



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 372/16 – CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, *ad referendum*, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o trabalho de educação permanente e suporte assistencial desenvolvido pela equipe do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (TelessaúdeRS-UFRGS) integrante do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde;

os convênios do TelessaúdeRS-UFRGS com a Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS), sobre expansão, manutenção do projeto e novas ações de suporte assistencial para todos os municípios do RS com equipes da ESF, representando a contrapartida financeira da SES/RS;

a Portaria GM/MS nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, que define como atribuição conjunta das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e da SES a educação permanente para os profissionais da atenção básica;

a Resolução nº 237/11 – CIB/RS sobre a regulação ambulatorial, que inclui entre os critérios de priorização do acesso a qualificação das referências ambulatoriais para consultas médicas em serviços de nível secundário e terciário por meio da realização prévia de teleconsultorias proporcionada pela equipe do TelessaúdeRS-UFRGS via Complexo Regulador do Rio Grande do Sul;

a necessidade de qualificar e reduzir as listas de encaminhamentos para a atenção especializada, via Complexo Regulador do Rio Grande do Sul, com o suporte da equipe de Teleconsultores do TelessaúdeRS-UFRGS;

a importância de utilizar as ações de regulação do acesso à atenção especializada como indutor da qualificação da atenção primária, aproveitando o momento oportuno para promover uma ação de Educação Permanente em Saúde;

a Portaria GM/MS nº 2.546/11, que redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes);

a Portaria GM/MS nº 2.554/11, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;

a Resolução nº 208/11 - CIB/RS, que aprovou a ampliação do Projeto de Telemática e Telemedicina em Apoio à Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil: Núcleo Rio Grande do Sul para todos os municípios com ESF do estado e que aceitem participar do projeto;

a Resolução nº 399/11 - CIB/RS, que resolveu que os municípios do Rio Grande do Sul (RS) apresentariam um projeto único em relação a Portaria supra citada e que, para os municípios que aderirem ao projeto único, os recursos disponibilizados pelo MS/DAB corresponderão à parte da



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

contrapartida dos municípios (aquisição de equipamentos de informática e manutenção da conexão de Internet nas unidades básicas de saúde) para a expansão do Telessaúde Brasil Redes para todo o território do Rio Grande do Sul e considerou um futuro convênio com a SES/RS para a disponibilização de telediagnóstico em espirometria para Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, com contrapartida de capital (7 espirômetros) pela UFRGS e contrapartida de custeio compartilhada entre SES/RS e municípios;

a Portaria GM/MS nº 2.815/11, que aprova o projeto único, que possibilitará a compra de Unidades Mínimas de Conexão para as 1.227 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do RS, além de periféricos e contratação de serviços de Internet para 421 municípios, que constituirão parte da contrapartida municipal para a expansão do TelessaúdeRS;

a Portaria GM/MS nº 3.127/12, que altera dispositivos da Portaria GM/MS nº 2.554, de 28 de outubro de 2011, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;

a Nota Técnica nº 83/2013 – DEGES/SGTES/MS, que divulga as diretrizes para financiamento de projetos novos e de manutenção, conforme Portaria GM/MS nº 2.546/11 de 27 de outubro de 2011;

a Resolução nº 433/13 – CIB/RS, que aprovou as novas ações ofertadas pelo TelessaúdeRS-UFRGS de Telediagnóstico em Doenças Respiratórias Crônicas – Asma e DPOC (Tele-espirometria/RespiraNet) e a intervenção das teleconsultorias e da protocolização da regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador do RS;

a Resolução nº 510/13 – CIB/RS, que aprovou o projeto de Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador Estadual, iniciando com a especialidade Endocrinologia;

a Resolução nº 170/14 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Nefrologia;

a Resolução nº 238/14 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Pneumologia;

a Resolução nº 764/14 – CIB/RS, que aprovou o desenvolvimento dos protocolos futuros pela equipe do TelessaúdeRS-UFRGS e a avaliação dos mesmos pela equipe do Complexo Regulador Estadual, tendo validade imediata, através de Resolução CIB/RS *ad referendum*;

a Resolução nº 171/15 – CIB/RS, que aprovou a revisão do protocolo da especialidade Endocrinologia utilizado no projeto de Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador Estadual;

a Resolução nº 172/15 – CIB/RS, que aprovou a revisão do protocolo da especialidade Nefrologia utilizado no projeto de Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Regulador Estadual;

a Resolução nº 173/15 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Neurocirurgia;

a Resolução nº 174/15 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Neurologia;

a Resolução nº 175/15 – CIB/RS, que aprovou a revisão do protocolo da especialidade Pneumologia utilizado no projeto de Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador Estadual;

a Resolução nº 176/15 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Urologia;

o Informe de Regulação Ambulatorial Informatizada 10/2015, que aprova o protocolo de Ginecologia para solicitações cadastradas nas subespecialidades “Ginecologia Histeroscopia”, “Ginecologia Cirurgia”, “Ginecologia Laparoscopia”, “Ginecologia Climatério”, “Ginecologia Colo Uterino”, “Ginecologia Estática Pélvica” e “Ginecologia Geral Adulto”, conforme Resolução nº 764/14 – CIB/RS *ad referendum*.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar os encaminhamentos para o projeto Intervenção das Teleconsultorias na Regulação das Consultas Ambulatoriais na Especialidade **Ginecologia** e outras providências relacionadas à implantação de protocolos de regulação ambulatorial.

