

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: GINECOLOGIA.....	3
Mudanças da nova versão	4
Protocolo 1 – Sangramento Uterino Anormal.....	5
Protocolo 2 – Pólipo Endometrial	7
Protocolo 3 – Massa Anexial.....	8
Protocolo 4 – Miomatose	9
Protocolo 5 – Anormalidades da Estática Pélvica.....	10
Protocolo 6 – Incontinência Urinária	11
Protocolo 7 – Dor Pélvica Crônica, Adenomiiose e Endometriose	12
Protocolo 8 – Climatério.....	13
Protocolo 9 – Neoplasia de Endométrio.....	14
Protocolo 10 – Neoplasia do Colo Uterino	15
Protocolo 11 – Amenorreia	16
Protocolo 12 – Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso	17
Protocolo 13 – Lesões Vulvares	18
REFERÊNCIAS.....	19
APÊNDICES – QUADROS E FIGURAS AUXILIARES.....	24

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Ginecologia

O protocolo de Ginecologia foi publicado como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Ginecologia. 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, incluindo a expectativa do médico assistente com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasia ginecológica devem ter preferência no encaminhamento e devem ser direcionadas a serviços de Oncologia Ginecologia. Aquelas com sangramento uterino anormal com critérios para encaminhamento e que apresentam anemia ferropriva ($Hb < 10 \text{ g/mL}$) ou suspeita de discrasia sanguínea, miomatose uterina com sintomas compressivos locais e/ou dor refratária ao tratamento clínico, teratoma, cisto unilocular igual ou maior que 10 cm, incontinência urinária e/ou prolapso genital com sintomas incapacitantes, NIC II ou III confirmada por biópsia, hiperplasia endometrial e endometriose grave devem ter preferência no encaminhamento à Ginecologia, quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Pacientes com critérios para encaminhamento para Oncologia devem ser atendidas nas agendas oncológicas respeitando-se as referências regionais de cada município, conforme o Plano Estadual de Oncologia, legislação vigente. O nome das agendas oncológicas por especialidades ou sistemas pode variar de acordo com as referências regionais estabelecidas nos UNACONS/CACONS, estando apresentadas neste protocolo conforme a portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019.

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 a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente a 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 em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 25 de fevereiro de 2016.

Última revisão em 23 de fevereiro de 2023.

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.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- sangramento uterino anormal associado à anemia sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão) e/ou instabilidade hemodinâmica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- sangramento uterino anormal em mulher na menacme e:
 - ausência de resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses, após excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem, métodos contraceptivos que contenham somente progestágenos ou doença inflamatória pélvica; ou
 - mioma intramural ou subseroso, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses; ou
 - mioma intramural ou subseroso em paciente que deseja gestar; ou
 - mioma submucoso; ou
 - pólio endometrial ou espessura endometrial maior ou igual a 12 mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual; ou
 - adenomiose, refratária ao tratamento clínico otimizado por 3 meses; ou
 - idade igual ou maior que 45 anos; ou
 - pelo menos um fator de risco para câncer de endométrio¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Ginecologia (preferencialmente) ou Ginecologia:

- sangramento uterino pós-menopausal.

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).

¹Fatores de risco para câncer de endométrio: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno, tumor secretor de estrogênio, Síndrome de Lynch (câncer colorretal hereditário não poliposo), Síndrome de Cowden, história familiar de câncer de endométrio, ovário, mama ou cólon.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, frequência dos episódios, volume de sangramento, presença de coágulos, número de absorventes utilizados, outras informações relevantes);
2. exame físico ginecológico (exame especular e toque vaginal);
3. índice de massa corpórea (IMC);
4. paciente está na menopausa (sim ou não);
5. paciente com fatores de risco para câncer de endométrio¹ (sim ou não). Se sim, descreva;
6. tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos utilizados com dose e posologia);
7. resultado de hemograma, com data;
8. outras doenças ou condições clínicas associadas (sim ou não). Se sim descreva quais e medicações em uso;
9. anexar laudo de ecografia transvaginal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
10. anexar resultado do último citopatológico de colo uterino, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data, conforme rotina de rastreamento de neoplasia do colo uterino;
11. resultado de outros exames complementares, quando indicada a investigação de causas secundárias, com data;
12. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Fatores de risco para câncer de endométrio: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno, tumor secretor de estrogênio, Síndrome de Lynch (câncer colorretal hereditário não poliposo), Síndrome de Cowden, história familiar de câncer de endométrio, ovário, mama ou cólon.

Protocolo 2 – Pólipo Endometrial

Atenção: não está indicado solicitar ecografia transvaginal como exame de rotina ou para rastreamento de câncer de endométrio. Em pacientes em que não há indicação de encaminhamento para avaliação de polipectomia, não há recomendação de seguimento com exame de imagem periódico.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- mulher na menacme com pólipo endometrial e:
 - sangramento uterino anormal; ou
 - múltiplos pólipos; ou
 - pólipo prolapsado; ou
 - pólipo maior do que 1,5 cm no maior diâmetro; ou
 - fatores de risco para neoplasia endometrial¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Ginecologia (preferencialmente) ou Ginecologia:

- mulher na menopausa com pólipo endometrial.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal);
2. IMC;
3. sangramento uterino anormal (sim ou não). Se sim, descrever características do sangramento e resultado de hemograma com data;
4. paciente está na menopausa (sim ou não);
5. paciente em uso de hormônios - anticoncepcionais ou terapia de reposição hormonal (sim ou não). Se sim, descreva qual;
6. outras doenças ou condições clínicas associadas (sim ou não). Se sim descreva quais e medicações em uso;
7. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Fatores de risco para câncer de endométrio: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno, menopausa após 55 anos, tumor secretor de estrogênio, Síndrome de Lynch (câncer colorretal hereditário não poliposo), Síndrome de Cowden, história familiar de câncer de endométrio, ovário, mama ou cólon.

Protocolo 3 – Massa Anexial

A ecografia transvaginal é o exame inicial para investigação e diferenciação das massas anexiais. Apesar de não existir um sistema de classificação universalmente aceito para definir o risco de malignidade, uma classificação emergente e promissora para padronizar o relato de achados ecográficos e descrever o risco de malignidade de massas anexiais é o *American College of Radiology: Ovarian-Adnexal Reporting and Data System*. Para exames que apresentarem essa classificação, a conduta está descrita no [quadro 1](#).

