórios de cirurgias prévias, seja por laparotomia seja por laparoscopia, se realizou;
- Exame físico geral e ginecológico completo (exame da genitália, exame especular, toque vaginal e exame das mamas);
- Ênfase na descrição do exame pélvico (presença e grau do prolapso);
- Descrição da fase reprodutiva da mulher (menacme, perimenopausa ou pós-menopausa);
- Resultado dos exames da propedêutica mínima, com ênfase para os exames de imagem, com data;
- Tratamento em uso e os já realizados para incontinência urinária (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso).
- Uso de outros medicamentos que afetem a continência urinária.

## **8. GRUPO IV – DOR PÉLVICA CRÔNICA (DPC) E ENDOMETRIOSE**

R10.2 - Dor pélvica e perineal

R10.3 - Dor localizada em outras partes do abdome inferior

N94.4 - Dismenorreia primária

N94.5 - Dismenorreia secundária

N80.0 - Endometriose do útero

N80.1 - Endometriose do ovário

- N80.2 - Endometriose da trompa de Falópio
- N80.3 - Endometriose do peritônio pélvico
- N80.6 - Endometriose de cicatriz cutânea
- N80.8 - Outra Endometriose
- N80.0 - Endometriose não especificada

**Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para os AMBULATÓRIOS DE DOR PÉLVICA CRÔNICA (DPC) E ENDOMETRIOSE da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) nas policlínicas e hospitais e na Atenção Hospitalar das regiões de saúde.**

Assim como o sangramento uterino anormal (SUA), a dor pélvica crônica (DPC) possui mais de 40 (quarenta) causas, podendo coexistir causas, determinando conceito multifatorial para ambas as situações. Sendo assim, o diagnóstico sindrômico é mais apropriado para não negligenciar outras causas de dor pélvica crônica e com isso acentuar a insatisfação e frustração da paciente, ou mesmo piorar a sua condição de saúde.

As causas ginecológicas mais comuns de dor pélvica crônica (DPC) são endometriose e adenomiose, miomas, varizes pélvicas e aderências decorrentes de doença inflamatória pélvica e cirurgias.

A dor pélvica crônica (DPC) é definida pela International Association for the Study of Pain como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a possível dano tecidual. Não é apenas de sintomatologia de localização pélvica, mas sim uma síndrome com alterações emocionais, osteomusculares e de outros sistemas associados.

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) e a ReVI-TALize, iniciativa que visa padronizar a terminologia em ginecologia e obstetrícia, definem a DPC como “sintomas dolorosos percebidos como originários de órgãos/estruturas pélvicas, tipicamente com duração maior que 6 meses. Está frequentemente associada com consequências negativas do ponto de vista cognitivo, comportamental, sexual e emocional, bem como com sintomas sugestivos de disfunção do trato urinário, intestinal, assoalho pélvico, miofascial ou ginecológica”.

A dor pélvica crônica (DPC) se apresenta como uma das principais causas de encaminhamento de mulheres aos serviços de saúde.

**8. CONDIÇÕES CLÍNICAS na DOR PÉLVICA CRÔNICA (DPC) E ENDOMETRIOSE QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA**

**8.1. DOR PÉLVICA CRÔNICA (DPC) E ENDOMETRIOSE PARA os AMBULATÓRIOS DE GINECOLOGIA GERAL da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) em PANORAMA 1 e/ou 2:**

**CONSULTA EM GINECOLOGIA - GERAL - Código Interno: 0830028**

**Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para os AMBULATÓRIOS DE GINECOLOGIA GERAL na Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) nas policlínicas e nos hospitais nas regiões de saúde.**

**Prioridade 1 - VERMELHA**

- Paciente com DPC por mais de 06 meses, de origem ginecológica, refratária ao tratamento clínico, não associada à gravidez.

**Prioridade 2 - AMARELA**

- Paciente com mais de 20 anos de idade com dismenorreia progressiva refratária ao tratamento clínico por 06 meses.

**Propedêutica mínima para o encaminhamento, além do exame ginecológico completo:**

- Exame sumário de urina (EAS) e resultado de urocultura, com data;

- Ultrassonografia pélvica ou transvaginal na primeira fase precoce do ciclo, com data;
- Teste imunológico para gravidez, preferencialmente beta-HCG, e hemograma completo, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

**Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento:**

- Sinais e sintomas (com descrição do hábito intestinal e urinário, atividade física, atividade laboral e outras informações relevantes);
- Relatórios de cirurgias prévias, seja por laparotomia seja por laparoscopia, se realizou;
- Exame físico geral e ginecológico completo (exame da genitália, exame especular, toque vaginal e exame das mamas);
- Descrição da fase reprodutiva da mulher (menacme, perimenopausa ou pós-menopausa);
- Resultado dos exames da propedêutica mínima, com ênfase para os exames de imagem, com data;
- Tratamento em uso e os já realizados para DPC (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso).

**8.2. DOR PÉLVICA CRÔNICA (DPC) E ENDOMETRIOSE PARA os AMBULATÓRIOS DE DOR PÉLVICA CRÔNICA (DPC) E ENDOMETRIOSE na Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) em PANORAMA 1 e/ou 2:**

**CONSULTA EM GINECOLOGIA - ENDOMETRIOSE - DOR PÉLVICA - Código Interno: 0701697**

**Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento da paciente com DOR PÉLVICA CRÔNICA (DPC) e endometriose previamente investigada nos AMBULATÓRIOS DE GINECOLOGIA GERAL na Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) nas policlínicas e nos hospitais nas regiões de saúde.**

**Prioridade 1 - VERMELHA**

- Paciente com DPC por mais de 06 meses, de origem ginecológica, refratária ao tratamento clínico na GINECOLOGIA GERAL e encaminhados pela GINECOLOGIA GERAL.
- Pacientes com diagnóstico de endometriose ou endometrioma por exames de imagem, com dor pélvica moderada ou severa, sem resposta ao tratamento clínico (AINE e/ou hormonioterapia) por 6 meses na GINECOLOGIA GERAL e encaminhados pela GINECOLOGIA GERAL ou com contra-indicação para tratamento clínico, com interesse reprodutivo.
- Pacientes com diagnóstico de endometriose profunda infiltrativa por exames de imagem, com desejo reprodutivo encaminhados pela GINECOLOGIA GERAL.

