

	<p>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL Secretaria de Estado de Saúde Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde Coordenação de Atenção Especializada à Saúde Diretoria de Serviços de Urgências, Apoio Diagnóstico e Cirurgias Referência Técnica Distrital de Ginecologia e Obstetrícia Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia</p>	<p>Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar Central de Regulação Ambulatorial Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços Gerência de Serviços Ambulatoriais Coordenação de Atenção Primária à Saúde Diretoria da Estratégia Saúde da Família Gerência de Apoio à Saúde da Família</p>
CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA - GINECOLOGIA GERAL - PANORAMA 3		
A SES/DF reformula atendimento a mulher, definindo o fluxo de encaminhamento PARA regulação de CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA		
GRUPO / PROCEDIMENTO / CIRURGIA CE - GINECOLOGIA GERAL CE - UROGINECOLOGIA CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA / REPRODUÇÃO HUMANA CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA CE - MALFORMAÇÃO GENITAL CONGÊNITA		
GRUPO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PRIORIDADE JUSTIFICATIVA E OBJETIVO Este documento, Nota Técnica N.º 06/2023 - SES/SAIS/CATES/DUA/EC, 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 IGESDP e HUB. 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. DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PRIORIDADE	Descritivo mínimo UNIFICADO • Correta identificação com idade da paciente; • História clínica e exame físico completo; • 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 menarca, perimenopausa ou pós-menopausa; • Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino anormal (medicamentos utilizados e posologia). Propedêutica mínima para o encaminhamento, além do exame ginecológico completo:
DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA. PANORAMA 03 GRUPO - CE - GINECOLOGIA GERAL		
I. CONDIÇÕES CIRURGIA DE GRANDE PORTE HISTERECTOMIA ABDOMINAL ou VAGINAL SEM PROLAPSO	I. 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 <p>* No SISREG III, caso a cirurgia for ser realizada por videolaparoscopia ou por via vaginal no caso de prolapso uterino, solicitar a cirurgia no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA ou no Grupo CE - UROGINECOLOGIA no caso de prolapso uterino, respectivamente.</p>	
CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL ou VAGINAL SEM PROLAPSO:		
1.1. LEIOMIOMA DO ÚTERO OU MIOMA DO ÚTERO		
VERMELHA	A - Mioma(s) em útero com mais de 250 cm ³ , em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, causando anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com manifesto desejo para retirar o útero	D25- Leiomioma do útero D26- Outras neoplasias benignas do útero
AMARELA	B - Mioma(s) em útero com menos de 250 cm ³ , em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, causando anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com manifesto 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 ginecológico completo; • Tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos usados com posologia); • Hemograma completo, com data;
VERDE	C - Mioma(s) em útero de qualquer tamanho, em mulheres com prole definida, com dor pélvica ou dismenorria moderada ou grave, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com manifesto desejo para retirar o útero.	• Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; • Descrição do exame de imagem, com data; • Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).
VERDE	D - Mioma(s) em útero com menos de 250 cm ³ , em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, sem causar anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com manifesto desejo para retirar o útero;	
VERDE	E - Mioma(s) em útero acima de 250 cm ³ , em mulheres com prole definida, assintomática, ou com dor pélvica ou dismenorria leve, refratária a tratamento clínico por 6 meses, com manifesto desejo para retirar o útero.	
1.2. ADENOMIOSE		
VERMELHA	A - Adeniose em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, causando anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com manifesto desejo para retirar o útero.	N80.0- Adeniose 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 adeniose (medicamentos usados com posologia); • Hemograma completo, com data;
AMARELA	B - Adeniose em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, sem causar anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com manifesto desejo para retirar o útero.	• 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).
VERDE	C - Adeniose em mulheres com prole definida, com útero acima de 250 cm ³ , assintomática, com manifesto desejo para retirar o útero	
1.3. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL SEM PATOLOGIAS ESTRUTURAIS		
VERMELHA	A - 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 manifesto desejo para retirar o útero.	N92 - Menstruação excessiva e frequente 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;
AMARELA	B - 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 manifesto desejo para retirar o útero.	• 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).
II. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - PARA MIOMECTOMIA POR LAPAROTOMIA		
CE - MIOMECTOMIA ABDOMINAL - SIGTAP: 04.09.06.019-4 <p>* No SISREG III, caso a cirurgia for ser realizada por videolaparoscopia solicitar a cirurgia no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA.</p>		
CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE MIOMECTOMIA ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA		
2.1 LEIOMIOMA DO ÚTERO OU MIOMA DO ÚTERO		
VERMELHA	A - Mioma(s) submucoso maior 4 cm, intramural e/ou subseroso, em útero com mais de 250 cm ³ , em mulheres no menarca, com sangramento uterino anormal, causando anemia, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo	D25- Leiomioma do útero D25.0- Leiomioma submucoso do útero (maior 4 cm) D25.9- Leiomioma do útero não especificado
AMARELA	B - Mioma(s) submucoso maior 4 cm, intramural e/ou subseroso, em útero com menos de 250 cm ³ , em mulheres no menarca, com sangramento uterino anormal, causando ou não anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo.	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;
VERDE	C - Mioma(s) submucoso maior 4 cm, intramural e/ou subseroso, em útero de qualquer tamanho, em mulheres no menarca, com dor pélvica ou dismenorria moderada ou grave, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo	• Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; • Descrição do exame de imagem, com data; • Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).
VERDE	D - Mioma(s) submucoso maior 4 cm, intramural e/ou subseroso, em útero de qualquer tamanho, em mulheres no menarca, assintomática, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo imediato	
VERDE	E - Mioma(s) de qualquer localização, em útero acima de 250 cm ³ em mulheres no menarca, assintomáticas, com desejo de preservação do útero, sem desejo reprodutivo imediato	

<p>III. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE INVESTIGAÇÃO ENDOMETRIAL no espessamento endometrial, pólio endometrial (suspeita de pólio) ou sangramento uterino anormal</p>	<p>III. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE - INVESTIGAÇÃO ENDOMETRIAL no espessamento endometrial, pólio endometrial (suspeita de pólio) ou sangramento uterino anormal</p>	
	<p>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 INTRAUTERINA (AMIU) - SIGTAP: 02.01.01.016-0</p>	<p>* No SISREG III, caso a investigação for ser por videohisteroscopia, solicitar a cirurgia CE - HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA.</p>
	<p>CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO ENDOMETRIAL E TERAPÊUTICA (QUANDO FOR O CASO)</p>	
<p>IV. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA ou SALPINGECTOMIA</p>	<p>IV. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA ou SALPINGECTOMIA</p>	
	<p>CE - OOFOROPLASTIA / OOFORECTOMIA - SIGTAP: 04.09.06.021.6 CE - SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL - SIGTAP: 04.09.06.023-2</p>	<p>* No SISREG III, CASO a cirurgia for ser por videolaparoscopia, neste caso, solicitar a cirurgia no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA</p>
	<p>CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA ou SALPINGECTOMIA UNI ou BILATERAL</p>	
<p>V. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE LAQUEADURA TUBÁRIA</p>	<p>V. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - PARA LAQUEADURA TUBÁRIA</p>	
	<p>CE - LAQUEADURA TUBÁRIA - SIGTAP: 04.09.06.018.6</p>	<p>* 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</p>
	<p>CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA desde que atendidos os critérios definidos na Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, alterada pela Lei No 14.443, de 2 de setembro de 2022</p>	
<p>III. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE INVESTIGAÇÃO ENDOMETRIAL no espessamento endometrial, pólio endometrial (suspeita de pólio) ou sangramento uterino anormal</p>	<p>3.1 ESPESAMENTO ENDOMETRIAL, PÓLIO ENDOMETRIAL (SUSPEITA DE PÓLIO) ou SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL</p>	
	<p>Z12.9- Exame de rastreamento de neoplasias de outras localidades (espessamento endometrial) N84.0- Pólio endometrial N92- Menstruação excessiva e frequente</p>	<p>Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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).