Atenção: não está indicado solicitar ecografia transvaginal como exame de rotina ou para rastreamento de câncer de ovário. Sempre descartar gravidez (em mulher na menacme) na investigação inicial de massa anexial.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- mulher no período da menopausa com:
 - cisto simples maior ou igual a 10 cm; ou
 - cisto simples maior que 3 cm e menor que 10 cm, que tenha aumentado ou não regredido em seguimento anual com ecografias pélvicas transvaginais; ou
 - cisto unilocular, não simples e com margem interna lisa; ou
 - cisto hemorrágico;
- mulher na menacme com:
 - cisto unilocular (simples ou não simples) ou cisto hemorrágico maior ou igual a 10 cm; ou
 - cisto simples ou cisto hemorrágico maior que 5 cm e menor que 10 cm, que tenha aumentado ou não regredido em 2 ecografias pélvicas transvaginais com intervalo de 3 meses entre elas; ou
 - cisto unilocular, não simples e com margem interna lisa maior que 3 cm e menor que 10 cm, que tenha aumentado ou não regredido em 2 ecografias pélvicas transvaginais com intervalo de 3 meses entre elas; ou
 - cisto unilocular, com parede interna irregular (menor que 3 mm de altura); ou
- massa anexial sugestiva de endometrioma;
- massa anexial compatível com teratoma/cisto dermoide sem fatores de risco para malignidade¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Ginecologia:

- massa anexial sólida, independentemente do tamanho;
- massa anexial cística com aspecto complexo (multilocular, septação espessa, conteúdo misto, projeções papilares);
- massa anexial compatível com teratoma/cisto dermoide com fatores de risco para malignidade¹;
- massa anexial em mulher com sintomas (distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança de hábito intestinal);
- massa anexial que cursa com ascite.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal);
2. IMC;
3. paciente está na menopausa (sim ou não);
4. paciente em uso de hormônios - anticoncepcionais ou terapia de reposição hormonal (sim ou não). Se sim, descreva;
5. outras doenças ou condições clínicas associadas (sim ou não). Se sim descreva quais e medicações em uso;
6. história familiar de câncer de mama ou ovário (sim ou não). Se sim, descreva parentesco dos familiares, sexo e idade de diagnóstico do câncer;
7. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
8. resultado de CA-125 para massas anexiais suspeitas de malignidade (se realizado);
9. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Fatores de risco para para malignidade em teratoma: idade > 45 anos, tamanho > 10 cm ou crescimento rápido.

Protocolo 4 – Miomatose

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- sangramento uterino anormal associado à anemia sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão) e/ou instabilidade hemodinâmica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- paciente com mioma intramural ou subseroso e sangramento uterino anormal refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses;
- paciente com mioma intramural ou subseroso e sangramento uterino anormal em mulher que deseja gestar;
- paciente com mioma submucoso e sangramento uterino anormal;
- miomatose com sintomas compressivos (aumento da frequência urinária, esvaziamento vesical incompleto, constipação).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal);
2. IMC;
3. tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. sangramento uterino anormal (sim ou não). Se sim, descrever características do sangramento e resultado de hemograma com data;
5. outras doenças ou condições clínicas associadas (sim ou não). Se sim descreva quais e medicações em uso;
6. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 5 – Anormalidades da Estática Pélvica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- paciente com prolapso genital sintomático e desejo de tratamento cirúrgico¹.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever exame físico ginecológico - grau de prolapso, se há erosão ou sangramento de mucosa, se é ou não redutível, toque vaginal);
2. IMC;
3. outras doenças ou condições clínicas associadas (sim ou não). Se sim descreva quais e medicações em uso;
4. tratamentos em uso ou já realizados;
5. incontinência urinária (sim ou não). Se sim, descreva tratamento clínico realizado (mudanças no estilo de vida, exercícios da musculatura pélvica e treinamento vesical, com tempo de duração);
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹A maioria dos casos de anormalidades da estática pélvica não requer tratamento. Intervenções conservadoras como modificações no estilo de vida, cessação do tabagismo, evitar levantamento de peso e tratamento de constipação, se presente, podem melhorar os sintomas. Fisioterapia pélvica deve ser ofertada a todas as pacientes com prolapso genital, especialmente para mulheres que não desejam tratamento cirúrgico.

Protocolo 6 – Incontinência Urinária

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- incontinência urinária associada a prolapso genital com desejo de tratamento cirúrgico¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia ou Urologia:

- incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado ([quadro 3](#)) por 3 meses;
- incontinência urinária complicada (sintomas de armazenamento e/ou de esvaziamento do trato urinário inferior refratários ao tratamento clínico, infecções urinárias recorrentes, dor pélvica, doença neurológica, história de cirurgia ou radioterapia pélvica).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso e descrição de trofismo vaginal);
3. resultado de urocultura, com data;
4. IMC;
5. anexar laudo de estudo urodinâmico, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data (se realizado);
6. tratamento clínico realizado para incontinência urinária (descreva mudanças no estilo de vida, exercícios da musculatura pélvica e treinamento vesical, com tempo de duração);
7. uso de medicamentos que afetam a continência urinária (sim ou não). Se sim, quais;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹A maioria dos casos de anormalidades da estática pélvica não requer tratamento. Intervenções conservadoras como modificações no estilo de vida, cessação do tabagismo, evitar levantamento de peso e tratamento de constipação, se presente, podem melhorar os sintomas. Fisioterapia pélvica deve ser ofertada a todas as pacientes com prolapso genital, especialmente para mulheres que não desejam tratamento cirúrgico.

Protocolo 7 – Dor Pélvica Crônica, Adenomiose e Endometriose

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- dor pélvica de origem ginecológica há mais de 6 meses, refratária ao tratamento específico da condição, não associada à gestação;
- dor pélvica crônica associada a alteração em exame de imagem ou exame físico¹ sugestivo de adenomiose ou endometriose.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa ([quadro 4](#)) refratária a tratamento clínico² por pelo menos 3 meses na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor:

- dor pélvica crônica, associada ou não a sintomas urinários e sexuais, na ausência de outras causas identificáveis, refratária a tratamento conservador³ por pelo menos 3 meses na APS, preferencialmente já avaliada por ginecologia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

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

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. IMC;
3. tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. história de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias (sim ou não);
5. outras doenças ou condições clínicas associadas (sim ou não). Se sim descreva quais e medicações em uso;
6. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data (se realizado);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Achados no exame físico sugestivos de endometriose: sensibilidade focal no exame vaginal, nódulos no fórnice posterior, massas anexiais e imobilidade ou posicionamento lateral do colo do útero ou do útero.