**Prioridade 2 - AMARELA**

- Paciente com mais de 20 anos de idade com dismenorrea progressiva refratária ao tratamento clínico por 06 meses, na GINECOLOGIA GERAL e encaminhados pela GINECOLOGIA GERAL.
- Pacientes com diagnóstico de endometriose ou endometrioma por exames de imagem, com dor pélvica leve, sem resposta ao tratamento clínico (AINE e/ou hormonioterapia) por 6 meses na GINECOLOGIA GERAL e encaminhados pela GINECOLOGIA GERAL ou com contra-indicação para tal, sem interesse reprodutivo.
- Pacientes com diagnóstico de endometriose de parede abdominal.

**Propedêutica mínima para o encaminhamento, além do exame ginecológico completo:**

- Exame sumário de urina (EAS) e resultado de urocultura, com data;
- Ultrassonografia pélvica ou transvaginal na primeira fase precoce do ciclo, com data;
- Teste imunológico para gravidez, preferencialmente beta-HCG, e hemograma completo, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano);

- Sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário);
- Ultrassonografia transvaginal DE MAPEAMENTO para endometriose, com data; OU
- Descrição de outro exame de imagem como Ressonância Magnética, com data.

**Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento:**

- Sinais e sintomas (com descrição do hábito intestinal e urinário, atividade física, atividade laboral e outras informações relevantes);
- Relatórios de cirurgias prévias, seja por laparotomia seja por laparoscopia, se realizou;
- Exame físico geral e ginecológico completo (exame da genitália, exame especular, toque vaginal e exame das mamas);
- Descrição da fase reprodutiva da mulher (menacme, perimenopausa ou pós-menopausa);
- Resultado dos exames da propedêutica mínima, com ênfase para os exames de imagem, com data;
- Tratamento em uso e os já realizados para DPC (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso).

**8.3. ENDOMETRIOSE PROFUNDA, PARA os AMBULATÓRIOS DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA na Atenção Ambulatorial Terciária nos hospitais em PANORAMA 3:**

**CONSULTA EM GINECOLOGIA - ENDOMETRIOSE PROFUNDA - Código Interno: 2018857**

**Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para consultas nos AMBULATÓRIOS DE DOR PÉLVICA CRÔNICA (DPC) E ENDOMETRIOSE PROFUNDA, da atenção terciária da Atenção Hospitalar nas regiões de saúde previamente investigada nos AMBULATÓRIOS DE DOR PÉLVICA CRÔNICA (DPC) E ENDOMETRIOSE da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) nas policlínicas e nos hospitais nas regiões de saúde.**

N80.3 - Endometriose do peritônio pélvico "**(comprometendo o sistema urinário)**"

N80.4 - Endometriose de septo retovaginal e da vagina

N80.5 - Endometriose de intestino

N80.8 - Outra Endometriose "**(comprometendo o sistema urinário)**"

**Prioridade 1 - VERMELHA**

- Pacientes com diagnóstico de endometriose profunda infiltrativa por exames de imagem, COM estreitamento de retossigmoide ou COM hidronefrose devido a obstrução de ureter ou COM sintomatologia álgica sem resposta a analgesia por via oral.

**Prioridade 2 - AMARELA**

- Pacientes com diagnóstico de endometriose profunda infiltrativa por exames de imagem, COM comprometimento intestinal ou de trato urinário que NÃO produz estreitamento ou obstrução ou com sintomatologia álgica leve ou moderada.

**Propedêutica mínima para o encaminhamento, além do exame ginecológico completo:**

- Exame sumário de urina (EAS) e urocultura, com data;
- Ultrassonografia pélvica ou transvaginal na primeira fase precoce do ciclo, com data;
- Teste imunológico para gravidez (preferencialmente beta-HCG), hemograma completo, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano);
- Ultrassonografia transvaginal DE MAPEAMENTO para endometriose, com data; OU
- Descrição de outro exame de imagem como Ressonância Magnética, com data;
- Colonoscopia ou Cistoscopia, se houver, com data;

- Ultrassonografia de Abdômen total, com data;
- Mulheres no menacme: Beta-HCG, TSH, FSH, Prolactina.

**Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento:**

- Sinais e sintomas (com descrição do hábito intestinal e urinário, atividade física, atividade laboral e outras informações relevantes);
- Relatórios de cirurgias prévias, seja por laparotomia seja por laparoscopia, se realizou;
- Exame físico geral e ginecológico completo (exame da genitália, exame especular, toque vaginal e exame das mamas);
- Descrição da fase reprodutiva da mulher (menacme, perimenopausa ou pós-menopausa);
- Resultado dos exames da propedêutica mínima, com ênfase para os exames de imagem, com data;
- Tratamento em uso e os já realizados para DPC (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso).

