



RegulaSUS

Protocolos de Regulação Ambulatorial Ginecologia Adulto

Ginecologia

Versão digital
2017

Organização

Marcelo Rodrigues Gonçalves
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Protocolos de Regulação Ambulatorial **Ginecologia**

Porto Alegre
UFRGS
2017

É permitida a reprodução parcial ou total deste protocolo deste que citada a fonte.

A coleção dos Protocolos de Regulação Ambulatorial do Rio Grande do Sul RegulaSUS pode ser acessada na íntegra na homepage do projeto TelessaúdeRS-UFRGS <<https://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/teleconsultoria/regulasus/#protocolos>>.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
 Av. Borges de Medeiros, 1501 - 6º andar Bairro Praia de Belas
 CEP: 90110 - 150 - Porto Alegre
 Tel.: (51) 3288-5800
 Site: <http://www.saude.rs.gov.br/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL,
 Faculdade de Medicina
 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
 TelessaúdeRS-UFRGS
 Rua Dona Laura, 320 - 1101 - Bairro Rio Branco
 CEP: 90430-090 - Porto Alegre/RS
 Tel.: (51) 3333 7025
 Site: www.telessauders.ufrgs.br
 E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Supervisão Geral:

João Gabbardo dos Reis

Organização:

Marcelo Rodrigues Gonçalves
 Milena Rodrigues Agostinho
 Natan Katz

Autores:

Dimitris Rucks Varvaki Rados
 Ellen Machado Arlindo
 Elisa Eichenberg Furasté
 Elise Botteselle de Oliveira
 Erno Harzheim
 Josué Basso
 Lígia Marroni Burigo
 Milena Rodrigues Agostinho
 Natan Katz
 Rudi Roman

Revisão técnica:

Central de Regulação Ambulatorial Estadual - SES/RS
 João Sabino Lahorgue da Cunha Filho
 Helena Von Eye Corletta
 Heleusa Ione Monego
 Márcia Luiza Montalvão Appel Binda
 Maria Celeste Osório Wender
 Sérgio Hoffmeister de Almeida Martins Costa

Colaboração:

Débora Cravo Battesini
 Fernanda Chmelnitsky Wainberg
 Jane Medianeira Santos Hoch
 José Inácio Lermen
 Lenita Diacui Simões Krebs
 Maria Carolina Widholzer Rey
 Sandra Jaqueline Diniz Cruz

Revisão de Texto:

Ana Célia da Silva Siqueira
 Ana Paula Borngräber Corrêa
 Rosely de Andrade Vargas
 Letícia Nolde Melo

Projeto Gráfico, design e capa:

Luiz Felipe Telles

Diagramação

Carolyne Vasques Cabral
 Lorenzo Costa Kupstaitis
 Luiz Felipe Telles

Normalização:

Rosely de Andrade Vargas

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P967 Protocolos de Regulação Ambulatorial: ginecologia / Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. – Porto Alegre: UFRGS, 2017.

20 p.

ISBN 978-85-9489-052-8 (versão eletrônica)

1. Protocolos Clínicos. 2. Ginecologia. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Telemedicina.
 I. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
 III. TelessaúdeRS.

NLM WP 440

Catalogação na fonte – TelessaúdeRS-UFRGS

Sumário

Protocolo de Regulação Ambulatorial: ginecologia	5
Protocolo 1 - Sangramento Uterino Anormal	6
Protocolo 2 - Massa Anexial	7
Protocolo 3 - Miomatose	8
Protocolo 4 - Anormalidades da Estática Pélvica	9
Protocolo 5 - Incontinência Urinária	10
Protocolo 6 - Dor Pélvica Crônica/ Endometriose	11
Protocolo 7 - Climatério	12
Protocolo 8 - Neoplasia de Endométrio	13
Protocolo 9 - Neoplasia do Colo Uterino	14
Protocolo 10 - Amenorreia	15
Protocolo 11 - Condiloma Acuminado / Verrugas Virais	16
Referências	17
Anexos - Quadros	18

Protocolo de Regulação Ambulatorial: ginecologia

O Protocolo de Ginecologia foi publicado conforme resolução CIB/RS nº 372/16. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade. As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, e contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação do caso.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia ginecológica e pacientes com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) com tratamento clínico otimizado, que apresentam anemia ($Hg < 10$ g/ml), devem ter preferência no encaminhamento ao ginecologista, quando comparados com outras condições clínicas.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes protocolos (como sangramento uterino anormal e mulher com instabilidade hemodinâmica). Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em 25 de fevereiro de 2016

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 (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves deve ser avaliada 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 teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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, independentemente 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:
 - menores 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 teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 – Miomatose

Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves deve ser avaliada 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 teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 4 – Anormalidades da Estática Pélvica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- pacientes com prolapso genital sintomático, independentemente 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, como perda de peso, se necessário, e diminuição da ingestão de cafeína ou 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 teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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, como perda de peso, se necessário, e diminuição da ingestão de cafeína ou 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 teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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 à 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).

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.

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.

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.

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 epidermóide/adenocarcinoma); ou
 - carcinoma microinvasor; ou
 - NIC 2/3.
- resultado de CP com:
 - carcinoma epidermoide invasor; ou
 - 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 teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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); 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.

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 teleconsultoria, 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.

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&id=118&bdata=Jmxbhmc9cHQYnImc2lOZT1keW5hbWVklWxpdmUmc2NvcGU9c2lOZQ%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.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução nº 372/16 - CIB/RS.** Aprova 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. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170220/23112044-1481911314-cibr372-16.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2017.

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, 2010

Anexos - Quadros

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

<p>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.</p>

Fonte: Duncan et. al.(2013).



RegulaSUS