²Tratamento clínico otimizado para dor pélvica crônica feminina: o manejo multidisciplinar deve ser buscado através da associação entre farmacoterapia (analgesia simples, tratamento para modulação da dor com tricíclicos ou anticonvulsivantes), modificações de dieta, estilo de vida e comportamento, tratamento de fatores psicológicos e tratamento hormonal, quando indicado por condição ginecológica e fisioterapia pélvica, se disponível.

³Tratamento clínico para cistite intersticial/Síndrome da Bexiga Dolorosa: manejo multidisciplinar com associação de educação sobre a condição, tratamento de comorbidades (ex: infecção urinária, outras síndrome dolorosas crônicas), suporte psicossocial, modificações de dieta, estilo de vida e comportamento, terapia farmacológica (amitriptilina 25 a 75 mg/noite; se doenças alérgicas conhecidas: hidroxizina 25 a 75 mg/dia; analgesia simples como adjuvante: paracetamol); fisioterapia pélvica, se disponível.

Protocolo 8 – Climatério

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- persistência de sintomas associados ao climatério após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

¹Tratamento clínico otimizado é definido como mudanças de estilo de vida associado a terapia farmacológica, de acordo com a gravidade dos sintomas apresentados, conforme descrito no [quadro 5](#).

Protocolo 9 – 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 ecografia transvaginal:

- paciente na menopausa com sangramento uterino anormal;
- paciente na menacme com sangramento uterino anormal de provável causa estrutural (sangramento intenso, intermenstrual ou pós-coital, presença de dor pélvica ou sensação de pressão abdominal, útero aumentado de volume, massa pélvica) ou falha do tratamento clínico.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- mulher na menopausa sem sangramento uterino anormal com:
 - espessura endometrial maior que 5,0 mm e menor ou igual a 11 mm evidenciada em ecografia pélvica transvaginal e fatores de risco para câncer de endométrio¹; ou
 - endométrio de difícil delimitação, difuso ou heterogêneo em ecografia pélvica transvaginal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Ginecologia (preferencialmente) ou Ginecologia:

- mulher na menopausa com sangramento uterino anormal e:
 - espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada em ecografia pélvica transvaginal; ou
 - endométrio de difícil delimitação, difuso ou heterogêneo em ecografia pélvica transvaginal; ou
 - sintoma persistente, independente da espessura endometrial; ou
- mulher na menopausa sem sangramento uterino anormal com espessura endometrial maior que 11 mm evidenciada em ecografia pélvica transvaginal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Ginecologia:

- neoplasia de endométrio evidenciada em biópsia;
- 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);
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
4. anexar resultado de biópsia de endométrio, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Fatores de risco para câncer de endométrio: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno, tumor secretor de estrogênio, Síndrome de Lynch (câncer colorretal hereditário não poliposo), Síndrome de Cowden, história familiar de câncer de endométrio, ovário, mama ou cólon.

Protocolo 10 – Neoplasia do Colo Uterino

As condutas sugeridas a partir do resultado dos resultados do exame citopatológico estão descritas no [quadro 6](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia ou Oncologia Ginecologia:

Resultado de um exame citopatológico (CP) do colo uterino com:

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

Resultado de dois CP consecutivos (conforme intervalo indicado) com:

- ASC-US;
- LSIL.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Ginecologia:

- lesão suspeita (como tumores ou úlceras) ao exame especular;
- 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; ou
 - adenocarcinoma *in situ* (AIS) e invasor.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. exame físico ginecológico (exame especular e toque vaginal);
3. paciente é imunossuprimida (sim ou não);
4. anexar resultado(s) do(s) último(s) CP, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
5. anexar resultado de colposcopia, com data (se realizada);
6. anexar resultado de biópsia de colo do útero, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 11 – Amenorreia

Amenorreia secundária é a ausência de menstruação por pelo menos 3 ciclos em mulheres com ciclos previamente regulares ou por pelo menos 6 meses em pacientes com ciclos irregulares. Períodos de tempo inferiores são denominados atraso menstrual.

Atenção: sempre descartar gravidez na investigação inicial de amenorreia. A investigação de amenorreia secundária pode ser consultada na [figura 1](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia ou Endocrinologia:

- amenorreia primária e:
 - maiores de 13 anos sem caracteres sexuais secundários; ou
 - maiores de 15 anos com caracteres sexuais secundários.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- amenorreia secundária e:
 - resposta negativa ao teste do progestágeno ([quadro 7](#)); ou
 - diagnóstico de insuficiência ovariana precoce (antes dos 40 anos - ver [figura 1](#)); ou
 - história de exposição a radioterapia e/ou quimioterapia no passado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- amenorreia secundária e:
 - hiperprolactinemia após exclusão de causas secundárias na APS ([quadro 8](#)); ou
 - hiperprolactinemia após a suspensão de medicação interferente ([quadro 8](#)); ou
 - hipertireoidismo; ou
 - outras doenças hipofisárias/hipotalâmicas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. tempo de início da amenorreia;
3. resultados dos exames de HCG, prolactina e TSH, com data (se amenorreia secundária) e dois resultados de FSH com intervalo mínimo de 30 dias, com data (se insuficiência precoce);
4. resultado do teste de progestágeno (se amenorreia secundária);
5. anexar laudo de ecografia pélvica ou transvaginal, preferencialmente, ou descrever seus resultados na íntegra, com data (se realizada);
6. medicamentos em uso;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 12 – Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- mulheres com condiloma acuminado (verruga anogenital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou muito numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- verruga viral, condiloma acuminado (verruga anogenital) ou molusco contagioso:
 - em paciente imunocomprometida, refratária ao tratamento por pelo menos 1 mês ([quadro 9](#), [quadro 10](#) e [quadro 11](#)) ou com progressão rápida no número de lesões;
 - em paciente imunocompetente, refratária ao tratamento por pelo menos 3 meses ([quadro 9](#), [quadro 10](#) e [quadro 11](#)); ou
 - em crianças com acometimento genital, se múltiplas lesões ou associadas a sintomas (dor, sangramento, prurido); ou
 - lesões faciais:
 - verrugas virais (exceto verrugas planas); ou
 - molusco contagioso na face em adultos; ou
 - molusco contagioso periocular em adultos e crianças.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestão de Alto Risco Tipo II (AGAR – II)