**9. GRUPO V - CLIMATÉRIO**

**CLIMATÉRIO** com manifestações da síndrome do climatério

N95.1 - Estado da menopausa e do climatério feminino

N95.2 - Vaginite atrófica pós-menopausa

N95.3 - Condições associadas com a menopausa artificial

N95.8 - Outros transtornos especificados da menopausa e da perimenopausa

N95.9 - Transtornos não especificado da menopausa e da perimenopausa

**Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para consultas nos AMBULATÓRIOS DE CLIMATÉRIO na Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) nas policlínicas e nos hospitais e na Atenção Hospitalar.**

**9. CONDIÇÕES CLÍNICAS NO CLIMATÉRIO QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA**

**9.1. CLIMATÉRIO PARA os AMBULATÓRIOS DE CLIMATÉRIO da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE), em PANORAMA 1 e/ou 2:**

**CONSULTA EM GINECOLOGIA - CLIMATÉRIO - Código Interno: 0701402**

**Prioridade 1 - VERMELHA**

- Pacientes com diagnóstico de menopausa precoce (antes dos 38 anos);

**Prioridade 2 - AMARELA**

- Pacientes com persistência dos sintomas do climatério após tratamento clínico por 06 meses;
- Pacientes com sintomas associados ao climatério e fatores de risco para iniciar o tratamento clínico recomendado.

**Propedêutica mínima para o encaminhamento, além do exame ginecológico completo:**

- Rotina laboratorial com hemograma completo, glicemia de jejum, hemoglobina glicada (HbA1c), lipidograma completo, TGO, TGP, pesquisa de sangue oculto nas fezes (para as pacientes acima de 50 anos), com data;

- Ultrassonografia pélvica ou transvaginal se possível, (na primeira fase precoce do ciclo para pacientes com sangramento regular da terapia hormonal ou em qualquer momento para aquelas sem terapia hormonal), com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano) se possível;
- Mamografia atualizada com intervalo recomendado pelo Ministério da Saúde (MS).

**Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento:**

- Sinais e sintomas (tempo de evolução dos sintomas, outras informações relevantes);
- História com idade da paciente quando se iniciaram os sintomas, data da menopausa se já tiver acontecido e início dos sintomas, com descrição do padrão menstrual prévio da mulher, se houver;
- Exame físico geral e ginecológico completo (exame da genitália, exame especular e toque vaginal se possível e exame das mamas);
- Tratamento em uso e os já realizados para os sintomas do climatério (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);
- Relatórios de cirurgias prévias, seja por laparotomia seja por laparoscopia, se realizou;
- Resultado dos exames da propedêutica mínima, com data;
- Resultado do teste da progesterona, na amenorreia secundária.

10. **GRUPO VI – AMENORREIA PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA**

N91 - Amenorreia

N91.0 - Amenorreia primária

N91.1 - Amenorreia secundária

N91.2 - Amenorreia, não especificada

**Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para consultas nos AMBULATÓRIOS DE REPRODUÇÃO HUMANA / GINECOLOGIA ENDOCRINOLOGIA nos AMBULATÓRIOS da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) nas policlínicas e nos hospitais nas regiões de saúde.**

**DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO** para consultas de pacientes com amenorreia. Define-se amenorreia com necessidade de investigação quando, segundo Protocolos Febrasgo | N<sup>o</sup>38 | 2018, Benetti-Pinto CL, Soares Júnior JM, Yela DA :

- a menarca (primeira menstruação) não ocorreu até os 15 anos de idade em meninas com caracteres sexuais secundários presentes;
- a menarca (primeira menstruação) não ocorreu 5 anos após o início do desenvolvimento das mamas, se isto se deu antes dos 10 anos de idade;
- meninas em que, aos 13 anos de idade, seja observada completa ausência de caracteres sexuais secundários.

Algumas situações que devem ser particularizadas:

- presença de características sexuais secundárias antes dos 15 anos e ausência de menstruação, porém com dor pélvica cíclica: iniciar investigação devido ao risco de obstrução do trato genital e/ou de malformação;
- presença de alteração dos órgãos genitais ou de estigmas genéticos sugestivos (ex.: síndrome de Turner): iniciar a investigação independentemente da idade;<sup>4,5</sup>
- quando a menarca já aconteceu, a falta de menstruação é denominada de amenorreia secundária e deve ser investigada quando a menstruação não ocorre por 3 meses ou mais ou quando ocorrerem menos de nove menstruações em um ano.<sup>4,5</sup>

## 10. CONDIÇÕES CLÍNICAS na AMENORREIA PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA:

### 10.1. AMENORREIA PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA PARA os AMBULATÓRIOS DE REPRODUÇÃO HUMANA / GINECOLOGIA ENDÓCRINA NA Atenção Ambulatorial Secundária (AASE), em PANORAMA 1 e/ou 02.

#### CONSULTA EM GINECOLOGIA - ENDOCRINOLOGIA - Código Interno: 0701293

##### Prioridade 1 – VERMELHA

- Pacientes maiores de 13 anos que ainda não tenha menstruado, ou seja, possuem amenorrea primária, sem desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários adequadamente;
- Pacientes maiores de 15 anos que ainda não tenha menstruado, ou seja, possuem amenorrea primária, com caracteres sexuais secundários desenvolvidos adequadamente;
- Pacientes que ainda não tenham menstruado, independente da idade, ou seja, amenorrea primária com caracteres sexuais secundários desenvolvidos adequadamente e dor pélvica cíclica (há risco de ser uma malformação).

##### Prioridade 2 – AMARELA

- Pacientes que pararam de menstruar por 3 meses seguidos ou mais, ou seja, possuem amenorrea secundária, com teste da progesterona negativo (ver quadro II);
- Pacientes que pararam de menstruar por 3 meses seguidos ou mais, ou seja, possuem amenorrea secundária, e suspeita de diagnóstico de falência ovariana precoce (clínica ou laboratorial);
- Pacientes que pararam de menstruar por 3 meses seguidos ou mais, ou seja, possuem amenorrea secundária, e tenham história de exposição à radiação e/ou quimioterapia no passado;
- Pacientes que independentemente da idade apresentam alterações dos órgãos genitais ou estigmas genéticos sugestivos (ex.: síndrome de Turner).

#### Quadro II – Teste da progesterona

##### Teste da progesterona:

Acetato de medroxiprogesterona 10 mg - 01 comprimido, uma vez ao dia, por 05 dias.