	<p>VERMELHA</p> <p>A - Espessamento endometrial na ultrassonografia transvaginal nas mulheres na pós-menopausa, assintomáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Espessura ≥ 14 mm naquelas sem terapia hormonal; o Espessura ≥ 14 mm persistente na ultrassonografia de reavaliação após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal. <p>B - 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 contra-indicação para tal;</p> <p>C - Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal com espessura ≥ 14 mm ou causando anemia independente da espessura;</p> <p>D - Sangramento uterino anormal e exame de imagem com lesão suspeita de neoplasia de endométrio;</p> <p>E - Pólio endometrial em mulheres no menacme, com sangramento uterino anormal, causando anemia;</p> <p>F - Pólio endometrial de qualquer tamanho, em mulheres na pós-menopausa, com sangramento uterino anormal, causando anemia ou não.</p>	<p>VERMELHA</p> <p>A - Espessamento endometrial na ultrassonografia transvaginal nas mulheres na pós-menopausa, assintomáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Espessura ≥ 7 mm naquelas sem terapia hormonal; o Espessura ≥ 7 mm persistente na ultrassonografia de reavaliação após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal. <p>H - 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 contra-indicação para tal</p> <p>I - Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal com espessura ≥ 7 mm e < 14 mm, sem anemia</p> <p>J - Pólio endometrial em mulheres no menacme, com sangramento uterino anormal, sem anemia, ou com dismenorreia;</p> <p>L - Pólio endometrial de qualquer tamanho, em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas, com fator de risco para câncer de endométrio como obesidade, hipertensão, diabetes ou usária de Tamoxifeno</p>
<p>AMARELA</p> <p>G - Espessamento endometrial na ultrassonografia transvaginal nas mulheres na pós-menopausa, assintomáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Espessura ≥ 7 mm naquelas sem terapia hormonal; o Espessura ≥ 7 mm persistente na ultrassonografia de reavaliação após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal. <p>H - 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 contra-indicação para tal</p> <p>I - Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal com espessura ≥ 7 mm e < 14 mm, sem anemia</p> <p>J - Pólio endometrial em mulheres no menacme, com sangramento uterino anormal, sem anemia, ou com dismenorreia;</p> <p>L - Pólio endometrial de qualquer tamanho, em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas, com fator de risco para câncer de endométrio como obesidade, hipertensão, diabetes ou usária de Tamoxifeno</p>	<p>AMARELA</p> <p>M - Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal e/ou com espessura > 4 mm e < 7 mm, sem anemia;</p> <p>N - Pólio endometrial, em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas</p> <p>O - Pólio endometrial, em mulheres na menacme, assintomáticas</p>	
<p>VERDE</p> <p>M - Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal e/ou com espessura > 4 mm e < 7 mm, sem anemia;</p> <p>N - Pólio endometrial, em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas</p> <p>O - Pólio endometrial, em mulheres na menacme, assintomáticas</p>	<p>VERDE</p> <p>M - Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal e/ou com espessura > 4 mm e < 7 mm, sem anemia;</p> <p>N - Pólio endometrial, em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas</p> <p>O - Pólio endometrial, em mulheres na menacme, assintomáticas</p>	
<p>IV. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA ou SALPINGECTOMIA</p>	<p>IV. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA ou SALPINGECTOMIA</p>	
	<p>CE - OOFOROPLASTIA / OOFORECTOMIA - SIGTAP: 04.09.06.021.6 CE - SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL - SIGTAP: 04.09.06.023-2</p>	<p>* No SISREG III, CASO a cirurgia for ser por videolaparoscopia, neste caso, solicitar a cirurgia no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA</p>
	<p>CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA ou SALPINGECTOMIA UNI ou BILATERAL</p>	
<p>V. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE LAQUEADURA TUBÁRIA</p>	<p>V. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - PARA LAQUEADURA TUBÁRIA</p>	
	<p>CE - LAQUEADURA TUBÁRIA - SIGTAP: 04.09.06.018.6</p>	<p>* 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</p>
	<p>CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA desde que atendidos os critérios definidos na Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, alterada pela Lei No 14.443, de 2 de setembro de 2022</p>	
<p>V. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE LAQUEADURA TUBÁRIA</p>	<p>5.1. CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA</p>	
	<p>Z30.2- Esterilização (feminina)</p>	<p>Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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); Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; Descrição do exame de imagem, com data; Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).