- gestante com condiloma acuminado (verruga anogenital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas – maiores que 20 cm²);
- gestante com condiloma acuminado no canal vaginal ou colo uterino.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- mulher com condilomas junto ao meato uretral ou em uretra distal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- descrição quadro clínico (localização, número, tempo de evolução, extensão e toque retal, se condiloma anorretal);
- anexar fotografias das lesões (se autorizado pela paciente);
- resultado teste rápido para HIV ou de anti-HIV, com data;
- tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, posologia e tempo de uso);
- se mulher em idade fértil, trata-se de gestante (sim ou não);
- número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Atenção: embora seja possível que muitas crianças com condiloma acuminado adquiram a doença por meios não sexuais, a possibilidade de abuso sexual merece séria consideração durante a avaliação do paciente, cabendo ao profissional da APS tomar as medidas cabíveis nessas situações. É recomendado investigar outras IST em pessoas que apresentam condiloma acuminado. Oferecer testagem para sífilis e HIV no momento do diagnóstico e em 4 a 6 semanas após o diagnóstico, e para hepatite B e C no diagnóstico, além de PCR para Clamídia e Gonococo, se disponível. O uso de testes rápidos deve ser sempre preconizado.

Protocolo 13 – Lesões Vulvares

Na avaliação de pacientes com lesões vulvares (grandes e pequenos lábios, vestibulo, clitóris, períneo) deve-se questionar sobre lesões em outras partes do corpo e inspecionar toda a pele para diagnóstico diferencial entre doença sistêmica e doença vulvar primária.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia ou Dermatologia:

- lesões em vulva que não se resolvem após terapia proposta para o diagnóstico clínico inicial;
- neoplasia intraepitelial de vulva (NIV) 1 confirmada em anatomopatológico.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Ginecologia:

- lesões vulvares com suspeita clínica de malignidade:
 - assimetria, bordas irregulares, variação de cor, mudança rápida, sangramento; ou
 - úlceras que não cicatrizam; ou
 - endurecidas ao toque;
- suspeita clínica ou diagnóstico de líquen escleroso vulvar confirmado em anatomopatológico e:
 - surgimento de nova lesão com suspeita clínica de malignidade; ou
 - áreas previamente acometidas com desenvolvimento de características suspeitas de malignidade;
 - sem melhora com tratamento clínico otimizado¹;
- NIV 2 ou 3 confirmada em anatomopatológico;
- neoplasia maligna de vulva confirmada em anatomopatológico.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Pele:

- melanoma em vulva confirmado em anatomopatológico, se necessária investigação de linfonodo sentinela² e/ou ampliação de margens;
- suspeita clínica de melanoma ([quadro 12](#)) em vulva.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico (localização, tamanho em cm, características (assimetria, bordas, cores, crescimento), ulceração (sim/não), tempo de evolução);
2. anexar fotografias da lesão (se autorizado pela paciente);
3. IMC;
4. resultado teste rápido para HIV ou de anti-HIV, com data;
5. tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração, número de aplicações, com data);
6. se mulher em idade fértil, trata-se de gestante (sim ou não);
7. outras doenças ou condições clínicas associadas (sim ou não). Se sim descreva quais e medicações em uso;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado: corticoide tópico de alta potência (ex: clobetasol 0,05% pomada), diariamente, à noite, por 6 a 12 semanas. Se os sintomas melhorarem, manter aplicações noturnas 2 a 3 vezes por semana.

²Não há indicação para investigação de linfonodo sentinela em casos de melanoma in situ ou melanoma com Breslow < 0,8 mm, sem ulceração (confirmado por biópsia excisional). Todos os outros casos devem ser encaminhados para Oncologia Cirurgia Pele para definição.

Apêndices – quadros e figuras auxiliares

Quadro 1 – Classificação O-RADS US para massa anexial (critérios do *American College of Radiology: Ovarian-Adnexal Reporting and Data System*).

Escore O-RADS	Categoria de risco (IOTA)	Descritores		Conduta	
				Pré-menopausa	Pós-menopausa
0	Avaliação incompleta (NA)	Não aplicável.		Repetir o exame de imagem ou realizar exame de imagem alternativo (RMN).	
1	Ovários normais (NA)	Folículo definido como cisto simples ≤ 3 cm.		Nenhuma.	Não aplicável.
		Corpo lúteo ≤ 3 cm.			
2	Quase certamente benigna (< 1%)	Cisto simples	≤ 3 cm.	Nenhuma.	Nenhuma.
			> 3 cm e até 5 cm.	Nenhuma.	Seguimento ecográfico em 1 ano ¹ .
			> 5 cm e < 10 cm.	Seguimento ecográfico em 3 meses.	
		Lesões clássicas benignas ²	Ver quadro 2 .	Ver quadro 2 para conduta.	
		Cisto unilocular, não simples ³ , com margem interna lisa	≤ 3 cm.	Nenhuma.	Encaminhar para Ginecologia.
			> 3 cm e < 10 cm.	Seguimento ecográfico em 3 meses.	
3	Baixo risco de malignidade (1 a < 10%)	Cisto unilocular ≥ 10 cm (simples ou não simples).		Encaminhar para Ginecologia.	
		Teratoma/cisto dermoide típico, endometrioma ou cistos hemorrágicos ≥ 10 cm.			
		Cisto unilocular, de qualquer tamanho, com parede interna irregular (< 3 mm de altura).			
		Cisto multilocular < 10 cm, parede interna lisa, CS = 1-3.		Encaminhar para Oncologia Ginecologia*.	
		Lesão sólida, contorno liso, qualquer tamanho, CS = 1.			
4	Risco intermediário (10 a < 50%)	Cisto multilocular, sem componente sólido	≥ 10 cm, parede interna lisa, CS = 1-3.	Encaminhar para Oncologia Ginecologia.	
			Qualquer tamanho, parede interna lisa, CS = 4.		
			Qualquer tamanho, parede interna irregular e/ou septação irregular, CS = 1-4.		
		Cisto unilocular com componente sólido	Qualquer tamanho, 0-3 projeções papilares, CS = 1-4.		
		Cisto multilocular com componente sólido	Qualquer tamanho, CS = 1-2.		
Lesão sólida	Contorno liso, qualquer tamanho, CS = 2-3.				
5	Alto risco (≥ 50%)	Cisto unilocular, qualquer tamanho com ≥ projeções papilares, CS = 1-4.		Encaminhar para Oncologia Ginecologia.	
		Cisto multilocular com componente sólido, de qualquer tamanho, CS = 3-4.			
		Lesão sólida, contorno liso, de qualquer tamanho, CS = 4.			
		Lesão sólida, irregular, qualquer tamanho, CS = 1-4.			
		Presença de ascite e/ou nodularidade peritoneal ⁴ .			