Teste considerado **POSITIVO** se houver sangramento após 3 a 10 dias do término do uso do medicamento.

#### Propedêutica mínima para o encaminhamento, além do exame ginecológico completo:

- Teste imunológico para gravidez, preferencialmente beta-HCG, TSH, FSH, prolactina e hemograma completo, com data;
- Se apresenta sinais de hiperandrogenismo: S-DHEA, testosterona total e livre, 17-hidroxi-progesterona e androstenediona, com data;
- Ultrassonografia pélvica abdominal ou transvaginal, com data;
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano), quando indicado.

#### Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento:

- Sinais e sintomas (tempo de evolução e da amenorrea, outras informações relevantes);
- História com idade da paciente quando se iniciaram os sintomas, início da amenorrea, com descrição do padrão menstrual prévio da mulher, se houver;



- Exame físico geral e ginecológico completo (exame da genitália, exame especular e toque vaginal se possível e exame das mamas);
- Tratamento em uso e os já realizados para os sintomas da amenorreia (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);
- Relatórios de cirurgias prévias, seja por laparotomia ou laparoscopia, se realizou;
- Resultado dos exames da propedêutica mínima, com data;
- Resultado do teste da progesterona, na amenorreia secundária.

## 11. **GRUPO VII – INFERTILIDADE - CASAL INFÉRTIL**

N46 - Infertilidade masculina

N97 - Infertilidade feminina

**Dos motivos e condições clínicas do casal infértil que indicam a necessidade de encaminhamento para consultas nos AMBULATÓRIOS DE REPRODUÇÃO HUMANA / GINECOLOGIA ENDÓCRINA nos AMBULATÓRIOS da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) nas policlínicas e nos hospitais nas regiões de saúde.**

### **11. CONDIÇÕES CLÍNICAS na INFERTILIDADE, casal infértil QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA:**

#### **11.1. INFERTILIDADE casal infértil, PARA os AMBULATÓRIOS DE REPRODUÇÃO HUMANA / GINECOLOGIA ENDÓCRINA na Atenção Ambulatorial Secundária (AASE), em PANORAMA 1 e/ou 02:**

**CONSULTA EM REPRODUÇÃO HUMANA - Código Interno: 2018119**

**O único critério de Prioridade para atendimento na Reprodução Humana a ser considerado é a data de registro (de inserção) do encaminhamento na Central de Regulação. Portanto, todas as pacientes devem ser inseridas como Prioridade 3 – VERDE.**

#### **Prioridade 3 – VERDE**

- CASAL COM um ano ou mais com relação sexual regular sem anticoncepção, sem gravidez, quando a mulher tiver menos de 35 anos;
- CASAL COM seis meses ou mais com relação sexual regular sem anticoncepção, sem gravidez, quando a mulher tiver 35 anos ou mais;
- Imediatamente quando o CASAL com infertilidade tiver fator de infertilidade conhecido e este seja intransponível sem o emprego de técnicas de reprodução humana assistida, a exemplo da infertilidade por fator tubário devido laqueadura tubária ou outra causa, independentemente do tempo de união e / ou tentativa de gravidez.
- Imediatamente quando o CASAL com infertilidade tiver fator de infertilidade conhecido e este seja intransponível sem o emprego de técnicas de reprodução humana assistida, a exemplo da infertilidade por fator masculino, seja por vasectomia, azoospermia ou oligoastenozoospermia independentemente do tempo de união e / ou tentativa de gravidez.

#### **Critérios mínimos para o encaminhamento:**

- Casal tentando engravidar sem sucesso, após 12 meses de tentativa com relação sexual regular, sem métodos contraceptivos, se a mulher tem menos de 35 anos;
- Casal tentando engravidar sem sucesso, após 6 meses de tentativa com relação sexual regular, sem métodos contraceptivos, se a mulher tem 35 anos ou mais;

- Imediatamente, com aborto recorrente, perda gestacional espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20ª semana de gestação ou duas perdas se a mulher tem 35 anos ou mais;
- Imediatamente, se casal com mulher portadora de fator anatômico que justifique a infertilidade com possibilidade de intervenção cirúrgica para correção, alterações mullerianas (malformações de útero e vagina), mioma, endometriose e obstrução tubária sabida;
- Imediatamente, se casal com mulher portadora de distúrbio da ovulação, caracterizado por ciclos menstruais irregulares.

**Propedêutica mínima para o encaminhamento, para ambulatório da atenção secundária, além do exame ginecológico completo:**

- Teste imunológico para gravidez, preferencialmente beta-HCG, TSH, prolactina e hemograma completo;
- Ultrassonografia pélvica transvaginal, preferencialmente com contagem de folículos antrais, realizada entre o 3º e o 5º dia do ciclo, considerando o 1º dia, o 1º dia da menstruação (aquele sangramento vermelho vivo);
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano);
- Espermograma, inclusive para os homens com vasectomia, orientar coleta material no período entre 2 a 7 dias de abstinência sexual, sem ejaculação.

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

- Sinais e sintomas (tempo de evolução e da infertilidade, outras informações relevantes);
- História com idade da paciente e quando iniciaram os sintomas, início da infertilidade, com descrição do padrão menstrual da mulher;
- Exame físico geral, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, circunferência abdominal, Peso, Altura, IMC e exame ginecológico completo (exame da genitália, exame especular e toque vaginal e exame das mamas);
- Tratamento em uso ou já realizado para infertilidade (medicamentos utilizados, posologia e tempo de uso);
- Relatórios de cirurgias prévias, seja por laparotomia ou laparoscopia se realizada (se possível com relatório específico do médico que realizou o procedimento);
- Resultado dos exames da propedêutica mínima, com data.