Art. 2º - O protocolo de Ginecologia contempla o encaminhamento de pacientes adultos nas situações de Sangramento uterino anormal, Massa anexial, Miomatose, Anormalidades da estática pélvica, Incontinência urinária, Dor pélvica crônica/endometriose, Climatério, Neoplasia de endométrio, Neoplasia do colo uterino, Amenorreia e Condiloma acuminado/verrugas virais (Anexo I e II).

Parágrafo Único – As solicitações de encaminhamento que não preencham os critérios presentes no protocolo serão avaliadas pela equipe de regulação e poderão ser submetidos à teleconsultoria, conforme critério do médico regulador ou demanda do profissional solicitante, e terão os casos discutidos com equipe de Teleconsultores do TelessaúdeRS-UFRGS como suporte assistencial no processo de referência e contrarreferência.

Art. 3º – Todos os municípios demandantes de procedimentos especializados, regulados pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial – CRA/RS, participarão do projeto de regulação assistencial mediante critérios constantes em protocolos aprovados pela CIB/RS e serão informados sobre a inclusão de novas especialidades no processo.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Parágrafo único - Os protocolos aprovados serão utilizados para regulação de acesso às consultas médicas ofertadas em Porto Alegre, reguladas pela CRA/RS, e poderão ser expandidos para a oferta em serviços sediados em outros municípios do estado, com regulação municipal ou estadual.

Art. 4º - Para as solicitações já inseridas no sistema informatizado de regulação, os municípios terão um prazo de 90 dias para adequação do encaminhamento, com preenchimento dos dados, e para as novas solicitações, os protocolos tem validade imediata.

§ 1º - Na indisponibilidade de dados suficientes para definição da necessidade do encaminhamento, as centrais de regulação podem exigir as informações presentes no protocolo mesmo antes do prazo constante no caput do artigo.

§ 2º - Na ausência de resposta da unidade solicitante aos questionamentos dos reguladores, a solicitação poderá ser cancelada de acordo com o parâmetro de tempo aprovado pela Resolução 228/16 - CIB/RS.

Art. 5º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Porto Alegre, 12 de dezembro de 2016.

JOÃO GABBARDO DOS REIS
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO I – RESOLUÇÃO Nº 372/16 – CIB/RS

**PROTOCOLO para encaminhamento para a especialidade Ginecologia –
pacientes adultos**

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar essa decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Protocolo 1 – Sangramento Uterino Anormal

Atenção: sempre descartar gravidez (em mulher na menacme) e sangramento por patologias cervicais na investigação inicial de sangramento uterino anormal. Mulher com sangramento uterino anormal que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser avaliadas em serviço de urgência/emergência.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia

Mulher na menacme com:

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

Mulher na menopausa com:

- espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada na ecografia pélvica transvaginal; ou
- sangramento uterino anormal e impossibilidade de solicitar ecografia pélvica transvaginal.

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

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes);
- 2) exame físico ginecológico (exame especular e toque vaginal);
- 3) paciente está na menopausa (sim ou não)? Se sim, há quanto tempo;
- 4) resultado de hemograma, com data;
- 5) descrição da ecografia pélvica transvaginal, com data;
- 6) tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- 7) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 2 – Massa Anexial

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

- Em qualquer faixa etária:
 - tumores em mulheres com sintomas (distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança hábito intestinal, etc.); ou
 - tumores sólidos independente do tamanho; ou
 - tumores císticos com aspecto complexo (multisseptado, conteúdo misto, projeções sólidas); ou
 - tumores com ascite.
- Cistos simples em mulher no período menopausa.
- Cistos simples em mulheres na menacme:
 - menor que 8,0 cm que não tenham regredido em duas ecografias pélvicas transvaginais com intervalo de 3 meses entre elas; ou
 - maior ou igual a 8,0 cm.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal);
- 2) paciente está na menopausa (sim ou não)? Se sim, há quanto tempo;
- 3) descrição do exame de imagem, com data;
- 4) história familiar de câncer de mama ou ovário (sim ou não). Se sim, descrever parentesco dos familiares, sexo e idade de diagnóstico do câncer;
- 5) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 3 – Miomatose