¹Há escassez de evidências para definir a duração ou intervalo de tempo ideal para vigilância, mas sugere-se, no mínimo, pelo menos 1 ano de acompanhamento mostrando estabilidade ou diminuição do tamanho; é recomendado considerar o acompanhamento anual de até 5 anos, se estável.

²Lesões benignas clássicas são definidas como: cisto hemorrágico típico, cisto dermoide típico < 10 cm, endometrioma típico < 10 cm, cisto paraovariano simples (qualquer tamanho), cisto de inclusão peritoneal típico (qualquer tamanho) e hidrossalpinge típico (qualquer tamanho).

³Não simples se aplica quando ecos internos ou septos incompletos estão presentes. Septo incompleto não é considerado irregularidade de parede se as margens internas forem lisas.

⁴Se presença de ascite com lesão de categoria 1-2, deve-se considerar outras etiologias malignas ou não malignas de ascite.

O-RADS: *Ovarian-Adnexal Reporting and Data System*; IOTA: *International Ovarian Tumor Analysis*; Eco: ecografia; RMN: ressonância magnética nuclear; CS: color score (escore doppler colorido: 1 = sem fluxo; 2 = fluxo mínimo; 3 = fluxo moderado; 4 = fluxo forte).

*Diante da frequente indisponibilidade de estudo ecográfico com dopplervelocimetria, os parâmetros foram adaptados em relação à classificação original.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Andreotti *et al.* (2020).

Quadro 2 – Classificação O-RADS US para estratificação e conduta de lesões benignas clássicas anexiais – O-RADS 2
 (Critérios do *American College of Radiology: Ovarian-Adnexal Reporting and Data System*).

Descritores	Definições	Conduta sugerida	
		Pré-menopausa	Pós-menopausa
Cisto hemorrágico típico	Padrão reticular: linhas finas de intersecção representando fios de fibrina.	≤ 5 cm: nenhuma.	Encaminhar para Ginecologia.
	Coágulo retrátil: componente avascular, ecogênico, com margens angulares, retas ou côncavas.	> 5 cm e < 10 cm: seguimento em 3 meses. Se persistência ou aumento, encaminhar para Ginecologia.	Encaminhar para Ginecologia.
Teratoma/cisto dermoide típico < 10 cm	• Componente hiperecogênico com sombra acústica. • Linhas e pontos hiperecogênicos. • Estruturas esféricas ecogênicas flutuantes.	Encaminhar para Ginecologia	Encaminhar para Ginecologia.
Endometrioma típico < 10 cm	Vidro fosco / ecos homogêneos de baixo nível.		
Cisto simples paraovariano de qualquer tamanho	Cisto simples separado do ovário que tipicamente se move independente do ovário quando pressão é aplicada pelo transdutor.	Nenhuma. Se não for cisto simples, conduzir de acordo com critério ovariano.	Acompanhamento opcional único em um ano.
Cisto de inclusão peritoneal típico de qualquer tamanho	Segue o contorno típico de órgãos pélvicos adjacentes ou do peritônio, não exerce efeito de massa e tipicamente contém septações. O ovário está ou na margem ou suspenso dentro da lesão.	Encaminhar para Ginecologia.	Encaminhar para Ginecologia.
Hidrossalpinge típica de qualquer tamanho	• Septação incompleta. • Tubular. • Dobras endossalpingeas: projeções curtas e arredondadas em torno da parede interna de uma estrutura tubular distendida de fluido.	Hidrossalpinge assintomática não precisa acompanhamento com exames de imagem. Outras causas de dor pélvica devem ser excluídas em pacientes com Dor Pélvica Crônica e hidrossalpinge ao exame de imagem. Encaminhar para Ginecologia apenas se desejo gestacional.	Outras causas de dor pélvica devem ser excluídas em pacientes com dor pélvica crônica e hidrossalpinge ao exame de imagem. Considerar encaminhar para Ginecologia.

RMN: ressonância magnética nuclear.

¹Há escassez de evidências para definir a duração ou intervalo de tempo ideal para vigilância. Evidências suportam risco aumentado de malignidade em endometriomas após a menopausa.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Andreotti *et al.* (2020).

Quadro 3 – Tratamento clínico para incontinência urinária.

Intervenções no estilo de vida
• perda de peso, se sobrepeso ou obesidade; • diminuição da ingestão de cafeína ou álcool; • cessação do tabagismo (se presente); • tratamento de constipação, se necessário.
Exercícios da musculatura pélvica (Exercício de Kegel)
• Fortalecem os músculos do assoalho pélvico, auxiliando no controle da incontinência urinária e dos distúrbios da estática pélvica. • Ensinar a paciente a fazer os exercícios: ○ ao parar e reiniciar o fluxo de urina. Esse exercício permite conhecer quais são os músculos corretos que devem ser contraídos, porém o exercício não deve ser realizado continuamente em todas as micções; ou ○ orientando ela colocar um dedo dentro do canal vaginal enquanto aperta os músculos ao redor do dedo; ou ○ simulando estar sentada sobre um objeto e tentar “pegar” o objeto utilizando a vagina. • Os exercícios podem ser realizados em qualquer posição e devem ser realizadas contrações de 6 a 10 segundos, em séries de 8 a 12 repetições, 3 vezes ao dia, em 3 a 4 dias na semana (idealmente todos os dias). Orientações por escrito para entregar às pacientes podem ser encontradas em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/orientacoes_para_exercicios_da_musculatura_pelvica_(Kegel)_TS_RS.pdf.
Treinamento vesical
• Consiste em educação do paciente sobre seus hábitos miccionais associado a regime de micção programada com aumentos graduais do intervalo entre as micções. Ajuda o paciente a “segurar mais urina”, de forma que consiga urinar com menor frequência e com menos episódios de urgência e incontinência. • Recomendado para pacientes com urgência miccional associada ou não à incontinência urinária. • A melhora no padrão miccional pode levar até 6 semanas para ser observada. É importante realizar revisões periódicas para monitorar o progresso, realizar ajustes ao programa e dar reforço positivo ao paciente. • Para realização orientar a paciente a: 1. Fazer diário miccional por 24h. a) Pode registrar apenas os horários das micções. b) Não há necessidade de registrar o volume. 2. Após, urinar “pelo relógio”, em intervalos regulares, usando inicialmente o menor intervalo entre as micções, conforme identificado no diário miccional. a) Tipicamente começar com intervalos de 1 hora (enquanto acordada). b) Intervalos menores (30 min ou menos) podem ser necessários em pacientes que costumam urinar em intervalos inferiores à 1 hora. 3. Controlar a urgência (desejo de urinar) entre as micções programadas com técnicas de distração, relaxamento e contração da musculatura do assoalho pélvico. a) Técnica de distração: realizar cálculos matemáticos mentalmente. b) Técnica de relaxamento: realizar respirações profundas. c) Técnica de contrações da musculatura do assoalho pélvico: realizar contrações rápidas dos músculos do assoalho pélvico. 4. Após 2 a 7 dias com menos sintomas de urgência e/ou incontinência, aumentar o intervalo entre as micções. a) Usualmente progredir com 15 a 30 min a mais de intervalo. b) Os intervalos devem ser gradualmente aumentados até que seja atingido intervalo de 2 a 4 horas, com poucos episódios de urgência e/ou incontinência.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 4 – Suspeita de cistite intersticial.