**11.2. INFERTILIDADE casal infértil, PARA os AMBULATÓRIO DE REPRODUÇÃO HUMANA - ALTA COMPLEXIDADE no HMIB,**

**em PANORAMA 3:**

**CONSULTA EM REPRODUÇÃO HUMANA - ALTA COMPLEXIDADE - Código Interno: 2018623**

**Dos motivos e condições clínicas do casal infértil previamente investigada nos AMBULATÓRIOS DE REPRODUÇÃO HUMANA da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) nas policlínicas e nos hospitais nas regiões de saúde que indicam a necessidade de encaminhamento para consultas no AMBULATÓRIO de REPRODUÇÃO HUMANA - ALTA COMPLEXIDADE no HMIB.**

**O único critério de Prioridade para atendimento na Reprodução Humana a ser considerado é a data de registro (de inserção) do encaminhamento na Central de Regulação. Portanto, todas as pacientes devem ser inseridas como Prioridade 3 – VERDE.**

**Prioridade 3 – VERDE**

- CASAL COM um ano ou mais com relação sexual regular sem anticoncepção, sem gravidez, quando a mulher tiver menos de 35 anos;

- CASAL COM seis meses ou mais com relação sexual regular sem anticoncepção, sem gravidez, quando a mulher tiver 35 anos ou mais e menos de 40 anos;
- Imediatamente quando o CASAL com infertilidade tiver o fator de infertilidade conhecido e este seja intransponível sem o emprego de técnicas de reprodução humana assistida, a exemplo da infertilidade por fator tubário devido laqueadura tubária ou outra causa, independentemente do tempo de união e / ou tentativa de gravidez, desde que a mulher tenha menos de 40 anos.
- Imediatamente quando o CASAL com infertilidade tiver o fator de infertilidade conhecido e este seja intransponível sem o emprego de técnicas de reprodução humana assistida, a exemplo da infertilidade por fator masculino, seja por vasectomia, azoospermia ou oligoastenozoospermia independentemente do tempo de união e / ou tentativa de gravidez, desde que a mulher tenha menos de 40 anos.

**Critérios mínimos para o encaminhamento:**

- **Ter sido atendida no ambulatório de Reprodução Humana na atenção secundária da região de referência e ter realizado propedêutica mínima;**
- **Casal em que a mulher tenha menos de 40 anos de idade;**
- Infertilidade de causa estabelecida após investigação e tratamento inicial sem sucesso no ambulatório de Reprodução Humana da atenção secundária;
- Infertilidade sem causa aparente (ISCA), após investigação e tratamento inicial sem sucesso no ambulatório de Reprodução Humana da atenção secundária;
- Infertilidade por fator tubário com obstrução tubária bilateral;
- Infertilidade por fator tubário após laqueadura tubária com desejo de reversão ou não;
- Infertilidade por fator masculino, seja por vasectomia, azoospermia ou oligoastenozoospermia;
- Infertilidade em mulheres sem parceiro;
- Infertilidade em casal homoafetivo.

**Propedêutica mínima para o encaminhamento, além do exame ginecológico completo, todos os exames devem conter a data:**

- Rotina laboratorial para pacientes com amenorreia, síndrome dos ovários policísticos ou sangramento uterino anormal: teste imunológico para gravidez, preferencialmente beta-hCG, FSH, TSH, prolactina e hemograma completo;
- Rotina laboratorial para paciente com síndrome metabólica ou com IMC acima de 29kg/m<sup>2</sup>: glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada (HbA1c), TOTG, lipidograma completo, TGO, TGP;
- Rotina laboratorial para paciente com sinais de hiperandrogenismo: FSH, LH, Estradiol, SHBG, S-DHEA, testosterona total e livre, diidrotestosterona, 17-hidroxi-progesterona e androstenediona.
- Ultrassonografia pélvica transvaginal com contagem de folículos antrais, realizada entre o 3º e o 5º dia do ciclo, considerando o 1º dia, o 1º dia da menstruação (aquele sangramento vermelho vivo);
- Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano);
- Espermograma e espermocultura, inclusive para homens com vasectomia, orientar coleta do material para o período entre 2 a 7 dias de abstinência sexual, sem ejaculação;
- Exame de histerossalpingografia, com data.

**Observação:** O exame histerossalpingografia está **dispensado** para casais com infertilidade feminina por fator tubário conhecido, laqueadura tubária ou salpingectomia bilateral ou infertilidade com fator masculino por vasectomia, azoospermia ou oligoastenozoospermia grave.

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

- Sinais e sintomas (tempo de evolução e da infertilidade, outras informações relevantes);
- História com idade da paciente e quando iniciaram os sintomas, início da infertilidade, com descrição do padrão menstrual da mulher;

- Exame físico geral, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, circunferência abdominal, Peso, Altura, IMC e exame ginecológico completo (exame da genitália, exame especular e toque vaginal e exame das mamas);
- Tratamento em uso ou já realizado para infertilidade (medicamentos utilizados e posologia);
- Relatórios de cirurgias prévias, seja por laparotomia ou laparoscopia se realizada, (se possível com relatório específico do médico que realizou o procedimento);
- Resultado dos exames da propedêutica mínima, com data.

#### Quadro III – Avaliação da infertilidade na Atenção Primária à Saúde

##### Investigação do casal infértil na atenção primária:

##### MULHER:

- História clínica: tempo de infertilidade, frequência das relações sexuais, características do ciclo menstrual, gestações prévias (abortamento, gravidez ectópica), obesidade, acne, hirsutismo, galactorreia, fogachos, doenças crônicas como diabetes e distúrbios tireoidianos;
- Exames complementares: ultrassonografia pélvica transvaginal, se possível, ultrassonografia transvaginal com contagem de folículos realizada entre o 3º e o 5º dias do ciclo menstrual, sendo o 1º dia do ciclo, o 1º dia da menstruação.