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal);
- 2) resultado de hemograma, com data;
- 3) descrição do exame de imagem, com data;
- 4) tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- 5) número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 4 - Anormalidades da Estática Pélvica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas (descrever exame especular e toque vaginal);
- 2) tratamentos em uso ou já realizados;
- 3) número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 5 – Incontinência Urinária

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

- incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado (exercícios para músculos do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão cafeína/álcool).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas;
- 2) descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso);
- 3) resultado de urocultura, com data;
- 4) resultado do estudo urodinâmico, com data (se disponível);
- 5) tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- 6) outros medicamentos em uso que afetam a continência urinária (sim ou não). Se sim, quais?;
- 7) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 6 – Dor Pélvica Crônica/ Endometriose

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- suspeita de dor de origem abdominal com investigação inconclusiva na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- suspeita de cistite intersticial (ver quadro 1 no anexo II).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário, exame físico e ginecológico completo);
- 2) tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- 3) história de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias (sim ou não);
- 4) descrição do exame de imagem, com data (se disponível);
- 5) número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 7 – Climatério

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas;
- 2) idade da paciente quando iniciou a menopausa;
- 3) tratamentos em uso ou já realizados para os sintomas do climatério (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- 4) história prévia de neoplasia maligna ginecológica ou ooforectomia (sim ou não). Se sim, qual;
- 5) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 8 – Neoplasia de Endométrio

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

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

- mulheres na menopausa com sangramento uterino anormal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

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

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

- neoplasia do endométrio evidenciada em biópsia; ou
- exame de imagem com lesão tumoral suspeita de neoplasia de endométrio.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas (descrever exame especular);
- 2) paciente está na menopausa (sim ou não). Se sim, há quanto tempo;
- 3) descrição do exame de imagem, com data;
- 4) resultado de biópsia de endométrio com data, quando realizado;
- 5) número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 9 – Neoplasia do Colo Uterino

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

Resultado de um CP com:

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

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncoginecologia:

- lesão suspeita (como tumores ou úlceras) ao exame especular; ou
- resultado de biópsia de colo com:
 - neoplasia invasora (carcinoma epidermoide/adenocarcinoma); ou
 - carcinoma microinvasor; ou
 - NIC 2/3.
- resultado de CP com:
 - carcinoma epidermoide invasor;
 - adenocarcinoma in situ (AIS) e invasor.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas;
- 2) exame físico ginecológico (especular e toque vaginal);
- 3) descrição do (s) último (s) CP, com data (s);
- 4) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 10 – Amenorreia

Atenção: sempre descartar gravidez na investigação inicial de amenorreia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- amenorreia primária
 - maiores de 14 anos sem caracteres sexuais secundários; ou
 - maiores de 16 anos com caracteres sexuais secundários.
- amenorreia secundária
 - resposta negativa ao teste do progestágeno (ver quadro 2 no anexo II); ou
 - falência ovariana precoce; ou
 - história de exposição a rádio e/ou quimioterapia no passado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- hiperprolactinemia ou outras doenças hipofisárias/hipotalâmicas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas;
- 2) tempo de início da amenorreia;
- 3) resultado dos exames de prolactina e TSH, com data (se amenorreia secundária);
- 4) resultado do teste com progestágeno (se amenorreia secundária);
- 5) resultado de ecografia pélvica ou transvaginal, com data (se disponível);
- 6) medicamentos em uso;
- 7) número de teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 11 – Condiloma acuminado / Verrugas virais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pré-natal de alto risco:

- gestante com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas); ou
- gestante com verruga viral no canal vaginal ou colo uterino.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal));
- 2) resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
- 3) tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);
- 4) se mulher em idade fértil, trata-se de gestante? (sim ou não);
- 5) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Referências

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

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

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

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

DYNAMED. Abnormal uterine bleeding. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2015. Disponível em: <<http://web.b.ebscohost.com/dynamed/detail?vid=2&sid=9549a6d9-a63d-4920-a6e4-eb35230d9f80%40sessionmgr115&hid=118&bdata=Jmxhbm9c2I0ZT1keW5hbWVklWxpdmUm c2NvcGU9c2I0ZQ%3d%3d#db=dme&AN=361089>>. Acesso em: 3 ago. 2015.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

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

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

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

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

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

TIMMERMAN, D. et al. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, *Lancaster*, v. 31, n. 6, p. 681-90, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18504770>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

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



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO II – RESOLUÇÃO Nº 372/16 – CIB/RS

QUADROS DE REFERÊNCIAS AOS PROTOCOLOS DO ANEXO I

Quadro 1 – Suspeita de cistite intersticial

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

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

Quadro 2 – Teste do progestágeno

Acetato de medroxiprogesterona, comprimido de 10 mg. Fornecer 1 comprimido por dia durante 5 a 10 dias. Teste considerado positivo se houver sangramento após 3 a 10 dias do término da medicação.
--

Fonte: Duncan (2013).