Diagnóstico: sensação desagradável (dor, pressão, desconforto) percebida como relacionada à bexiga, associada a sintomas do trato urinário inferior por mais de seis semanas, na ausência de infecção ou outras causas identificáveis. A dor associada ao enchimento da bexiga e aliviada pelo esvaziamento, além de sensibilidade pélvica no exame, são características frequentemente encontradas.

Sintomas frequentes:

- 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 outra causa identificável;
- dispareunia, ardência ou dor localizada na vagina, pelve ou região suprapúbica;
- depressão.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Clemens (2021) e Dynamed [2017].

Quadro 5 – Tratamento da Síndrome Climatérica de acordo com sintomatologia apresentada.

Quadro clínico	Opções terapêuticas ¹
Alterações dos ciclos menstruais	• No período anterior à menopausa propriamente, pode ocorrer sangramento aumentado, podendo ser realizada abordagem farmacológica com métodos hormonais.
Sintomas vasomotores	• Modificações de estilo de vida: roupas leves, arejadas e confortáveis que possam ser facilmente retiradas em caso de calor excessivo; manutenção de temperatura ambiente mais baixa; consumo de bebidas frescas; não fumar, evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína; perda de peso se sobrepeso ou obesidade. • Terapia de reposição hormonal sistêmica. • Terapias não hormonais: inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS); inibidores seletivos da recaptção da serotonina e noradrenalina (IRSN); clonidina; gabapentina.
Alterações do sono	• Se prejuízo por sintomas vasomotores, tratar conforme item anterior. • Medidas de higiene do sono.
Sintomas urogenitais	• Terapia de reposição hormonal sistêmica, se associação com sintomas vasomotores. • Terapia estrogênica tópica. • Terapia não hormonal com uso tópico de lubrificantes e hidratantes vaginais à base de água ou silicone.
Transtornos psicossociais	• Questionar a presença de situações de saúde mental; estimular a participação em atividades sociais e a prática de hábitos de vida saudáveis. • Avaliar e tratar estados depressivos e/ou ansiosos, quando necessário.

¹A abordagem das pessoas no climatério deve ser realizada de forma integral, atentando-se para a adoção de estilo de vida saudável (alimentação, atividade física, higiene do sono), questões sexuais, reprodutivas e de saúde mental.

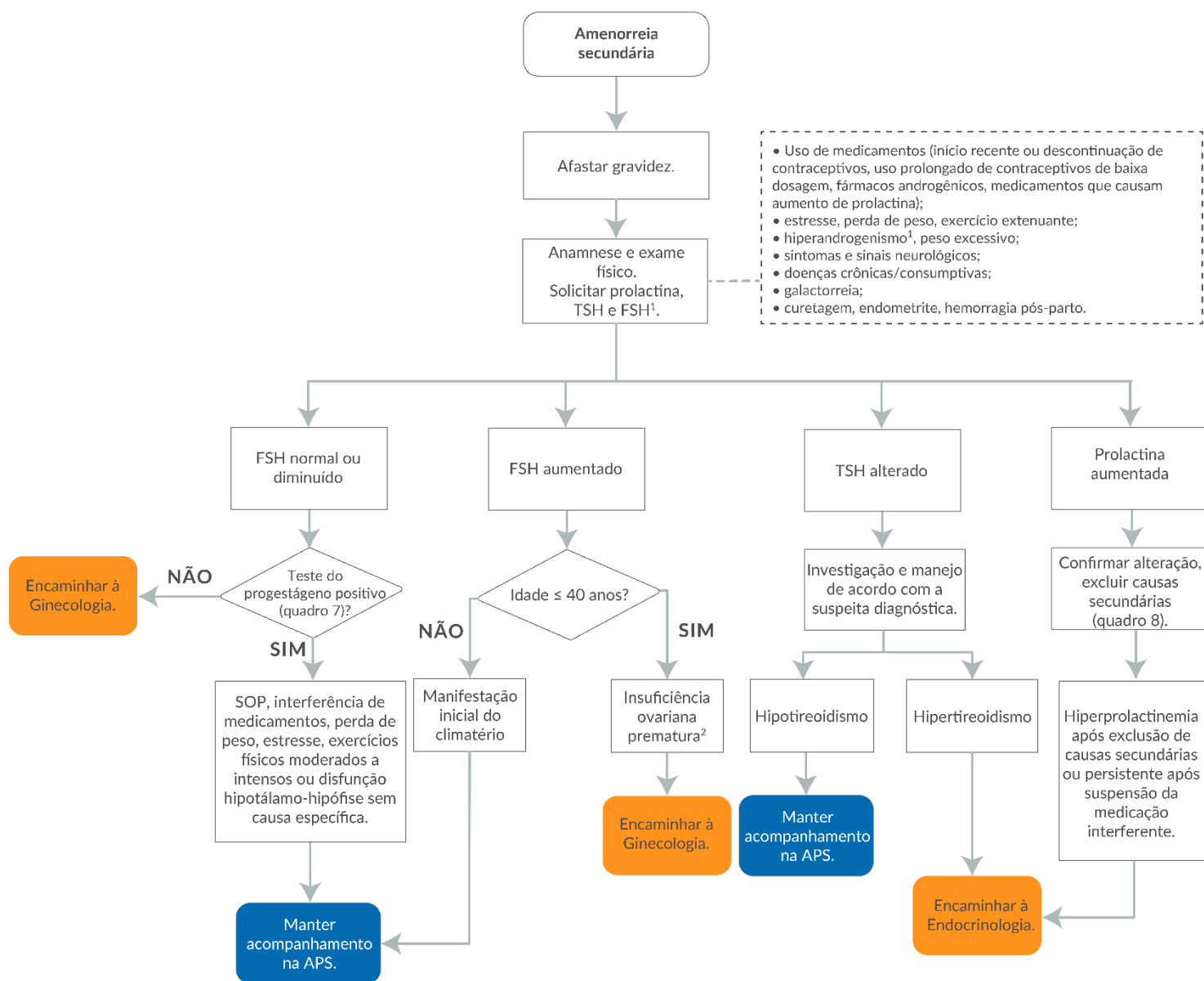
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil e Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (2016), Dynamed [2018] e Duncan *et al.* (2022).