##### HOMEM:

- História clínica: frequência das relações sexuais, problemas de ereção e/ou ejaculação, obesidade, doenças crônicas como diabetes e distúrbios tireoidianos.
- Espermograma e espermocultura: Orientar coletar material no período entre 2 a 7 dias de abstinência sexual, sem ejaculação. Se houver azoospermia (ausência de espermatozoides) ou oligospermia grave (poucos espermatozoides), abaixo de 5 milhões de espermatozoides/ml, repetir espermograma em 2 semanas. Para outros achados anormais, repetir em 3 meses.
- Exame físico: avaliar se existem alterações escrotais como atrofia testicular, criptorquidia ou varicocele clínica.

#### Quadro IV – Valores normais do espermograma segundo a Organização Mundial de Saúde, 2010, (Orientar coleta do material com 2 a 7 dias de abstinência sexual, sem ejaculação)

Parâmetros:	Valores de normalidade:
Volume	≥ 1,5 ml
pH	≥ 7,2
Concentração	≥ 15 milhões de espermatozoides/ml
Número de espermatozoides	≥ 39 milhões por ejaculação
Motilidade total (PR + NP)	≥ 40%
Motilidade progressiva (PR)	≥ 32%
Morfologia estrita (Kruger)	≥ 4%
Vitalidade	≥ 58%

##### Gradação de Motilidade

Motilidade progressiva (MP): espermatozoides movimentam-se ativamente com trajetórias e velocidades diversas.

A: rápido progressivo (trajetória retilínea)

B: lento ou progressivo não-retilíneo (trajetórias retilíneas sem velocidade, trajetórias não-retilíneas ou sinuosas)

Motilidade não progressiva (MNP): todos os tipos de motilidade com ausência de progressão.

Imóvel (IM): espermatozoides sem movimento (cabeça e cauda imóveis).

Orientar coleta do material com 2 a 7 dias de abstinência sexual, sem ejaculação.

Se houver azoospermia ou oligospermia grave (abaixo de 5 milhões de espermatozoides/ml), repetir espermograma em 2 semanas.

Para outros achados anormais, repetir espermograma em 3 meses.

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010) E NICE (2013).

## 12. **GRUPO VIII - CONSULTA PLANEJAMENTO FAMILIAR DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS:**

Z30 - Anticoncepção

Z30.1 - Inserção de dispositivo anticoncepcional

Z30.2 - Esterilização (feminina)

Z30.4 - Supervisão do uso de medicamentos anticoncepcionais

Z30.8 - Outro procedimento anticoncepcional

Z30.9 - Procedimento anticoncepcional não especificado

Dos motivos e condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para consultas nos AMBULATÓRIOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR (GINECOLOGIA GERAL/**CIRURGIA GINECOLÓGICA**) da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) são:

- pacientes com necessidades especiais, comorbidade que dificulte ou contraindique o uso dos métodos contraceptivos disponíveis na atenção primária; ou
- com indicação e/ou desejo de contracepção cirúrgica definitiva, através da esterilização feminina definitiva e voluntária, laqueadura tubária bilateral, desde que atendidos os critérios definidos na lei, Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 e Lei Nº 14.443, de 2 de setembro de 2022, que altera alguns pontos da lei anterior.
- **CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA**
  - Mulheres ou homens com capacidade civil plena; e
  - Ser maior de 21 anos **OU** ter pelo menos dois filhos vivos (comprovados através de documentação probatória); e
  - Passar por atendimento, individual ou em grupo, de orientação e aconselhamento multidisciplinar; e
  - Respeitar o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre o registro da manifestação da vontade e a realização do procedimento cirúrgico.

## 12. CONDIÇÕES CLÍNICAS NO PLANEJAMENTO FAMILIAR QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA:

12.1. **PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA os AMBULATÓRIOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR (GINECOLOGIA GERAL / CIRURGIA GINECOLÓGICA) na Atenção Ambulatorial Secundária (AASE), em PANORAMA 1 e/ou 2:**

**CONSULTA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR (GINECOLOGIA GERAL OU CIRURGIA GINECOLÓGICA) - Código Interno: 0701253**

### **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 demais critérios definidos na Lei.

**Propedêutica mínima para o encaminhamento, além do exame ginecológico completo:**

- Teste imunológico para gravidez e hemograma completo;
- Rotina laboratorial para pacientes com necessidades especiais e/ou comorbidades;
- Ultrassonografia pélvica transvaginal, realizada na primeira fase precoce do ciclo;
- Colpocitologia oncótica (CCO) preventivo colhido há menos de 01 ano;
- **Participação em consulta palestra / reunião específica para aconselhamento sobre a importância do planejamento reprodutivo.**

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

- Sinais e sintomas (tempo de evolução e outras informações relevantes);
- História com idade da paciente e quando iniciaram os sintomas, início do desejo por contracepção definitiva, com descrição do padrão menstrual da mulher;
- Exame físico geral e ginecológico completo (exame da genitália, exame especular e toque vaginal e exame das mamas);
- Métodos contraceptivos que já tenha usado e/ou esteja usando para contracepção (medicamentos contraceptivos utilizados, posologia e tempo de uso);
- Relatórios de cirurgias prévias, seja por laparotomia ou videolaparoscopia se realizada.