	<p>VERMELHA</p> <p>A - 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 demais critérios definidos na Lei;</p> <p>B - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, com 04 (quatro) filhos OU mais, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p> <p>D - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, com 02 (dois) ou 03 (três), desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p> <p>E - Mulheres no menacme com necessidades especiais ou comorbidades que dificultem ou contraindiquem o uso dos métodos contraceptivos disponíveis na atenção primária, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p> <p>F - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, laqueadura tubária, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p>	<p>VERMELHA</p> <p>A - 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 demais critérios definidos na Lei;</p> <p>B - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, com 04 (quatro) filhos OU mais, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p> <p>D - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, com 02 (dois) ou 03 (três), desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p> <p>E - Mulheres no menacme com necessidades especiais ou comorbidades que dificultem ou contraindiquem o uso dos métodos contraceptivos disponíveis na atenção primária, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p> <p>F - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, laqueadura tubária, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p>
<p>AMARELA</p> <p>D - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, com 02 (dois) ou 03 (três), desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p> <p>E - Mulheres no menacme com necessidades especiais ou comorbidades que dificultem ou contraindiquem o uso dos métodos contraceptivos disponíveis na atenção primária, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p> <p>F - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, laqueadura tubária, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p>	<p>AMARELA</p> <p>D - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, com 02 (dois) ou 03 (três), desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p> <p>E - Mulheres no menacme com necessidades especiais ou comorbidades que dificultem ou contraindiquem o uso dos métodos contraceptivos disponíveis na atenção primária, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p> <p>F - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, laqueadura tubária, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p>	
<p>VERDE</p> <p>F - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, laqueadura tubária, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p>	<p>VERDE</p> <p>F - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, laqueadura tubária, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.</p>	
<p>CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA Mulheres ou homens com capacidade civil plena; Ser maior de 21 anos OU ter pelo menos dois filhos vivos (comprovados através de documentação probatória); Passar por atendimento individual ou em grupo de orientação e aconselhamento multidisciplinar; Respeitar o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre o registro da manifestação da vontade e a realização do procedimento cirúrgico. 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, alterada pela Lei No 14.443, de 2 de setembro de 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 "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. 		

VI. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE GLÂNDULA DE BARTHOLIN, ou CISTO VAGINAL.¹	VI. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE - GLÂNDULA DE BARTHOLIN, ou CISTO VAGINAL	
	CE - MARSUPIALIZAÇÃO GLÂNDULA DE BARTHOLIN - SIGTAP: 04.09.07.019-0 CE - BARTHOLINECTOMIA - SIGTAP: 04.09.07.015-7 CE - EXÉRESE DE CISTO VAGINAL - SIGTAP: 04.09.07.014-9	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE MARSUPIALIZAÇÃO DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN, BARTHOLINECTOMIA ou EXÉRESE DE CISTO VAGINAL	
	6.1 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
AMARELA	A - Cisto da glândula de Bartholin;	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: <ul style="list-style-type: none"> • 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)
VERDE	B - História de dois ou mais abscessos da glândula de Bartholin no mesmo lado drenados em pronto-socorro; C - Cisto embrionário vaginal	
VII. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE PARA NINFOPLASTIA	VII. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE - PARA NINFOPLASTIA	
	CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LÁBIOS - SIGTAP: 04.09.07.026-2 (Ninfoplastia ou plástica íntima)	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE NINFOPLASTIA	
	7.1. HIPERTROFIA DE PEQUENOS LÁBIOS	N90.6 - Hipertrofia de vulva, dos pequenos lábios
AMARELA	A - Hipertrofia disfuncional dos pequenos lábios, maior que 8 cm de altura .	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: <ul style="list-style-type: none"> • 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)
VERDE	B - Hipertrofia dos pequenos lábios, menor que 8 cm de altura	
<small>¹RTD de Ginecologia e Obstetria da SESDF RTD Colaborador de Ginecologia e Obstetria da SESDF Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetria da SESDF Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial CRDF Central de Regulação de Cirurgia Eletiva do CRDF</small>		
<small>Nota Técnica N.º 12/2023 - SES/SAIS/CATES/DUAEC Anexo 4. Condições Clínicas para encaminhamento para Regulação de pedido de Cirurgia Ginecológica Eletiva - Ginecologia Geral com os principais elementos que serão observados para o encaminhamento das usuárias da atenção secundária para atendimento na atenção secundária e terciária em cirurgia ginecológica eletiva, na especialidade de Ginecologia, na rede pública de saúde do Distrito Federal (SES/DF, incluindo as unidades geridas pelo IGESDF e HUB).</small>		