Quadro 6 – Conduta sugerida de acordo com resultado do exame citopatológico (CP) do colo do útero.

Resultado			Recomendação	
Normal ou alterações celulares benignas			Seguir a rotina de rastreamento.	
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos. Caso se mantenha essa atipia antes dos 25 anos, deverá manter seguimento citológico trienal. No caso de novo exame normal, reiniciar o rastreamento aos 25 anos. A partir dos 25 anos, se a citologia se mantiver ASC-US ou de maior gravidade, encaminhar para colposcopia.
			Entre 25 e 29 anos	Repetir citologia em 12 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 12 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.
			≥ 30 anos	Repetir citologia em 6 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 6 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.
		Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: encaminhar para a colposcopia (ginecologia).		
	Em células glandulares ou de origem indefinida (AGC)	Possivelmente não neoplásicas	Encaminhar para a colposcopia (ginecologia).	
		Não se pode afastar lesão de alto grau		
Atipias em células escamosas	Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos ou quando completar 25 anos. Caso se mantenha essa atipia, deverá manter seguimento citológico trienal. No caso de novo exame normal, reiniciar o rastreamento aos 25 anos.
			≥ 25 anos	Repetir citologia em 6 meses. Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar à rotina de rastreamento trienal. Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for positiva, encaminhar para colposcopia.
			Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: Encaminhar para a colposcopia (ginecologia).	
	Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL) ou HSIL não podendo excluir microinvasão		Encaminhar para a colposcopia (ginecologia).	
	Carcinoma epidermóide invasor		Encaminhar para a colposcopia (ginecologia/oncologia).	
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou Adenocarcinoma invasor			

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil e Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (2016) e INCA (2016).

Figura 1 – Avaliação diagnóstica da amenorreia secundária.



¹Se sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, alpecia), solicitar também sulfato de desidroepiandrosterona (SDHEA), 17-hidroxiprogesterona e testosterona.

²Na suspeita de insuficiência ovariana prematura, qualquer tratamento hormonal deve ser suspenso por 60 dias antes da dosagem de FSH. O diagnóstico somente pode ser confirmado após 2 dosagens de FSH com intervalo mínimo de 4 semanas.

FSH: hormônio folículo-estimulante; SOP: síndrome dos ovários policísticos; TSH: tireotrofina.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 7 – Teste do progestágeno.

Acetato de medroxiprogesterona, comprimido de 10 mg OU diidrogesterona, 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: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Duncan *et al.* (2022).

Quadro 8 – Avaliação inicial de pacientes com hiperprolactinemia.

São considerados valores normais até 20 ng/mL em homens e 30 ng/mL em mulheres não grávidas. Valores abaixo de 25 ng/mL costumam excluir a hiperprolactinemia. O estresse da punção venosa pode causar pequenos aumentos de prolactina (em geral abaixo de 40 ng/mL). Assim, se um nível inicial de prolactina estiver elevado de forma limítrofe, o exame deverá ser repetido. Apesar da extensa lista de causas de hiperprolactinemia, valores acima de 200 a 250 ng/mL são bastante sugestivos de adenoma hipofisário produtor de prolactina (prolactinoma).	
Causas fisiológicas	Gestação e aleitamento (principais), exercício físico, estresse, coito, manipulação da mama e sono.
Causas farmacológicas	Principal motivo não fisiológico de elevação de prolactina. Medicamentos associados: antidepressivos (clomipramina, amitriptilina, citalopram, fluvoxamina, paroxetina), antipsicóticos (clorpromazina, levomepromazina, haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina, sulpirida), anti-hipertensivos (metildopa, verapamil), estrogênios, gastrointestinais (domperidona, metoclopramida, cimetidina, ranitidina), opiáceos e cocaína, inibidores de protease. Geralmente, medicamentos causam aumentos discretos de prolactina (25 a 100 ng/mL), exceto a clorpromazina, metoclopramida e risperidona, que podem levar a valores acima de 200 ng/mL.
Causas patológicas	Tumores hipofisários produtores de prolactina (mais comum), tumores ou doenças infiltrativas hipotálamo-hipofisárias, doenças sistêmicas (hipotireoidismo primário, insuficiência adrenal primária, síndrome dos ovários policísticos, cirrose, insuficiência renal, lúpus eritematoso sistêmico, anorexia nervosa, crise convulsiva).
Idiopática	Denominação reservada para pacientes sem uma causa óbvia para a hiperprolactinemia. Na maioria das vezes, trata-se, provavelmente, de microadenomas muito pequenos que não foram visualizados por ressonância magnética.
Suspeita de causa medicamentosa: suspender ou alterar a medicação por 1 semana (se possível) e repetir a prolactina. Se normal: encerra a investigação e confirma a causa medicamentosa.	
Se excluída a hipótese medicamentosa, deve-se solicitar: • teste de gravidez (todas as mulheres em idade fértil); • TSH; • função renal; • transaminases.	
Pacientes assintomáticos com hiperprolactinemia: solicitar pesquisa de macroprolactina. A macroprolactina é um complexo de moléculas de prolactina agregadas com uma imunoglobulina G, de alto peso molecular, mas com baixa atividade biológica. Assim, embora no exame de sangue o valor de prolactina esteja alto, uma parte dessa medida é composta por macroprolactina, que possui baixa atividade biológica e não costuma causar repercussões clínicas e não exigem manejo específico.	
Se houver disponibilidade, na suspeita de adenoma hipofisário (investigação acima negativa), realizar ressonância magnética nuclear com contraste de sela túrcica.	

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 9 – Tratamento para verrugas virais*.