**Documentação mínima necessária, para regulação com inserção da paciente no SISREG 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 palestra / reunião de aconselhamento sobre a importância do planejamento reprodutivo** (Anexo I)\* **preenchido, incluindo a data (sem rasura)** e assinado, com o “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 o “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

**13. GRUPO IX - GINECOLOGIA ALTERAÇÕES INFANTO-PUBERAIS (MENINAS)**

E30 - Transtornos da puberdade

E30.0 - Puberdade tardia

E30.1 - Puberdade precoce

N93.9 - Sangramento anormal do útero ou da vagina, não especificado

N76.3 - Vulvite subaguda e crônica

N76.8 - Outras inflamações especificadas de vagina e da vulva

Q51 - Malformações congênitas do útero e do colo do útero

N89 - Outros transtornos não-inflamatórios da vagina

Z30 - Anticoncepção (em adolescente com comorbidades e portadoras de necessidades especiais)

**Dos motivos e condições clínicas em meninas que indicam a necessidade de encaminhamento para consultas nos AMBULATÓRIOS DE GINECOLOGIA INFANTO-PUBERAL do Adolescente, da Policlínica de Taguatinga e do HRAN.**

### **13. CONDIÇÕES CLÍNICAS nas ALTERAÇÕES INFANTO-PUBERAIS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA:**

#### **13.1. ALTERAÇÕES INFANTO-PUBERAIS PARA os AMBULATÓRIOS DE CONSULTA EM GINECOLOGIA INFANTO-PUBERAL na Atenção Ambulatorial Secundária (AASE), em PANORAMA 3:**

As pacientes com critério para CONSULTA EM GINECOLOGIA - INFANTO-PUBERAL devem ser reguladas **pelos** profissionais de saúde da APS - Atenção Primária à Saúde para **CONSULTA EM GINECOLOGIA - GERAL em Panorama 1 ou 2**. Após avaliação pela Ginecologia estas pacientes se necessário poderão ser REGULADAS para **CONSULTA EM GINECOLOGIA INFANTO-PUBERAL em PANORAMA 3:**

#### **CONSULTA EM GINECOLOGIA INFANTO-PUBERAL - Código Interno: 0701681**

##### **Prioridade 1 - VERMELHA**

- Desenvolvimento de mamas e/ou sangramento genital em meninas com até 8 anos, 11 meses e 29 dias;
- Tumor ginecológico (ovariano, uterino, vaginal, vulvar) em meninas de 0 a 19 anos;
- Pelos pubianos e/ou odor axilar em meninas com até 7 anos, 11 meses e 29 dias;
- Sangramento genital em meninas sem desenvolvimento de caracteres sexuais secundários.

##### **Prioridade 2 - AMARELA**

- Adolescentes com Infecção sexualmente transmissível (IST), exceto condilomatose e herpes, que devem ser conduzidas na atenção primária;
- Adolescentes em situação de vulnerabilidade social ou doenças psiquiátricas com queixas ginecológicas;
- Contracepção em adolescentes com comorbidades;
- Meninas portadoras de necessidades especiais após a menarca;
- ADS – Alterações do desenvolvimento sexual (DDS – Distúrbio da diferenciação sexual, genitália ambígua, interssexo) e malformações müllerianas.

##### **Prioridade 3 - VERDE**

- Dismenorreia não responsiva a tratamento clínico inicial com AINE e antiespasmódicos em meninas menores de 19 anos;
- Síndrome dos ovários policísticos - SOP ou outras alterações androgênicas em meninas menores de 19 anos;
- Sinéquia de pequenos lábios OU prolapso de uretra não responsivas ao tratamento tópico com estrogênios por 30 dias, descartada vulvovaginites eventuais e necessidade de tratamento cirúrgico;
- Meninas com vulvovaginite persistente ou recorrente.

**Critérios mínimos para o encaminhamento:**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento **para CONSULTA na GINECOLOGIA INFANTO-PUBERAL**

Quadro V – Condições para o encaminhamento à Ginecologia Infanto-Puberal.

<b>PROPEDÊUTICA MÍNIMA NECESSÁRIA</b>	
Desenvolvimento de mamas e/ou sangramento genital em meninas com até 8 anos, 11 meses e 29 dias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exames laboratoriais: LH, FSH, estradiol, TSH, T4 livre, prolactina</li> <li>- Ultrassonografia <u>pélvica</u> com relação corpo/colo</li> <li>- RX de mão e punho para idade óssea</li> <li>* Encaminhar à endócrino-pediatria se necessário.</li> </ul>
Pelos pubianos e/ou odor axilar em meninas com até 7 anos, 11 meses e 29 dias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exames laboratoriais: LH, testosterona total e livre, 17-OH-progesterona, androstenediona, DHEA, SDHEA, cortisol basal</li> <li>- Ultrassonografia <u>pélvica</u></li> <li>- RX de mão e punho para idade óssea</li> <li>* Encaminhar à endócrino-pediatria se necessário.</li> </ul>
Sangramento genital em meninas sem desenvolvimento de caracteres sexuais secundários.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ultrassonografia <u>pélvica</u></li> </ul>
SUA na puberdade que não resolveu com o tratamento clínico por pelo menos 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exames laboratoriais: Hemograma completo, TAP, TTPa, TSH, T4L e prolactina</li> </ul>
Dismenorreia não responsiva a tratamento clínico inicial com AINE e antiespasmódicos em meninas menores de 19 anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ultrassonografia <u>pélvica</u>, transvaginal se possível</li> </ul>
SOP ou outras alterações androgênicas em meninas menores de 19 anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exames laboratoriais: glicemia, insulina basal, lipidograma, TSH, prolactina, testosterona total e livre, 17-OH-progesterona, androstenediona e S-DHEA.</li> <li>- Ultrassonografia <u>pélvica</u>, transvaginal se possível</li> </ul>
Tumor ginecológico (ovariano, uterino, vaginal, vulvar) em meninas de 0 a 19 anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ultrassonografia <u>pélvica</u>, transvaginal se possível</li> </ul>
Sinéquia de pequenos lábios não responsivas ao tratamento tópico com estrogênios por 30 dias e descartada vulvovaginites eventuais.	Nenhum
Adolescentes em situação de vulnerabilidade social ou doenças psiquiátricas com queixas ginecológicas.	Encaminhar para ginecologia infanto-puberal e para profissionais da multidisciplinaridade, serviço social, psiquiatria ou psicologia.
Meninas portadoras de necessidades especiais após a menarca.	Nenhum
Adolescentes com IST (DST) Infecção sexualmente transmissível, exceto condilomatose e herpes, que podem ser conduzidas na atenção primária.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exames Laboratoriais de rotina de IST.</li> </ul>