Verrugas vulgares/verrugas palmo-plantares

- **Medicamento à base de ácido salicílico (20%) e ácido láctico (15%) em solução colódio elástico 5 mL ou 10 mL (disponível comercialmente ou sob manipulação):**

- a aplicação pode ser feita após o banho ou após deixar o local imerso em água morna por, no mínimo, 5 a 10 minutos;
- lixar, delicadamente, a porção superior da lesão para retirar o excesso de pele (pode ser utilizada uma lixa de unha descartável);
- proteger a pele ao redor da verruga com esparadrapo ou vaselina sólida. Deve ser utilizado esparadrapo, e não micropore;
- aplicar uma camada fina do medicamento sobre a lesão com a pele seca. Esperar secar e cobrir com outro pedaço de esparadrapo, para ajudar a penetração dos componentes;
- trocar esse curativo a cada 24 a 48 horas, tomando o cuidado de repetir todo o procedimento, passo a passo;
- deve-se realizar esse procedimento até o desaparecimento da lesão (período é variável, entre 1 a 3 meses);
- caso ocorra irritação excessiva da pele perilesional, pode-se diminuir a frequência de uso;
- NÃO deve ser utilizado na face e nem em pacientes com neuropatia periférica;
- em verrugas palmo-plantares podem ser necessárias concentrações mais elevadas de ácido salicílico (até 40%), disponíveis apenas sob manipulação.

- **5- Fluoruracila 5% creme:**

- aplicar 1 vez ao dia, com oclusão, por 4 a 12 semanas;
- é contraindicado na gestação.

Verrugas palmo-plantares

Tratamento na Unidade de Saúde:

- **Ácido tricloracético (ATA) 50 a 80%:**

- pode ser utilizado em lesões palmares e plantares, aplicando-se com um palito de madeira (se necessário, colocar pequena quantidade de algodão na ponta) a cada 7 a 10 dias, por até 8 semanas;
- pode ocorrer sensação de pinicação e queimação no local durante a aplicação.

Verrugas planas

- **Tretinoína tópica (0,025%, 0,05% e 0,1%):**

- deve-se utilizar a maior concentração tolerada pelo paciente, sempre à noite;
- é recomendável proteger a pele ao redor com vaselina antes da aplicação;
- caso as lesões sejam em áreas submetidas à depilação com lâminas, orientar paciente a trocar o método depilatório para evitar a disseminação das lesões (optar pelo barbeador elétrico ou creme depilatório);
- é contraindicado na gestação.

- **Imiquimod 5%, tópico:**

- aplicar nas lesões (sem oclusão), antes de dormir e retirar pela manhã, por até 12 semanas;
- é contraindicado na gestação.

Verrugas filiformes

Tratamento na Unidade de Saúde (se material disponível):

- **exérese por shaving e eletrocoagulação:** utilizar anestesia local antes da remoção. A eletrocoagulação é útil tanto para a hemostasia quanto para prevenir a recorrência.

*Lesões perioculares (com exceção de verrugas planas): evitar os tratamentos tópicos. Encaminhar para avaliação presencial com a Dermatologia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 10 – Tratamento para condiloma acuminado*.Tratamento na Unidade de Saúde:● **Ácido tricloracético (ATA): a 80% a 90% (solução):**

- aplicar uma vez por semana, por até 8 a 10 semanas;
- aplicar pequena quantidade somente nos condilomas, com auxílio de cotonete ou palito de dentes (uma área esbranquiçada se tornará visível no local da aplicação);
- aplicar com cuidado, evitando que a solução se espalhe para a pele ao redor da lesão;
- se o paciente apresentar dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão, bicarbonato de sódio ou talco;
- o tratamento pode ser prescrito durante a gestação.

Tratamento domiciliar:● **Imiquimod 5% creme:**

- aplicar nas lesões, 3 vezes por semana, até melhora clínica completa (por até 16 semanas);
- aplicar antes de dormir e lavar a área pela manhã, com água e sabão (deixar o produto em contato com a pele por 6 a 10 horas);
- reações locais: eritema, irritação, induração, ulceração, erosões e vesículas. Nesses casos, pode ser dado um intervalo de alguns dias entre as aplicações para diminuir o desconforto do paciente. O tratamento deve ser reiniciado após a melhora dos sintomas;
- é contraindicado na gestação.

*Orientar sobre a doença, ofertar preservativos e teste para outras IST (HIV, sífilis, hepatite B e C), avaliar parcerias sexuais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Carusi (2022).

Quadro 11 – Tratamento para molusco contagioso*.

- Adultos e adolescentes com lesões genitais devem ser tratados (risco de disseminação sexual).
- O tratamento precoce também está indicado em pacientes imunossuprimidos (risco de lesões disseminadas).
- Nos pacientes imunocompetentes as lesões desaparecem espontaneamente dentro de 6 a 12 meses, sem deixar cicatrizes.
- Visto a natureza autolimitada da infecção, o tratamento para crianças imunocompetentes é opcional.

Opções de tratamento:● **Hidróxido de potássio (KOH) 5 a 10% em solução aquosa (manipulado):**

- aplicar uma pequena quantidade do produto, com palito de dente, uma vez ao dia;
- orientar cuidado para não aplicar na pele sadia perilesional;
- pode haver sensação de ardência após a aplicação;
- manter o uso até as lesões ficarem mais avermelhadas e com pequena crosta sobreposta;
- pode ocorrer hipopigmentação pós-inflamatória.

● **Tretinoína (0,05% creme ou 0,1% creme ou 0,025% gel):**

- aplicar nas lesões, em dias alternados, e aumentar gradativamente a frequência do uso conforme a tolerância (podendo chegar a 2 vezes por dia);
- a aplicação deve ser suspensa quando ocorrer eritema;
- xerose e irritação são efeitos adversos comuns e esperados;
- é contraindicado na gestação.

*Lesões perioculares: evitar tratamentos tópicos. Encaminhar para avaliação presencial com a Dermatologia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 12 – Suspeita clínica de melanoma.**Lesão melanocítica com:**

- sinal do “patinho feio”: lesão pigmentada com padrão diferente das outras; ou
- um ou mais critérios da regra do ABCDE:
 - A. assimetria;
 - B. bordas irregulares;
 - C. cores variadas (pelo menos duas cores diferentes na lesão);
 - D. diâmetro maior que 6 mm;
 - E. evolução (alteração recente de tamanho, forma, cor, aparência).

Fonte: Geller e Swetter (2021).