	Antes de encaminhar, tratar ou iniciar tratamento e notificar (quando previsto)
Meninas com vulvovaginite persistente ou recorrente.	Nenhum
Contracepção em adolescentes com comorbidades.	Se decidir pelo DIU, realizar ultrassonografia pélvica, transvaginal se possível
ADS – Alterações do desenvolvimento sexual (DDS – Distúrbio da diferenciação sexual, genitália ambígua, intersexo) e malformações mullerianas.	Exames pertinentes a cada caso

#### Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento:

- Descrição de sinais e sintomas, incluindo a cronologia, tempo de evolução e outras informações relevantes;
- Em casos de sangramento, descrever características, tempo de evolução, história de trauma ou abuso e outras informações relevantes;
- Em caso de dismenorreia, tempo desde o início, intensidade e padrão da dor;
- Em casos de vulnerabilidade social ou doença psiquiátrica, descrição completa da situação de vulnerabilidade ou doença, bem como tratamento;
- Em casos de contracepção em portadoras de comorbidades, descrever a data da menarca e cronologia do desenvolvimento puberal e o acompanhamento e tratamento da patologia de base;
- Resultados de exames da propedêutica mínima, do Quadro V – Condições para o encaminhamento à Ginecologia infanto-puberal, com data;
- Tratamento em uso ou já utilizado para o caso de sangramento genital, vulvovaginites, IST, fusão de pequenos lábios, SOP, medicamentos, posologia e tempo de uso.

#### 14. 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 apoio técnico-científico da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CTGO-SES/DF) para auxiliar o processo de regulação das consultas ambulatoriais em Ginecologia 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 consultas 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.

#### 15. DA VIGÊNCIA DA NOTA TÉCNICA:

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


#### 16. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição Federal Brasileira e Lei 8080, 19 de setembro de 1990.
2. Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, lei do planejamento familiar, <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm)>
3. Lei Nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 que altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização voluntária no âmbito do planejamento familiar.

4. FEBRASGO: Manual de anticoncepção. Marta Finotti. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015.
5. BRASIL. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Tratado de endoscopia ginecológica: cirurgia minimamente invasiva. Claudio Peixoto Crispi et al. 3.ed - Rio de Janeiro: Revinter: 2012.
10. Ultrassonografia: Obstetrícia, ginecologia / Ayrton Roberto Pastore, Giovanni Guido Cerri coordenadores. - São Paulo: Savier, 1997.
11. Consenso Brasileiro em Videoendoscopia Ginecológica - Videolaparoscopia Nilson Dnadio, Luiz Cavalcanti – São Paulo: Artes Médicas, 2001.
12. 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.
13. 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 nonpregnant women of reproductive age. Int J Gynecol Obstet 2011;113:3-13.
14. Munro MG. Abnormal Uterine Bleeding. Cambridge: Cambridge University Press; 2010:251.
15. 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.
16. 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.
17. 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>
18. Schor E, Sato H. Algia pélvica crônica. In Borges DR, Rotshchild HA. (Eds.). Atualização Terapêutica. São Paulo: Arts Médicas, 2007. P. 522-24.
19. Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. Obstet Gynecol. 2020;135(3):e98-109.
20. Latthe P, Latthe M, Say L et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. BMC Pu2001
21. 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.
22. Rados, DRV et al. REGULA SUS: Protocolos de regulação ambulatorial Ginecologia Adulto. UFRGS, 2017
23. Dynamed. Abnormal uterine bleeding. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2015
24. Duncan, BB et al. Medicina ambulatorial: condutas na atenção primária baseada em evidências. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013
25. Clemens, JQ. Pathogenesis, clinical features and diagnosis of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. Waltham (MA): Up to date, Inc, 2015
26. Freitas, F. et al. Rotinas em ginecologia. 6.ed. Porto Alegre: Artmed 2011
27. 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

28. 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).
29. 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).
30. 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).
31. 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).
32. 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 Infante Puberal).
33. 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 Infante Puberal).
34. 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).
35. 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).
36. 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).

17. **ANEXO**

	<p><b>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal</b></p> <p><b>Formulário de Contrarreferência da Atenção Secundária e Terciária</b></p> <p><b>em GINECOLOGIA para a Atenção Secundária e Primária</b></p>
NOME: _____ D.NASCIMENTO: ____/____/____ No. SES: _____ No. CNS: _____	
Diagnóstico:	
Conteúdo descritivo (conforme os critérios de encaminhamento de cada patologia):	

Tratamento proposto para o caso:
Frequência indicada das próximas consultas na ATENÇÃO PRIMÁRIA:
Orientações do especialista para seguimento na atenção primária:
Data: ____/____/____ Médico: _____

**Anexo 1.** Formulário de referência e contrarreferência do atendimento especializado em Ginecologia dos níveis terciário e secundário para o primário e/ou secundário.



Documento assinado eletronicamente por **JOAO ROCHA VILELA - Matr.1435278-8, Referência Técnica Distrital (RTD) Ginecologia e Obstetrícia-Colaborador(a)**, em 02/08/2023, às 15:46, 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 02/08/2023, às 16:15, 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 02/08/2023, às 16:26, 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 **BIANCA SOUZA LIMA - Matr.1443954-9, Coordenador(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 02/08/2023, às 17:09, 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 17:33, 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 08/08/2023, às 12:06, 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.



Documento assinado eletronicamente por **MAURICIO GOMES FIORENZA - Matr.0172201-8, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 23/08/2023, às 08:56, 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 23/08/2023, às 17:52, 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?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= **116959308** código CRC= **8A77B22A**.

"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](http://www.saude.df.gov.br)